

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO Y
PROYECTOS ESPECIALES DEL ÁREA DE LA SALUD.**



TITULO:

“Eficacia de la clindamicina como antibiótico postquirúrgico en pacientes sanos sometidos a cirugía de terceros molares en el Hospital Universitario de Puebla”.

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN
CIRUGÍA MAXILOFACIAL**

PRESENTA:

FRANCISCO JAVIER ESCOBEDO IBARRA

DIRECTOR DE TESIS

CMF. ADOLFO NAVARRO ZARATE

ASESOR EXPERTO

CMF. ADOLFO NAVARRO ZARATE

ASESOR METODOLÓGICO

MC. MARIA GUADALUPE GONZALEZ GONZALEZ

FECHA: ENERO 2024

NUMERO DE CVU: 2159191

DEDICATORIA

El siguiente trabajo, que ha sido fruto de trabajo y esfuerzo, es dedicado a todas y cada una de las personas quien directa e indirectamente permitieron y proporcionaron un granito de arena en estos cuatro años a mi formación como especialista.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por proporcionarme las herramientas, la vida y la posibilidad de realizar el sueño profesional. Amen.

A mi esposa, quien incondicionalmente me brinda todo su amor, paciencia y apoyo para continuar, y que sin su gran apoyo no podría haber realizado esto.

A mi familia, padres, hermana, suegros y demás personas afines a mí, que son constante apoyo y motivación.

A la Heroica Puebla de Zaragoza, al Hospital Universitario de Puebla y la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla que me brindaron la oportunidad de vivir aquí cuatro años como en casa, y poder llevar con orgullo el nombre de la ciudad, escuela e institución que me formó como especialista y persona.

A mis maestros quienes desde el inicio confiaron en mí y gracias a ellos tuve la oportunidad de realizar mi sueño profesional con todas las herramientas académicas y recursos, y no solo son se convirtieron en maestros, también son amigos.

A mis compañeros de residencia de mi especialidad y demás especialidades, que sin su compañía en este camino no hubiera sido posible.

A mis asesores que, gracias a su tiempo, dedicación y guía se concluye este trabajo.

A mi persona por tener esa resiliencia y perseverancia para alcanzar mis metas, que a pesar de lo difícil siempre prevaleció el deseo de triunfar y tener un futuro mejor.

1.RESUMEN

En el hospital universitario de Puebla en el servicio de cirugía oral y maxilofacial se realiza cirugía oral ambulatoria en la torre médica de especialidades, entre estos procedimientos se encuentra la cirugía de terceros molares como el procedimiento que en mayor frecuencia se realiza de manera diaria, requiere de una preparación teórica, clínica y quirúrgica para su realización.

Los pacientes que son sometidos a este procedimiento son pacientes variados desde los sanos hasta los que cuentan con múltiples comorbilidades que comprometen y alteran la terapéutica a seguir, estos pacientes requieren medidas y terapias farmacológicas específicas para su condición, no así los pacientes sanos, sin embargo se indican antibióticos como la clindamicina de manera indiscriminada, en el siguiente estudio se realizó un ensayo clínico para evaluar la eficacia de la clindamicina para ayudar a prevenir las complicaciones de los procesos infecciosos postoperatorios.

En ambos grupos la presencia de dolor fue equitativa, al igual que con el resto de variables a evaluar, presentando 35 pacientes con dolor leve el grupo control y 40 con dolor leve el grupo experimental representando el 83.33% y 93% de la muestra total respectivamente. En la valoración de trismus 39 paciente presentaron trismus leve en el grupo control y 42 en el grupo experimental representando el 90.7% y el 97.7% de la muestra total de cada grupo. En la valoración de fiebre ningún paciente presentó fiebre al momento de la valoración. En la valoración de exudado solo 2 pacientes presentaron exudado de características purulentas en el grupo que no recibió tratamiento profiláctico.

En la valoración de eritema únicamente 3 pacientes mostraron eritema en el grupo que no recibió tratamiento. Evidenciando lo anterior que la clindamicina no es eficaz para prevenir las infecciones postoperatorias de los pacientes sometidos a este tipo de procedimientos por lo que su uso no está sustentado en la literatura ni en este estudio.

Se encontró suficiente evidencia científica que nos menciona el poco beneficio del uso de antibióticos postoperatorios en los pacientes sanos En el estudio encontramos

que no hay diferencias significativas en el grupo control y en el grupo experimental, y que el uso de la clindamicina no representa ningún beneficio adicional en pacientes sanos.

2. TABLA DE ABREVIATURAS

MSSA	Staphylococcus aureus sensible a la metilina
MRSA	Staphylococcus aureus resistente a la metilina
MIC	Concentración inhibitoria minima
EVA	Escala visual analoga
ID	Distancia interincisal
ASA	American Society of Anesthesiologisth

3. TABLAS Y GRAFICAS

Figura1.	40
Tabla 1.....	40
Tabla 2.....	43
Figura 2.....	43
Tabla 3.....	44
Figura 3.....	45
Tabla 4.....	47
Figura 4.....	48
Figura 5.....	49
Figura 6.....	50
Tabla 5.....	50
Figura 7.....	51
Figura 8.....	52
Tabla 6.....	53
Figura 9.....	54
Tabla 7.....	55
Figura 10.....	56
Tabla 8.....	57
Figura 11.....	58
Tabla 9.....	60

Tabla 10.....61

TITULO

“Eficacia de la clindamicina como antibiótico postquirúrgico en pacientes sanos sometidos a cirugía de terceros molares en el Hospital Universitario de Puebla”.

Hospital Universitario de Puebla

Investigador

FRANCISCO JAVIER ESCOBEDO IBARRA

Asesor experto

CMF. ADOLFO NAVARRO ZARATE

Asesor metodológico

MC. MARIA GUADALUPE GONZALEZ GONZALEZ

Director de tesis

CMF. ADOLFO NAVARRO ZARATE

4. INTRODUCCIÓN.

La cirugía de terceros molares es el procedimiento que se realiza con más frecuencia en el área de la cirugía oral y maxilofacial en la práctica diaria de consulta, en la evolución del procedimiento podemos encontrar nuevas técnicas y protocolos que le han dado mayor seguridad al procedimiento, haciendo posible la prevención de posibles complicaciones.

El uso de antibiótico profiláctico tiene un largo antecedente de controversia por su uso en la odontología y en su especialización en cirugía maxilofacial, La principal controversia es por cuando si y cuando no prescribir antibióticos pre y post operatorios.

Hay que definir claramente el término “profilaxis antibiótica” que es referido a la administración pre y post quirúrgica de antibiótico (3)

En el área de atención del servicio de cirugía maxilofacial del hospital universitario de Puebla se prescriben antibióticos para todos los pacientes sometidos a cirugía bucal como terapia para prevención de infecciones o posibles complicaciones que de esta deriven, existe suficiente evidencia científica para justificar su uso en pacientes que cuenten con criterios e indicaciones. Sin embargo, es una terapia controvertida en la actualidad.

Se realizó un estudio ensayo clínico experimental, aleatorizado, transversal, homodémico unicéntrico, paralelo, fijo, en el Hospital universitario de Puebla de septiembre a noviembre del 2023.

Dentro de los objetivos principales de este estudio, se encuentra ayudar a implementar un protocolo adecuado con bases científicas para la utilización de antibióticos postoperatorios, evitando así su utilización indiscriminada y sus probables efectos adversos, incluida la resistencia bacteriana que se ha convertido en uno de los objetivos a reducir en las ciencias de la salud de este siglo.

ÍNDICE.

1. Resumen.....	4
2. Abreviaturas.....	5
3. Tablas y graficas.....	6
4. Introducción.....	8
5. Antecedentes.....	11
5.1 Antecedentes Generales.....	11
5.1.1 Tratamiento quirúrgico.....	12
5.1.2 Uso de antibióticos perioperatorios.....	16
5.1.3 Terapia profiláctica.....	18
5.1.4 Clindamicina.....	19
5.1.5 Efectos adversos.....	19
5.1.6 Resistencia antibiótica.....	20
5.2 Antecedentes Específicos.....	21
6. Justificación.....	24
7. Planteamiento del problema.....	25
8. Pregunta de investigación.....	26
9. Hipótesis.....	27
10. Objetivos.....	28
10.1 Objetivos Generales.....	28
10.2 Objetivos Específicos.....	28
11. Estrategia de trabajo.....	29
12. Muestreo.....	29
12.1.1 Definición de la unidad de población.....	30
12.1.2 Selección de la muestra.....	30
12.1.3 Criterios de selección de las unidades de muestreo.....	30
12.1.3.1 Criterios de inclusión.....	30

12.1.3.2	Criterios de exclusión.....	30
12.1.3.3	Criterios de eliminación.....	30
12.1.4	Diseño y tipo de muestreo.....	30
12.1.5	Tamaño de la muestra.....	30
12.1.6	Definición de las variables y escalas de medición.....	31
12.1.6.1	Variables demográficas.....	32
12.1.6.2	Variables dependientes.....	33
12.1.7	Métodos de recolección de datos.....	37
12.1.8	Análisis de datos.....	37
13.	Logística.....	38
13.1	Recursos	
	humanos.....	38
13.2	Recursos	
	materiales.....	38
13.3	Recursos	
	financieros.....	38
14.	Resultados	39
15.	Discusión.....	62
16.	Conclusiones.....	63
17.	Conflicto de intereses.....	63
18.	Bibliografías	64
19.	Anexos.....	66
19.1	Historia Clínica.....	66
19.2	Cronograma de actividades.....	67
19.3	Bioética	68
19.4	Formatos de consentimiento informado.....	69
19.5	Formatos de captura de datos.....	70
19.6	Instrumento therabite.....	71

5. ANTECEDENTES.

5.1 ANTECEDENTES GENERALES.

La evaluación y el tratamiento de los dientes impactados se encuentran entre los servicios más frecuentes que ofrecen los cirujanos orales y maxilofaciales. Aunque el tercer molar mandibular comúnmente se encuentra impactado, cualquier otro diente puede quedar impactado. La literatura menciona la necesidad de una amplia formación y destreza para así reducir al mínimo las complicaciones relacionadas con la manipulación y tiempo requerido para su extracción quirúrgica. Realizar un adecuado diagnóstico para determinar el adecuado tratamiento quirúrgico con base en evidencia científica es esencial para evitar procedimientos innecesarios, basar esas decisiones terapéuticas en experiencia clínica del cirujano no debe ser la única opción. (1)

El orden de frecuencia de impactación es el inverso al orden de erupción. Los terceros molares superiores y mandibulares son los dientes con mayor probabilidad de quedar impactados (1).

El rango de edad en el que pueden aparecer los terceros molares es más amplio que el de otros dientes. El rango va desde los 17 a los 25 años como edad tardía. (1)

Un diente que parece impactado a los 18 años puede tener entre un 30% y un 50% de posibilidades de hacer erupción completa a los 25 años (1).

Los terceros molares impactados no cambian su posición después de los 25 años, y no existe evidencia de que la cambien en las décadas siguientes. (1)

Existen indicaciones para determinar si es o no necesario la extracción quirúrgica de los terceros molares que se mencionan en la siguiente lista.

Indicaciones para retirar los terceros molares impactados.

1. Periodontitis
2. Pericoronitis
3. Caries dental
4. Consideraciones ortodónticas
 - a. Apiñamiento de incisivos inferiores
 - b. Obstrucción del tratamiento de ortodoncia
 - c. Interferencia con la cirugía ortognática
5. Prevención de quistes y tumores odontogénicos
6. Reabsorción de raíces adyacentes
7. Dientes ubicados bajo prótesis dentales
8. Prevención de fracturas mandibulares
9. Manejo de dolor (1)

Así como también existen contraindicaciones para su extracción, todo esto con una valoración del binomio riesgo beneficio que ofrece su retiro.

Contraindicaciones al tratamiento de los terceros molares

1. Extremos de la edad
2. Pacientes comprometidos sistémicamente
3. Daño quirúrgico a estructuras adyacentes (1)

5.1.1 Tratamiento quirúrgico

La evaluación preoperatoria de los dientes impactados es crítica y se debe realizar de manera clínica e imagenológica.

