



NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN DEL PACIENTE
CON TERAPIA ANTICOAGULANTE Y ANTIPLAQUETARIA DE
LOS ALUMNOS DE IX CICLO DE LA CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA. UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS.
AREQUIPA. 2017.

Tesis presentada por la bachiller:
GABRIELA ALEJANDRA NEYRA RIOS
para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

Arequipa – Perú

2017

DEDICATORIA

A mis padres por permitirme llegar hasta este momento importante de mi formación profesional. por sus consejos, apoyo y que han sabido guiarme para culminar mi carrera profesional

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida.

Agradezco a la universidad peruana y en especial a la escuela profesional de estomatología, por permitirme realizar este trabajo de investigación.

Agradezco a mis profesores, gracias por su tiempo, por su apoyo.

Agradezco a los estudiantes de IX ciclo de la escuela de estomatología.

RESUMEN

La investigación tuvo por objetivo principal identificar el nivel de conocimiento sobre atención al paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria de los estudiantes de clínica estomatológica. Para tal fin, se trabajó con todos los alumnos del noveno ciclo de la universidad Alas Peruanas, que hacían sus prácticas pre profesionales en la Clínica, siendo al final un total 52 personas que reunieron los criterios de inclusión y exclusión planteados para su selección.

El estudio correspondió a un tipo no experimental y estuvo dentro del diseño transversal, de campo, prospectivo y descriptivo. La recolección de datos se llevó a cabo a través de una encuesta que estaba constituida por 21 preguntas cerradas, para calificar el instrumento se asignó un punto (1) por cada respuesta acertada, salvo en la pregunta 16 que se asigna hasta dos puntos; así mismo, si fuera equivocada, se le asigna cero puntos (0). Este instrumento fue validado de acuerdo a los estándares establecidos.

Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento sobre atención del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria de los alumnos de IX ciclo de la clínica estomatológica es, en la mayoría de ellos, regular (55.8%). Según la edad, se observó relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento, puesto que los alumnos con menor edad mostraron mejores niveles, también se evidenció relación con el tipo de matrícula, dado que los alumnos con matrícula regular tenían mejor nivel de conocimiento que los irregulares; sin embargo, no se encontró relación estadísticamente significativa con el sexo de los alumnos.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, terapia anticoagulante y antiplaquetaria.

ABSTRACT

The main objective of the research was to identify the level of knowledge about patient care with anticoagulant and antiplatelet therapy of stomatologic clinic students. To this end, we worked with all the students of the ninth cycle of Alas Peruanas University, who did their pre-professional practices in the Clinic, with a total of 52 people who met the criterion of inclusion and exclusion proposed for their selection.

The study corresponded to a non-experimental type and was within the transversal, field, prospective and descriptive design. Data collection was carried out through a survey that consisted of 21 closed questions, to qualify the instrument was assigned a point (1) for each successful answer, except in question 16 that is assigned up to two points; Likewise, if it is wrong, it is assigned zero points (0). This instrument was validated according to established standards.

The results showed that the level of knowledge about patient care with anticoagulant and antiplatelet therapy of the students of the IX cycle of the stomatologic clinic is, in most of them, regular (55.8%). According to age, a statistically significant relationship was observed with the level of knowledge, since younger students showed better levels, also showed a relation with the type of enrollment, since students with regular enrollment had better knowledge than the Irregular however, no statistically significant relationship was found with the sex of the students.

Keywords:

Level of knowledge, anticoagulant and antiplatelet Therapy

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.4.1 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.4.2 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	8
2.2 BASES TEÓRICAS	11
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	43
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIONES.....	45

3.1	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS.....	46
3.2	VARIABLES; DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL	46
	CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	48
4.1	DISEÑO METODOLÓGICO.....	49
4.2	DISEÑO MUESTRAL.....	49
4.3	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
4.4	TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	52
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	52
	CAPÍTULO V	53
5.1	ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	54
5.2	ANÁLISIS INFERENCIAL	68
5.3	COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	69
	DISCUSIÓN	71
	CONCLUSIONES	75
	RECOMENDACIONES	76

FUENTES DE INFORMACIÓN			
77			
ANEXOS			
.....83			
ANEXO			N°1
CUESTIONARIO.....84			
ANEXO	N°2	INFORMES	DE
EXPERTOS.....91			
ANEXO N°3 VALIDEZ DE CONTENIDO.....			
97			
ANEXO N°4 MATRIZ DE PRUEBA PILOTO.....			99
ANEXO N°5 DISTRIBUCIÓN DE PREGUNTAS DE PRUEBA PILOTO.....			100
ANEXO N°6 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....			102
ANEXO N°7 MATRIZ DE CUESTIONARIO			
103			
ANEXO N°8 DISTRIBUCIÓN DE PREGUNTAS DE CUESTIONARIO.....			
104			
ANEXO N°9 FOTOS			
106			

Introducción

Durante la atención del paciente debemos realizar una historia clínica con una correcta y detallada anamnesis de la cual podremos obtener sus antecedentes, por ejemplo los pacientes con terapia anticoagulante tienen antecedentes de: trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio y los pacientes que reciben terapia antiplaquetaria tienen antecedentes de enfermedad arterial coronaria, infarto cardíaco, angina de pecho, accidente cerebrovascular, enfermedad vascular periférica. En el examen clínico podemos observar manifestaciones orales como petequias palatinas o hemorragia gingival espontánea que nos hacen sospechar alteraciones de la coagulación, se debe considerar previamente antes de la realización de cualquier tratamiento odontológico así podremos prevenir complicaciones durante la atención o después de ella.

En la literatura se presentan complicaciones que se han producido por falta de conocimiento del cirujano dentista, al tener el estudiante conocimiento de protocolos de estos pacientes se previene posibles complicaciones. Por ello deseamos saber cuál es el nivel de conocimiento de los estudiantes de noveno ciclo.

CAPÍTULO I: PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

CAPÍTULO I: PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática:

Según los estudios del Ministerio de Salud con relación a las enfermedades bucales las más prevalentes se encuentran en la población de 15 años a más relacionándose también con la prevalencia de enfermedades cardiovasculares encontrándose la mayor prevalencia en la población de 15 años a más ^{1,2}. No se tiene informes que muestren la relación de los pacientes con enfermedades cardiovasculares y si presentan enfermedades bucales. Debemos realizar una buena historia clínica en la cual recolectemos antecedentes que nos permitan prevenir complicaciones durante el tratamiento, si no manejamos adecuadamente esta información del paciente que consume medicación anticoagulante o antiplaquetaria podemos ocasionar complicaciones durante los tratamientos quirúrgicos como hemorragia intraoperatoria, hemorragia posoperatorio inmediata, hemorragia posoperatoria tardía, retraso de la cicatrización, alveolitis.

Esta investigación principalmente determinará el nivel de conocimiento sobre atención al paciente con terapia antiplaquetaria y anticoagulante, que se debe tener para realizar una atención odontológica, intervención quirúrgica adecuada, por ello se propone mejorar protocolos y las historias clínicas para mejorar su práctica clínica.

1.2. Formulación del problema:

¿Cuál será nivel de conocimiento sobre atención del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria de los alumnos de IX ciclo de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Arequipa 2017?

1.3. Objetivos de la investigación:

A. Determinar el nivel de conocimiento sobre atención del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria de los alumnos de IX ciclo de la clínica estomatológica.

- B. Establecer el nivel de conocimiento sobre atención del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria según la edad de los alumnos de IX ciclo de la clínica estomatológica.
- C. Estimar el nivel de conocimiento sobre atención del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria según el sexo de los alumnos de IX ciclo de la clínica estomatológica.
- D. Precisar el nivel de conocimiento sobre atención del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria según el tipo de matrícula de los alumnos de IX ciclo de la clínica estomatológica.

1.4. Justificación de la investigación:

El presente estudio busca enfatizar el conocimiento sobre atención odontológica del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria haciendo una buena historia clínica y una buena anamnesis, para prevenir complicaciones en la atención odontológica. Por tanto, se debe actuar de manera oportuna y adecuada, realizando protocolos adecuados en tratamientos bucales de pacientes con enfermedades cardiacas o enfermedades sistémicas de fondo. También previniendo ocasionar complicaciones, no solo durante el tratamiento odontológico sino también en su enfermedad sistémica como la endocarditis infecciosa, por lo que será necesario aplicar medidas preventivas anteriores a una intervención quirúrgica.

En la revisión bibliográfica se menciona las complicaciones de pacientes con terapia antiplaquetaria y anticoagulante durante la atención odontológica, en procedimientos de quirúrgicos que puede ocurrir por falta de conocimiento del Cirujano Dentista, de aquí la necesidad de mejorar la práctica clínica, protocolos de tratamiento para este tipo de pacientes.

Esta investigación beneficiará a los estudiantes porque se intentará mejorar el desempeño de la práctica clínica y protocolos de tratamiento para este tipo de pacientes.

1.4.1. Importancia de la investigación

Determinaremos el nivel de conocimiento que tienen los alumnos sobre atención a pacientes con terapia anticoagulante y antiplaquetaria que conlleven a evitar complicaciones en los pacientes de alto riesgo, consecuentemente se beneficiará a los estudiantes al verificar la correcta aplicación de protocolos de tratamiento para este tipo especial de pacientes.

No existe antecedentes de estudios relacionados con nivel de conocimiento sobre atención a pacientes con terapia anticoagulante y antiplaquetaria en el Perú, por lo cual es necesario tener conocimiento sobre el manejo de estos pacientes siendo importante en el momento de la atención odontológica ya que la falta de conocimiento acerca del manejo del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria provocaría complicaciones las cuales queremos evitar.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

Esta investigación es viable ya que se cuenta con los recursos para garantizar la ejecución del proyecto, tal como se menciona a continuación:

A. Humanos

- Investigador:

Bach. Gabriela Alejandra Neyra Rios

-Asesor:

Mg. José Quispe Huanca

-Colaboradores:

CD. Ruth Valera Calderón

Mg. Daniel Giles Apaza

CD. Norka Manrique Rivaños

B. Financieros

El presente trabajo de investigación, fue financiado en su totalidad por la investigadora.

C. Materiales

Hojas bond, Impresiones, Lapiceros

D. Institucionales

Universidad Alas Peruanas - Filial Arequipa

1.5 Limitaciones del estudio

Las principales limitaciones están relacionadas a las unidades de estudio, pues podrían no querer llenar adecuadamente el cuestionario de recolección de datos.

CAPÍTULO

II: MARCOTEÓRICO

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

- Altaf Hussain Shaha, Hesham Saleh Khalilb, Faleh Ali Alshahrani, Soban Qadir Khand, Nasser Raqe AlQthanic, Ishfaq Ali Bukharie, Mohammed Zaheer Kola. CONOCIMIENTO DE MÉDICOS Y ODONTÓLOGOS SOBRE EL MANEJO DENTAL DE PACIENTES CON TERAPIA ANTICOAGULANTE Y ANTIPLAQUETARIA. The Saudi Journal for Dental Research. Diciembre 2014. Este estudio se realizó en diferentes hospitales, centros de salud de Riyadh y AlKharj, Arabia Saudita. Se distribuyeron 650 cuestionarios, 543 fueron devueltos completos. El 58,6% eran odontólogos y 64,7% eran médicos, este trabajo es pertinente con la investigación, ya que aborda el tema del conocimiento sobre el manejo dental del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria, en este estudio se determinó que los dentistas y médicos 77,9% de ellos quería detener los fármacos anticoagulantes antes de procedimiento quirúrgico de los cuales 84 eran dentistas y los médicos eran 50. En favor de parar la aspirina antes de cualquier procedimiento quirúrgico oral un total de 15,4% dentistas y los médicos querían continuar con el antiagregante sin alteración.³
- K. Dewan, K. Bishop, A. Muthukrishnan. MANEJO DE PACIENTES CON WARFARINA POR ODONTÓLOGOS GENERALES PRACTICANTES EN SOUTH WEST: CONTINUACIÓN DEL CICLO DE AUDITORIA. British Dental Journal. 2009. Se distribuyeron 447 cuestionarios, 332 fueron devueltos completos. Este trabajo está relacionado con nuestra investigación, ya que

aborda el tema del conocimiento sobre el manejo dental del paciente con terapia anticoagulante, el 74% consideraron como alto riesgo de sangrado bloqueo dental inferior, restauraciones subgingivales, desbridamiento subgingival y al planificar un procedimiento de alto riesgo, el 63% Indicaron que buscarían consejo de un cardiólogo o médico general; ninguno de los encuestados aconsejaría al paciente reducir su dosis de warfarina. De los encuestados 86% consideraron las interacciones medicamentosas y 71% consideraron el alcohol como factores de alteran la razón normalizada internacional (INR).⁴

- Martínez Beneyto, López Jornet, Camacho Alonso, González Escribano. CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA HACIA LA TERAPIA DE ANTICOAGULACIÓN: EVALUACIÓN DE UN CURSO DE UN DÍA EN LA UNIVERSIDAD DE MURCIA, ESPAÑA. JOURNAL OF DENTAL EDUCATION. 2012. Los estudiantes que más se beneficiaron son de tercer año, ya que tenían el nivel más bajo de conocimiento al principio del curso. Los estudiantes de quinto año y postgraduados tenían un buen nivel inicial de conocimiento 87%. Este trabajo contribuye con la investigación aquí planteada, ya que también en esta investigación se desea saber cuál será el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre atención al paciente anticoagulado este estudio identificó una falta de conocimiento entre este grupo de estudiantes españoles de odontología antes del curso, pero participar en el curso condujo a una mejora considerable. ⁵

- Santhosh Kumar, CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DENTALES HACIA EL MANEJO DENTAL DE PACIENTES EN TERAPIA ANTIPLAQUETARIA. Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research, 2016.En este estudio se

obtuvieron los resultados 80,8% de los estudiantes han declarado que los procedimientos quirúrgicos no pueden llevarse a cabo de manera segura, sin detener la medicación antiplaquetaria. El 46,7% de los estudiantes han mencionado que las medidas hemostáticas locales pueden controlar el sangrado en un paciente con terapia Antiplaquetaria durante el tratamiento dental. Este trabajo está relacionado con nuestra investigación ya que también se desea saber el nivel de conocimiento sobre atención al paciente con terapia antiplaquetaria. Encontramos que el 70% de ellos prefirieron referir al paciente al médico cardiólogo mientras trataban a los pacientes con medicamentos antiplaquetarios. El 78,3% no tenían conocimiento de sobre medicamentos para el manejo quirúrgico del paciente dental de atención primaria en medicamentos antiplaquetarios.⁶

•Sunny Linnebur, Samuel Ellis, Jeffrey Astroth, PRÁCTICAS EDUCATIVAS CON RESPECTO A PROCEDIMIENTOS ANTICOAGULANTES EN ESCUELAS DENTALES DE EE. UU. Journal of Dental Education. La evidencia sugiere que la interrupción de la anticoagulación oral con Warfarina no es necesaria en pacientes que requieren procedimientos dentales de bajo riesgo. Sin embargo, la creencia generalizada sigue siendo entre los dentistas que la interrupción de la anticoagulación oral para los procedimientos dentales es necesario. En 2003 y 2004 se enviaron encuestas a cincuenta y cinco facultades de odontología estadounidenses para evaluar su práctica docente en relación con la anticoagulación y los procedimientos dentales. El 67.9% declaró que Razón Internacional Normalizada (INR) de 2.0-3.0 sería aceptable antes de los procedimientos dentales. Este trabajo está relacionado con nuestra investigación, porque también desea saber el nivel de conocimiento sobre la atención al paciente con terapia anticoagulante, se encontraron en este estudio inconsistencias

entre las prácticas de enseñanza en las escuelas dentales de los Estados Unidos.⁷

2.1.2 Antecedentes nacionales

No se encontraron

2.1.3 Antecedentes locales

No se encontraron

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Conocimiento

2.2.1.1 Definición

La Real Academia de la Lengua Española define “conocimiento” como la acción y efecto de conocer; el entendimiento, inteligencia y razón natural.⁸

Según Nonka y Takeuchi (1995) La epistemología occidental tradicional considera el conocimiento como algo estático y formal, esta epistemología se ha centrado en la verdad como el atributo esencial del conocimiento, destacando la naturaleza abstracta, estática y no humana del conocimiento.⁹

2.2.1.2. Clasificación

2.2.1.2.1 Conocimiento científico

El conocimiento científico es una aproximación crítica a la realidad apoyándose en el método científico que, fundamentalmente, trata de percibir y explicar desde lo esencial hasta lo más prosaico, el porqué de las cosas y su devenir.¹⁰

El conocimiento científico se basa en la observación sistemática de la realidad en su medición, en el análisis de sus propiedades y características, en la elaboración de hipótesis y su comprobación; en la formulación de alternativas de acción o respuestas. El conocimiento científico es un conocimiento más acabado, más profundo, que se dirige al estudio de la esencia de la realidad, utilizando para ello métodos propios de la actividad científica.¹¹

2.2.1.2.2 Conocimiento empírico

Según Wartofsky (1999) El conocimiento empírico es aquel que se adquiere con la experiencia. Este conocimiento plantea que todas las características que estructuran el pensamiento están dadas por los elementos que el paso del tiempo y de las situaciones vividas va aportando.¹⁰

El conocimiento empírico puede ser cotidiano o espontáneo, consiste en un ejercicio de la práctica diaria en donde el ser humano expone sus órganos sensoriales al mundo externo, en los que se pueden explorar los aspectos externos de diferentes fenómenos. Se siguen procedimientos primitivos fundados desde las necesidades del hombre y su curiosidad de conocer las cosas que usa o su entorno.¹²

2.2.2 Pacientes que reciben terapia con anticoagulantes

Los pacientes que reciben terapia anticoagulante tienen antecedentes de: trombosis venosa profunda, tromboembolismo

pulmonar, accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio. Pacientes en situación de riesgo de sufrir una trombosis o una embolia como medida preventiva: arritmias cardíacas como la fibrilación auricular, portadores de válvulas cardíacas.¹³

A continuación, definiremos cada antecedente:

2.2.2.1 Trombosis venosa profunda

- **Definición**

La trombosis venosa profunda (TVP) se define como la formación de un coágulo de sangre dentro del sistema venoso profundo que ocurre con mayor frecuencia en los miembros inferiores, pero también puede ocurrir en otros lugares como brazos y abdomen.¹⁴

2.2.2.2 Tromboembolismo pulmonar

- **Definición**

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es la obstrucción parcial o total del lecho vascular de la arteria pulmonar con repercusiones derivadas del grado de obstrucción anatómica y de la liberación de sustancias vasoactivas.¹⁵

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es el resultado de la obstrucción de la circulación arterial pulmonar por un émbolo procedente, en la mayoría de los casos (95%), del sistema venoso profundo de las extremidades inferiores.¹⁵

2.2.2.3 Accidente cerebrovascular

- **Definición**

Un accidente cerebrovascular es una afección grave que ocurre cuando se reduce el aporte de sangre al cerebro.