El cirujano debe prestar especial atención en los factores que determinan su dificultad y así elegir el plan más adecuado para cada paciente, la individualización de los casos debe ser una práctica habitual del cirujano sin dejar a un lado las

herramientas y clasificaciones. Los tres criterios más utilizados para determinar su dificultad son: la anulación del diente impactado, la relación del diente impactado con el borde anterior de la rama y el segundo molar, y la profundidad de la impactación y el tipo de tejido que recubre el diente impactado (1).

El primer paso para la extracción quirúrgica es realizar un colgajo para acceder a el molar impactado, este debe ser lo suficiente amplio y a la vez conservador, primero para tener una visión directa adecuada y conservador para evitar traumatismo y exposición de estructuras innecesario, el colgajo envolvente es de los más utilizados. (Figura A y B).

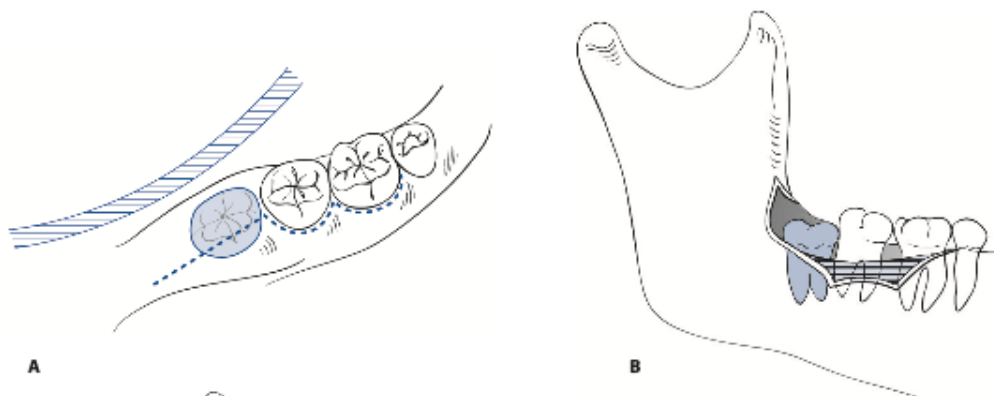


Figura 1. (A) se observa el diseño de colgajo tipo envolvente. (B) se observa la extensión del levantamiento del colgajo. (1)

Si en el transquirúrgico el cirujano determina que el colgajo es insuficiente para tener una adecuada visibilidad puede optar por realizar una incisión de descarga y así transformarlo en un colgajo triangular. (Figura C y D).

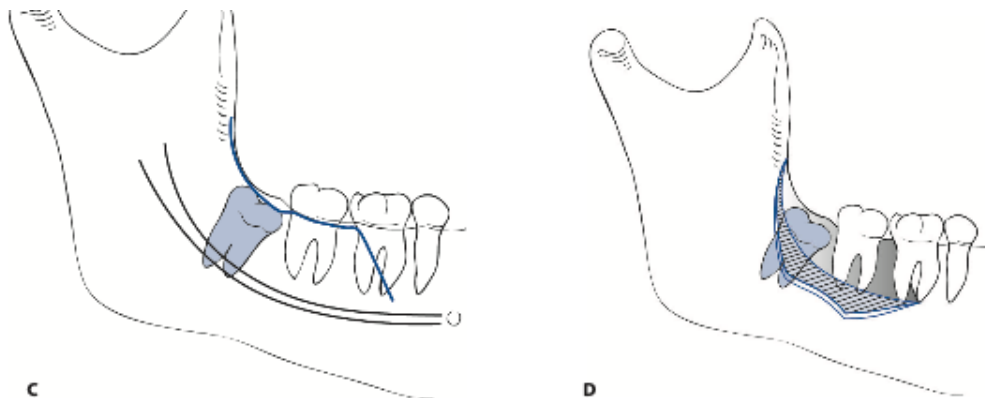


Figura 2. (A) se observa la alternativa de diseño de colgajo triangular. (B) se observa la extensión de levantamiento de colgajo triangular. (1)

El segundo paso crítico es la eliminación del hueso que rodea al diente, que este puede estar cubriéndolo o no, este paso se llama osteotomía periférica y debe realizarse con el instrumental rotatorio adecuado. (1)

Al quedar el molar descubierto se procede a realizar la odontosección, que consiste en dividirlo para su fácil extracción, con esto se evita y previenen riesgos innecesarios que derivan en complicaciones graves. La división del diente se realiza con fresa y material rotatorio, se realiza la división con instrumental a tres cuartos de el espesor dental total, para así evitar complicaciones que comprometan las estructuras neurovasculares como lo es el nervio lingual, se procede a terminar la división con un instrumento elevador. (1)

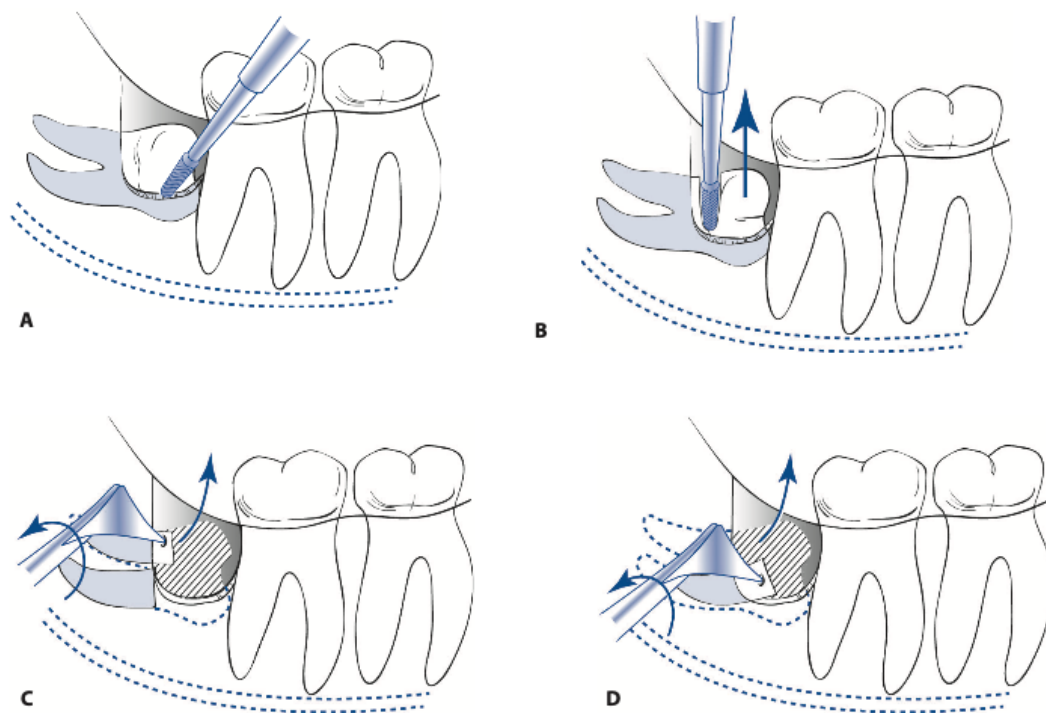


Figura 3. (A) se observa la extensión a realizar de osteotomía periférica. (B) se observa la orientación de la odontosección transversal al eje longitudinal del órgano dental. (C) se observa el orden de extracción de los fragmentos seccionados del órgano dental. (C) se observa la extracción final del órgano dental. (1)

Al encontrarse dividido se procede a su extracción mecánica del alveolo, después el cirujano se encarga de revisar que no existan residuos óseos, dentales y de tejido blando propios del procedimiento, se debe utilizar lima para hueso con abundante irrigación para la eliminación de espículas óseas, a continuación, se realiza desbridamiento de los tejidos excedentes. Finalmente se utiliza irrigación abundante para su lavado. (1)

El último paso es la síntesis de tejidos del colgajo previamente realizado con puntos de sutura reabsorbible para evitar molestias a su retiro, se verifica la hemostasia, se coloca una gasa estéril y se da por terminado el acto, todos estos pasos son cruciales para evitar las molestias y complicaciones postoperatorias. (1)

5.1.2 Uso De Antibióticos Perioperatorios

Uno de los objetivos principales del cirujano al realizar cualquier procedimiento quirúrgico es prevenir la infección postoperatoria como resultado de la cirugía (1). Para lograr este objetivo, son necesarios antibióticos profilácticos en algunos procedimientos quirúrgicos. La mayoría de estos procedimientos entran en las categorías de cirugía limpia-contaminada o contaminada. La incidencia de infecciones postoperatorias en una cirugía limpia está relacionada más con la técnica del operador que con el uso de antibióticos profilácticos (1).

La cirugía de terceros molares a pesar de considerarse una herida limpia-contaminada es baja su incidencia en infecciones postoperatorias, se debe de tener un protocolo para indicar profilaxis antibiótica. La relación de la técnica y la manipulación del cirujano con las infecciones postoperatoria es estrecha por lo que está más relacionada que cualquier otro factor, aunque es rara. La incidencia de este tipo de infecciones es muy baja para la mayoría de los cirujanos. Un cirujano competente y experimentado esperaría tener una tasa de infección en el rango del 1% al 5% para todos los procedimientos de terceros molares (1). Es difícil, y probablemente imposible, reducir las tasas de infección por debajo del 5% con el uso de antibióticos profilácticos. Por tanto, no es necesario el uso de antibióticos profilácticos en la cirugía del tercer molar para prevenir la infección postoperatoria en el paciente sano normal (1).

Aunque la literatura contiene muchos artículos que discuten el uso de antibióticos perioperatorios profilácticos, esencialmente no hay informes sobre su utilidad en la prevención de infecciones después de la cirugía del tercer molar (1).

Un problema asociado a infecciones postoperatorias se llama alveolitis u osteítis y este se da por la combinación de problemas locales y sistémicos de la reparación de la herida y el microbiota de la cavidad oral, la cual es abundante en especies y oportunista ante cualquier desequilibrio. Una vez más, la cuestión de riesgos versus beneficios cobra importancia. Aunque los antibióticos sistémicos son eficaces para reducir la alveolitis seca posoperatoria, no son más eficaces que las medidas locales

(1). En este caso los beneficios que ofrecen los antibióticos profilácticos para la prevención de alveolitis no superan los riesgos de los efectos adversos de los antibióticos, incluida la generación de resistencia bacteriana. (1)

Dentro de los datos de un proceso infeccioso postoperatorio relacionado a la extracción quirúrgica de los terceros molares se encuentra el trismus, que en el diccionario de drolan se define como: “una alteración motora del nervio trigémino, especialmente por espasmo de los músculos masticatorios, con dificultad para abrir la boca.” El trismus observado en procesos infecciosos odontogénicos se relaciona por la respuesta inflamatoria localizada que provoca espasmos en los músculos de la masticación, principalmente el masetero. (1)

La apertura normal mandibular reportada en la literatura se encuentra para hombres: 40 a 77 mm y en las mujeres: 32 a 75mm (2). Todo rango inferior a este se podría considerar trismus. (2)

Los valores para estratificar el trismus van de:

Trismo leve: 21-30 mm

Trismo moderado: 11 – 20 mm

Trismo severo: menor de 10mm

5.1.3 Terapia Profiláctica

La profilaxis implica tratar a pacientes que aún no están infectados o que aún no han desarrollado una enfermedad. El objetivo de la profilaxis es prevenir la infección en algunos pacientes o prevenir el desarrollo de una enfermedad potencialmente peligrosa en aquellos que ya tienen evidencia de infección. *El principio cardinal detrás de la profilaxis es la terapia dirigida.* (3)

La profilaxis posterior a la exposición

La profilaxis posterior a la exposición se puede usar para proteger a las personas sanas de la adquisición o invasión de microorganismos específicos a los que están expuestos. (3)

5.1.4 Clindamicina

La clindamicina y su uso se encuentran en aumento para tratar cada vez con más frecuencia infecciones aerobias y anaerobias.

Se une en forma exclusiva a la subunidad 50S de los ribosomas bacterianos y suprime la síntesis de proteína. La unión de uno de estos antibióticos al ribosoma puede inhibir la interacción de los otros. (4)

Las cepas bacterianas son susceptibles a la clindamicina con MIC de 0.5 µg/mL o menos. La clindamicina, en términos generales, es similar a la eritromicina en lo que se refiere a su actividad *in vitro* contra las cepas susceptibles de neumococos, *S. pyogenes* y estreptococos viridans. Los MSSA suelen ser susceptibles a la clindamicina, pero el MRSA y los estafilococos coagulasa negativos tienen más probabilidades de ser resistentes. La clindamicina es más activa que la eritromicina o la claritromicina contra las bacterias anaerobias, especialmente *B. fragilis*, pero cada vez se encuentra mayor resistencia a la clindamicina en especies de *Bacteroides*. Son resistentes de 10 a 20% de las especies de clostridios, distintas de *C. perfringens*. Las cepas de *Actinomyces israelii* y de *Nocardia asteroides* son sensibles. Todos los bacilos gramnegativos aeróbicos son, esencialmente, resistentes. Las combinaciones de clindamicina y primaquina, y de clindamicina y pirimetamina son regímenes de segunda línea para la neumonía por *Pneumocystis jiroveci* y la encefalitis por *T. gondii*, respectivamente. (4)

La resistencia a los macrólidos debido a la metilación ribosómica también puede generar resistencia a la clindamicina (4). Debido a que la clindamicina no induce la metilasa, surge resistencia cruzada solo si la enzima es producida por un mecanismo constitutivo.

La clindamicina se absorbe casi por completo después de la administración oral. Se alcanzan concentraciones máximas de 2-3 $\mu\text{g/mL}$ dentro de 1 h después de la ingestión de 150 mg (4). La vida media del antibiótico es de 3 horas. Se distribuye ampliamente en los huesos.

La dosis oral de clindamicina para adultos es de 150-300 mg cada 6 h; para infecciones graves, es de 300-600 mg cada 6 h. Los niños deben recibir 8-12 mg/kg/d de clorhidrato de palmitato de clindamicina en tres o cuatro dosis divididas o, para infecciones graves, 13-25 mg/kg/d (4).

La clindamicina es un fármaco alternativo para el tratamiento de las infecciones de la piel y los tejidos blandos, especialmente en pacientes con alergias a los β -lactámicos (4).

5.1.5 Efectos Adversos

La incidencia de la diarrea por ingesta de clindamicina está reportada entre el 2% y el 20%. La clindamicina tiene alto riesgo de sobreinfección de *C. difficile*. Se le llama colitis pseudomembranosa y puede ser letal. Como todos los antibióticos la clindamicina también afecta la flora bacteriana del colon.(4)

5.1.6 Resistencia antibiótica

La resistencia generada por los microorganismos y su adaptación a los antibióticos ha cobrado más relevancia en el ámbito de la salud mundial, existen indicaciones empíricas y arbitrarias para todo tipo de enfermedades sin basarlas en conocimiento científico, esto ha provocado que cada vez más los antibióticos pierdan eficacia ante microorganismos que antes erradicaban sin problema alguno. Las infecciones por bacterias resistentes a los antibióticos son responsables de alrededor de 700.000 muertes por año en todo el mundo y se estima que serán responsables de más de 10 millones de muertes por año en 2050 (5).

Es un problema importante y de preocupación mundial, debemos comenzar con acciones de inmediato para así evadir el futuro tan catastrófico que se espera.

5.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.

La terapia antibiótica postoperatoria por empirismo es una práctica frecuente en el área médica, odontológica, esto se ha llevado a cabo durante años, sin existir una argumentación científica de este.

Se tiene la creencia que al abordar la cavidad oral y la naturaleza de la variada y abundante microbiota de esta los pacientes se encuentran en riesgo de infecciones postoperatorias y sus complicaciones. Por lo que se recetan terapias inadecuadas e ineficaces para prevenir esto. () Se han realizado numerosos ensayos clínicos para evaluar la efectividad de diferentes tratamientos antibióticos para prevenir la infección tras extracciones dentales, como podemos apreciar en la actualización de la revisión Cochrane de 2021(6).

Existen múltiples estudios tanto clínicos experimentales como revisiones sistemáticas de literatura, en donde se puede justificar con evidencia científica comprobada el no utilizar antibióticos profilácticos postoperatorios para pacientes que se someten a cirugía de terceros molares.

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en motores de búsqueda científica como Epistemonikos, la mayor base de datos de revisiones sistemáticas en salud, la cual es mantenida mediante el cribado de múltiples fuentes de información, incluyendo MEDLINE, EMBASE, Cochrane, entre otras. Realizaron la extracción de datos para su revisión.(7) Identificaron siete revisiones sistemáticas que incluyen ocho estudios primarios, siete de ellos son estudios clínicos aleatorizados sobre la indicación de antibiótico postoperatorio para pacientes sanos sometidos a cirugía de terceros molares, en los cuales mencionan que disminuyen la inflamación y que podría prevenir infecciones pero la certeza es baja, y ellos mismos concluyen que no hay claridad en la evidencia científica de que agregar un antibiótico profiláctico postoperatorio disminuya el riesgo de infecciones postoperatorias. (7)

En otro estudio en el cual es retrospectivo de 6 años, se llevó registro de los pacientes que se sometieron a extracciones dentales en el centro de salud bucal de la universidad medica internacional (IMU-OHC), mencionan que la indicación de antibiótico para prevención de infecciones postoperatoria no presenta ninguna ventaja, y que la prevalencia de estas fue muy baja. (8)

Se realizó un ensayo clínico aleatorizado en el cual evaluaron la eficacia de la administración de antibiótico para prevenir el dolor y complicaciones agregadas después de la extracción de órganos dentales, también evaluaron los beneficios que presenta el agregar una terapia de probióticos para prevenir y disminuir los efectos adversos de los antibióticos en el sistema gastrointestinal. Ellos mencionan que el dolor fue menor en el grupo que recibió la terapia antibiótica, en ambos grupos no se presentaron procesos infecciosos, y en los dos los probióticos disminuyeron los efectos adversos gastrointestinales. También mencionan que el dolor fue el síntoma que más tuvo relevancia en el grupo control y que tuvo diferencia significativa con el grupo experimental.(9)

Se realizó un ensayo clínico de 157 pacientes los cuales fueron sometidos a extracción quirúrgica de terceros molares mandibulares, ellos administraron antibiotioterapia en el grupo experimental y placebo en el grupo control, dividieron en subgrupos los pacientes con pericoronitis y sin, evaluaron el postoperatorio al primer, segundo y séptimo día,. Las complicaciones por infecciones postoperatorias solo se presentaron en los pacientes con pericoronitis, en estos pacientes los antibióticos si disminuyeron las infecciones postoperatorias, todas se fueron en el grupo placebo, en donde la incidencia fue del 19.2%, realizaron pruebas microbiológicas las cuales verificaron la clínica. La microbiota encontrada fue resistente a las penicilinas en el 50% de los casos. Concluyeron que el uso de antibióticos postoperatorios se debe utilizar en caso de presencia previa de pericoronitis. (10)

Se realizó una revisión sistemática en la que evaluaron a los antibióticos con placebo en pacientes sanos en cualquier extracción dental. Ellos mencionan que los antibióticos postoperatorios, aunque pueden ser de utilidad no se justifica su uso por el riesgo de los efectos adversos graves que estos presentan, para ellos no hubo evidencia de que los antibióticos orales disminuyan y prevengan el dolor, la fiebre, y los problemas de la apertura bucal en pacientes sometidos a extracciones.(11) Concluyeron que los antibióticos pueden o no ayudar a prevenir infecciones postoperatorias pero la decisión de su uso debe ser valorada con base en el binomio riesgo beneficio, y en la función del estado de salud del paciente.(11)

6. JUSTIFICACIÓN

En el hospital universitario de Puebla en el servicio de cirugía maxilofacial se indican terapias antibióticas de clindamicina para todos los pacientes sometidos a cirugía de terceros molares sin contar con un protocolo de elección establecido, el estudio pretende ayudar a la implementación de un protocolo de indicación de antibioticoterapia postoperatoria adecuada evitando así el uso indiscriminado y arbitrario de antibióticos.

Los principales beneficiados de este estudio serán:

El clínico encargado de realizar el procedimiento de cirugía de terceros molares y de prescripción de terapias antibióticas.

El paciente sometido a cirugía de terceros molares al individualizar y protocolizar la terapia antibiótica de prevención de complicaciones infecciosas.

La población en general del hospital universitario de Puebla que es sometida a cirugía de terceros molares, al prevenir el uso indiscriminado de antibióticos evitando así complicaciones derivadas de la resistencia antibiótica.

El hospital universitario de Puebla al implementar el uso adecuado de los recursos farmacéuticos (antibióticos) y evitar su desperdicio

Por lo que este estudio ayudará a evitar el uso inadecuado de recursos (farmacéuticos) del hospital universitario de Puebla.

La inexistencia de un protocolo con evidencias científicas para la utilización de antibióticos orales post cirugía de terceros molares no existe y se pretende comenzar con su conformación.

7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Actualmente se registra mayor grado de resistencia a los antibióticos de los microorganismos relacionados con la cavidad oral en los procesos infecciosos post cirugía de terceros molares. Esto precede a un uso desmedido e indiscriminado de la clindamicina en pacientes sanos sometidos a cirugía de terceros molares.

La resistencia microbiana derivada del uso inadecuado de antibióticos es de los actuales problemas de la medicina moderna.

Las complicaciones del aparato digestivo derivadas del uso de clindamicina deben evitarse en la medida de lo posible, evitando el uso indiscriminado de esta.

Se pretende generar conciencia sobre utilización adecuada de recursos farmacéuticos del hospital universitario de Puebla

8. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la eficacia de la clindamicina como antibiótico postquirúrgico para prevenir infecciones en pacientes sanos sometidos a cirugía de terceros molares en el Hospital Universitario de Puebla?

9. HIPOTESIS

El uso de clindamicina vía oral como antibiótico postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía de terceros molares no es eficaz para disminuir las infecciones postquirúrgicas a los 7 días del postoperatorio

10. OBJETIVOS

10.1. OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la eficacia del uso de los antibióticos postquirúrgicos en la cirugía de terceros molares para prevenir complicaciones postoperatorias infecciosas.

10.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Determinar eficacia para prevenir infecciones de la administración de clindamicina como antibiótico postoperatorio en cirugía de terceros molares en pacientes sanos.

11. ESTRATEGIA DE TRABAJO

Se reciben pacientes y protocolizan para cirugía de terceros molares superiores e inferiores con previa aleatorización simple para dos grupos con tabla de números aleatorios.

Se realizaran cirugías de tercer molar superiores e inferiores en pacientes sanos, se dividirán en 2 grupos con aleatorización simple, un grupo al cual se indicará clindamicina tabletas 300mg cada 8 horas durante 7 días, se añadirá terapia analgésica y antiinflamatoria con paracetamol 500mg cada 8 horas durante 5 días y dexketoprofeno de 25 mg cada 8 horas durante 5 días, y un grupo control el cual solo se indicará la terapia analgésica y antiinflamatoria, se evaluaran variables relacionadas con el proceso infeccioso, temperatura mayor de 37.9 grados centígrados, EVA numérica, distancia interincisal (ID), exudado.

12. MUESTREO

12.1.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN

Pacientes sanos que acuden al hospital universitario de Puebla para valoración y extracción de terceros molares en el periodo de septiembre a noviembre del año 2023.

12.1.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

12.1.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO

12.1.3 .1CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Edad: entre 18 y 45 años
- Pacientes de sexo masculino y femenino
- Pacientes sanos
- Diagnóstico de terceros molares incluidos e impactados superiores e inferiores
- Clasificación asa 1

12.1.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- pacientes que ingirieron medicamentos antiinflamatorios o analgésicos 12 horas previas al procedimiento. Pacientes que ingirieron antibióticos previos al procedimiento
- Pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a la clindamicina
- Pacientes con antecedentes de úlcera péptica, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal o hepática, pericoronitis, abscesos odontogénicos.

12.1.3.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- pacientes que no acudan a su cita de control.
- Pacientes que no sigan el protocolo de medicación en dosis y horario.

12.1.4 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

Pacientes que acuden a extracción quirúrgica de terceros molares inferiores y superiores de septiembre a octubre del año 2023

Se realiza aleatorización simple para dos grupos con tabla de números aleatorios. Se recolectaron datos a pacientes aleatorizados en formato prescrito a los 7 días postoperatorio.