Si el aporte de sangre es insuficiente o nulo, las células cerebrales comienzan a morir. Esto puede provocar daños cerebrales y posiblemente la muerte. Los accidentes cerebrovasculares son emergencias médicas y un tratamiento inmediato es esencial, porque cuanto antes se haga menor es la probabilidad de que se dañe el cerebro.¹⁶

2.2.2.4 Infarto agudo de miocardio.

- **Definición**

El IAM es la necrosis de las células del miocardio como consecuencia de una isquemia prolongada producida por la reducción súbita de la irrigación sanguínea coronaria, que compromete una o más zonas del miocardio.¹⁷

2.2.2.5 Arritmias cardíacas

- **Definición:**

La arritmia es un ritmo cardíaco anormal. Las cuatro cámaras del corazón por lo general laten con un patrón estable y rítmico. ¹⁸

La arritmia es toda irregularidad en la formación y conducción del estímulo eléctrico cardíaco.¹⁸

Es un trastorno del ritmo normal del corazón se denomina arritmia, que se origina en los atrios (arritmia atrial) o en los ventrículos (arritmia ventricular). A menudo, las arritmias representan manifestaciones de cardiopatía aterosclerótica subyacente. Cuando son significativas, aumentan el riesgo de angina, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, crisis

pasajeras de isquemia y accidentes vasculares cerebrales.¹⁸

2.2.2.6 Fibrilación auricular

- **Definición**

La fibrilación auricular consiste en la contracción desordenada, ineficaz desde el punto de vista mecánico, de las aurículas a frecuencias que varían entre 400 y 700 por minuto.²⁰

La fibrilación auricular (FA) sucede cuando las aurículas (las cámaras superiores del corazón) fibrilan o “tiemblan”, lo cual genera un ritmo cardíaco rápido e irregular. La frecuencia cardíaca normal para un adulto se encuentra entre 60 y 100 latidos por minuto. Cuando el corazón está en FA, la aurícula puede latir a más de 300 veces por minuto.¹⁸

La fibrilación auricular en sí no es peligrosa; sin embargo, si no recibe tratamiento, los efectos secundarios de la FA pueden ser potencialmente letales. Cuando las aurículas “fibrilan”, se reduce la circulación de sangre a los ventrículos lo cual aumenta el riesgo de desarrollar un coágulo sanguíneo.¹⁸

2.2.2.7 Portadores de válvulas cardíacas

- **Válvulas cardíacas**

- **Definición**

Las prótesis valvulares cardíacas son válvulas de corazón fabricadas o preparadas industrialmente, que se utilizan en pacientes con insuficiencia o estenosis valvular. Estos pacientes sufren de una enfermedad que hace que una o varias de las cuatro válvulas del corazón no funcionen como es debido, por lo que no pueden llevar una vida normal, o incluso se encuentran en un grave peligro. En tal caso está indicada una operación a corazón cerrado, en la que el cirujano retira el tejido de la válvula o de las válvulas deficientes e implanta en el corazón una o varias prótesis valvulares.²¹

Las válvulas cardíacas protésicas (VCPs) son elementos artificiales concebidos para reemplazar una válvula cardíaca humana, que constan de un orificio a través del cual fluye la sangre y de un mecanismo ocluidor que cierra y abre el orificio. Existen 2 clases de válvulas cardíacas protésicas: las prótesis mecánicas (PM) constituidas por ocluidores rígidos en cuya fabricación no se incluye el uso de material biológico y las válvulas biológicas o tejidos valvulares finos, constituidas por valvas ocluidoras flexibles de origen animal o humano.²²

- Tratamiento odontológico en pacientes con prótesis valvular cardíaca

En el caso de los procedimientos odontológicos, sólo requieren profilaxis aquellos que involucran la manipulación del tejido gingival o de la región periapical del diente o bien cuando se requiera perforar la mucosa oral. Puede utilizarse amoxicilina oral, en una dosis única de 2 g por vía oral en adultos (50 mg/kg en niños) o ampicilina 2 g por vía

intramuscular o intravenosa (50 mg/kg en niños). En alérgicos a la penicilina, cefalexina (2 g VO, 50 mg/kg en niños), clindamicina (600 mg VO, IM o IV, 20 mg/kg en niños) o bien Azitromicina o claritromicina (500 mg VO, 15 mg/kg en niños) o cefazolina o ceftriaxona (1 gr IM o IV, 50 mg/kg IM o IV en niños).²¹ Cabe destacar que el mayor impacto en las medidas de prevención de endocarditis se logra brindándole al paciente la información y la educación adecuadas, que incluyen las características y los riesgos de la patología, la importancia de mantener la salud bucodental y pautas de alarma ante situaciones de peligro.²²

2.2.2.8 Anticoagulantes

2.2.2.8.1 Anticoagulantes parenterales

A. Heparina

• Mecanismo de acción

La heparina es un anticoagulante potente y de acción instantánea. Actúa indirectamente por activación de la antitrombina III plasmática (AT III). El complejo heparina- AT III se une después a factores de coagulación de las vías intrínseca y común (factores Xa, IIa, XIa, XIIa) y los inactiva, pero no al factor VIIa que actúa en la vía extrínseca. La heparina en bajas concentraciones afecta selectivamente a la conversión de la protrombina en trombina mediada por el factor Xa. La acción anticoagulante es ejercida sobre todo por inhibición del factor Xa, así como de la conversión del

fibrinógeno en fibrina mediada por trombina (factor IIa).²³

- **Aplicación clínica.**

La heparina se utiliza para comenzar el tratamiento de trombosis venosa y embolia pulmonar por su inicio de acción rápido.²³

Se utiliza en el tratamiento inicial de pacientes con angina inestable, durante la angioplastia o colocación de prótesis coronarias y después de ellas.²³

- **Toxicidad**

- Hemorragias.**

Ocurren hemorragias mayores en 1 a 5% de los pacientes que se tratan con heparina intravenosa por tromboembolia venosa. La incidencia de hemorragia es un poco menor en enfermos que se tratan con heparina de peso molecular bajo. Con frecuencia, existe una causa subyacente para la hemorragia, por ejemplo, cirugía, traumatismos recientes, disfunción plaquetaria.²³

La hemorragia leve debida a heparina por lo general puede controlarse sin la administración de un antagonista. Si ocurre hemorragia que pone en peligro la vida, el efecto de la heparina puede revertirse con rapidez mediante la administración por vía intravenosa de sulfato de protamina.²³

- Trombocitopenia inducida por heparina.**

Se caracteriza por un recuento de plaquetas menor a 150 000/ml o un decremento de 50% en comparación con el valor previo a la terapéutica, y ocurre en alrededor de 0.5% de los pacientes 5 a 10 días después del inicio del tratamiento con heparina estándar. Su incidencia es más baja durante tratamiento con heparina de bajo peso molecular.²³

B. Otros anticoagulantes por vía parenteral

-Lepirudina

Es un derivado recombinante de la hirudina, un inhibidor directo de la trombina, está aprobada en Estados Unidos para el tratamiento de pacientes con trombocitopenia inducida por heparina.²³

-Argatrobán.

Es un compuesto sintético basado en la estructura de la arginina, se une de manera reversible al sitio catalítico de la trombina. Se administra por vía intravenosa.²³

2.2.2.8.2 Anticoagulantes orales

A. Warfarina

• Mecanismo de acción

Los anticoagulantes orales son antagonistas de la vitamina K. Los factores de coagulación II, VII, IX y X y las proteínas anticoagulantes C y S se sintetizan sobre todo en el hígado.²⁴

Las dosis terapéuticas de warfarina disminuyen hacia 30 a 50% la cantidad total

de cada factor de la coagulación dependiente de vitamina K. Las carencias congénitas de las proteínas procoagulantes a esas cifras causan trastornos hemorrágicos leves.²⁴

- **Aplicación clínica**

Los anticoagulantes por vía oral se utilizan para evitar la progresión de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar aguda, o la recurrencia de la misma, después de un periodo inicial de tratamiento con heparina.

24

También son eficaces para prevenir tromboembolia venosa en pacientes en quienes se practican intervenciones quirúrgicas ortopédicas o ginecológicas, y embolización generalizada en sujetos con infarto agudo de miocardio, válvulas cardíacas protésicas, o fibrilación auricular crónica.²⁴

- **Toxicidad.**

La hemorragia es la principal toxicidad de los anticoagulantes por vía oral. El riesgo de hemorragia aumenta con la intensidad del tratamiento anticoagulante y la duración del mismo, el uso de otros medicamentos que interfieren con la hemostasia, y la presencia de una fuente anatómica potencial de hemorragia.²³

B. Otros anticoagulantes orales

Fenprocumón y acenocumarol. Estos compuestos, se prescriben en Europa y

otros sitios. El Fenprocumón tiene una semivida plasmática más larga (cinco días) que la Warfarina. Se administra en dosis de sostén diarias de 0.75 a 6 mg. En contraste, el Acenocumarol tiene semivida más breve (10 a 24 h) y menor duración de acción (dos días). La dosis de sostén es de 1 a 8 mg/día.²⁴

2.2.2.9 Protocolos de actuación ante pacientes con terapia anticoagulante

Previamente a cualquier procedimiento realiza la historia clínica del paciente

La Historia clínica es un documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el medico u otros profesionales de salud brindan al paciente.²⁵

Protocolos de manejo de pacientes con tratamiento con anticoagulantes orales (TACO)

Autores como Hirsh y cols. han sugerido distintas alternativas para manejar enfermos bajo TACO que requieren cirugía ²⁶:

- 1.Cambios en la intensidad anticoagulante: reduciendo o suspendiendo la dosis anticoagulante por un periodo variable (desde 5-7 días) antes de la cirugía.²⁶

2.No hacer cambios en la anticoagulación: y continuar con la terapia anticoagulante; considerando el uso de medidas locales para el control del sangramiento.²⁶

3.Sustituir el anticoagulante oral por Heparina convencional (HNF): procedimiento que requiere hospitalización junto con monitorización del tratamiento anticoagulante.²⁶

4. Sustituir el anticoagulante oral por Heparina de bajo peso molecular (HBPM).²⁶

La sociedad española de cirugía oral y maxilofacial recomienda que, en aquellas cirugías limitadas a menos de 3 extracciones dentales, no modificará el tratamiento con anticoagulantes siempre que el INR sea menor a 3,5 y sin otros factores moduladores del riesgo (interacciones medicamentosas, patología, etc).²⁷

El comité británico de Hematología (2011) afirma que el riesgo de sangrado elevado en pacientes sometidos a terapia anticoagulante, comprendidos en un rango terapéutico (INR 2-4) es muy pequeño, mientras que el riesgo de trombosis se ve aumentado en aquellos pacientes que interrumpen el tratamiento, por lo que se ha postulado que los anticoagulantes orales no deben ser suspendidos en la mayoría de los pacientes que requieran cirugía oral, incluyendo las extracciones. Estas consideraciones son igualmente válidas para tratamientos tales como endodoncia, anestesia local, cirugía periodontal y biopsias.²⁷

Hay una excepción en la cual los pacientes que toman Warfarina no deben ser atendidos en centros de atención primaria; es en aquellos casos en los que además de la

anticoagulación existen problemas sistémicos tales como enfermedades hepáticas, renales, trombocitopenia o toman antiagregantes, dado que en estos pacientes el riesgo de sangrado se ve incrementado. Por lo tanto, estos pacientes deberán ser atendidos a nivel hospitalario.²⁸

Hoy en día se tiende cada vez más a mantener la terapia normal y a controlar el riesgo de hemorragias con coadyuvantes hemostáticos tópicos.^{28,29,30}

Se debe evaluar el tipo de intervención: se tratará de bajar el INR en caso de tratamientos complejos²⁸ y en caso de un paciente de riesgo alto, se suspenderá la terapia normal sustituyéndola con heparina y hospitalizando el paciente.³¹

En el caso de extracciones simples de 1-3 elementos dentarios, si el valor de INR es superior a 4 es posible hacer la intervención con las siguientes precauciones. Se infiltra anestesia con vasoconstrictor (excepto contraindicaciones de tipo médico) y a continuación se hace la extracción con fórceps o botador, tratando de causar el mínimo trauma a los tejidos. Se debe hacer un desbridamiento de los alveolos en casos de periodontitis severa, ya que en estos casos es cuando se han descrito las mayores hemorragias.³²

2.2.2.9.1 Procedimientos de bajo riesgo.

Profilaxis supragingival (tartrectomía), restauraciones sencillas sin preparación subgingival, tratamientos endodónticos que no sobrepasen el ápice, anestésicos intraligamentosa e intraseptal.³²

2.2.2.9.2 Procedimientos de riesgo moderado.

Profilaxis subgingival (curetaje subgingival), restauraciones que incluyan una preparación subgingival, exodoncias convencionales, tratamientos endodónticos que sobrepasen el ápice, anestésicas infiltrativas.³²

2.2.2.9.3 Procedimientos de alto riesgo.

Técnicas quirúrgicas, periodontales e implantológicas, que incluyan el levantamiento de un colgajo, eliminación de hueso alveolar.³²

2.2.3 Pacientes con terapia con antiplaquetarios

Los pacientes que reciben terapia antiplaquetaria tienen antecedentes de enfermedad arterial coronaria, infarto cardíaco, angina de pecho, accidente cerebrovascular, enfermedad vascular periférica.³³

A continuación, definiremos cada antecedente:

2.2.3.1 Enfermedad arterial coronaria

-Definición

La enfermedad coronaria, conocida también como enfermedad de las arterias coronarias, es una afección en la que la placa se deposita dentro de las arterias coronarias. Estas arterias suministran sangre rica en oxígeno al músculo cardíaco, que es el músculo del corazón.³⁴

La placa está formada por grasa, colesterol, calcio y otras sustancias que se encuentran en la sangre. Cuando la placa se deposita en las arterias produce una enfermedad llamada aterosclerosis. El depósito de placa se produce en el transcurso de muchos años.³⁴

La fisiopatología de la enfermedad coronaria se basa en la formación de una placa ateromatosa que se produce por

acumulación de lípidos entre las capas íntima y media de la pared vascular, asociado a un proceso inflamatorio que termina por producir una capa fibrosa que separa el contenido graso del lumen arteriolar, durante este mismo proceso inflamatorio se da la invasión de macrófagos y activación de las metaloproteinasas produciendo una remodelación y debilitamiento de la capa fibrosa, lo que da por resultado una reducción del aporte sanguíneo en al menos una de las arterias coronarias epicardiales la cual puede cursar asintomática o bien aumentar la vulnerabilidad a la ruptura dándose un fenómeno de aterotrombosis.³⁵

2.2.3.2 Infarto agudo de miocardio.

- Definición

El IAM es la necrosis de las células del miocardio como consecuencia de una isquemia prolongada producida por la reducción súbita de la irrigación sanguínea coronaria, que compromete una o más zonas del miocardio.¹⁷

Tabla 1 Signos y síntomas indicadores de infarto

Signos y síntomas indicadores de infarto	
Nausea	Inicialmente presión elevada
Vomito	Seguido de un descenso de la presión
Sudoración fría	Taquicardia y bradicardias

Sensación de desmayo

Ingurgitación de la yugular

Agotamiento

Fuente: Haro Samaniego Franklin Alejandro. Protocolos quirúrgicos en adultos sanos y sistémicamente comprometidos. [tesis]. Ecuador: Universidad de las Américas. Facultad de odontología; 2015

-Tratamiento odontológico en pacientes con riesgo a infarto

- Realiza la historia clínica del paciente ³⁴
- Evaluar el estado del paciente, hacer Interconsulta médica para conocer el estado de salud actual, si está controlado y cuando fue la última vez que sufrió un infarto. ^{36,37}
- Conocer el tipo de terapia farmacológica. ³⁷
- Informar al médico tratante sobre la terapia dental a realizar al paciente. ³⁷
- Si el paciente sufrió un infarto durante los últimos 6 meses evitar cualquier tratamiento por riesgo a las arritmias y a un nuevo infarto. ³⁶
- En caso de emergencia precisar con el médico el manejo ambulatorio o bajo hospitalización. ³⁶
- Realizar citas cortas en estos pacientes. ³⁶
- Si el paciente toma betabloqueantes no utilizar anestesia con vasoconstrictor caso contrario se puede administrar vasoconstrictor en dosis bajas 0.036 mg de adrenalina. ³⁶
- Los pacientes que han sufrido infarto toman anticoagulantes revisar el TP y TTP e IRN. ³⁶

- Tomar la presión arterial y el pulso en cada cita. Ante cifras superiores de 180/100mm/Hg, posponer la consulta y remitir al médico.³⁷
- Limitar en lo posible eventos estresantes. De ser necesario, prescribir un ansiolítico la noche anterior y 45 minutos antes de la cita.³⁷
- Preferible citas vespertinas.³⁷
- Solicitar al paciente el vasodilatador que normalmente recibe. Usarlo ante un ataque de dolor torácico.³⁷
- Solo tratar a pacientes con arritmia bajo control médico. Evitar el uso de bisturí eléctrico, instrumentos de ultrasonido y vitalómetro en quienes sean portadores de marcapaso.³⁷
- Tratar solo a pacientes con insuficiencia cardiaca que estén controlados.³⁷
- Pacientes que fueron sometidos a desviaciones o puentes coronarios en los últimos seis meses, deben recibir profilaxis antibiótica para endocarditis bacteriana: amoxicilina 2gr una hora antes de la cita por vía oral.³⁷
- Evitar interacciones farmacológicas nocivas. Evitar AINE en quienes estén bajo terapia anticoagulante y prescribirlos por corto tiempo a los que ingieren bloqueadores b o inhibidores de la ECA.³⁷
- Solicitar un INR a quienes estén bajo terapia anticoagulante. Si el resultado es mayor a 2.5, pedir al médico ajuste la dosis.³⁷
- Aplicar geles y soluciones fluoradas.³⁶
- Estricto control de la placa bacteriana.³⁷
- Evitar movimientos bruscos del paciente en el sillón dental.³⁷