12.1.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Con una población finita sometida a *Cirugía de Terceros molares (septiembre–octubre 2023)* con un total de 336 pacientes. Se realizó un cálculo de tamaño de muestra con la fórmula para así calcular el tamaño de una muestra finita con un nivel de confianza de 95% y con una estimación de error máximo aceptado del 5% , obteniendo una cantidad de 180 pacientes para la validez de nuestro estudio. (12)

12.1.6 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

VARIABLES DE ESTUDIO

12.1.6.1 VARIABLES DEMOGRAFICAS.

- Edad
- sexo

12.1.6.2 VARIABLES DEPENDIENTES.

- Clindamicina
- Temperatura (fiebre)
- Dolor
- Distancia interincisal (trismus)
- Exudado purulento

Variables Demograficas

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de Medición	Tipo de variable
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Edad cumplida en años	Dimensional (años)	Variable cuantitativa ordinal
Sexo	Condición orgánica que distingue entre hombres y mujeres	genero	Dicotómica (masculino y femenino)	Variable cualitativa nominal

Variables Dependientes

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de Medición	Tipo de variable
Dolor	Se define como Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas.	Percepción subjetiva de la escala visual numérica.	Escala visual numérica	Variable cualitativa ordinal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de Medición	Tipo de variable
Temperatura corporal	La temperatura es una magnitud física que expresa el grado o nivel de calor o frío de los cuerpos o del ambiente.	Mediante termómetro de mercurio	Numérica (Grados centígrados)	Variable cuantitativa continua

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de Medición	Tipo de variable
Trismus	una alteración motora del nervio trigémino, especialmente espasmo de los músculos masticatorios, con dificultad para abrir la boca. (Taylor EJ, ed. Dorland's Illustrated Medical Dictionary, 27th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1998; p.1759.)	Mediante instrumento therabite " <i>jaw range of motion scale</i> " para medir distancia interincisal	Numérica (Milímetros) Trismo leve: 21-30 mm Trismo moderado: 11 – 20 mm Trismo severo: menor de 10mm	Variable cuantitativa

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de Medición	Tipo de variable
Exudado purulento	Fluido líquido o semisólido con alto contenido de proteínas y restos celulares resultado de la inflamación	Digitopresión con salida de líquidos anormales a través de la zona intervenida	Evaluación clínica (no/si)	Variable cualitativa dicotómica

12.1.7. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Formato de evaluación postoperatoria en anexos

12.1.8 ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos se vaciaron en un paquete Excel y se procesaron en programa estadístico spss versión 29.

Se aplicó estadística descriptiva de inicio, para variables cualitativas se utilizaron medidas de tendencia central. Para variables numéricas se utilizaron medidas de tendencia central, de dispersión, de posición y de forma. Para determinar diferencias entre los grupos numéricos se realizó t de student para grupos independientes; para variables cualitativas se utilizó la prueba exacta de Fisher. Todas las pruebas con su respectiva significancia estadística $p < 0.05$.

13. LOGÍSTICA

13.1. RECURSOS HUMANOS

Recursos humanos.

Se cuenta con la colaboración de residentes del servicio de cirugía oral y maxilofacial del hospital universitario de Puebla (8), asesor metodológico (1), asesor experto (1), adscritos del servicio de cirugía oral y maxilofacial del hospital universitario de Puebla (3), personal de enfermería del hospital universitario de Puebla.

Recursos materiales.

13.2. RECURSOS MATERIALES

- Instrumental para cirugía bucal de la consulta externa del servicio de Cirugía Maxilofacial.
- Recursos farmacéuticos proporcionados por el hospital universitario de Puebla.
- Regla milimétrica therabite – Jaw Motion Rehabilitation System – Atos medical.
- Termómetro graduado de mercurio.

13.3. RECURSOS FINANCIEROS

- Recursos financieros propios del investigador principal.
- Recursos proporcionados por el hospital universitario de Puebla.

14. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados del estudio. Este trabajo incluyó a un total de 85 pacientes sometidos a cirugía de terceros molares, quienes posteriormente fueron tratados o no con Clindamicina vía oral durante 7 días para evaluar su efecto preventivo sobre la presencia de infecciones postquirúrgicas. El grupo total se dividió en dos grupos con tamaños de muestra equilibrados: uno recibió tratamiento con Clindamicina, mientras que el otro no lo recibió. Después de 7 días de tratamiento, se analizaron diversas variables para determinar el efecto de la Clindamicina en la prevención de infecciones postoperatorias.

Análisis de las variables demográficas

Sexo

En la Tabla 1 se observa que la muestra total está compuesta por 44 personas del sexo femenino (51.76 %) y 41 personas del sexo masculino (48.24 %), mostrando una diferencia porcentual de aproximadamente 3 puntos en favor del sexo femenino. En cuanto al grupo Sin Tratamiento, está integrado por 23 personas del sexo femenino (53.49 %) y 20 personas del sexo masculino (46.51 %), presentando una diferencia porcentual de aproximadamente 7 puntos a favor del sexo femenino. Por otro lado, el grupo de estudio Con Tratamiento está conformado por 21 personas del sexo femenino (50 %) y 21 personas del sexo masculino (50 %), mostrando un equilibrio porcentual exacto del 50 % para ambos sexos (ver Figura 1).

Tabla 1. Distribución de frecuencias numéricas y porcentuales del sexo de los pacientes incluidos en el estudio.

Sexo de los participantes						
	Total		NoTx		Tx	
	N	%	N	%	N	%
Femenino	44	51.76 %	21	50.00 %	23	53.49 %
Masculino	41	48.24 %	21	50.00 %	20	46.51 %

*NoTx: Pacientes Sin tratamiento con Clindamicina

**Tx: Pacientes Con tratamiento con Clindamicina

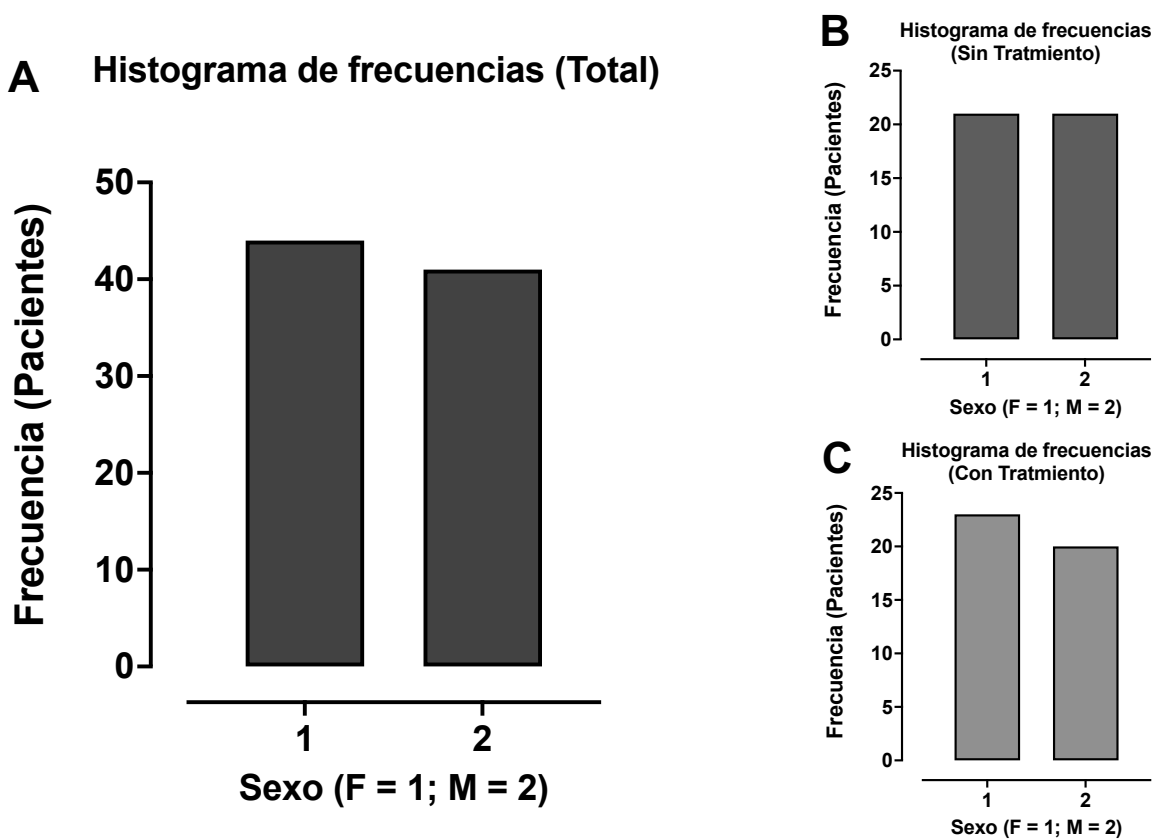


Figura 1. Distribución numérica del sexo de los pacientes para cada grupo experimental. En A podemos observar la distribución del sexo de la muestra total y en B y C la distribución para cada uno de los grupos de estudio, Sin tratamiento y Con tratamiento respectivamente.

Se llevó a cabo una prueba de comparación entre grupos mediante la aplicación de la prueba exacta de Fisher, y los resultados revelaron un valor de $p = 0.8294$. Este valor de p sugiere que no hay una diferencia estadísticamente significativa en la distribución del sexo de los pacientes entre los dos grupos analizados. En otras palabras, no se encontraron diferencias significativas en la proporción de pacientes de sexo femenino y masculino entre aquellos que recibieron tratamiento y aquellos que no lo recibieron.

La no significancia estadística en la distribución del sexo entre los grupos indica que la asignación de pacientes ya sea al grupo de tratamiento con Clindamicina o al grupo sin tratamiento, no está sesgada por la variable de sexo. Esta homogeneidad en la distribución del sexo es fundamental al evaluar los resultados del estudio, ya que permite inferir que cualquier diferencia encontrada en los resultados no se debe a desequilibrios de género en los grupos de estudio, fortaleciendo así la validez interna de las comparaciones realizadas.

Edad

Como parte de la evaluación de las variables demográficas, se analizaron las edades de los pacientes en ambos grupos de estudio. En la Tabla 2, se presenta la media \pm desviación estándar para la muestra total, así como para cada grupo: aquel que no recibió tratamiento y el que sí recibió tratamiento con Clindamicina.

Tabla 2. Medida de tendencia central de la edad de los pacientes incluidos en el estudio.

Edad (años)			
Grupo	Número de Pacientes	Presencia de los datos	Valor
Total	N	Válido	85
		Perdidos	0
		Media \pm desviación estándar	23.72 \pm 5.26
NoTx	N	Válido	42
		Perdidos	0
		Media \pm desviación estándar	23.98 \pm 4.80
Tx	N	Válido	43
		Perdidos	0
		Media \pm desviación estándar	23.47 \pm 5.72

*NoTx: Pacientes Sin tratamiento con Clindamicina

**Tx: Pacientes Con tratamiento con Clindamicina

Se puede observar que la distribución de la edad para todos los pacientes oscila entre los 18 y 40 años de edad, con un sesgo positivo, representado por una asimetría de 1.033. Esto indica que la mayoría de los pacientes se concentra en un subgrupo alrededor de los 18 a 27 años, con un punto más alto de distribución en los 22 años. Además, otro subgrupo más pequeño se concentra entre los 29 y 40 años, con un punto más alto de distribución en los 30 años. Por otro lado, la distribución muestra una curtosis positiva con forma leptocúrtica, con un valor de curtosis de 0.4749. Esto sugiere que los datos son más propensos a valores atípicos, es decir, la distribución de la edad está sesgada y concentrada a la izquierda (ver Figura 2A).

Al explorar la edad de los subgrupos formados después del tratamiento (ver Tabla 3), se observa que el grupo sin tratamiento con Clindamicina muestra una distribución

con un sesgo de 1.182 y una curtosis de 1.935. Esto indica que, para este grupo, la distribución está sesgada positivamente con una meseta entre los 22 y 24 años, siendo también leptocúrtica (ver Figura 2B). Se observa que esta población pondera la distribución de la población total de pacientes incluidos en este estudio.

Por otro lado, la distribución de la edad de los pacientes del grupo con tratamiento muestra un sesgo de 1.006 y una curtosis de -0.1739 (ver Figura 2C). Esto indica que, para este grupo, la distribución está sesgada positivamente con una meseta entre los 18 y 19 años, siendo platicúrtica. Aunque este grupo también está sesgado a la izquierda, está más balanceado en relación con el resto de las edades incluidas en el grupo y es menos propenso a valores atípicos.

Estos resultados nos permiten entender que, si bien nuestra población abarca un rango de edad extenso, está más concentrada en evaluar el efecto de la Clindamicina en la población joven.

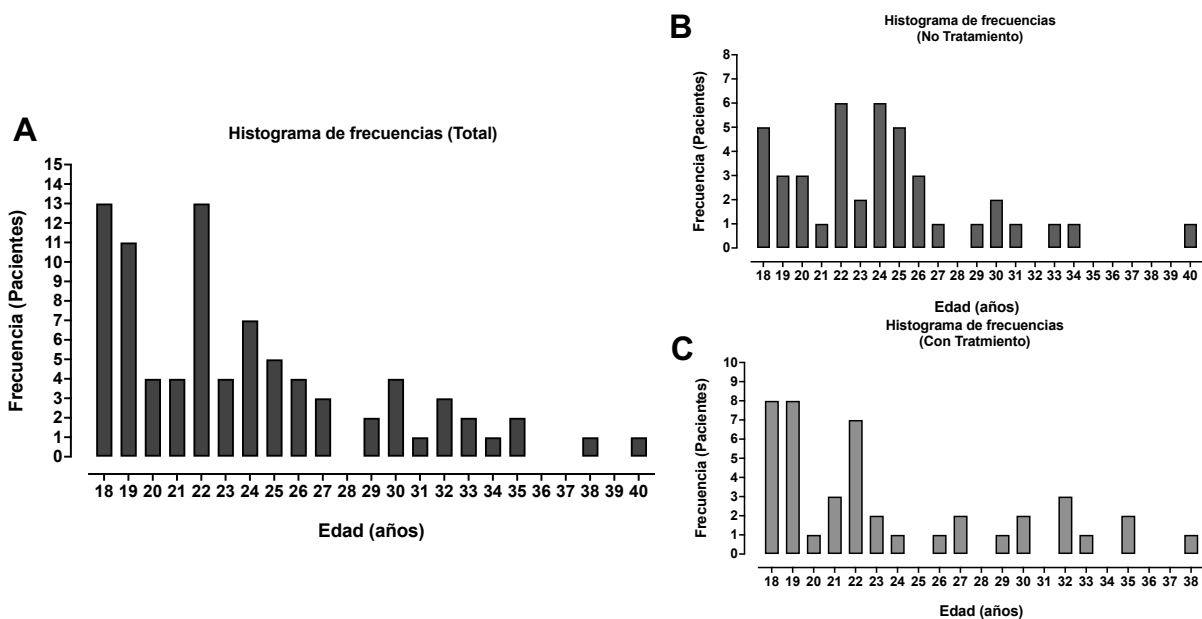


Figura 2. Distribución de la edad de los pacientes para cada grupo experimental. En A podemos observar la distribución de la edad de la muestra total y en B y C la distribución para cada uno de los grupos de estudio, Sin tratamiento y Con tratamiento respectivamente.

Tabla 3. Distribución numérica y porcentual de la edad de los pacientes incluidos en el estudio.

Edad de los pacientes			
Grupo	Edad	Número de Pacientes	Valor %
NoTx	18	5	11.6%
	19	3	7.0%
	20	4	9.3%
	21	1	2.3%
	22	6	14.0%
	23	2	4.7%
	24	6	14.0%
	25	5	11.6%
	26	3	7.0%
	27	1	2.3%
	29	1	2.3%
	30	2	4.7%
	31	1	2.3%
	33	1	2.3%
	34	1	2.3%
40	1	2.3%	
Tx	18	8	18.6%
	19	8	18.6%
	20	1	2.3%
	21	3	7.0%
	22	7	16.3%
	23	2	4.7%
	24	1	2.3%
	26	1	2.3%
	27	2	4.7%
	29	1	2.3%
	30	2	4.7%
	32	3	7.0%
	33	1	2.3%
	35	2	4.7%
	38	1	2.3%

*NoTx: Pacientes Sin tratamiento con Clindamicina

**Tx: Pacientes Con tratamiento con Clindamicina

En el análisis de la edad entre grupos, se llevó a cabo una prueba t de Student de dos colas con un nivel de significancia establecido en $p < 0.05$. Los resultados revelaron un valor de $t = 0.4450$, con 83 grados de libertad y un p-valor de 0.6575. Al examinar las medias \pm desviaciones estándar (DS) de edad, se observa que el grupo sin tratamiento presentó una media de 23.98 ± 4.806 años, mientras que el grupo con tratamiento mostró una media de 23.47 ± 5.729 años. Los resultados obtenidos de la prueba t de Student indican de manera concluyente que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en relación con la edad. Esto significa que tanto el grupo que recibió tratamiento con Clindamicina como el grupo sin tratamiento presentan medias de edad equiparables. La figura 3 visualiza esta conclusión, respaldando la idea de que no hay disparidades significativas en las edades de los dos grupos estudiados.

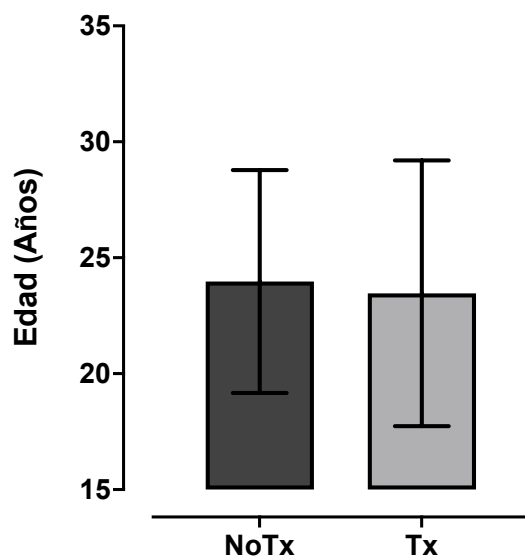


Figura 3. Comparación de la edad entre grupos de pacientes que recibieron o no tratamiento con Clindamicina. La grafica muestra la media \pm desviación estándar para el grupo que no recibió tratamiento con clindamicina y para el grupo que si recibió el tratamiento durante 7 días posterior a la cirugía de extracción de terceros molares. *t* de *student* $p < 0.05$. NoTx: Pacientes Sin tratamiento con Clindamicina. Tx: Pacientes Con tratamiento con Clindamicina.

Análisis del efecto de la Clindamicina en pacientes sometidos a cirugía de terceros molares

Con el objetivo de evaluar la eficacia de la Clindamicina como agente profiláctico en la prevención de infecciones postoperatorias después de la extracción de terceros molares, se analizaron cuatro variables relacionadas con su efecto preventivo: dolor, trismo, temperatura y exudado purulento.

Dolor

Se empleó la escala numérica para evaluar la percepción del dolor, categorizando la intensidad del dolor en leve, moderado y severo. En la Tabla 4, se observa que el grupo que no recibió tratamiento con Clindamicina presenta un mayor número de pacientes con dolor leve, mientras que el número de pacientes con dolor moderado y severo es relativamente bajo a los 7 días postcirugía. Se aprecia un patrón similar en el grupo de pacientes que recibieron el tratamiento con Clindamicina, donde la mayoría manifestó dolor leve y un número reducido indicó dolor moderado 7 días postcirugía (ver Figura 4).

Tabla 4. Distribución numérica y porcentual de la percepción del dolor de los pacientes incluidos en el estudio.

Escala Visual Numérica						
Grupo	Escala de Dolor	Número de Pacientes	Valor %	Categoría de la Escala de Dolor	Número de Pacientes	Valor %
NoTx	0	2	4.7%			
	1	9	20.9%			
	2	20	46.5%	Leve	35	83.33%
	3	7	16.3%	Moderado	6	14.29%
	4	1	2.3%	Severo	1	2.38%
	5	1	2.3%			
	6	2	4.7%			
	8	1	2.3%			
Tx	0	17	39.5%			
	1	16	37.2%	Leve	40	93.02%
	2	8	18.6%	Moderado	3	6.98%
	3	1	2.3%	Severo	0	0.00%
	4	1	2.3%			

*NoTx: Pacientes Sin tratamiento con Clindamicina

**Tx: Pacientes Con tratamiento con Clindamicina

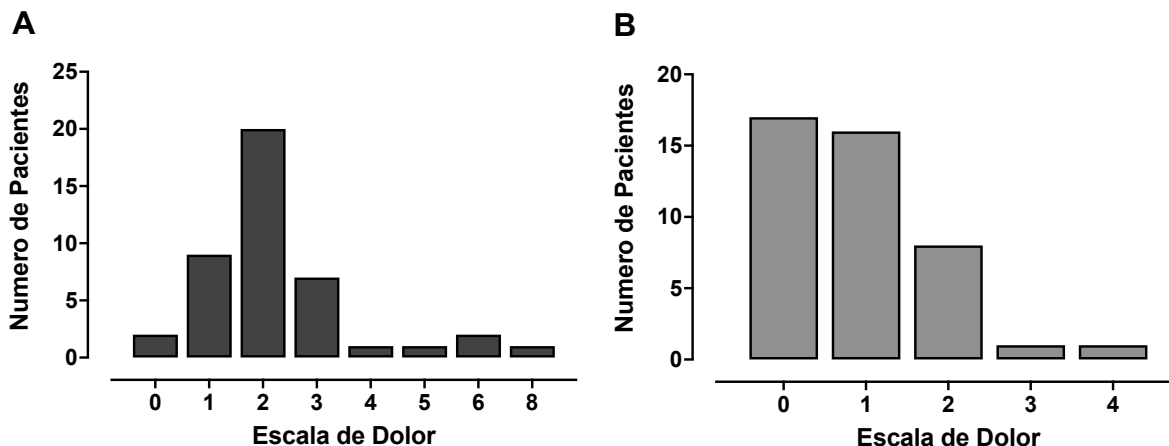


Figura 4. Distribución y grado de dolor que manifestaron los pacientes que recibieron o no tratamiento con Clindamicina. La grafica muestra el número de pacientes que manifestaron algún grado de dolor a los 7 días posterior a la cirugía de terceros molares para el grupo de pacientes que no recibieron (A) tratamiento y para aquellos que si lo recibieron (B). NoTx: Pacientes Sin tratamiento con Clindamicina. Tx: Pacientes Con tratamiento con Clindamicina.

Se llevó a cabo una prueba de comparación entre grupos mediante la aplicación de la prueba exacta de Fisher, y los resultados revelaron un valor de $p = 0.3074$. El análisis demostró que no hay una diferencia estadísticamente significativa en la percepción del dolor entre los pacientes de ambos grupos en ninguna de las categorías de la escala de dolor. Los resultados obtenidos sugieren que la Clindamicina no ejerce un efecto significativo, tanto en la reducción como en el aumento, de la percepción del dolor en pacientes sometidos a cirugía de terceros molares, en comparación con aquellos que no recibieron tratamiento farmacológico.

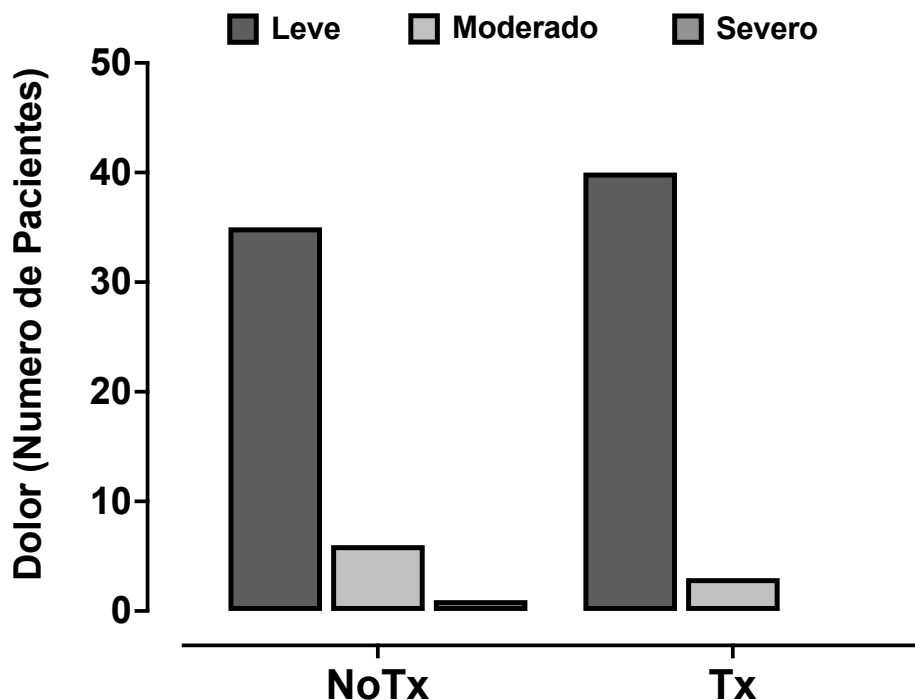


Figura 5. Comparación de la percepción de dolor entre grupos de pacientes que recibieron o no tratamiento con Clindamicina. La grafica muestra el número de pacientes que presente dolor Leve, Moderado o Severo a los 7 días posterior a la cirugía de terceros molares. Prueba exacta de Fisher de dos colas ($p < 0.05$). NoTx: Pacientes Sin tratamiento con Clindamicina. Tx: Pacientes Con tratamiento con Clindamicina.