2.2.3.3 Angina de pecho

- Definición

La angina de pecho es un dolor o molestia en el pecho que ocurre cuando al corazón no llega la cantidad de sangre y oxígeno que necesita. En la angina de pecho, por un corto periodo, la necesidad de un aumento en el flujo sanguíneo no se satisface. Cuando se detiene la mayor demanda de sangre, los síntomas de la angina de pecho también desaparecen.³⁸

Dolor o molestia torácica temporal, constante, breve originada por insuficiencia coronaria, suele presentarse por esfuerzos, en ocasiones ocurre en reposo y no dura más de 30 minutos.³⁹

tabla 2 Síntomas de la angina de pecho

Síntomas de la angina de pecho
Dolor torácico con sensación de opresión
Sentimiento de ansiedad
Palidez
Sudoración profusa

Fuente: Haro Samaniego Franklin Alejandro. Protocolos quirúrgicos en adultos sanos y sistémicamente comprometidos. [tesis]. Ecuador: Universidad de las Américas. Facultad de odontología; 2015

-Tratamiento odontológico

A. Pacientes con angina estable

- Realiza la historia clínica del paciente³⁶
- Hacer Interconsulta médica para definir el tipo de angina sufre el paciente.³⁶
- Los pacientes con angina estable no tienen mucho riesgo en la consulta odontológica.³⁷

- Se recomienda hacer sesiones no muy largas que no causen estrés al paciente.³⁷
- Preferible citas vespertinas. Tener a la mano en cada cita el vasodilatador coronario que normalmente toma el paciente ante ataques de angina de pecho. Se recomienda que estos pacientes traigan nitroglicerina, se puede administrar una nitroglicerina profiláctica para prevenir las anginas.^{36,37}
- Tomar la presión arterial y el pulso en cada cita. Ante cifras superiores de 180/100mm/Hg, posponer la consulta y remitir al médico.³⁷
- Se recomienda que estos pacientes se coloquen en posición supina.³⁶
- En estos pacientes hay que reducir la ansiedad, se puede administrar ansiolíticos como el diazepam.³⁷
- Evitar el uso de epinefrina.³⁷
- Evitar los fármacos anticolinérgicos.³⁷
- Si el paciente esta medicado con Warfarina el tiempo protrombina previo tiene que ser dos veces menor al normal. INR<3.³⁷
- Evitar mandar AINES por largo tiempo.³⁶

B. Paciente con angina de pecho inestable

- Realiza la historia clínica del paciente³⁶
 - Hacer interconsulta con el médico.³⁷
 - Pacientes que presenten angina de pecho inestable o variante deberán ser tratados solamente ante situaciones de emergencia, en un medio hospitalario.^{36,37}
 - Antes de ejecutar maniobras quirúrgicas, solicitar: Tiempo de sangrado de IVY y conteo de plaquetas en pacientes que reciben tratamiento con aspirina. Con cifras mayores a 6 minutos, solicitar al paciente que

suspenda el medicamento por lo menos 6 días antes. No intervenir con cifras menores a 70.000 plaquetas. Consultar con el médico.³⁶

- Solicitar INR a quienes estén bajo terapia anticoagulante. Si el resultado es superior a 2.5, pedir al médico que ajuste las dosis.³⁶
- Realizar preparación para el tratamiento con nitratos y ansiolíticos.³⁷
- Nitroglicerina de efecto prolongado.³⁷
- Diazepam 5 mg la noche anterior.³⁷
- Administrar previamente un vasodilatador coronario, oxígeno, terapia anti estrés.³⁶
- Está contraindicado el uso de vasoconstrictores adrenérgicos.³⁶
- Elegir un vasoconstrictor como la felipresina.³⁶
- Evitar movimientos bruscos del paciente en el sillón dental.³⁶
- Identificar y tratar a tiempo las lesiones y trastornos orales secundarios al tratamiento farmacológico.³⁶
- Si se produce complicaciones terminar inmediatamente el tratamiento y llamar a urgencias.³⁶

2.2.3.4 Accidente cerebrovascular

• Definición

Un accidente cerebrovascular es una afección grave que ocurre cuando se reduce el aporte de sangre al cerebro. Si el aporte de sangre es insuficiente o nulo, las células cerebrales comienzan a morir. Esto puede provocar daños cerebrales y posiblemente la muerte. Los accidentes cerebrovasculares son emergencias médicas y un tratamiento inmediato es esencial, porque cuanto antes se

haga menor es la probabilidad de que se dañe el cerebro.

34

2.2.3.5 Enfermedad vascular periférica.

• Definición

Las enfermedades vasculares periféricas son aquellas en que se afectan los vasos que conforman el sistema circulatorio. Se definieron inicialmente como las que afectan a las extremidades, pero la vida ha demostrado que los mismos principios diagnósticos y terapéuticos alcanzan el cuello y las vísceras. Afectan los vasos de la economía, arteriales, venosos y linfáticos, con excepción de corazón y coronarias.⁴⁰

La enfermedad vascular periférica (EVP), comúnmente llamada enfermedad arterial periférica (EAP), es la obstrucción de grandes arterias que no forman parte de la vasculatura coronaria, arco aórtico o cerebral. La EVP puede ser consecuencia de aterosclerosis, procesos inflamatorios que terminan en estenosis, un embolismo o formación de trombos. Genera isquemia (falta de irrigación sanguínea) en forma aguda o crónica. Con frecuencia, el término EVP se usa para referir a bloqueos ateroscleróticos que se encuentran en el miembro inferior.⁴¹

EVP también incluye una serie de enfermedades clasificadas como enfermedades microvasculares, resultado de estrechamientos episódicos de las arterias (Fenómeno de Raynaud) o de su dilatación (eritromelalgia).⁴¹

2.2.3.6 Antiplaquetarios

Según el instituto de corazón de Texas los antiplaquetarios son un grupo de medicamentos que evitan que unas células

sanguíneas denominadas «plaquetas» se aglutinen y formen un coágulo sanguíneo.³²

A. Ácido acetilsalicílico (ASA):

• Mecanismo de acción:

La acción antiplaquetaria de la aspirina se atribuye principalmente a la inhibición irreversible de la actividad de la ciclooxigenasa por acetilación del grupo hidroxilo-serina de dicha enzima. De esta forma se interrumpe la transformación del ácido araquidónico en sus derivados ciclooxigenados, así como los mecanismos fisiopatológicos en los que éstos están implicados, reduciéndose la producción de Tromboxano A₂.²⁴

• Indicaciones:

- 1) En pacientes con enfermedades cardíacas; la aspirina (75 mg/día) es también efectiva en pacientes con enfermedad cerebrovascular; en pacientes con válvula protésica cardíaca que desarrollan embolismo sistémico a pesar de tratamiento con Warfarina.²⁴
- 2) La aspirina está indicada en pacientes con fibrilación auricular.²⁴

• Efectos adversos:

Gastrointestinales suelen ser dosis dependientes, además, pueden provocar hemorragias debido al alargamiento del tiempo de sangría.²⁴

B. Clopidogrel y Ticlopidina:

Se recomiendan en enfermedades tromboembólicas o intolerantes a ASA, así como si hay un mayor riesgo de isquemia cerebral.⁴²

2.2.3.7 Protocolos de actuación ante pacientes antiagregados

Normalmente no se debe modificar la pauta terapéutica. Los pacientes en tratamiento con dosis de ácido acetilsalicílico superiores a los 100 mg al día pueden presentar sangrados anormales, así que se sugiere el uso de tapones hemostáticos tópicos y sutura.²⁸

Para valorar la continuidad o suspensión del tratamiento antitrombótico de un paciente ante la realización de un procedimiento dental invasivo, debemos de tener en cuenta el riesgo hemorrágico del tratamiento dental y, por otro lado, el riesgo trombótico del paciente.⁴³

La extracción dental simple, la colocación de implantes sin injerto óseo y colgajos muy extensos, así como procedimientos de cirugía bucal de corta duración menor igual a 45 minutos, son considerados procedimientos de cirugía menor con riesgo bajo o normal de sangrado. Por el contrario, procedimientos de cirugía bucal mayor, la realización de extracciones dentales múltiples, intervenciones quirúrgicas bucales que superan los 45 minutos o cirugía del cáncer de cabeza y cuello se consideran como tratamientos del alto riesgo de sangrado.¹⁶

La determinación del riesgo trombótico debe ser evaluada por el médico especialista del paciente, ya que son muchos los factores que lo condicionan, por lo que la decisión de continuar, retirar o sustituir el tratamiento antitrombótico la determinará el médico especialista, y no el odontólogo. Los pacientes con riesgo trombótico bajo son aquellos con tratamiento antiagregante como mecanismo de prevención primaria de accidente cardiovascular.⁴³

2.2.3.7.1 Procedimientos de bajo riesgo.

Profilaxis supragingival (tartrectomía), restauraciones sencillas sin preparación subgingival, tratamientos endodónticos que no

sobrepasen el ápice, anestésias intraligamentosa e intraseptal.³²

2.2.3.7.2 Procedimientos de riesgo moderado.

Profilaxis subgingival (curetaje subgingival), restauraciones que incluyan una preparación subgingival, exodoncias convencionales, tratamientos endodónticos que sobrepasen el ápice, anestésias infiltrativas.³²

2.2.3.7.3 Procedimientos de alto riesgo.

Técnicas quirúrgicas, periodontales e implantológicas, que incluyan el levantamiento de un colgajo, o la eliminación de hueso alveolar, Anestésias tronculares.³²

2.2.4 Profilaxis antibiótica

2.2.4.1 Procedimientos odontológicos en los que está indicada la profilaxis antibiótica

- Extracción dentaria.³⁷
- Manipulaciones para el diagnóstico y tratamiento de la periodontitis.³⁷
- Colocación de implantes dentales.³⁷
- Endodoncia y cirugía apical.³⁷
- Limpieza bucal.³⁷
- Colocación de bandas ortodónticas.³⁷

2.2.4.2 Pautas para la protección antibiótica

A) No alérgicos a la penicilina.

Amoxicilina: 2 gramos, por vía oral, una hora antes del procedimiento.³⁷

B) Alérgicos a la penicilina.³⁷

Azitromicina o claritromicina: 500 mg, por vía oral, o clindamicina 600 mg, por vía oral, una hora antes del procedimiento.³⁷

2.2.5. Comportamiento ante una cirugía bucal

A. Preoperatorio

- 1) Realiza la historia clínica del paciente ³⁶
- 2) Hacer una completa y exhaustiva anamnesis en donde se determine: Patología de base para determinar el uso de anestesia sin vasoconstrictor, problemas hemorrágicos en procedimientos quirúrgicos orales anteriores, hematomas o equimosis ante cortes menores o traumatismos, otras condiciones sistémicas que aumenten el tiempo de sangría como: enfermedades hepáticas, alcoholismo, coagulopatias congénitas, trombocitopenia, fármacos administrados. ⁴³
- 3) Evaluación previa donde se recomienda: Interconsultas, INR, Tiempo de protrombina, Tiempo de sangría. ⁴³
- 4) Planificar la cirugía en las primeras horas de la mañana y si es posible en los primeros días de la semana, de manera que se pueda resolver eventos hemorrágicos postoperatorios. ⁴³
- 5) Tome la presión arterial. ⁴³
- 6) Reduzca los irritantes y la inflamación de los tejidos blandos. ⁴³
- 7) Los pacientes deben de mantener una buena higiene oral en la semana previa a la extracción y si es necesario habrá que realizar procedimientos de tartrectomía. ⁴³
- 8) Son recomendables la prescripción de enjuagues de clorhexidina al 0,12% dos veces al día durante una semana. ⁴³
- 9) Considerar la salud de los tejidos periodontales, debido a que la presencia de inflamación aumentaría el riesgo de sangrado. ⁴³
- 10) Informar al paciente de la posibilidad de riesgo desangrado durante y después del acto quirúrgico. ⁴³
- 11) En pacientes con prótesis valvulares y stents coronarios, considerar la terapia profiláctica antibiótica con 2 g de amoxicilina o en caso de ser alérgico 600 mg de Clindamicina 1 hora antes de la intervención, para evitar riesgos de endocarditis infecciosa. ⁴²

En el caso de los pacientes en tratamiento con antiagregantes plaquetarios, si el paciente presenta un riesgo trombótico bajo, es decir, su tratamiento antiagregante está indicado por prevención primaria, es posible la suspensión del tratamiento antitrombótico unos días previos a la intervención sin aumento del riesgo trombótico, y reanudarlo al día siguiente, 5 a 7 días en el caso de la aspirina y 5 días para el Clopidogrel. En los casos de que el riesgo trombótico sea moderado o alto, se recomienda continuar con el tratamiento antiagregante y aplicar medidas locales de control de hemorragia si fuera necesario.⁴³

- **Periodo operatorio:**

- 1) Realizar los procedimientos de la cavidad bucal (por cuadrantes). En caso de que estén indicadas extracciones aisladas, se deben realizar en varias citas.⁴³

- 2) Es recomendable realizar las extracciones por la mañana y al principio de la semana, para que el paciente tenga la posibilidad de acudir a su odontólogo ante la aparición de complicaciones hemorrágicas.⁴³

- 3) Las punciones anestésicas se deben realizar de manera cuidadosa, utilizando la técnica de aspiración, y de ser posible evitar la técnica troncular.⁴³

- 4) La técnica quirúrgica debe ser lo más atraumática posible. Si fuera necesario realizar algún colgajo, éste debe ser mucoperióstico.⁴³

- 5) Tras la exodoncia se debe realizar un curetaje meticuloso del alveolo para eliminar todo el tejido inflamatorio y de granulación para reducir el sangrado de la herida.⁴³

- 6) Utilizar sutura 3-0 reabsorbible.³²

- 7) Si se considera necesario, se pueden colocar apósitos en el interior del alveolo de tipo esponjas de colágeno, fibrina o celulosa oxidada.⁴³

8) Se recomienda la sutura del alveolo, para conseguir un cierre primario de la herida. ⁴³

9) Por último, se recomienda la compresión con una gasa seca durante una hora, o impregnada en sustancias antifibrinolíticas como el ácido tranexámico. ⁴³

- **Postoperatorio**

1) Evaluar al paciente al menos una hora en la consulta antes de ser dado de alta. Mantener al paciente 45-60 minutos en la consulta para controlar el sangrado antes de que se vaya. ⁴³

2) Entregar por escrito las indicaciones postoperatorias habituales en una cirugía bucal. ⁴³

3) El analgésico que se debe indicar es el paracetamol, debido a que los AINEs aumentan los riesgos de episodios hemorrágicos. ⁴⁴

4) Evitar la realización de enjuagues durante las primeras 24 horas. ⁴³

5) En caso de que se presente sangrado por más de 1 hora no controlable, advertir al paciente que debe acudir a la consulta odontológica. ⁴³

6) En caso de sangrado, se recomienda colocar una gasa impregnada en antifibrinolíticos, como el ácido tranexámico. ⁴³

7) Algunos autores son partidarios de realizar enjuagues con el ácido tranexámico durante 60 segundos 2-3 veces al día, aunque otros autores no comparten esta opinión, y señalan que el enjuague aumenta el riesgo de disolución del coágulo y sangrado. ⁴³

8) Si el sangrado no cesa pasados 20-30 minutos el paciente debe ponerse en contacto con el odontólogo para llevar a cabo las medidas necesarias que detengan la hemorragia. ⁴³

9) Se debe instruir a los pacientes para que limiten el esfuerzo físico, duerman en una posición semi-sentada, evitar el consumo de tabaco y alcohol. ⁴³

2.2.6 Complicaciones quirúrgicas

Durante la intervención quirúrgica puede presentarse una hemorragia como principal complicación y la alveolitis como secundaria debido a la falta de cicatrización.³²

2.2.6.1 Hemorragia.

Es toda pérdida sanguínea o salida de sangre del torrente o sistema vascular, ya sea de forma espontánea o provocada por una herida cutánea o mucosa (hemorragia externa) o en una cavidad del organismo (hemorragia interna), y que es anormal por su intensidad y/o su duración.³²

Es obvio que es completamente normal que al realizar una incisión o cualquier otra maniobra quirúrgica sobre los tejidos blandos u óseos de un ser vivo, se produzca una hemorragia. Pero también es normal que los mecanismos fisiológicos de la hemostasia controlen y coapten la pérdida sanguínea en un plazo mayor o menor de tiempo.³²

La hemorragia puede provenir de los tejidos duros o de los tejidos blandos; en ocasiones, generalmente durante una intervención quirúrgica, puede identificarse perfectamente el vaso sangrante. Siempre hay que intentar precisar si es el origen es arterial, venoso o capilar.³²

Una hemorragia bucal o maxilofacial obedece siempre a una causa; normalmente es consecuencia de un acto quirúrgico o de un traumatismo, y puede aparecer en un sujeto sano, en un individuo con un trastorno de la hemostasia -conocido o no-, o sobre un terreno patológico; en este último caso cualquier agresión local podrá ocasionar problemas graves al estar así potenciada.³²

La hemorragia es una de las complicaciones más importantes y frecuentes en la praxis diaria del odontólogo debido, en la mayoría de los casos, a problemas mecánicos durante la extracción dentaria como pueden ser: desgarros

gingivales, fracturas alveolares, lesiones de la mucosa bucal, etc. No obstante, existen otros casos en que la hemorragia es consecuencia de una alteración de la hemostasia.³²

La Incidencia en la población general en la mayoría de alteraciones de la hemostasia es iatrogénica, y las más frecuentes -pero difíciles de cuantificar- son las motivadas por el tratamiento con anticoagulantes orales (post-infarto de miocardio o post-accidente vascular cerebral, tratamiento o prevención de enfermedades o condiciones embolígenas como tromboflebitis, valvulopatías, cardiopatías congénitas, válvulas artificiales).³²