Trismus

En la Figura 6, se presentan las distancias intersticiales obtenidas mediante el instrumento Therabite "*jaw range of motion scale*". En el grupo que no recibió tratamiento con Clindamicina, se observa una distribución más amplia, abarcando desde 18 hasta 55, con una mayor concentración de la muestra en distancias intersticiales entre 38 y 47. En contraste, el grupo que sí recibió tratamiento con Clindamicina muestra una distribución que va desde los 28 hasta los 55, estando más concentrada entre los valores de 44 y 49.

Al categorizar las distancias intersticiales como "No Trismus", "Leve" y "Moderado", se aprecia que, para ambos grupos, la mayoría de los pacientes no presentó Trismus según los criterios de evaluación establecidos en la Tabla 5. Solo un porcentaje menor mostró Trismus de carácter leve o moderado, con la excepción del grupo con tratamiento, que solo presentó 1 paciente con Trismus leve.

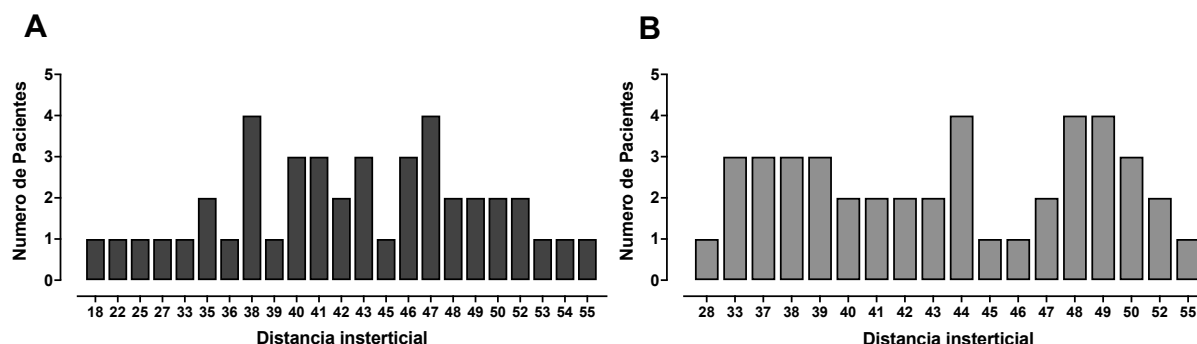


Figura 6. Distancias intersticiales determinadas con el instrumento Therabite para cada grupo de estudio. En A se muestran la distribución de las distancias intersticiales para el grupo que No recibió tratamiento con Clindamicina y en B para el grupo que si recibió el tratamiento con Clindamicina.

Tabla 5. Distribución porcentual por categoría de las presencia y severidad de Trismus en pacientes tratados o no con Clindamicina.

Trismo			
Grupo	Presencia y severidad de Trismus	Número de Pacientes	Valor %
NoTx	No Trismus	39	90.7%
	Leve	3	7.0%
	Moderado	1	2.3%
Tx	No Trismus	42	97.7%
	Leve	1	2.3%
	Moderado	0	0 %

*NoTx: Pacientes Sin tratamiento con Clindamicina

**Tx: Pacientes Con tratamiento con Clindamicina

Se llevó a cabo una prueba de comparación entre grupos mediante la aplicación de la prueba exacta de Fisher, y los resultados mostraron un valor de $p = 0.2166$. El análisis indicó que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en cuanto a la presencia y severidad de Trismus. Estos hallazgos demuestran que la Clindamicina no tiene un impacto significativo, ni para reducir ni para aumentar las distancias intersticiales, y, por ende, no influye en la severidad del Trismus en pacientes postquirúrgicos sometidos a cirugía de terceros molares en comparación con aquellos que no recibieron tratamiento farmacológico (ver Figura 7).

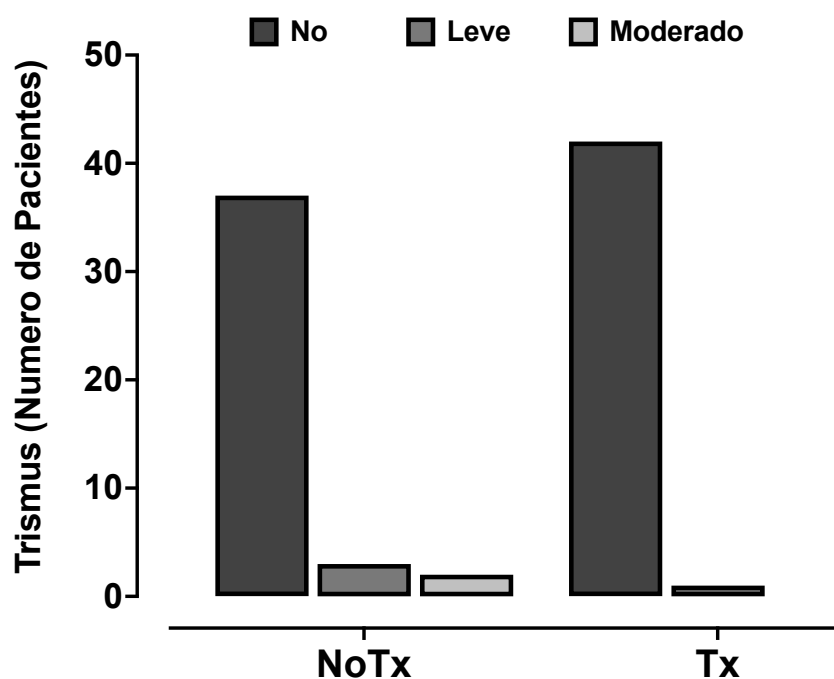


Figura 7. Comparación de la presencia y severidad de Trismus entre grupos de pacientes que recibieron o no tratamiento con Clindamicina. La grafica muestra el número de pacientes que presento Trismus a los 7 días posterior a la cirugía de terceros molares. Prueba exacta de Fisher de dos colas ($p < 0.05$). NoTx: Pacientes Sin tratamiento con Clindamicina. Tx: Pacientes Con tratamiento con Clindamicina.

Temperatura

En la Figura 8, se muestra la distribución de la temperatura medida a los 7 días postcirugía de terceros molares en ambos grupos de estudio. En el grupo que no recibió tratamiento con Clindamicina, el rango de temperatura osciló entre 36.1 y 37.7 °C, mientras que para el grupo que sí recibió tratamiento con Clindamicina, el rango de temperatura varió entre 36.3 y 37.6 °C (ver Tabla 6). Según los criterios para determinar la hipertermia, ninguno de los pacientes presentaba fiebre, lo que lleva a la conclusión de la ausencia de este signo como predictor de proceso infeccioso activo en ninguno de los dos grupos.

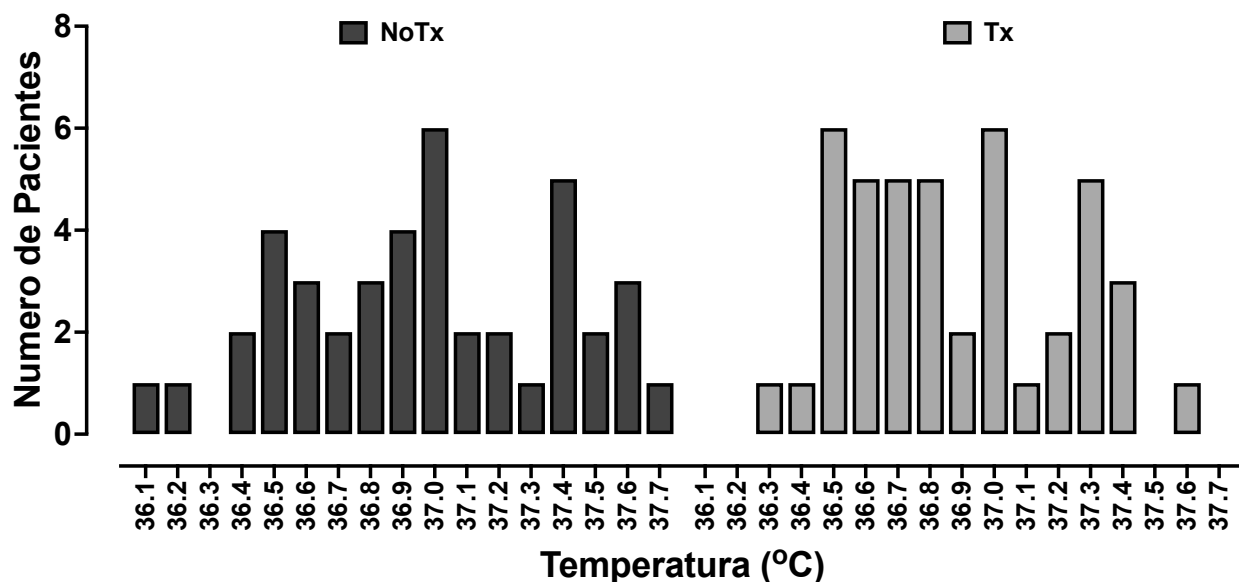


Figura 8. Distribución del número de pacientes en relación con su temperatura corporal (°C). Se muestra la distribución de la temperatura para ambos grupos de pacientes. NoTx: Pacientes Sin tratamiento con Clindamicina. Tx: Pacientes Con tratamiento con Clindamicina.

Tabla 6. Distribución porcentual de la temperatura en pacientes tratados o no con Clindamicina.

Temperatura de los Pacientes			
Grupo	Temperatura (°C)	Número de Pacientes	Valor %
NoTx	36.1	1	2.3%
	36.2	1	2.3%
	36.4	2	4.7%
	36.5	4	9.3%
	36.6	3	7.0%
	36.7	2	4.7%
	36.8	3	7.0%
	36.9	4	9.3%
	37.0	7	16.3%
	37.1	2	4.7%
	37.2	2	4.7%
	37.3	1	2.3%
	37.4	5	11.6%
	37.5	2	4.7%
	37.6	3	7.0%
	37.7	1	2.3%
Tx	36.3	1	2.3%
	36.4	1	2.3%
	36.5	6	14.0%
	36.6	5	11.6%
	36.7	5	11.6%
	36.8	5	11.6%
	36.9	2	4.7%
	37.0	6	14.0%
	37.1	1	2.3%
	37.2	2	4.7%
	37.3	5	11.6%
	37.4	3	7.0%
	37.6	1	2.3%

*NoTx: Pacientes Sin tratamiento con Clindamicina

**Tx: Pacientes Con tratamiento con Clindamicina

Se llevó a cabo una prueba de comparación entre grupos mediante una prueba t de Student no pareada de dos colas. El análisis reveló un valor de $t = 1.110$, con 83 grados de libertad y un valor de $p = 0.1492$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Estos resultados indican que la Clindamicina no modifica de manera significativa la temperatura corporal a los 7 días postquirúrgicos de cirugía de terceros molares, como se observa en la Figura 9. Dada la ausencia de un proceso infeccioso, se concluye que la Clindamicina no genera un efecto sobre la presencia de hipertermia en este contexto.

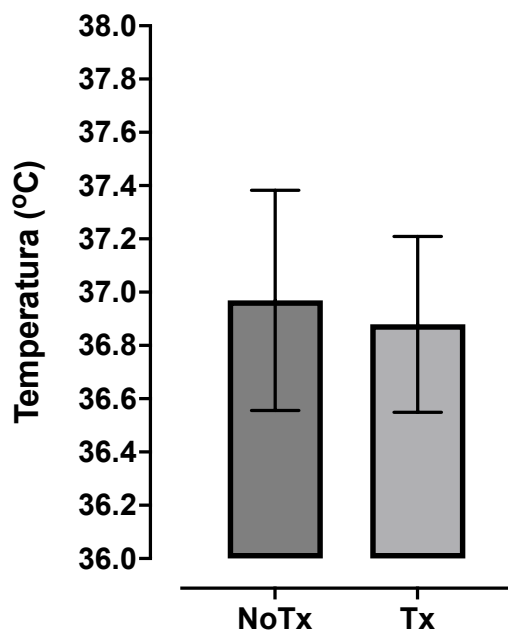


Figura 9. Comparación de la temperatura entre grupos de pacientes que recibieron o no tratamiento con Clindamicina. La grafica muestra la media \pm desviación estándar de la temperatura de ambos grupos de pacientes a los 7 días posterior a la cirugía de terceros molares. t de student no pareada de dos colas ($p < 0.05$). NoTx: Pacientes Sin tratamiento con Clindamicina. Tx: Pacientes Con tratamiento con Clindamicina.

Eritema

En la Tabla 7, se observa que la mayoría de los pacientes, independientemente del grupo al que pertenecieron, no presentaron eritema a los 7 días postcirugía de terceros molares. Únicamente tres pacientes del grupo que no recibió tratamiento mostraron eritema.

Tabla 7. Distribución porcentual de la presencia de Eritema en pacientes tratados o no con Clindamicina.

Eritema			
Grupo	Presencia de Eritema	Número de pacientes	Valor %
NoTx	Si	3	7.14 %
	No	39	92.85 %
Tx	Si	0	0 %
	No	43	100.0 %

*NoTx: Pacientes Sin tratamiento con Clindamicina

**Tx: Pacientes Con tratamiento con Clindamicina

Se llevó a cabo una prueba de comparación entre grupos mediante la aplicación de la prueba exacta de Fisher, y los resultados revelaron un valor de $p = 0.2410$. El análisis indicó que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en cuanto a la presencia de Eritema. Esto demuestra que la Clindamicina no tuvo un efecto sustancial sobre la presencia de este signo en pacientes postquirúrgicos sometidos a cirugía de terceros molares en comparación con aquellos que no recibieron tratamiento farmacológico (ver Figura 10).

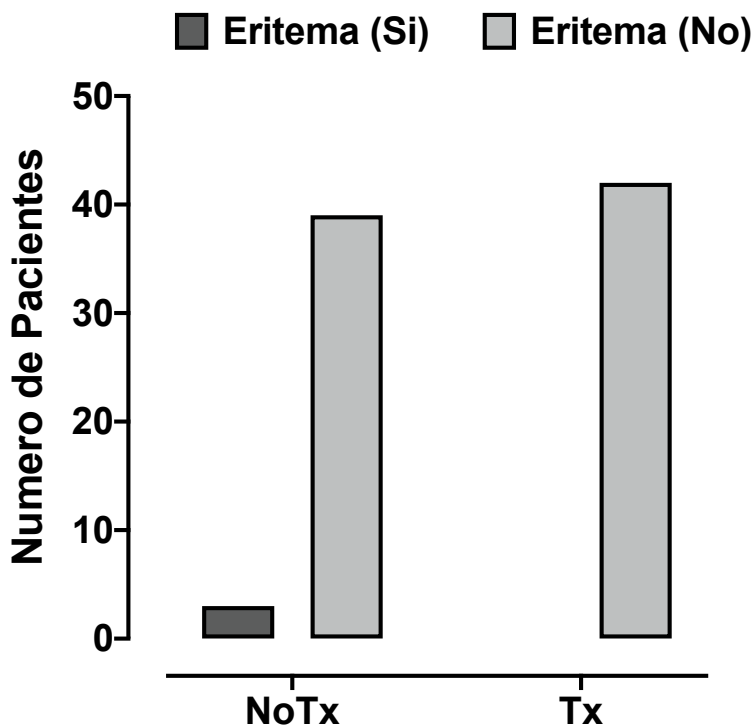


Figura 10. Distribución de pacientes que presentaron o no Eritema. La grafica muestra el número de pacientes que presentaron o no Eritema a los 7 días posterior a la cirugía de terceros molares. Prueba exacta de Fisher de dos colas ($p < 0.05$). NoTx: Pacientes Sin tratamiento con Clindamicina. Tx: Pacientes Con tratamiento con Clindamicina.

Exudado

En la Tabla 8, se observa que la mayoría de los pacientes, independientemente del grupo al que pertenecieron, no presentaron exudado purulento a los 7 días postcirugía de terceros molares. Únicamente dos pacientes del grupo que no recibió tratamiento mostraron exudado purulento. Aunque podría considerarse que en este caso el grupo experimental evidenció ventajas profilácticas antibióticas, es crucial determinar el agente patológico que podría estar provocando el exudado para determinar su resistencia o sensibilidad a la Clindamicina.

Tabla 8. Distribución porcentual de la presencia de Exudado Purulento en pacientes tratados o no con Clindamicina.

Exudado Purulento			
Grupo	Presencia de Exudado Purulento	Número de pacientes	Valor %
NoTx	Si	2	4.7 %
	No	40	95.3 %
Tx	Si	0	0 %
	No	43	100.0 %

*NoTx: Pacientes Sin tratamiento con Clindamicina

**Tx: Pacientes Con tratamiento con Clindamicina

Se llevó a cabo una prueba de comparación entre grupos mediante la aplicación de la prueba exacta de Fisher, y los resultados revelaron un valor de $p = 0.2412$. El análisis indicó que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en cuanto a la presencia de exudado purulento. Esto demuestra que la Clindamicina no tuvo un efecto sustancial sobre la presencia de exudado purulento en pacientes postquirúrgicos sometidos a cirugía de terceros molares en comparación con aquellos que no recibieron tratamiento farmacológico (ver Figura 11).

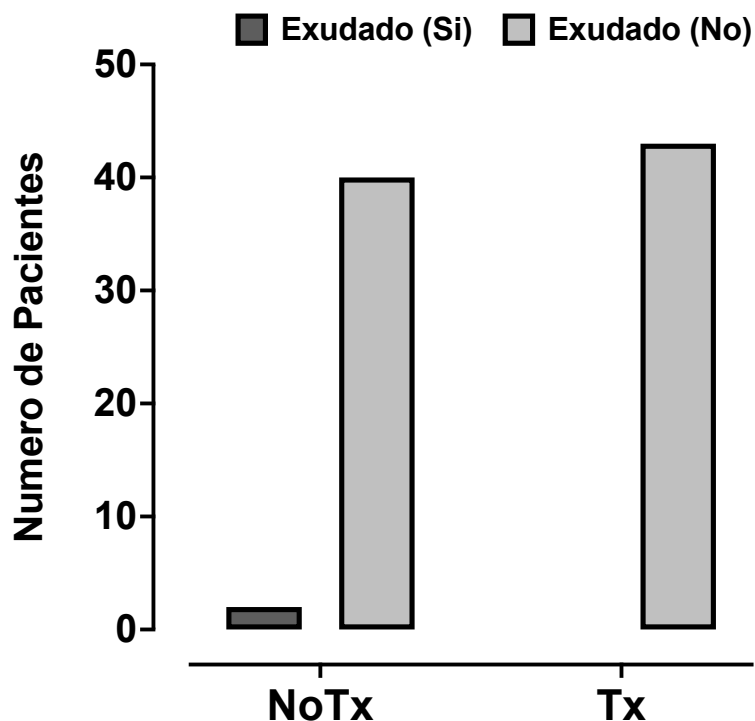


Figura 11. Distribución de pacientes que presentaron o no Exudado Purulento. La grafica muestra el número de pacientes que presentaron o no Exudado Purulento a los 7 días posterior a la cirugía de terceros molares. Prueba exacta de Fisher de dos colas ($p < 0.05$). NoTx: Pacientes Sin tratamiento con Clindamicina. Tx: Pacientes Con tratamiento con Clindamicina.

En la fase final del análisis, procedimos a agrupar a los pacientes en tres rangos de edad con el propósito de determinar si el tratamiento con Clindamicina mostraba un efecto asociado con la edad en cada uno de los grupos de estudio. Los rangos de edad se categorizaron en 18-19 años, 20-29 años y 30-40 años. La agrupación de la edad en estos rangos específicos está basada en tres consideraciones principales:

1. **Distribución de la muestra:** La distribución de la muestra en cada rango de edad puede influir en la capacidad para realizar comparaciones significativas. Al agrupar de esta manera, se busca tener un número suficiente de pacientes en cada grupo para realizar análisis estadísticos robustos.
2. **Relevancia clínica:** A veces, los efectos de un tratamiento pueden variar según la etapa de la vida de los pacientes. Agrupar por rangos de edad permite explorar

posibles diferencias clínicas y biológicas en la respuesta al tratamiento en diferentes etapas de la vida.

3. **Prácticas clínicas comunes:** En algunos casos, las prácticas clínicas o la prevalencia de ciertos problemas de salud pueden cambiar significativamente en rangos de edad específicos. Agrupar de acuerdo con estos rangos puede ayudar a identificar patrones relevantes.

En la Tabla 9, se presenta la distribución de pacientes que conforman cada subgrupo, junto con el número de pacientes que presentaron o no alguno de los parámetros clínicos evaluados.

Tabla 9. Distribución de pacientes que recibieron o no tratamiento con Clindamicina agrupados por rangos de edad.

Grupo		Variable											
NoTx	N	Dolor			Temperatura	Eritema		Exudado		Trismus			
		Leve	Mod	Sev	Media \pm DS	Si	No	Si	No	No	Leve	Mod	
18-19	8	5	2	1	37.08 \pm 0.49	1	7	1	7	5	1	2	
20-29	28	25	3	0	36.94 \pm 0.43	1	27	1	27	25	2	0	
30-40	6	5	1	0	36.98 \pm 0.18	1	5	0	6	6	0	0	
Tx													
18-19	16	16	0	0	36.80 \pm 0.31	0	16	0	16	16	0	0	
20-29	18	15	3	0	36.92 \pm 0.35	0	18	0	18	17	1	0	
30-40	9	9	0	0	36.93 \pm 0.35	0	9	0	9	9	0	0	

*NoTx: Pacientes Sin tratamiento con Clindamicina

**Tx: Pacientes Con tratamiento con Clindamicina

***Mod: Moderado; Sev: Severo; DS: Desviación Estándar.

Posteriormente, se llevaron a cabo comparaciones entre grupos para cada rango de edad con el objetivo de determinar si existían diferencias significativas entre ellos. La Tabla 10 refleja que no se observaron diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las variables analizadas entre los grupos de estudio al considerar la subdivisión por rango de edad. Este resultado subraya que, independientemente de la edad de los pacientes, la clindamicina no mostró un efecto profiláctico preventivo. Por lo tanto, se concluye que la edad del paciente no fue una variable que sesgara la ausencia

de diferencias estadísticamente significativas al considerar solo dos grupos con un rango de edad amplio (18-40 años).

Tabla 10. Comparación estadística entre grupos con base en el rango de edad de los pacientes.

Comparación por Grupos de edad entre pacientes tratados y no tratados con Clindamicina					
Grupo por Edad	Dolor	Temperatura	Eritema	Exudado	Trismus
	Prueba exacta de Fisher	ANOVA de dos Vías	Prueba exacta de Fisher	Prueba exacta de Fisher	Prueba exacta de Fisher
18-19	p = 0.083	t = 1.679 p = 0.2638	p = 0.333	p = 0.333	p = 0.2727
20-29	p = 0.665	t = 0.1181 p = 0.9992	p = 0.999	p = 0.999	p = 0.999
30-40	p = 0.400	t = 0.2509 p = 0.9923	p = 0.400	p = 0.999	p = 0.999

15. DISCUSION

La creciente y generalizada aplicación de terapia profiláctica antibiótica postoperatoria, sin fundamentos científicos, ha comprometido la eficacia de los antibióticos en la era moderna, dando lugar al problema de la resistencia bacteriana. Aunque la cirugía de terceros molares es un procedimiento quirúrgico menor, requiere un protocolo adecuado para evaluación, diagnóstico y planificación del tratamiento. La intervención debe ser realizada por un cirujano experto y bien entrenado para minimizar las complicaciones postoperatorias asociadas con la manipulación.

El uso de antibióticos en este procedimiento debe basarse en indicaciones específicas, según lo señala la literatura (1), evitando así su administración indiscriminada y arbitraria en nuestra especialidad.