Puede presentarse como:

- Sangramiento intraoperatorio o hemorragia intraoperatoria (durante el acto quirúrgico, que no cede con suturas y compresión y que requiere de algún elemento químico o físico coadyuvante).⁴⁴
- Sangramiento posoperatorio inmediato o hemorragia postoperatoria inmediata (durante las primeras 24 horas posoperatorias, que no cede con compresión mantenida por 1 hora y que requiere tratamiento en Servicio de Urgencia).⁴⁴
- Sangramiento posoperatorio tardío hemorragia postoperatoria tardía (después de las primeras 24 horas, que requiere tratamiento en Servicio de Urgencia).⁴⁴

2.2.6.2 Alveolitis

Algunos autores la definen como un proceso inflamatorio y otros como infeccioso, pero todos concuerdan en que se presenta de forma dolorosa y localizada en la zona donde se realizó la exodoncia.^{45,46,47,48,49}

Es reversible, superficial y de aparición tardía, pues aparece entre 2 a 4 días después de la extracción dentaria.⁵⁰

Su más reciente concepción fue descrita por Blum en 2002, quien la describe como un dolor postoperatorio dentro y alrededor del lugar de la extracción que aumenta en severidad entre el primer y tercer día postextracción, pudiendo estar acompañado por la desintegración total o parcial del coágulo alveolar con o sin halitosis.⁵¹

Se han establecido diferentes definiciones para la alveolitis desde que Crawford la describiera por primera vez en 1896 como alvéolo seco.⁵²

Otros términos usados son: "osteítis alveolar localizada", "alveolitis fibrinolítica", alvéolo "necrótico", "alveolagia", "alveolitis sicca dolorosa", alveolitis postoperatoria, alvéolo séptico y osteomielitis localizada.^{45,46,51, 53,54}

• Clasificación

Hupp la divide en 2 entidades:

- Alveolitis seca primaria: corresponde a una periostitis del alvéolo desnudo. Los pacientes no sangran después de la exodoncia; es inmediata.⁴⁶

- Alveolitis seca secundaria: es mediata, presentándose entre el segundo y cuarto día posterior a la exodoncia. Hay pérdida total del coágulo. El paciente presenta mal sabor, dolor intenso e irradiado con linfadenopatía y halitosis poco marcada.⁴⁶

2.2.7 manifestaciones bucales asociadas a las cardiopatías

2.2.7.1 Dolor

El dolor irradiado hacia el ángulo izquierdo de la mandíbula en numerosas ocasiones ha sido el primer indicador de una cardiopatía coronaria. El hecho que se da por desaparecer con el reposo, permite sospechar el diagnóstico.⁵⁵

2.2.7.2 Hiposalivación

En la cavidad bucal podrían presentarse manifestaciones secundarias al uso de cardiorreguladores; sin embargo, no siempre se presentarán, ni tampoco en todas las personas. Entre las reacciones más comunes destaca la hiposalivación provocada por diuréticos, agonistas α centrales, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y bloqueadores β adrenérgicos. La falta de saliva puede producirse cuando se usan dos o más fármacos de estos grupos, lo cual va a ocasionar una repercusión de manera directa en la incidencia cariosa, periodontal y sobre el pronóstico a largo plazo de las restauraciones orales que se hagan.⁵⁵

Es difícil que el médico pueda reemplazar los medicamentos antianginosos que está prescribiendo a su paciente, por otros que no provoquen hiposalivación en especial cuando se ha logrado controlar la enfermedad. Es por esto que debe valorarse el tipo de rehabilitación que va a llevarse a cabo, a más de implantar un programa preventivo que permita un estricto control de placa que evite el desarrollo de caries recidivante, periodontopatías o trastornos en el ajuste de prótesis removibles o totales.⁵⁵

2.2.7.3 Disestesias orales

Disestesia oral o síndrome de la boca ardiente (SBA) consiste en las sensaciones de quemazón y dolor en la boca en ausencia de anomalías significativas. Los variados sinónimos utilizados en las publicaciones incluyen: estomatodinia, estomatopirosis, disestesia oral y glosodinia.⁵⁶

Este tipo de alteración se da en cavidad oral como manifestaciones secundarias a los medicamentos cardiovasculares los trastornos en el gusto y percepción de los sabores pueden ser otra dificultad terapéutica frecuente,

que deberá ser tomada en cuenta para el diagnóstico diferencial de las alteraciones en la sensación y percepción orales.⁵⁵

La terapia farmacológica con inhibidores de los canales de calcio, o por nitroglicerina dérmica, pueden ocasionar alteraciones en el sentido del gusto (cacogeusia, disgeusia).⁵⁵

2.2.7.4 Cambios hematológicos

En los pacientes que toman anticoagulantes orales o ácido acetilsalicílico pueden presentarse petequias palatinas (paladar blando) o hemorragia gingival espontánea.⁵⁵

2.2.7.5 Cambios en tejidos blandos

Son manifestaciones secundarias que pueden presentarse como son: reacciones liquenoides, úlceras aftosas, hiperplasia gingival por el uso de bloqueadores de los canales de calcio, lengua negra, lesiones que semejan pénfigo, edema angioneurótico, eritema multiforme, urticaria y sialadenitis (Castellanos, 2002).⁵⁵

2.2.8 Exámenes de laboratorio

La historia clínica es tan importante en estos casos que jamás se debe considerar normal la hemostasia de un paciente aún con pruebas de laboratorio normales si presenta una historia de hemorragias patológicas o anormales. Es preciso, sin embargo, solicitar en todo paciente donde se sospeche algún trastorno hemorrágico, los exámenes de laboratorio que permitan verificar u orientar su perfil de coagulación.⁵⁷

Estas investigaciones de laboratorio son las siguientes:

2.2.8.1 Razón normalizada internacionalizada (INR):

Es un cálculo hecho para estandarizar el tiempo de protrombina.⁵⁸

El cociente normalizado internacional está basado en el cociente del tiempo de protrombina en el paciente y el tiempo de protrombina medio normal. El tiempo de protrombina es un examen para observar a qué velocidad la sangre coagula en pacientes.⁵⁸

Cuyo objetivo es reducir diferencias entre reactivos de tromboplastina mediante un proceso de calibración en el que todas las tromboplastinas comerciales se comparan con una preparación de referencia internacional conservada por la OMS.⁵⁹

Las pautas indican que el INR de los pacientes debe ser medido dentro de las 72 h antes de la cirugía oral o idealmente dentro de las 24 h.³

Desde 1940 se ha usado el tiempo de protrombina (TP) para el control de los niveles de anticoagulación, considerándose que con una proporción del tiempo de protrombina entre 1,5 y 3,0.³

En términos sencillos, el INR corresponde a cuantas veces esta aumentado el tiempo de protrombina del paciente en relación a lo normal.⁶⁰

El valor normal del INR es de 0,8 a 1,2.⁶⁰

2.2.8.2 Recuento Plaquetario

Mide la cantidad de plaquetas y cuyo valor normal varía entre 150,000 a 500,000 x mm³.^{54,56}

2.2.8.3 Tiempo de sangría

Permite conocer la calidad de las plaquetas en su función hemostática y su tiempo normal es 1 a 5 min.^{55,56}

2.2.8.4 Tiempo de coagulación

Mide el proceso total de la hemostasia y su tiempo normal va de 6 a 8 min.^{55,56}

2.2.8.6 Tiempo de protrombina (TP)

Mide la vía extrínseca y común (Factores II, V, VII, IX, X) Y sus Valores normales son de 11-13,5 seg. ^{55,56}

2.2.8.7 Tiempo trombina (TT)

Mide la última fase de la coagulación, es decir la transformación del fibrinógeno en fibrina; y sus valores normales son de 15-20 seg. ^{55,56}

2.3 Definición de términos básicos

2.3.1 Conocimiento

La Real Academia de la Lengua Española define “conocimiento” como la acción y efecto de conocer; el entendimiento, inteligencia y razón natural.

2.3.2 Terapia

La Real Academia de la Lengua Española define “terapia” como el tratamiento de una enfermedad o de cualquier otra disfunción.

2.3.3 Anticoagulante

La Real Academia de la Lengua Española define “anticoagulante” como una sustancia o de un producto: Que impiden la coagulación de la sangre.

2.3.4 Antiplaquetario

Medicamento que interfiere con la función normal de las plaquetas de la sangre para reducir la tendencia de la sangre a coagularse, se opone a la acción de las plaquetas y en particular a su agregación que provoca la formación de un trombo blanco.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis principal y derivados

3.1.1 Hipótesis principal:

Es probable que el nivel de conocimiento de manejo del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria en alumnos de IX ciclo de la clínica estomatológica sea bueno.

3.1.2 Hipótesis derivadas

- Es probable que los alumnos de menor edad tengan mayor nivel de conocimiento de manejo de paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria
- Es probable que los alumnos de sexo femenino tengan mayor nivel de conocimiento de manejo de paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria
- Es probable que los alumnos regulares tengan mayor nivel de conocimiento de manejo de paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria

3.2 Variables; definición conceptual y operacional

3.2.1 Variable principal:

Nivel de conocimiento sobre atención del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria

3.2.2 Variables secundarias:

- Sexo
- Edad
- Tipo de matricula

3.2.3 Definición operacional de variables:

Variable Principal	Indicadores	Naturaleza	Escala
Nivel de conocimiento sobre	Bajo	Cualitativa	Ordinal
Variables secundarias atención del paciente	Indicador	Naturaleza	Escala
	Regular	Cualitativa	Ordinal
Sexo Terapia anticoagulante antiplaquetaria	Femenino	Cualitativa	Nominal
	Bueno	Cualitativa	Ordinal
	Masculino	Cualitativa	Nominal
Edad	años	Cuantitativa	Razón
Tipo de matricula	Regular	Cualitativo	Nominal
	Irregular	Cualitativo	Nominal

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Tipo de estudio es no experimental puesto que no se intervienen sobre las variables y se encuentran en sus condiciones naturales.

- De acuerdo al número de mediciones: es **transversal**, puesto que se hizo una medición de las variables sobre las unidades de estudio.
- De acuerdo al lugar de recolección de datos es de **campo**, puesto que se obtuvo directamente de las unidades de estudio.
- De acuerdo al momento de recolección de datos es **prospectivo**, dado que se recolectó datos durante la realización de la investigación.
- De acuerdo a la finalidad investigativa es **descriptivo**, dado que describió el fenómeno en su estado natural.

4.2 Diseño muestral

- Población y muestra

La población estuvo constituida por 52 estudiantes de IX ciclo de la clínica estomatológica y reunieron los criterios de inclusión.

- Criterios de inclusión:

- Estudiantes de IX ciclo de la clínica estomatológica.
- Estudiantes de ambos sexos.
- Estudiantes con cualquier edad.

- Criterios de exclusión:

- Estudiantes poco colaboradores.
- Estudiantes que no deseen participar.
- Estudiantes que no llenen adecuadamente el cuestionario

4.3 Técnicas de recolección de datos

Técnica de investigación

Para la presente investigación la técnica que se utilizo es la encuesta

Instrumento de investigación

El instrumento que se utilizó para recolectar los datos de la investigación fue el cuestionario. (Anexo n°1)

Técnicas de recolección de datos

- Se solicitó el permiso correspondiente a la escuela profesional de estomatología para realizar las encuestas.

-El cuestionario evaluó el nivel de conocimiento sobre atención del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria, presento 21 preguntas, algunas de las cuales (pregunta 6 y 13) se subdividió en seis opciones; todas las preguntas se extrajeron de antecedentes investigativos y bibliografía actualizada respecto al tema. Las respuestas fueron cerradas, tomándose el criterio de opción múltiple, siendo únicamente una la respuesta correcta.

- Para calificar el instrumento se asignó un punto (1) por cada respuesta acertada que el alumno tenga, salvo en la pregunta 16 que se asignó hasta dos puntos; así mismo, si fuera equivocada, se le asignó cero puntos (0). Teniendo en cuenta el número de preguntas. El puntaje mínimo que se puede obtener es 0 y el máximo 31. La calificación, se basa en el Diseño Curricular Nacional elaborado por el Ministerio de Educación de Perú, se divide en tres escalas que representan niveles, obteniéndose los siguientes veremos:

- De 0 a 16 Insuficiente
- De 17 a 24 Regular
- De 25 a 31 Bueno

- La aplicación y llenado de la encuesta en los alumnos implica un tiempo aproximado máximo de 20 minutos.
- El cuestionario, para poder ser aplicado sin problemas, fue validado para así garantizar su confiabilidad.
- El proceso de validación siguió diferentes etapas. En la primera, se procedió a someter las preguntas, y sus respuestas, al juicio de expertos, los cuales fueron tres. Cada uno de ellos dio su opinión respecto a la forma y contenido de las preguntas y la pertinencia de las respuestas. Luego se evaluó, según su criterio, el instrumento (ver Anexo N° 2) se procedió a verificar la validez de contenido mediante el cálculo del Coeficiente V de Aiken como medida de acuerdo entre los expertos. Para todas las preguntas, y además a nivel global, se obtuvieron valores iguales o mayores a 0.750, lo cual nos indica una alta concordancia entre los criterios vertidos por los especialistas que evaluaron el instrumento (ver Anexo N° 3), entonces con este resultado se garantiza la validez de contenido del cuestionario.

Como segunda etapa, el cuestionario se aplicó a un grupo de estudiantes que tenían características parecidas a los que iban a ser motivo de investigación (VIII Semestre), este proceso se denomina prueba piloto (ver Anexo N° 4) y nos sirve para llevar a cabo la validación de contexto. Entonces, se llevó a cabo el análisis factorial para establecer la correlación que existían entre las preguntas, obteniéndose valores superiores a 0.50 que demuestran que los ítems propuestos se interrelacionan adecuadamente entre sí. Además, y por ser un instrumento para medir conocimientos, se estableció la complejidad de las preguntas propuestas, es decir, si eran demasiado fáciles o, por el contrario, demasiado difíciles, luego del análisis descriptivo se demostró que la distribución de preguntas de acuerdo a su grado de dificultad eran homogéneas, es decir, la distribución de estas era equitativa (ver Anexo N° 5), según resultados, las preguntas

estuvieron acorde con los parámetros establecidos, garantizando por tanto validez de contexto.

- Se captó a los estudiantes según los criterios de inclusión y exclusión.
- Luego se explicó a los estudiantes el objetivo de la investigación se les solicitó el consentimiento informado (Anexo 6) firmado aceptando participar del estudio.
- Posteriormente se explicó a los estudiantes cómo debían resolver el cuestionario.
- Finalmente, los datos fueron recolectados.

4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

La tabulación de los datos se realizó a través de la confección de una matriz de datos en una hoja de cálculo Excel. El procesamiento de la información se llevó a cabo de manera computacional.

La presentación de los datos se hizo a partir de la confección de tablas de simple y doble entrada y la elaboración de gráficos.

4.5 Aspectos éticos

- 1) Respeto o autonomía: se cumplió con el principio de autonomía porque se utilizó el consentimiento informado, además las unidades de estudio podían retirarse en cualquier momento que desearan.
- 2) Justicia: se cumplió con el principio de justicia porque todos los estudiantes del ix ciclo podían participar.
- 3) No maleficencia: se cumplió con el principio de no maleficencia porque se evitó perjudicar a las unidades de estudio.
- 4) Beneficencia se cumplió con el principio de beneficencia porque se buscaba beneficiar a los alumnos al saber su nivel de conocimientos y que el futuro se podría proporcionar un manual de protocolos clínicos.

Capítulo V : RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL IX CICLO DE LA CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA SEGÚN EDAD

EDAD	N°	%
20 a 23 años	24	46.2
24 a 27 años	18	34.6
28 a más	10	19.2
Total	52	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla presentamos información sobre la distribución de los alumnos motivo de investigación según su edad, como se puede apreciar en los resultados, el mayor porcentaje (46.2%) correspondió a los que manifestaron tener entre 20 a 23 años, en tanto, el menor fueron los que tenían de 28 años a más (19.2%).

GRÁFICO N°1
DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL IX CICLO DE LA CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA SEGÚN EDAD

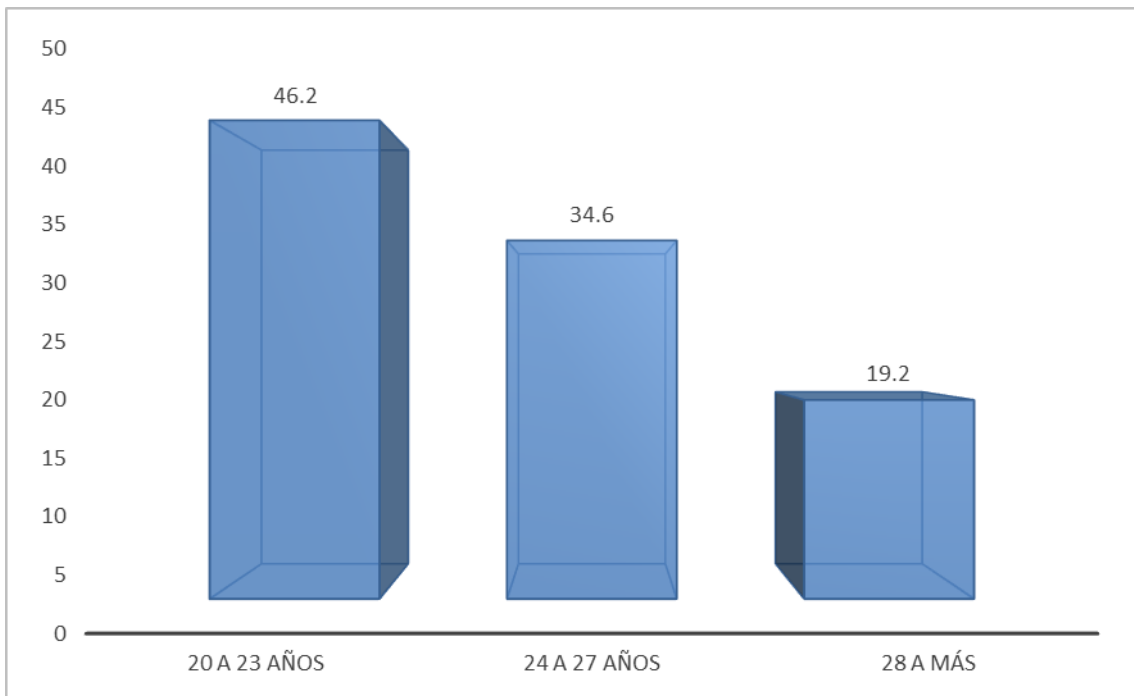


TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL IX CICLO DE LA CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA SEGÚN SEXO

SEXO	N°	%
Masculino	17	32.7
Femenino	35	67.3
Total	52	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La tabla N° 2 nos muestra la distribución numérica y porcentual de los alumnos del IX semestre que hacen clínica estomatológica que fueron evaluados para la presente investigación. De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de los alumnos correspondieron al sexo femenino (67.3%), mientras que el resto fueron del masculino (32.7%).