En el servicio de cirugía maxilofacial del Hospital Universitario de Puebla, la Clindamicina se utiliza como antibiótico de primera elección para procedimientos de cirugía bucal, incluida la extracción quirúrgica de terceros molares. Sin embargo, esta elección carece de respaldo en un protocolo establecido o en evidencia científica. Es importante destacar que la Clindamicina conlleva efectos adversos asociados con el microorganismo *C. difficile* y su patología vinculada, la colitis pseudomembranosa, como se describe en la literatura (2). El uso indiscriminado y sin indicación continuará exacerbando la resistencia antibiótica.

Existen medidas más efectivas para prevenir complicaciones y reducir las molestias postoperatorias, como se menciona en la literatura tales como crioterapia local, enjuagues con antisépticos orales y el uso de analgésicos y antiinflamatorios orales .

En consecuencia, tanto este estudio como la literatura existente sugieren que no hay un beneficio evidente en el uso de antibióticos orales postoperatorios para prevenir complicaciones relacionadas con infecciones postoperatorias en cirugías de terceros molares en pacientes sanos en el Hospital Universitario de Puebla.

16. CONCLUSIONES

En conclusión, la Clindamicina no demuestra eficacia en la prevención y reducción de complicaciones infecciosas, como Trismus, Dolor, Exudado Purulento y Fiebre postoperatorias, en pacientes sometidos a cirugía de terceros molares en el Hospital Universitario de Puebla. La evidencia disponible respalda la necesidad de evitar su uso desmedido, arbitrario e indiscriminado en esta población.

Se recomienda una actualización constante por parte de los compañeros residentes y la realización de estudios adicionales para avanzar hacia la protocolización e individualización del uso de medicamentos, incluidos los antibióticos, en cada paciente del Hospital Universitario de Puebla.

A pesar de las limitaciones temporales derivadas de las ocupaciones y rotaciones previstas en el plan educativo y formativo de los residentes, es importante destacar que restringir el uso desmedido de antibióticos como la Clindamicina beneficia tanto al clínico como a los pacientes, la población y la institución. Aunque esta desventaja pueda haber afectado la realización del estudio de campo, no impide la continuación de la investigación en futuros estudios para profundizar en el tema y obtener más información relevante.

17. CONFLICTOS DE INTERESES.

Los autores no declaran tener ningún conflicto de intereses.

18. BIBLIOGRAFÍA.

Bibliografía

1. Miloro M, Michael PLJM. Peterson's Principles of oral and Maxillofacial Surgery. People's Medical Publishing House. Miloro & Michael; 2011.
2. Lodi G, Azzi L, Varoni EM, Pentenero M, Del Fabbro M, Carrassi A, et al. Antibiotics to prevent complications following tooth extractions: A cochrane review. DENTAL CADMOS. 2021;89(10):416–27.
3. Knollmann B, Brunton L, Hilal-Dandan R. Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics. 13a ed. Columbus, OH, Estados Unidos de América: McGraw-Hill Education; 2017.
4. Hardman JG, Limbird L, Gilman A, Rall TR, editores. Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics. 9a ed. Londres, Inglaterra: McGraw-Hill Education (ISE Editions); 1996.
5. Aslam B, Wang W, Arshad MI, Khurshid M, Muzammil S, Rasool MH, et al. Antibiotic resistance: a rundown of a global crisis. Infect Drug Resist [Internet]. 2018;11:1645–58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/idr.s173867>
6. Cinquini C, Marchionni S, Derchi G, Miccoli M, Gabriele M, Barone A. Non-impacted tooth extractions and antibiotic treatment: A RCT study. Oral Dis [Internet]. 2021;27(4):1042–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/odi.13607>
7. Marinkovic D, Azócar D, Romo L. Terapia antibiótica postoperatoria en pacientes sanos sometidos a cirugía de terceros molares impactados. Int j interdiscip dent [Internet]. 2020;13(3):186–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s2452-55882020000300186>
8. Yue Yi EK, Siew Ying AL, Mohan M, Menon RK. Prevalence of postoperative infection after tooth extraction: A retrospective study. Int J Dent [Internet]. 2021;2021:1–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2021/6664311>
9. Stošić B, Šarčev I, Mirković S, Medić D, Novaković M, Soldatović I, et al. Use of antibiotics after lower third molar surgery-useful or harmful procedure? A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Srp Arh Celok Lek. 2022;150(9):407–13.

10. Lodi G, Azzi L, Varoni EM, Pentenero M, Fabbro D, Carrassi M, et al. Antibiotics to prevent complications following tooth extractions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;2(6).
11. Kirnbauer B, Jakse N, Truschnegg A, Dzidic I, Mukaddam K, Payer M. Is perioperative antibiotic prophylaxis in the case of routine surgical removal of the third molar still justified? A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial with a split-mouth design. *Clin Oral Investig* [Internet]. 2022;26(10):6409–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00784-022-04597-5>
12. Lazcano-Ponce E, Salazar-Martínez E, Gutiérrez-Castrellón P, Angeles-Llerenas A, Hernández-Garduño A, Viramontes JL. Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2004;46(6):559–84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0036-36342004000600012>

19. ANEXOS

Historia

clínica



BUAP

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA
Cirugía Maxilofacial



HU355

Núm. Exp. _____

Fecha: _____

Ficha de identidad	
Nombre: _____	Edad: _____ DHA: _____
Originario: _____	Sexo: M F Religión: _____
Residente: _____	Estado Civil: _____
Dirección: _____	
Escolaridad: _____	Ocupación: _____
Teléfono: _____	Fecha de nacimiento: _____

Antecedentes Heredofamiliares	Negados []
Diabetes Mellitus: _____	
Hipertensión: _____	
Cáncer: _____	
Enfermedad reumatoide: _____	
Cardiopatías: _____	
Otras: _____	

Antecedentes personales no patológicos	
Habita en casa: _____	Materiales: _____
Servicios urbanización: Agua potable: _____	Electricidad: _____ Drenaje: _____
Habitantes: _____	Habitaciones: _____ Zoonosis: () Fauna doméstica: _____
Inmunizaciones: _____	COMBE: _____
Hábitos higiénicos: _____	HO: _____ veces al día
Hábitos alimenticios: _____	

Antecedentes personales patológicos	Negados []
Quirúrgicos: _____	
Traumáticos: _____	
Transfusionales: _____	Alérgicos: _____
Cardiopatías: _____	
Enfermedades crónico-degenerativas: _____	
Otra enfermedad: _____	
Tratamientos médicos: _____	
Tabaquismo: _____ desde cuándo: _____	cantidad: _____
Alcoholismo: _____ desde cuándo: _____	cantidad: _____
Toxicomanías: _____	Tipo: _____ cantidad: _____
AGO	
Menarca: _____	Ciclos: _____ x _____ FUM: _____
IVSA: _____	NPS: _____ G: _____ P: _____ A: _____ C: _____
MPF: _____	Embarazo actual: PAP: _____
Docma: _____	Tiempo: _____ Resultados: _____

	Junio 2023	Julio 2023	Agosto 2023	Septiembre 2023	Octubre 2023	Noviembre 2023
Presentación de protocolo de investigación						
Recolección de datos						
Análisis estadístico						
Presentación de Tesis						

19.2. Cronograma de actividades

19.3. BIOÉTICA

Aspectos éticos.

El estudio será aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud. Este protocolo está diseñado de acuerdo con los lineamientos anotados en los siguientes códigos:


Reglamento de la ley General de Salud. De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, para la salud, Títulos del primero al sexto y noveno 1987. Norma Técnica No. 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones de Atención a la Salud.

Reglamento federal: título 45, sección 46 y que tiene consistencia con las buenas prácticas clínicas.


Declaración de Helsinki: Principios éticos en las investigaciones médicas en seres humanos, con última revisión en Escocia, octubre 2000.

Principios éticos que tienen su origen en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, titulado: "Todos los sujetos en estudio firmarán el consentimiento informado acerca de los alcances del estudio y la autorización para usar los datos obtenidos en presentaciones y publicaciones científicas.

19.4. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA
Consentimiento para una intervención quirúrgica



HU084

Paciente: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Lugar y fecha: _____ Núm. Exp. _____ Núm. D.H. _____

DECLARO:

Que el Doctor(a) _____

1. Me ha explicado la naturaleza exacta de la intervención o procedimiento que se me va a realizar y su necesidad. He tenido la oportunidad de discutir con el facultativo como se va a efectuar, su propósito, las alternativas razonables, las posibles consecuencias de no hacer este tratamiento y todos los riesgos y posibles complicaciones que de él puedan derivarse.
2. Comprendo que la práctica de la Cirugía Bucal no es una ciencia exacta, y que pretende solucionar una patología diagnosticada gracias a los hechos observados o comprobados hasta este momento; por tanto no es razonable que el cirujano sea capaz de anticipar ni de explicar todos los riesgos o complicaciones. Comprendo también que un resultado indeseable no necesariamente implica un error en ese juicio, por lo que buscando los mejores resultados confío en que el juicio y las decisiones del profesional durante el procedimiento o intervención estarán basados sobre los hechos hasta entonces conocidos, buscando siempre mi mayor beneficio.
3. Me ha explicado que el tratamiento que se va a hacer se efectuará bajo anestesia local, la cual se me va a administrar mediante una o varias inyecciones. Su finalidad es bloquear, de forma reversible, la transmisión de los impulsos nerviosos, para poder realizar la intervención sin dolor. Se me ha informado que notaré una sensación de adormecimiento del labio, lengua o de otras zonas de la cara, que va a durar determinado tiempo.
4. Si bien, a partir de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad a los componentes de la solución anestésica, ello no excluye la posibilidad de que, puedan presentarse manifestaciones alérgicas del tipo urticaria, dermatitis de contacto, asma, edema angioneurótico y en casos extremos shock anafiláctico, que pueden requerir tratamiento urgente.
5. También se me ha explicado que la administración de anestesia local puede provocar, en el punto de inyección, ulceración de la mucosa y dolor. Asimismo es posible que transitoriamente quede una cierta dificultad en los movimientos de apertura y cierre.
6. Las sustancias que contiene la solución anestésica pueden originar leves alteraciones del pulso y de la tensión arterial. Se me ha informado que, aún en el caso de que no se deduzca ningún tipo de patología cardiovascular de mis antecedentes, la presencia de adrenalina puede favorecer, aunque de forma muy inusual, la aparición de trastornos del ritmo cardíaco y/o una cardiopatía isquémica (angina de pecho, infarto) que deberán ser tratadas rápida y convenientemente.
7. Me ha explicado que el tratamiento quirúrgico que se me realizará puede tener, de forma infrecuente, complicaciones imprevisibles. Tales complicaciones incluyen pero no se limitan a: Inflamación, dolor, infección, alveolitis, sangrado, hematoma, limitación de la apertura bucal, como complicaciones menos improbables, daño a estructuras vecinas (dientes o restauraciones), fracturas óseas, desplazamiento de fragmentos a otras regiones anatómicas, comunicaciones bucosinuales, lesiones neurológicas de ramas de los nervios trigémino y/o facial, como complicaciones más improbables. Se me informa que estas complicaciones pueden requerir tratamientos médico-quirúrgicos adicionales y que algunas pueden dejar secuelas definitivas.
8. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado y el facultativo que me ha atendido me ha permitido hacer todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
9. También comprendo que puedo retractarme de dicho consentimiento, a mi consideración, sin necesidad de justificación alguna ANTES DE INICIAR EL PROCEDIMIENTO.

19.5 FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES POSTOPERADOS DE CIRUGÍA DE TERCER MOLAR

Paciente: _____ Edad: _____

Fecha de cirugía: _____ N° de expediente: _____

Grupo: control: __ experimental: __

Apertura bucal a los 7 días: _____ mm

1. Trismus:

Leve 20-30mm: __. Moderado 10 – 20 mm: __. Severo <10 mm: __.

2. dolor a los 7 días: si: __ no: __

2.1. grado de dolor

<p><i>Escala numérica: (0 = Ausencia de dolor, 10 = Dolor de máxima intensidad)</i></p>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Exudado purulento a los 7 días: si: __ no: __.

4. Eritema a los 7 días: si: __ no: __.

5. Temperatura a los 7 días: _____ °C.

19.6 THERABITE