GRÁFICO N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL IX CICLO DE LA CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA SEGÚN SEXO

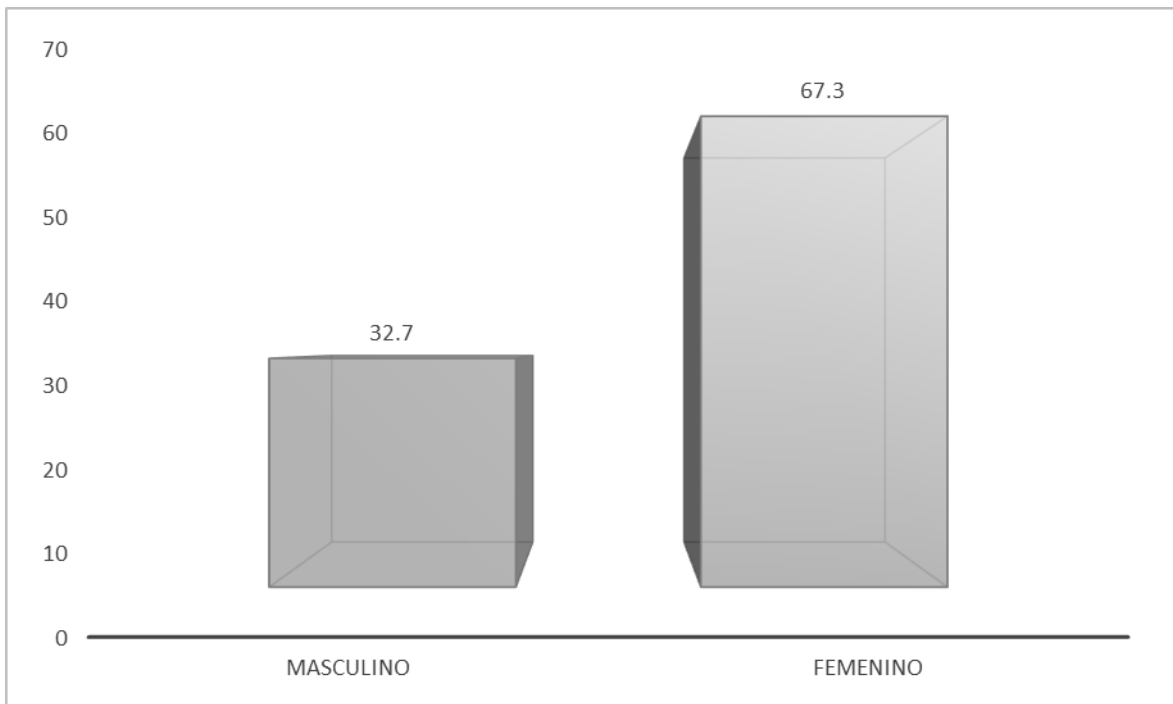


TABLA N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL IX CICLO DE LA CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA SEGÚN TIPO DE MATRÍCULA

TIPO DE MATRÍCULA	N°	%
Regular	42	80.8
Irregular	10	19.2
Total	52	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La tabla que precede a la interpretación nos muestra el tipo de matrícula con la que estaban cursando el IX semestre los alumnos evaluados para el presente estudio, como se aprecia de los resultados obtenidos, la gran mayoría de nuestras unidades de estudio (80.8%), tuvieron una matrícula regular; mientras que el resto (19.2%) tenían la condición de irregular.

GRÁFICO N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LOS ALUMNOS DEL IX CICLO DE LA CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA SEGÚN TIPO DE MATRÍCULA

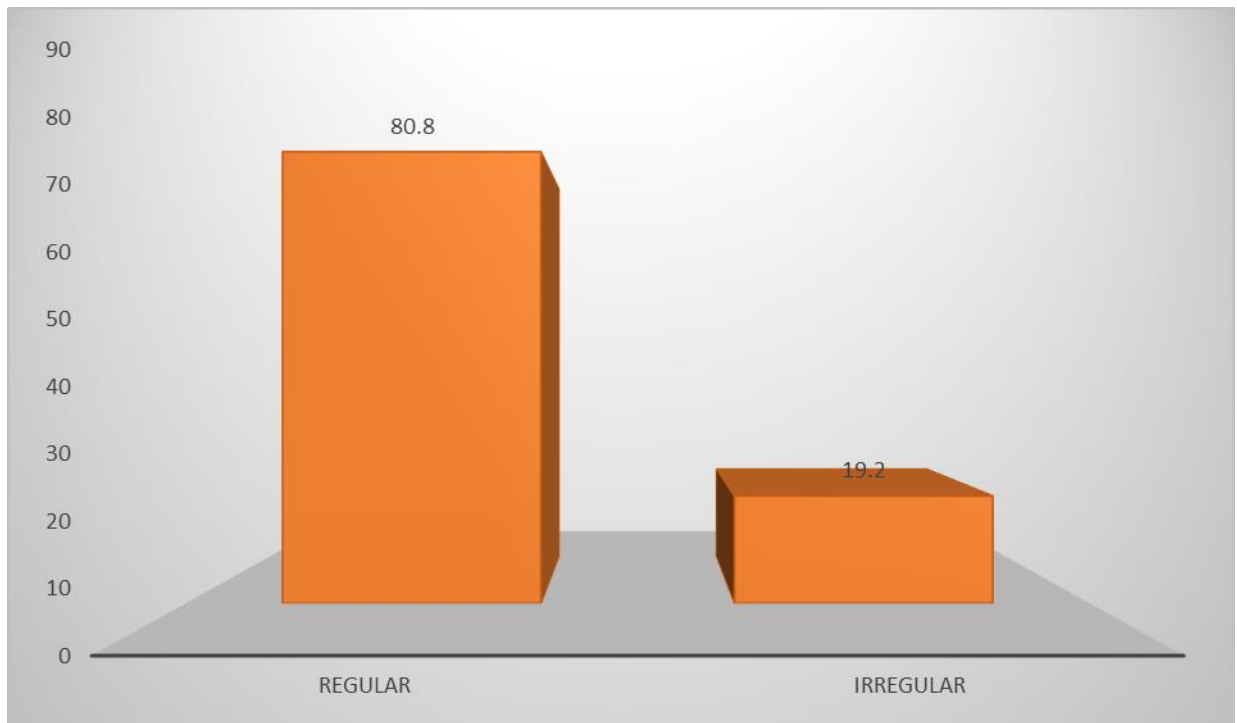


TABLA N° 4
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON
TERAPIA ANTICOAGULANTE Y ANTIPLAQUETARIA DE LOS ALUMNOS
DE IX CICLO DE CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N°	%
Insuficiente	22	42.3
Regular	29	55.8
Bueno	1	1.9
Total	52	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

El nivel de conocimiento sobre atención del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria que tenían los alumnos del IX semestre, se evaluó a través de un cuestionario validado, cuyos resultados nos permiten evidenciar que la mayoría de los alumnos llegaron a tener un conocimiento considerado como regular (55.8%), seguidos muy de cerca por los que estaban con niveles insuficientes de conocimiento (42.3%). Un hallazgo importante a mencionar es

que solamente un alumno, que representa el 1.9% del total, alcanzó a tener un nivel de conocimiento bueno.

GRÁFICO N° 4
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON
TERAPIA ANTICOAGULANTE Y ANTIPLAQUETARIA DE LOS ALUMNOS
DE IX CICLO DE CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA

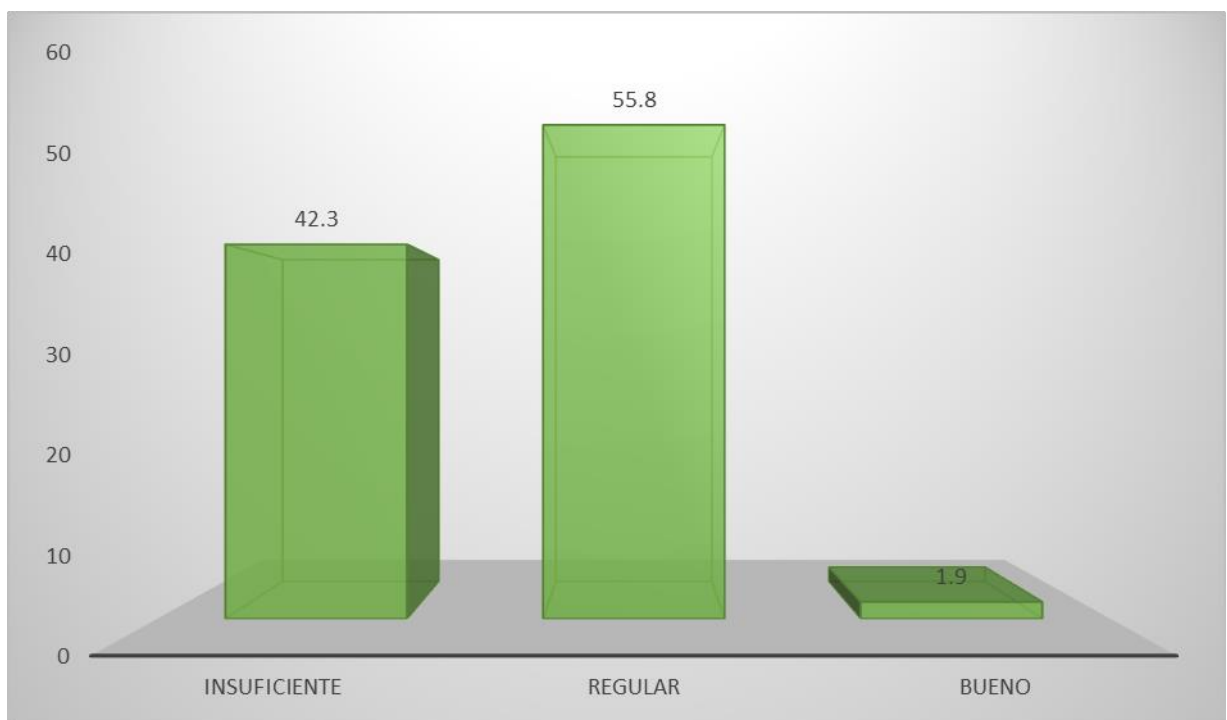


TABLA N° 5
RELACIÓN ENTRE EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE
ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TERAPIA ANTICOAGULANTE Y
ANTIPLAQUETARIA EN LOS ALUMNOS DE IX CICLO DE CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA

Edad	Nivel de Conocimientos						Total	
	Bajo		Regular		Bueno		N	%
	N	%	N	%	N	%		
20 a 23 años	9	37.5	15	62.5	0	0.0	24	100.0
24 a 27 años	7	38.9	10	55.6	1	5.6	18	100.0
28 a más	6	60.0	4	40.0	0	0.0	10	100.0
Total	22	42.3	29	55.8	1	1.9	52	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla relacionamos la edad con el nivel de conocimiento sobre atención del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria de los alumnos del IX semestre, como se aprecia de los resultados obtenidos, los que tenían de 20 a 23 años, en su mayoría (62.5%), tenían un nivel de conocimientos considerado como regular, situación similar se apreció en los de

24 a 27 años (55.6%), sin embargo, en los de 28 años a más, en su mayoría (60.0%) sus conocimientos fueron bajos.

GRÁFICO N° 5
RELACIÓN ENTRE EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE
ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TERAPIA ANTICOAGULANTE Y
ANTIPLAQUETARIA EN LOS ALUMNOS DE IX CICLO DE CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA

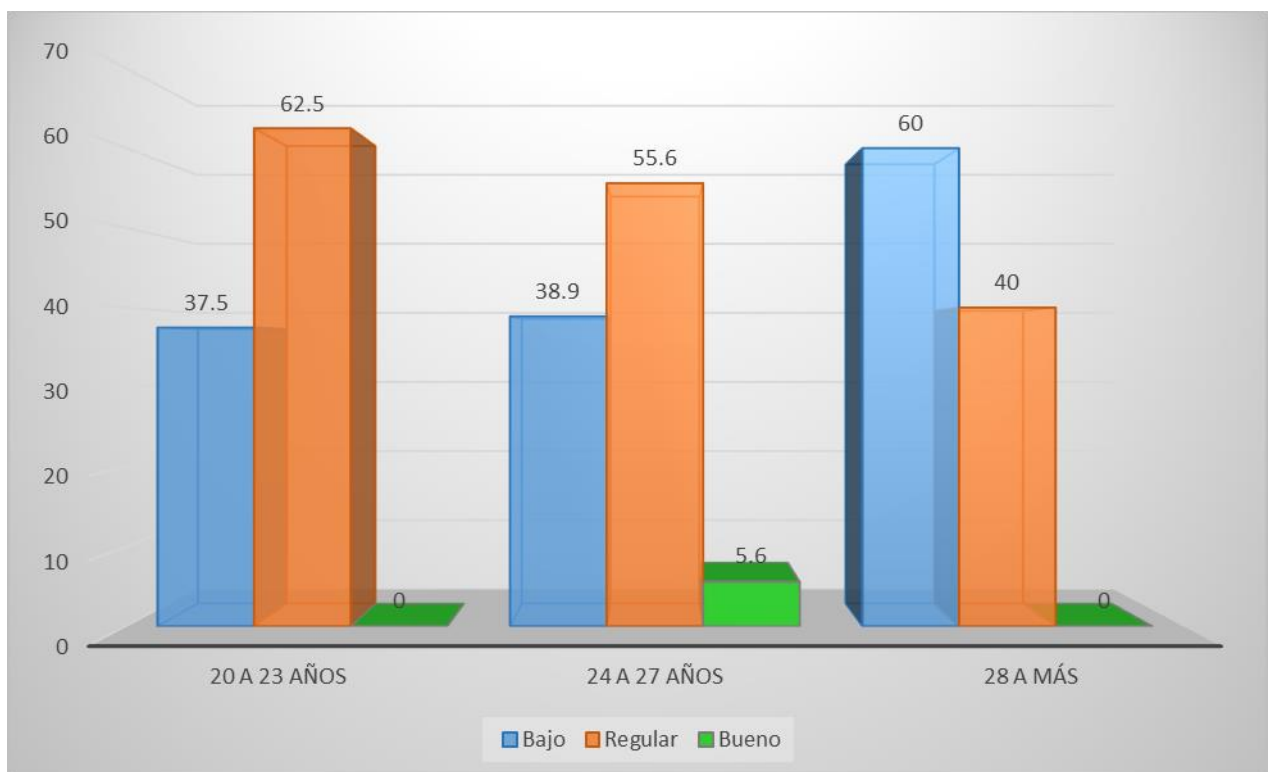


TABLA N° 6
RELACIÓN ENTRE SEXO Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE
ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TERAPIA ANTICOAGULANTE Y
ANTIPLAQUETARIA EN LOS ALUMNOS DE IX CICLO DE CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA

Sexo	Nivel de Conocimientos						Total	
	Bajo		Regular		Bueno		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Masculino	6	35.3	11	64.7	0	0.0	17	100.0
Femenino	16	45.7	18	51.4	1	2.9	35	100.0
Total	22	42.3	29	55.8	1	1.9	52	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla relacionamos el sexo con el nivel de conocimiento sobre atención del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria de los alumnos del IX semestre, como se aprecia de los resultados obtenidos, los del

sexo masculino y los del femenino, en su mayoría (64.7% y 51.4% respectivamente), tenían un nivel de conocimientos considerado como regular.

GRÁFICO N° 6
RELACIÓN ENTRE SEXO Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TERAPIA ANTICOAGULANTE Y ANTIPLAQUETARIA EN LOS ALUMNOS DE IX CICLO DE CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA

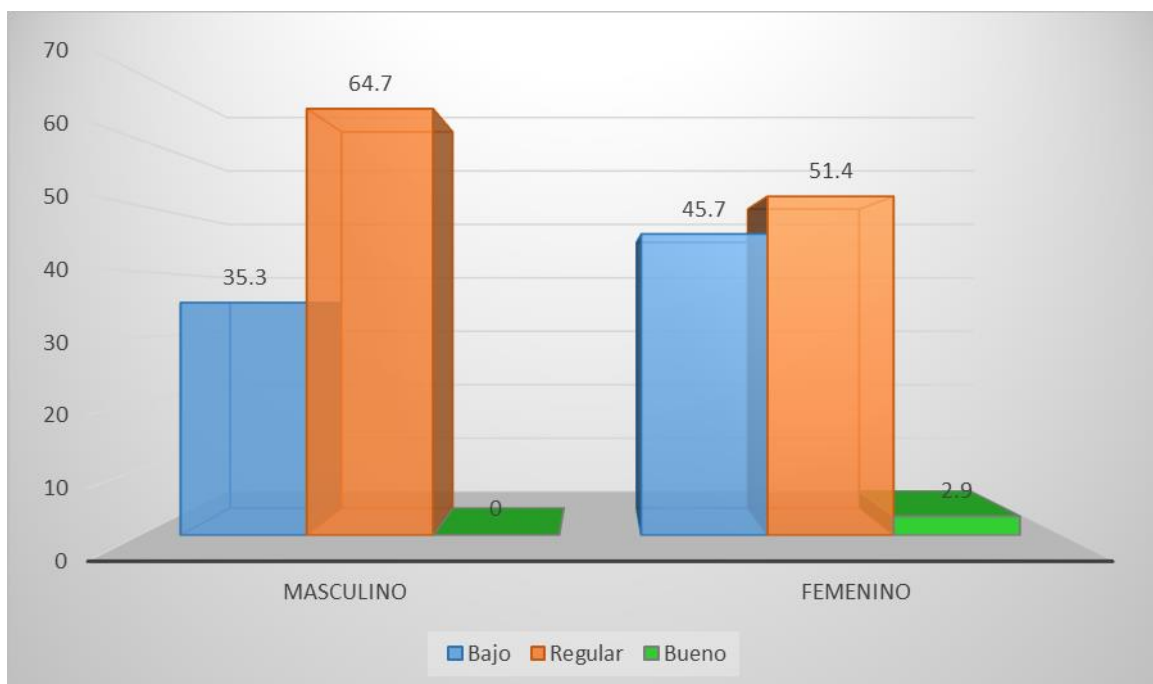


TABLA N° 7
RELACIÓN ENTRE TIPO DE MATRÍCULA Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS
SOBRE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TERAPIA ANTICOAGULANTE Y
ANTIPLAQUETARIA EN LOS ALUMNOS DE IX CICLO DE CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA

Tipo de Matrícula	Nivel de Conocimientos						Total	
	Bajo		Regular		Bueno		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Regular	15	35.7	26	61.9	1	2.4	42	100.0
Irregular	7	70.0	3	30.0	0	0.0	10	100.0
Total	22	42.3	29	55.8	1	1.9	52	100.0

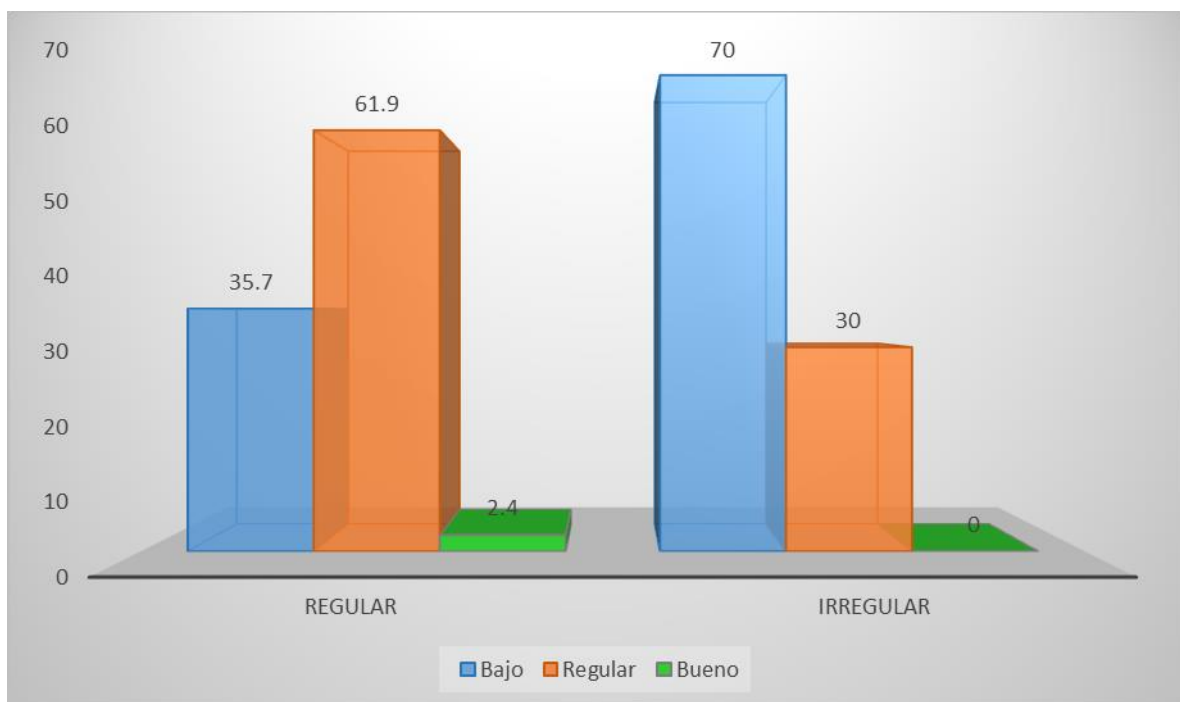
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla relacionamos el tipo de matrícula con el nivel de conocimiento sobre atención del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria de los alumnos del IX semestre, como se aprecia, los que eran regulares, en su mayoría (61.9%), tenían un nivel de conocimiento regular,

mientras que aquellos que eran irregulares en su matrícula (70.0%) evidenciaron un nivel de conocimiento bajo.

GRÁFICO N° 7
RELACIÓN ENTRE TIPO DE MATRÍCULA Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS
SOBRE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TERAPIA ANTICOAGULANTE Y
ANTIPLAQUETARIA EN LOS ALUMNOS DE IX CICLO DE CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA



5.2 ANÁLISIS INFERENCIAL

TABLA N° 8

PRUEBA CHI CUADRADO PARA RELACIONAR LA EDAD, SEXO Y TIPO DE MATRÍCULA CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TERAPIA ANTICOAGULANTE Y ANTIPLAQUETARIA EN LOS ALUMNOS DE IX CICLO DE CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA

NIVEL CONOCIMIENTOS	Valor Estadístico	Grados de Libertad	Significancia P
Edad	12.451	4	0.039 (P < 0.05)
Sexo	1.141	2	0.565 (P ≥ 0.05)
Tipo de Matrícula	9.956	2	0.013 (P < 0.05)

En la relación llevada a cabo entre la edad (Tabla N° 5), sexo (Tabla N° 6) y tipo de matrícula (Tabla N° 7) con el nivel de conocimiento sobre atención del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria, se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado, la cual nos permite establecer si hay o no relación significativa entre las variables motivo de investigación.

Como se aprecia, según la prueba estadística aplicada, no se halló relación significativa del sexo con los conocimientos, sin embargo, para el caso de la edad si hubo relación, siendo mejor en los alumnos de menor edad; así mismo, el tipo de matrícula también tuvo relación, pues en los alumnos regulares el conocimiento fue mejor que en los irregulares.

5.3 COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

Hipótesis Principal:

Es probable que el nivel de conocimiento de manejo del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria en alumnos de IX ciclo de la clínica estomatológica sea bueno.

Conclusión:

Tomando en cuenta los resultados obtenidos (Tabla N° 4), procedemos a rechazar la hipótesis principal, pues hemos encontrado que el nivel de conocimiento de los alumnos, en la mayoría de ellos, fue regular.

Hipótesis Derivadas:

Primera:

Es probable que los alumnos de menor edad tengan mayor nivel de conocimiento de manejo de paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria.

Regla de Decisión:

Si $P \geq 0.05$ No se acepta la hipótesis.

Si $P < 0.05$ Se acepta la hipótesis.

Conclusión:

Tomando en cuenta los resultados obtenidos (Tabla N° 8), procedemos a aceptar la hipótesis derivada, pues hemos encontrado que los alumnos con menor edad tienen mejores niveles de conocimiento.

Segunda:

Es probable que los alumnos de sexo femenino tengan mayor nivel de conocimiento de manejo de paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria

Regla de Decisión:

Si $P \geq 0.05$ No se acepta la hipótesis.

Si $P < 0.05$ Se acepta la hipótesis.

Conclusión:

Tomando en cuenta los resultados obtenidos (Tabla N° 8), procedemos a rechazar la hipótesis derivada, pues no hay relación entre el sexo de los alumnos y su nivel de conocimiento.

Tercera:

Es probable que los alumnos regulares tengan mayor nivel de conocimiento de manejo de paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria.

Regla de Decisión:

Si $P \geq 0.05$ No se acepta la hipótesis.

Si $P < 0.05$ Se acepta la hipótesis.

Conclusión:

Tomando en cuenta los resultados obtenidos (Tabla N° 8), procedemos a aceptar la hipótesis derivada, pues los alumnos regulares mostraron mejores niveles de conocimiento que los irregulares.

5.4 DISCUSIÓN

El principal objetivo de esta investigación fue determinar el nivel de conocimiento sobre atención del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria de los alumnos de IX ciclo de la clínica estomatológica.

Durante la recolección de los datos de la presente investigación encontramos que la mayoría de los alumnos llegaron a tener un conocimiento considerado como regular (55.8%), seguidos muy de cerca por los que estaban con niveles insuficientes de conocimiento (42.3%). Un hallazgo importante a mencionar es que solamente un alumno, que representa el 1.9% del total, alcanzó a tener un nivel de conocimiento bueno.

Referido al número de unidades de estudio en la investigación de Santhosh Kumar.⁶ fueron 150 estudiantes, en el estudio de Altaf Hussain Shah, Hesham Saleh Khalil, Faleh Ali Alshahrani, Soban Qadir Khan, Nasser Raqe AlQthani, Ishfaq Ali Bukhari, Mohammed Zaheer Kola.³ participaron estudiantes de medicina y odontología de los cuales 322 fueron estudiantes de odontología, en el estudio Dewan, K. Bishop and A. Muthukrishnan⁴ fueron 332 estudiantes. En el estudio de Martínez Beneyto, López Jornet, Camacho Alonso, González Escribano fueron 143 estudiantes. Todas las investigaciones anteriores presentaron mayores unidades de estudio a diferencia nuestra investigación que se trabajó con una población de 52 alumnos.

Referido al sexo de las unidades de estudio en la investigación de Martínez Beneyto, López Jornet, Camacho Alonso, González Escribano⁵ fueron 75 de sexo femenino, 68 de sexo masculino en nuestra investigación fueron 35 de sexo femenino y 17 de sexo masculino.

En relación al nivel de conocimiento sobre atención del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria de los alumnos del IX semestre, los resultados obtenidos, los del sexo masculino y los del femenino, en su

mayoría (64.7% y 51.4% respectivamente), tenían un nivel de conocimientos considerado como regular.

Asimismo, en nuestra investigación se determinó que los estudiantes tienen más dificultad con las preguntas sobre determinación de los días que se debe interrumpir la medicación de la aspirina el 80.76% a diferencia de lo encontrado en el estudio de Santhosh Kumar.⁶ que fue 70%. También tienen dificultad con determinación del rango de la razón normalizada internacional (INR) antes del tratamiento odontológico el 80.76% a diferencia de lo encontrado en el estudio de Sunny A. Linnebur, Samuel L. Ellis, Jeffrey D⁷. Astroth. que fue de 42.1%. También tienen dificultad con el analgésico que recomendarían a un paciente con terapia anticoagulante post exodoncia el 80.76% de los estudiantes.

¿Al planificar un procedimiento de "alto riesgo de sangrado" en un paciente que toma Warfarina qué consejo le daría?, según el estudio de Altaf Hussain Shah, Hesham Saleh Khalil, Faleh Ali Alshahrani, Soban Qadir Khan, Nasser Raqe AlQthani, Ishfaq Ali Bukhari, Mohammed Zaheer Kola.³ el 77.9% decidieron detener los fármacos anticoagulantes, Según el estudio de K. Dewan, K. Bishop and A. Muthukrishnan⁴, el 63% indicó que buscarían el consejo de un médico y ninguno de los encuestados aconsejó al paciente reducir su dosis de warfarina. En relación a lo obtenido en nuestra investigación que el 80.76% indicaron que buscarían el consejo de un médico.

En el estudio K. Dewan, K. Bishop and A. Muthukrishnan⁴, según el riesgo de los procedimientos en relación a los pacientes que reciben medicación con warfarina el 59% consideró el procedimiento de desbridamiento subgingival como de alto riesgo de sangrado lo cual es menor a lo obtenido en nuestra investigación que es 63.46%, en cuanto al procedimiento de restauraciones subgingivales el 28% lo considero como de alto riesgo de sangrado lo cual es menor a lo obtenido en nuestra investigación que fue de 34.61% en cuanto al procedimiento de examen periodontal el 5.7%

consideró el procedimiento como de bajo riesgo lo cual es menor a lo obtenido en nuestra investigación que fue de 55.76%. En relación al procedimiento de extirpación de la pulpa y preparación el 6% lo considera como de bajo riesgo de sangrado lo cual es menor a lo obtenido en nuestra investigación que fue de 36.53%. En relación al procedimiento de obturación del conducto radicular el 6,3% consideró el procedimiento como de bajo riesgo de sangrado lo cual es menor a lo obtenido en nuestro estudio que fue de 75%. En el procedimiento de colocación de Implante el 74% consideró el procedimiento como de alto riesgo de sangrado lo cual es mayor a lo obtenido en nuestra investigación que fue de 73.07%.

Según la investigación de K. Dewan, K. Bishop and A. Muthukrishnan ⁴, los Factores que influyen en el INR del paciente. El 86% consideraron las Interacciones medicamentosas y el 71% consideraron el alcohol. Lo cual es menor a lo encontrado en nuestra investigación que fue de 50%, en cuanto a las interacciones medicamentosas y en cuanto a el alcohol fue de 1.92%.

Según la investigación de Santhosh Kumar⁶, el 46,7% de los estudiantes han mencionado que las medidas hemostáticas locales pueden controlar el sangrado en un paciente con tratamiento Antiplaquetario durante el tratamiento dental lo cual es menor a lo obtenido en nuestra investigación fue de 86.53%.

Según el estudio de Santhosh Kumar⁶, la mayoría de los estudiantes conocían los fármacos antiplaquetarios el 62,5% lo cual es mayor a los resultados obtenidos en nuestra investigación que fue de 42.30%.

Según el estudio Santhosh Kumar ⁶, el 56.7% de los participantes han respondido que la warfarina es un anticoagulante lo cual es menor a los resultados obtenidos en nuestra investigación que fue de 67.3%.

Según el estudio Martínez Beneyto, López Jornet, Camacho Alonso, González Escribano⁵, el 97,6% de los estudiantes de tercer año sostuvieron que el paciente debe ser remitido a su médico de familia antes de tratamiento y esta opinión fue compartida por el 75 % de estudiantes de

odontología en los Estados Unidos según el estudio de Santhosh Kumar ⁶, el 70% de ellos prefirieron referir al paciente a Médico cardiólogo según la investigación de Sunny A. Linnebur, Samuel L. Ellis, Jeffrey D. Astroth ⁷. el clínico que es el responsable de la terapia con warfarina es el Médico 75%, todos los resultados de las investigaciones anteriores fueron mayor a los resultados obtenidos en nuestra investigación que fueron 51.92%.

Según el estudio Santhosh Kumar ⁶, el 63,3% de ellos han dicho que grupo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) Interactúan con fármacos antiagregantes plaquetarios lo cual es mayor a los resultados obtenidos en nuestra investigación que fue de 32.69%.

Según el estudio Altaf Hussain Shah, Hesham Saleh Khalil, Faleh Ali Alshahrani, Soban Qadir Khan, Nasser Raqe AlQthani, Ishfaq Ali Bukhari, Mohammed Zaheer Kola³, en cuanto al momento ideal para la investigación de la sangre, el 64,08% estaban a favor de hacer la prueba 72h o el mismo día, antes del procedimiento dental lo cual es mayor a los resultados obtenidos en nuestra investigación que fue de 40.38%.

CONCLUSIONES

Primera:

Se determinó que el nivel de conocimiento sobre atención del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria en los alumnos de IX ciclo de la clínica estomatológica es considerado, en la mayoría de ellos, regular (55.8%).

Segunda:

Se identificó el nivel de conocimiento sobre atención del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria según la edad de los alumnos de IX ciclo de la clínica estomatológica, habiéndose relación estadísticamente significativa entre ellas, pues los alumnos con menor edad demostraron tener un mejor nivel de conocimiento.

Tercera:

Se estimó que el nivel de conocimiento sobre atención del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria no tuvo relación estadística con el sexo de los alumnos de IX ciclo de la clínica estomatológica.

Cuarta:

Se precisó que el nivel de conocimiento sobre atención del paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria tuvo relación significativa estadísticamente con el tipo de matrícula de los alumnos de IX ciclo de la clínica estomatológica, siendo mejor en los regulares.

RECOMENDACIONES

Primera:

Se recomienda a la Escuela Profesional de Estomatología la realización de un curso preclínica en relación al tema de atención al paciente con terapia anticoagulante y antiplaquetaria para los alumnos de VII ciclo que próximamente llevarían el curso de clínica, para mejorar su nivel de conocimiento.

Segunda

Se recomienda a la Escuela Profesional de Estomatología la elaboración de un manual de protocolos Clínicos para los estudiantes que llevan a cabo el VIII y IX ciclos, que corresponden a las clínicas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General De Epidemiología. Análisis De Situación De la gerencia regional de Salud Arequipa. 2016
2. Ministerio de Salud del Perú. Carga de Enfermedad en el Perú. 2012
3. Altaf Hussain Shaha, Hesham Saleh Khalilb, Faleh Ali Alshahranic, Soban Qadir Khand, Nasser Raqe AlQthanic, Ishfaq Ali Bukharie, Mohammed Zaheer Kola. Conocimiento de médicos y odontólogos sobre el manejo dental de pacientes con terapia anticoagulante y / o antiplaquetaria. The Saudi Journal for Dental Research. Diciembre 2014. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S2352003514000434/1-s2.0-S2352003514000434-main.pdf?_tid=329f52e4-d7b9-11e6-b72e0000aacb362&acdnat=1484110290_1f068e6cb60e55b4b4a14404de82769d
4. K. Dewan, K. Bishop, A. Muthukrishnan. Manejo de pacientes con warfarina por odontólogos generales practicantes en South West: continuación del ciclo de auditoria. British Dental Journal. 2009.
5. Martínez Beneyto, López Jornet, Camacho Alonso, González Escribano. Conocimiento y Actitudes de los Estudiantes de odontología hacia la Terapia de Anticoagulación: Evaluación de un curso de un día en la Universidad de Murcia, España. Journal of Dental Education. 2012
6. Santhosh Kumar, Conocimiento, actitud y prácticas de los estudiantes dentales hacia el manejo dental de pacientes en terapia antiplaquetaria. Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research, 2016.
7. Sunny Linnebur, Samuel Ellis, Jeffrey Astroth, Prácticas educativas con respecto a Procedimientos Anticoagulantes en Escuelas Dentales de EE. UU. Journal of Dental Education.
8. Real Academia Española. [Base de datos en internet]. España: Asociación de Academias de la Lengua Española. 2017. [acceso abril de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=AMrJ4zs>
9. Bou Llusar Juan Carlos, Segarra Cipres Mercedes. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. Revista de economía y empresa. 2005.

10. Lakatos. La metodología de los programas de investigación científica. Madrid: Alianza; 1993.
11. Julio Cerezal. Los métodos científicos en las investigaciones pedagógicas, 2002.
12. Víctor Díaz Narváez. La función de la ciencia en la sociedad. Faustino Cordón. 1982. ED Anthropos. Barcelona. Metodología de la investigación científica y bioestadística. Ril editores 2006. Chile.
13. Cedimcat. [base de datos de internet]. España: Centro de Información de Medicamentos de Catalunya. 2009. [acceso marzo 2016]. Disponible en:http://www.cedimcat.info/index.php?option=com_content&view=article&id=225:tratamiento-anticoagulante-oral-antivitamina-k&catid=41&Itemid=472&lang=es
14. ClotConnect.org. [base de datos en internet]. Estados Unidos. University of North Carolina. 2013. [acceso febrero 2017].
15. Bonillo Perales, Batlles Garrido, Rubí Ruiz, González Jiménez, Aguirre Rodríguez, Muñoz Hoyos. Tromboembolismo pulmonar Tromboembolismo pulmonar en niños. Anales de Pediatría. 2003.
16. National Health Service. [base de datos en internet]. Inglaterra .2008. [acceso junio 2017]. Disponible en: (http://www.nhs.uk/translationspanish/Documents/Stroke_Spanish_FINAL.pdf)
17. Coll Muñoz Yanier, González Rodríguez Claudio, Valladares Carvajal Francisco de Jesús. Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. Revista Finlay. 2016. Disponible en: (<http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v6n2/rf10206.pdf>)
18. AF 360° Atrial Fibrillation Resource Center. Guía para Fibrilación Auricular – Información para el Paciente. Heart Rhythm Society. 2011.
19. Ferreira de Barros Maysa, Gaujac Cristiano, Trento Cleverson, Viana de Andrade María, Tratamiento de pacientes cardiopatas en la clínica odontológica. Revista Saúde e Pesquisa. 2011
20. Cárdenas Manuel. Fibrilación auricular. Archivos de cardiología de México. vol.77. 2007. Disponible en:<http://www.scielo.org.mx/pdf/acm/v77s2/v77s2a3.pdf>

21. Veloz Toala Marcelo Vidal. Tratamiento odontológico a pacientes con prótesis valvular cardíaca. [tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2014
22. Bonow. Directrices para el tratamiento de pacientes con cardiopatía valvular. Journal of the American College of Cardiology. Vol. 32
23. Tripathi. Farmacología en odontología fundamentos. Editorial medica Panamericana; 2008
24. Philip Majerus. Douglas Tollefsen. Coagulación sanguínea y anticoagulantes, trombolíticos y antiplaquetarios. En Laurence L. Brunton. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 11 edición; 2015.
25. Ministerio de Salud del Perú. Resolución ministerial n°597-2006. Lima. Junio 2006.
26. Souto J., Oliver A., Zuazu L. Vives A, Fontcuberta J. Cirugía oral en pacientes anticoagulados sin reducción de la dosis de anticoagulante oral: Un estudio prospectivo aleatorizado. Journal Oral Maxillofacial Surgery. 1996.
27. Ripolles de Ramón Jorge, Serrano Sanchez Víctor, Vaello Choca Iris. Procedimientos clínicos del manejo de paciente con TAO. 2017
28. Scully C, Wolff A. Cirugía oral en pacientes con terapia anticoagulante. Oral Surgery Oral Medical Oral Pathology Oral Radiology Endod. 2002.
29. Devani P., Lavery K.M, Howell C. J. ¿Extracciones dentales en pacientes con warfarina: ¿es necesaria la alteración del régimen anticoagulante? Journal Oral Maxilofacial Surgery. 1998.
30. Sloomer. Hemorragia excesiva después de las extracciones dentales utilizando una terapia de anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. Journal Oral Maxilofacial Surgery. 2004.
31. Blinder, Manor, Martinowitz, Taicher. Extracciones dentales en pacientes mantenidos en terapia anticoagulante oral: comparación del valor INR con la aparición de sangrado postoperatorio. Journal Oral Maxilofacial Surgery. 2001
32. Benítez Sellan Pablo Lenin. Complicaciones en cirugía dentoalveolar en pacientes bajo terapia anticoagulante. [Tesis]. Guayaquil: Universidad De Guayaquil. Facultad Piloto De Odontología; 2012.

33. Texasheart.org. [Base de datos en internet]. Texas: Texas Heart Institute. 2016. [Acceso Agosto 2016]. Disponible en: http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Meds/antiplatelet_esp.cfm
34. National Institutes of Health. [Base de datos en internet]. Estados Unidos: Department of Health and Human Services. 2015. [acceso diciembre 2016] Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/cad>
35. Carolina Estrada, Sergio Vargas. Enfermedad arterial coronaria e indicaciones para revascularización coronaria. Revista médica de costa rica y Centroamérica LXIX. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art20.pdf>
36. Haro Samaniego Franklin Alejandro. Protocolos quirúrgicos en adultos sanos y sistémicamente comprometidos. [tesis]. Ecuador: Universidad de las Américas. Facultad de odontología; 2015
37. Baldeón Alcívar Andrea Lisette. Manejo Odontológico de Pacientes Con Cardiopatías. [Tesis]. Guayaquil: Universidad De Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2014
38. American Heart Association. [Base de datos en internet]. Estados Unidos. 2015. [Acceso junio 2017]. Disponible en: http://es.heart.org/dheart/HEARTORG/Conditions/What-is-Angina_UCM_430964_Article.jsp#.WVPjLYyGPIU
39. Yara Sánchez Juan Enrique. Enfermedades vasculares periféricas. 2008. Disponible en: http://www.amedeo.net/pdf2/enfermedades_vasculares_perifericas.pdf
40. Merck Manual of Diagnosis and Therapy Professional. [base de datos en internet]. Estados Unidos. 2017. [acceso junio 2017]. Disponible en: <http://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-cardiovasculares/enfermedades-arteriales-perif%C3%A9ricas/enfermedad-arterial-perif%C3%A9rica>
41. Claramunt Lozano Ariadna, Gavaldá Esteve Carmen, Sarrión Perez Gracia. Manejo dental en pacientes con alteración de la hemostasia. Journal of Clinical and Experimental Dentistry. 2011.

42. Cáceres Madroño, Fernández Cáliz, Martínez González, Martínez Rodríguez, Rubio Alonso. Protocolos de actuación con la exodoncia en pacientes geriátricos antiagregados y anticoagulados. Avances en Odontoestomatología. 2015.
43. Cedeño José, Neyla Rivas Rodolfo. Manejo odontológico en pacientes con terapia Antiagregante plaquetaria. Revista Odontológica Mexicana.2013
44. Castellon Loreto, Montini Claudia, Pedemonte Christian. Manejo de pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales previo a cirugía oral. Revista odontológica mexicana. 2005
45. Torres Lagares D, Serrera Figallo MA, Romero Ruíz MM, Infante Cossío P, García Calderón M, Gutiérrez Pérez JL. Alveolitis seca: actualización de conceptos. Journal Medical Oral Pathology Oral Surgery Bucal. 2005
46. Hupp J. R., Ellis E., Tucker M.R. Cirugía oral y maxilofacial contemporánea. 5.a Ed Barcelona: Elsevier; 2010.
47. Oginni F.O., Fatusi O.A., Alagbe A.O. una evaluación clínica de alveolo seco en un hospital educativo de Nigeria. Journal Oral Maxillofacial Surgery. 2003.
48. Penarocha M., Sanchís J.M., Sáez U., Gay C., Bagán J.V. bucal ~higiene y dolor post operatorio después de cirugía de tercer molar mandibular. Journal Oral Surgery Oral Medical Oral Pathology Radiology. 2001.
49. Bello Santos P., Reyes Velázquez J. Osteítis alveolar aguda. Journal Medical Oral. 2000.
50. Martin Reyes O., Lima Alvarez M., Zulueta Izquierdo M. Alveolitis: revisión de la literatura y actualización. Revista Cubana Estomatológica. 2001.
51. Blum I.R. revisión contemporánea de alveolo seco (osteítis alveolar): una evaluación clínica de estandarización etiopatogenia y manejo: una revisión crítica. Journal Oral Maxillofacial Surgery. 2002
52. Crawford J.Y. Alveolitis seca. Journal Dental Cosmos. 1896.
53. Ritzau M., Therkildsen P. prevención antifibrinolítica de alveolitis seca dolorosa. Journal Oral Surgery. 1978.
54. Fazakerly M., Field E.A. alveolo seco: una dolorosa complicación postextracción (una revisión Actualización).1991.

55. Benito Marisol, Benito Mariluz, Bernardoni Cecilia, Bracho Miriam, Morón Alexis, Pereira Saúl, Rivera Nancy. Manejo odontológico de pacientes con enfermedades hemorrágicas y terapia anticoagulante. Acta odontológica venezolana. 2002. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2004/2/pacientes_enfermedades_hemorragicas_terapia_anticoagulante.asp?print=true
56. Pablo A. Viglioglia. Estomatodinia – Glosodinia. Acta Terapéutica Dermatológica 2005
57. Parra Guamán Luis Bladimir. Patologías bucodentales y alteraciones asociadas prevalentes en pacientes hemofílicos que acuden al circuito de salud nº 23 d01 c05 “Augusto Egas” de Santo Domingo de los Tsáchilas en el período julio-diciembre 2014. [Tesis]. Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo. Facultad de Ciencias de la Salud Carrera de Odontología;2014.
58. Roche Diagnostics. [base de datos de internet]. España. 2011. [acceso marzo 2017]. Disponible en: http://www.coaguchek.net/es/index.php?target=/es/professionals/informacion_sobre_coagulacion/tiempo_de_protrombina_indice_normalizado_internacional
59. Truven Health Analytics. [base de datos de internet]. Michigan.2017. [acceso marzo 2017]. Disponible en: <https://ssl.adam.com/content.aspx?productId=52&pid=52&gid=250398&site=welldynerx.adam.com&login=well1815>
60. Espinoza Sebastián. cols. Extracciones Dentales en Pacientes Sometidos a Anticoagulación Oral. Experiencia sin su Suspensión. Revista Dental de Chile 2006.

ANEXOS

ANEXO N° 1
CUESTIONARIO

I. INTRODUCCIÓN

El presente cuestionario es el instrumento de medición del trabajo de investigación

Titulado: Nivel de Conocimiento sobre atención del Paciente con terapia Anticoagulante y Antiplaquetaria de los alumnos de IX ciclo de la clínica Estomatológica. Universidad Alas Peruanas. Arequipa 2017.

Solicito su colaboración con el llenado del presente cuestionario, que es de carácter anónimo.

Agradezco su colaboración y solicito la mayor sinceridad y veracidad.

II. DATOS GENERALES

Escriba su edad: _____

Marque sus datos personales

Sexo:

- Masculino
- Femenino

Tipo de matrícula:

- Regular
- Irregular

¿Usted lleva el curso de clínica integral del niño 2?

- Si
- No

Si respondió afirmativamente la pregunta anterior marque el número de veces que lleva el curso:

- Primera vez
- Segunda vez
- Tercera vez

¿Usted lleva el curso de clínica integral del adulto 2?

Si

No

Si respondió afirmativamente la pregunta anterior marque el número de veces que lleva el curso:

- Primera vez
- Segunda vez
- Tercera vez

Razón normalizada internacionalizada (INR):

Es un cálculo hecho para estandarizar el tiempo de protrombina. El cociente normalizado internacional está basado en el cociente del tiempo de protrombina en el paciente y el tiempo de protrombina medio normal. El tiempo de protrombina es un examen para observar a qué velocidad la sangre coagula en pacientes.

Cuyo objetivo es reducir diferencias entre reactivos de tromboplastina mediante un proceso de calibración en el que todas las tromboplastinas comerciales se comparan con una preparación de referencia internacional (PRI) conservada por la OMS.

Instrucciones:

Encierre con un círculo la respuesta correcta:

1. ¿Debemos hacer interconsulta en el uso o no uso de anticoagulantes?

- A. Si
- B. No
- C. A veces
- D. Ninguna de las anteriores

2. Conoce la aspirina:

Si

No

Si respondió afirmativamente: ¿cuál es el efecto terapéutico de la aspirina?
Marque la alternativa correcta:

- A. Antiplaquetario
- B. Anticoagulante
- C. Antiinflamatorio no esteroideo
- D. Antibiótico

3. Conoce la Warfarina:

Si

No

Si respondió afirmativamente: ¿cuál es el efecto terapéutico de la warfarina?
Marque la alternativa correcta:

- A. Antiplaquetario
- B. Anticoagulante
- C. Antiinflamatorio no esteroideo
- D. Antibiótico

4. La aspirina inhibe la ciclooxygenasa plaquetaria

- A. irreversiblemente
- B. Durante toda la vida de la plaqueta (7 a 10 días)
- C. Todas las anteriores
- D. Ninguna de las anteriores

5. Si se debe interrumpir la aspirina, ¿cuántos días antes del tratamiento dental debe hacerse? (previa interconsulta)

- A. 1 día
- B. 3 días
- C. 5 días
- D. 7 días

6. Para los siguientes procedimientos odontológicos en cuales hay la necesidad de cambiar la terapia con Warfarina para reducir el valor de la Razón Normalizada Internacional (INR) y / o prevenir el sangrado (coloque si o no) (previa interconsulta)

- A. Profilaxis-----no-----
- B. Tratamiento restaurador -----no-----
- C. Extracción: simple -----si-----
- D. Cirugía periodontal-----si-----
- E. Extracción múltiple-----si-----
- F. Tratamiento convencional del conducto radicular-----no-----

7. ¿En qué rango de la Razón Normalizada Internacional el paciente debe encontrarse antes de ese procedimiento dental?

- A. Razón Normalizada Internacional <1,5
- B. Razón Normalizada Internacional 1,5 - 1,9
- C. Razón Normalizada Internacional 2,0-3,0**
- D. Razón Normalizada Internacional 3,1-4,0

8. ¿cuál es el valor normal del tiempo de protrombina y tiempo de coagulación?

- A. 11-13,5 segundos;6-8 minutos**
- B. 20-40 segundos; 4-5 minutos
- C. 15-21 segundos;2-4 minutos
- D. 22-23 segundos; 3-5 minutos

9. ¿cuál es el clínico que debe indicar y que es responsable de administrar la terapia con Warfarina?

- A. Cirujano Dentista
- B. Médico Cardiólogo**
- C. Farmacéutico
- D. Enfermera

10. Detener o suspender los fármacos antiplaquetarios podría causar:

- A. Sangrado excesivo
- B. Tromboembolismo (infarto de miocardio y accidente cerebrovascular)**
- C. Neumonía
- D. Nada pasará

11. ¿Cuál de los siguientes grupos de fármacos interactuarán con los fármacos antiplaquetarios?

- A. Antibióticos
- B. Antiinflamatorios no esteroideos**
- C. Agentes antivirales
- D. ninguna de las anteriores

12. Detener o suspender los fármacos anticoagulantes podrían causar:

- A. Sangrado excesivo
- B. Tromboembolismo (infarto de miocardio y accidente cerebrovascular)**
- C. Neumonía
- D. ninguna de las anteriores

13. En su opinión, en pacientes que recibe medicación Warfarina, ¿cuál es el riesgo de sangrado en relación con los procedimientos que se enumeran a continuación? (escriba A si es Alto o B si Bajo para cada uno): (previa interconsulta)

- A. Desbridamiento sub gingival ----- **A**
- B. Restauraciones subgingivales ----- **A**
- C. Exámenes periodontales ----- **B**
- D. Extirpación de la pulpa y preparación ----- **B**
- E. Obturación de conducto radicular ----- **B**
- F. Procedimiento de la primera etapa del implante ----- **A**

14. Al planificar un procedimiento de "alto riesgo de sangrado" en un paciente que toma Warfarina, indique su consejo al paciente (Marque la alternativa correcta):

- A. Detener la dosis de Warfarina sin buscar una opinión médica
- B. Reducir la dosis de Warfarina
- C. Consultar al Cardiólogo**

15. Si normalmente revisa la Razón Normalizada Internacional de un paciente que requiere un procedimiento de "riesgo de sangrado", ¿cuándo lo llevaría a cabo? (Marque la alternativa correcta):

- A. Dentro de las 24 horas antes al tratamiento**
- B. Dentro de las 48 horas
- C. Normalmente no revisaría la Razón Normalizada Internacional

16. ¿Cuáles de los siguientes factores cree que podrían influir significativamente en la Razón Normalizada Internacional? Marque las alternativas correctas:

- A. Interacciones medicamentosas**
- B. Estrés y ansiedad
- C. Edad
- D. Sexo
- E. Ejercicio físico
- F. Alcohol**

17. ¿Qué paciente que recibe tratamiento anticoagulante requiere profilaxis antibiótica?

- A. Prótesis valvulares**
- B. Trombo embolismo
- C. Ninguna de las anteriores

18. Paciente de 45 años que requiere tratamiento de exodoncia que tiene prótesis valvulares, por lo cual requiere profilaxis antibiótica, no refiere alergia a la penicilina que medicación le daría:

A. Amoxicilina 2 gramos, por vía oral, una hora antes del procedimiento.

B. Claritromicina 500 mg por vía oral, una hora antes del procedimiento.

C. Clindamicina 600 mg por vía oral, una hora antes del procedimiento.

19. ¿Qué prueba de laboratorio de sangre monitorea pacientes en tratamiento con Warfarina?

A. Tiempo de sangrado

B. Razón Normalizada Internacional

C. Todas las anteriores

20. ¿Cómo se puede controlar el sangrado en un paciente con tratamiento Antiplaquetario durante el tratamiento dental?

A. Transfusión de sangre

B. Medidas locales de hemostasia (apósito hemostático, sutura y presión)

C. Ninguna de las anteriores

21. ¿Qué analgésico recomendaría usted post exodoncia? (en relación a un paciente que recibe terapia anticoagulante y antiplaquetaria)

A. Ibuprofeno

B. Metamizol

C. Ácido acetil salicílico

D. Paracetamol

E. Diclofenaco

ANEXO N° 2

ANEXO N° 3
VALIDEZ DE CONTENIDO
JUICIO DE EXPERTOS

Preguntas	V de Aiken
Pregunta 1	0.778
Pregunta 2	0.918
Pregunta 3	0.713
Pregunta 4	0.817
Pregunta 5	0.911
Pregunta 6 ^a	0.976
Pregunta 6B	0.799
Pregunta 6C	0.878
Pregunta 6D	0.908

Pregunta 6E	0.913
Pregunta 6F	0.901
Pregunta 7	0.949
Pregunta 8	0.907
Pregunta 9	0.955
Pregunta 10	0.931
Pregunta 11	0.913
Pregunta 12	0.977
Pregunta 13 ^a	0.913
Pregunta 13B	0.908
Pregunta 13C	0.901
Pregunta 13D	0.911
Pregunta 13E	0.942
Pregunta 13F	0.909
Pregunta 14	0.966
Pregunta 15	0.811
Pregunta 16	0.823
Pregunta 17	0.762
Pregunta 18	0.900
Pregunta 19	0.917
Pregunta 20	0.988
Pregunta 21	0.952
GLOBAL	0.926

ANEXO N°4

MATRIZ DE PRUEBA PILOTO

	P6B	P6C	P6D	P6E	P6F	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13A	P13B	P13C	P13D	P13E	P13F	P14	P15
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1
3	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0
4	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1
5	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1
7	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1
8	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0
9	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1
10	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1
14	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0
15	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
18	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
19	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1

ANEXO N° 5

DISTRIBUCIÓN DE PREGUNTAS DE PRUEBA PILOTO

PREGUNTA	Error	Acierto
	%	%
Pregunta 1	62.9	37.1
Pregunta 2	60.0	40.0
Pregunta 3	66.7	33.3
Pregunta 4	48.6	51.4

Pregunta 5	48.6	51.4
Pregunta 6 ^a	82.9	17.1
Pregunta 6B	62.9	37.1
Pregunta 6C	68.6	31.4
Pregunta 6D	62.9	37.1
Pregunta 6E	88.6	11.4
Pregunta 6F	45.7	54.3
Pregunta 7	77.1	22.9
Pregunta 8	74.3	25.7
Pregunta 9	54.3	45.7
Pregunta 10	28.6	71.4
Pregunta 11	37.1	62.9
Pregunta 12	48.6	51.4
Pregunta 13 ^a	54.3	45.7
Pregunta 13B	45.7	54.3
Pregunta 13C	40.0	60.0
Pregunta 13D	34.3	65.7
Pregunta 13E	28.6	71.4
Pregunta 13F	74.3	25.7
Pregunta 14	45.7	54.3
Pregunta 15	32.1	68.9
Pregunta 16	60.0	40.0
Pregunta 17	37.0	63.0
Pregunta 18	51.4	48.6
Pregunta 19	11.4	88.6

Pregunta 20	45.7	54.3
Pregunta 21	51.4	48.6

ANEXO N°6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ estoy de acuerdo en participar en la investigación NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON TERAPIA ANTICOAGULANTE Y ANTIPLAQUETARIA DE LOS ALUMNOS DE IX CICLO DE LA CLINICA ESTOMATOLÓGICA. UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. AREQUIPA. 2017, se me ha explicado por el bachiller Gabriela Alejandra Neyra Rios, los objetivos y procedimientos del estudio y mi participación será voluntaria. Por tanto, al firmar este documento autorizo que me incluyan en esta investigación.

Firma del participante

Firma del investigador

3	35	67.3%	17	32.69%
4	17	32.69%	35	67.30%
5	10	19.23%	42	80.76%
6 A	17	32.69%	35	67.30%
6 B	24	46.15%	28	53.84%
6 C	30	57.69%	22	42.30%
6 D	31	59.61%	21	40.38%
6 E	31	59.61%	21	40.38%
6 F	16	69.23%	36	69.23%
7	10	19.23%	42	80.76%
8	27	51.92%	25	48.07%
9	48	92.31%	4	7.69%
10	25	48.07%	27	51.92%
11	17	32.69%	35	67.30%
12	22	42.30%	30	57.69%
13 A	33	63.46%	19	36.53%
13 B	18	34.61%	34	65.38%
13 C	29	55.76%	23	44.23%
13 D	19	36.53%	33	63.46%
13 E	39	75%	13	25%
13 F	38	73.07%	14	26.92%

14	42	80.76%	10	19.23%
15	21	40.38%	31	59.61%
16	27	51.92%	25	48.07%
17	29	55.76%	23	44.23%
18	21	40.38%	31	59.61%
19	25	48.07%	27	51.92%
20	45	86.53%	7	13.46%
21	10	19.23%	42	80.76%

ANEXO N°9 fotos



Universidad Alas Peruanas



FUENTE: PROPIA

FUENTE: PROPIA



FUENTE: PROPIA



FUENTE: PROPIA



FUENTE: PROPIA



FUENTE: PROPIA



FUENTE: PROPIA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES CON TERAPIA ANTICOAGULANTE Y ANTIPLAQUETARIA

1. ¿Debemos hacer interconsulta en el uso o no uso de anticoagulantes?

Si para obtener las indicaciones del doctor especialista que trata al paciente, además la interconsulta debe ser presentada por escrito en la cual nos debe indicar si se suspende la medicación o no.

2. Medicamentos antiplaquetarios

Principalmente encontramos a los medicamentos como:

- Ácido acetil salicílico

- Clopidogrel
- Ticlopidina

3. Medicamentos anticoagulantes

Principalmente encontramos a los medicamentos como:

- Warfarina
- Heparina

4. Mecanismo de acción de la aspirina

La acción antiplaquetaria de la aspirina se atribuye principalmente a la inhibición irreversible de la actividad de la ciclooxigenasa (se produce durante toda la vida de la plaqueta 7 a 10 días) por acetilación del grupo hidroxilo-serina de dicha enzima. De esta forma se interrumpe la transformación del ácido araquidónico en sus derivados ciclooxigenados, así como los mecanismos fisiopatológicos en los que éstos están implicados, reduciéndose la producción de Tromboxano A2.

5. Si se debe interrumpir la aspirina, ¿cuántos días antes del tratamiento dental debe hacerse? (previa interconsulta)

Según el protocolo de Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid se debe interrumpir de 5-7 días por que el mecanismo de acción de la aspirina produce la inhibición de la ciclooxigenasa se produce durante la vida de las plaquetas (7-10 días).

6. Para los siguientes procedimientos odontológicos en cuales hay la necesidad de cambiar la terapia con Warfarina para reducir el valor de la Razón Normalizada Internacional (INR) y / o prevenir el sangrado (coloque si o no) (previa interconsulta)

G. Profilaxis no hay la necesidad de cambiar la terapia con Warfarina porque es un procedimiento de bajo riesgo de sangrado

H. Tratamiento restaurador no hay la necesidad de cambiar la terapia con Warfarina porque es de bajo riesgo de sangrado

I. Extracción simple si hay la necesidad de cambiar la terapia con Warfarina porque es de alto riesgo de sangrado ya que durante el

procedimiento se está en contacto directo con el tejido gingival y hueso que tiene abundante irrigación.

- J. Cirugía periodontal si hay la necesidad de cambiar la terapia con Warfarina porque es de alto riesgo de sangrado ya que durante el procedimiento se realizan colgajos lo cual produce sangrado por la abundante vascularización del tejido gingival.
- K. Extracción múltiple si hay la necesidad de cambiar la terapia con Warfarina porque es de alto riesgo de sangrado
- L. Tratamiento convencional del conducto radicular no hay la necesidad de cambiar la terapia con Warfarina porque es de bajo riesgo de sangrado.

7. ¿En qué rango de la Razón Normalizada Internacional el paciente debe encontrarse antes de ese procedimiento odontológico?

Según los protocolos de la asociación Dental American 2003 recomiendan que Razón Normalizada Internacional 2,0-3,0 para los procedimientos odontológicos.

8. ¿cuál es el valor normal del tiempo de protrombina y tiempo de coagulación?

Según el manual clínico de pruebas de laboratorio de Salgado Antonio el tiempo de protrombina es de 11-13,5 segundos y el tiempo de coagulación es de 6-8 minutos.

9. ¿cuál es el clínico que debe indicar y que es responsable de administrar la terapia con Warfarina?

Es el Médico Cardiólogo ya que debe tomar en cuenta varios factores en relación a la enfermedad sistémica del paciente y su medicación.

10. Detener o suspender los fármacos antiplaquetarios podría causar:

Tromboembolismo (infarto de miocardio y accidente cerebrovascular) porque al suspender la medicación se produce el aumento de la coagulación que presenta el paciente por sus enfermedades cardiovasculares.

11. ¿Cuál de los siguientes grupos de fármacos interactuarán con los fármacos antiplaquetarios?

Antiinflamatorios no esteroideos porque aumentan el riesgo de hemorragia.

12. Detener o suspender los fármacos anticoagulantes podrían causar:

Tromboembolismo (infarto de miocardio y accidente cerebrovascular)

Porque al suspender la medicación se produce el aumento de la coagulación que presenta el paciente por sus enfermedades cardiovasculares.

13. En su opinión, en pacientes que recibe medicación Warfarina, ¿cuál es el riesgo de sangrado en relación con los procedimientos que se enumeran a continuación? (escriba A si es Alto o B si Bajo para cada uno): (previa interconsulta)

G. Desbridamiento sub gingival es de alto riesgo de sangrado porque durante el procedimiento se está en contacto con los vasos de la encía ya que se realizan colgajos

H. Restauraciones subgingivales es de alto riesgo de sangrado porque durante el procedimiento se está en contacto con los vasos sanguíneos del tejido gingival.

I. Exámenes periodontales son de bajo riesgo de sangrado porque durante el procedimiento se observa la encía y se mide con la sonda periodontal pero no se está en contacto directo con los vasos sanguíneos del tejido gingival

J. Extirpación de la pulpa y preparación es de bajo riesgo de sangrado ya que presenta menor vascularización en relación al tejido gingival.

K. Obturación de conducto radicular es de bajo riesgo de sangrado

L. Procedimiento de la primera etapa del implante es de alto riesgo de sangrado ya que se está en contacto con tejido gingival y hueso lo cuales presentan abundante vascularización.

14. Al planificar un procedimiento de "alto riesgo de sangrado" en un paciente que toma Warfarina, indique su consejo al paciente (Marque la alternativa correcta):

Consultar al Cardiólogo porque nos debe indicar la posibilidad o no de suspender la medicación y debemos obtener la interconsulta del paciente por escrito que nos garantizara poder realizar un tratamiento adecuado.

15. Si normalmente revisa la Razón Normalizada Internacional (INR) de un paciente que requiere un procedimiento de "riesgo de sangrado", ¿cuándo lo llevaría a cabo? (Marque la alternativa correcta):

Según el Comité Británico para los estándares en hematología junto con Asociación Dental Británica, el tiempo ideal es dentro de las 24 horas antes al tratamiento, ya que la sincronización del INR es importante además sus valores pueden variar drásticamente si no se mide dentro de la duración recomendada los exámenes de laboratorio pueden ser inválidas en el momento de la atención el INR podría estar en un nivel diferente y tener graves consecuencias especialmente en relación a pacientes con terapia con anticoagulante.

16. ¿Cuáles de los siguientes factores cree que podrían influir significativamente en la Razón Normalizada Internacional (INR)? Marque las alternativas correctas:

- Interacciones medicamentosas: los AINES aumentan el riesgo de hemorragia y aumentan el INR.
- Alcohol: se absorbe a nivel del hígado en el mismo lugar de metabolización de la medicación anticoagulante lo que aumentaría el INR.

17. ¿Qué paciente que recibe tratamiento anticoagulante requiere profilaxis antibiótica?

Especialmente se debe realizar la profilaxis antibiótica en pacientes con Prótesis valvulares porque tienen mayor riesgo de tener endocarditis infecciosa por la presencia de bacterias como los estreptococos en la

cavidad bucal que por medio del torrente sanguíneo pueden colonizar las válvulas del corazón.

18. Paciente de 45 años que requiere tratamiento de exodoncia que tiene prótesis valvulares, por lo cual requiere profilaxis antibiótica, no refiere alergia a la penicilina que medicación le daría:

Amoxicilina 2 gramos, por vía oral, una hora antes del procedimiento para prevenir producir endocarditis infecciosa.

19. ¿Qué prueba de laboratorio de sangre monitorea pacientes en tratamiento con Warfarina?

En relación con los pacientes con terapia anticoagulante es necesario tener un perfil de la hemostasia del paciente. Por ello es necesario pruebas de laboratorio como:

Razón Normalizada Internacional (INR): Es un cálculo hecho para estandarizar el tiempo de protrombina, corresponde a cuantas veces está aumentado el tiempo de protrombina del paciente en relación a lo normal. El valor normal del INR es de 0,8 a 1,2.

Tiempo de sangría: Permite conocer la calidad de las plaquetas en su función hemostática y su tiempo normal es 1 a 5 min.

Recuento Plaquetario Mide la cantidad de plaquetas y cuyo valor normal varía entre 150,000 a 500,000 x mm³.

Tiempo de coagulación: Mide el proceso total de la hemostasia y su tiempo normal va de 6 a 8 min.

Tiempo de protrombina (TP): Mide la vía extrínseca y común (Factores II, V, VII, IX, X) Y sus Valores normales son de 11-13,5 seg.

Tiempo trombina (TT): Mide la última fase de la coagulación, es decir la transformación del fibrinógeno en fibrina; y sus valores normales son de 15-20 seg.

20. ¿Cómo se puede controlar el sangrado en un paciente con tratamiento Antiplaquetario durante el tratamiento dental?

Medidas locales de hemostasia (apósito hemostático, sutura y presión)

21. ¿Qué analgésico recomendaría usted post exodoncia? (en relación a un paciente que recibe terapia anticoagulante y antiplaquetaria)

El Paracetamol pues se debe evitar los AINES por el riesgo de hemorragia.

Presentación	Características	Indicaciones
Espojas de colageno	Reabsorbibles. Controlan la hemorragia en 2-5 minutos. Puede ir suturada grapada o empaquetada en el alveolo.	Sangrado moderado Postextracción.
Compresas dentales, esponjas y polvo de gelatina	Reabsorbibles e insolubles. Pueden ser usadas con trombina para acelerar la hemostasia. Se absorbe en 3 a 5 días.	Postextracción.
de	Solidas, favorecen la coagulación con el aporte de trombina.	Empaquetar en el alveolo extracción.
Enjuagues	Inhibe la activación del plasminógeno. Buena hemostasia.	Presionamos con gasa material en el alveolo.
ada	Rapida hemostasia. En 24-48 horas se vuelve gelatinoso (podemos dejarlo o retirarlo)	Suturado o introducido alveolo.
Polvo o laminas con aplicadores	Seco e insoluble. Despues de unos minutos removerlo Eficacia hemostatica	Sangrado de moderado a severo.
a	Convierten fibrinógeno en fibrina	En sangrados severos.
a	No toxica Adhesiva, rapido sellado. Se prepara horas antes de la intervención. Se reabsorve en varios dias.	Se coloca dentro y sobre
Gel	Adhesivo tisular y hemostatico. Bacteriostático, biocompatible y biodegradable. Hemostasia inmediata. Buena cicatrización, Facil aplicación.	Se coloca dentro y sobre
Polvo	Reabsorbibles. Hemostasia inmediata.	Se coloca en zona abundantemente con posteriormente se presio

Profilaxis antibiótica					
Pacientes no alérgicos a la penicilina			Pacientes alérgicos a la penicilina		
Amoxicilina 2 g por vía oral 1 hora antes del procedimiento	Operativa	Exodonencia	Endodonencia	Periodoncia	
	Restauración es directas	Restauración es indirectas	1 hora antes de la completa del procedimiento	Profilaxis oral 1 hora antes de los destajados	Gingivoplastia
Profilaxis antibiótica	X	X	✓	✓	✓

Procedimientos	Operatoria		Exodoncia		Endodoncia	F
	Restauraciones directas	Restauraciones indirectas	simple	compleja		
Indicadores						Profilaxis destartaj
Razón normalizada internacional (INR)	2-3.5	2-3.5	2-3	2-3	2-3	2-3
Recuento plaquetario	>70000 X mm3	>70000 X mm3	>150000 X mm3	>150000 X mm3	>150000 X mm3	>150000 mm3
Tiempo de coagulación	6-8 min.	6-8 min.	6-8 min.	6-8 min.	6-8 min.	6-8 min.
Tiempo de sangría	2-5 min	2-5 min	2-5 min	2-5 min	2-5 min	2-5 min
Tiempo de protrombina (TP)	22-38.5 seg	22-38.5 seg	22-33seg	22-33seg	22-33 seg	22-33 seg
Tiempo de trombina (TT)	>20 seg	>20 seg	>20 seg	>20 seg	>20 seg	>20 seg

BIBLIOGRAFIA

- Baldeón Alcívar Andrea Lisette. Manejo Odontológico de Pacientes Con Cardiopatías.[Tesis]. Guayaquil: Universidad De Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2014
- Cedeño José, Neyla Rivas Rodolfo. Manejo odontológico en pacientes con terapia Antiagregante plaquetaria. Revista Odontológica Mexicana.2013
- Gutiérrez Suárez Elena Isabel. Pacientes con alteración de la coagulación y su manejo odontológico en función del componente alterado del sistema hemostático [tesis] Guayaquil: Universidad De Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2014
- Jandy Josafat Plasencia padilla examinar protocolos odontológicos para la atención de pacientes que presentan trastornos de la hemostasia [tesis] Guayaquil: Universidad De Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2015
- Haro Samaniego Franklin Alejandro. Protocolos quirúrgicos en adultos sanos y sistémicamente comprometidos. [tesis]. Ecuador: Universidad de las Américas. Facultad de odontología; 2015
- Francisco J. Silvestre. Juan Requeni. Juan M. Simó. Materiales hemostáticos en cirugía oral. Unidad de Estomatología del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia Departamento de Estomatología de la Universidad de Valencia