

ULACIT
UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA

LICENCIATURA EN ODONTOLOGÍA

**“Comportamiento De Los Pacientes Y Las Complicaciones Posteriores
A Una Extracción Quirúrgica”**

Sustentante: Karina Solano Jiménez
1-1055-693

Tutor
Dr. Alejandro Hernández Vargas

**PROYECTO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO
DE LICENCIADA EN ODONTOLOGÍA**

San José - Costa Rica
DICIEMBRE 2004

Nota Obtenida
90

DEDICATORIA

A mi Dios y mi Señor, le dedico este trabajo que me costó tanto pero que por fin logré culminar gracias a la fortaleza que sólo Él me pudo dar, porque en medio de muchas luchas en ocasiones deseé claudicar y dejar todo esto atrás (habiendo finalizado ya, la carrera completa), pero aún en medio de tanta tempestad Él fue mi calma, Él fue mi motor, el que me levantó y me hizo seguir adelante. Es por eso que hoy escribo estas palabras, feliz por haberlo logrado y eternamente agradecida con mi Dios por todas sus misericordias y bendiciones, ya que toda la dificultad que pasé fue la mejor escuela, donde aprendí a valorar, aprendí que Él nos da lo bueno en medio de lo difícil, y aprendí que todas las cosas le ayudan a bien a los que aman a Dios; porque hoy soy quien soy gracias a que Él me amó aún antes de estar en el vientre de mi madre y porque permitió esas cosas en mi vida con un propósito; ser una mejor mujer, para que el nombre de Dios hoy sea glorificado. Gracias.

AGRADECIMIENTO

Mi mayor agradecimiento se lo debo a Dios, en todas las áreas de mi vida, porque aún en momentos muy difíciles Él fue incondicional para mí, y me hizo entender muchas cosas que antes no entendía y que sólo en Dios se logran entender. Muchas veces en momentos duros de nuestra vida nos preguntamos ¿por qué Dios permite que me pase esto? ó ¿dónde está Dios?, pero en vez de preguntarnos eso deberíamos preguntarnos ¿para qué me pasa esto?, ¿con qué propósito?, ¿qué debo aprender de todo esto?, y estar seguros de que Dios está y siempre estará allí, tocando la puerta de tu corazón ofreciéndote su mano para ayudarte y ofreciéndote el mayor y mejor regalo de todos “La vida eterna”, y que lo único que te pide es que creas en Él, que confíes en Él, que deposites tus cosas y tu vida en Él. Él es un Padre de gracia, de infinito amor y misericordia, que no se ha cansado de mí y tampoco se cansa de ti; es por eso que en estas hojas quiero plasmar mi agradecimiento a Él, que me ha dado tanto, que me ha permitido lograr muchas cosas importantes a lo largo de mi vida y por haberme mirado con amor aún antes de nacer.

A mis padres quiero darles las gracias por haberme apoyado, por haberse esforzado tanto aún en medio de tantas dificultades para que yo lograra este título, porque confiaron en mí y he aquí los frutos; pero sobretodo quiero agradecerles porque me han dado la mejor herencia que un padre puede legar a sus hijos y es la fe en Dios, porque eso es lo más importante en esta vida que, es pasajera.

Quiero agradecer al Dr. Alejandro Hernández, al Dr. Pedro Hernández, al Dr. Rafael Porras, a Ruth Buján y al Sr. Roberto Roque por su ayuda, comprensión y paciencia. Un agradecimiento especial al Dr. Pedro López Vides, al Dr. Gustavo Gutiérrez y a los Doctores del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Calderón Guardia por sus enseñanzas. También al Sr. Álvaro Palma por todo su apoyo, a la Dra. Gabriela Retana por su trato y sus palabras alentadoras, y a todos aquellos que de alguna u otra manera me han apoyado y me han dado su amor y aún a aquellos que no lo han hecho. Gracias a todos y que Dios les bendiga.

ÍNDICE

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
OBJETIVOS.....	14
MARCO TEÓRICO.....	15
1. Comportamiento del ser humano.....	15
2. Hábitos de higiene oral.....	15
3. Métodos de higiene buco-dental.....	16
4. Extracción quirúrgica.....	26
5. Normas post exodoncia simple o quirúrgica.....	27
6. Complicaciones post quirúrgicas.....	34
MARCO METODOLÓGICO.....	48
1. Tipo de investigación.....	48
2. Sujetos y fuentes de información.....	48
3. Población.....	49
4. Muestra.....	49
5. Criterios de evaluación de las variables.....	50
6. Descripción de los instrumentos.....	52
7. Cuadro de variables.....	54
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	56
CONCLUSIONES.....	75
RECOMENDACIONES.....	77
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	78
ANEXOS.....	80
Anexo N° 1 “Boleta de aceptación de participación en el estudio”.....	80
Anexo N° 2 “Entrevista # 1”.....	81
Anexo N° 3 “Entrevista # 2”.....	82
Anexo N° 4 “Hoja de Registro”.....	83

ÍNDICE DE TABLAS	56
Tabla 1 “Distribución de casos estudiados según grupos de edades y sexo.....”	56
Tabla 2 “Distribución de los pacientes estudiados según los hábitos de higiene oral que se identifican durante la encuesta”.....	58
Tabla 3 “Distribución de los pacientes estudiados según el nivel de información que tienen acerca de las indicaciones que debe seguir para evitar complicaciones post-extracción quirúrgica”.....	59
Tabla 4 “Evaluación del nivel de información que tienen los pacientes acerca del cuidado a seguir post-quirúrgico”.....	60
Tabla 5 “Distribución de los pacientes estudiados según el seguimiento que hacen de las indicaciones del odontólogo”.....	61
Tabla 6 “Evaluación del seguimiento que hacen los pacientes acerca del cuidado post-extracción quirúrgica indicado por el odontólogo”.....	62
Tabla 7 “Complicaciones que se presentan durante las 72 horas después del tratamiento y a la semana”.....	64
Tabla 8 “Distribución de los pacientes estudiados según la complicación que presentan y el nivel de información sobre los cuidados a seguir post extracción quirúrgica que poseen”.	68
Tabla 9 “Distribución de los pacientes estudiados según el cumplimiento de las indicaciones del odontólogo y las complicaciones que presentan”.....	71
Tabla 10 “Distribución de los pacientes estudiados según la evolución a la semana del tratamiento”.....	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS	57
Gráfico 1 “Distribución de casos estudiados según grupos de edades y sexo”...57	57
Gráfico 2 “Evaluación del nivel de información que tienen los pacientes acerca del cuidado a seguir posterior a una extracción quirúrgica”.....	60
Gráfico 3 “Evaluación del seguimiento que le dan los pacientes a las recomendaciones del odontólogo”.....	62
Gráfico 4 y 5 “Complicaciones presentadas por los pacientes a las 72 horas posteriores al tratamiento”.....	65
Gráfico 6 y 7 “Complicaciones presentadas por los pacientes a la semana del tratamiento”.....	66

Gráfico 8 “Nivel de información por tipo de complicación presentada a las 72 horas”.....	69
Gráfico 9 “Nivel de información por tipo de complicación presentada a la semana”.....	69
Gráfico 10 “Complicaciones presentadas por los pacientes a las 72 horas según el seguimiento de las indicaciones”.....	71
Gráfico 11 “Complicaciones presentados por los pacientes a la semana según el seguimiento de las indicaciones”.....	72
Gráfico 12 “Evolución de los pacientes a la semana de evaluados”.....	74

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La extracción quirúrgica está claramente indicada en piezas semiretenidas o completamente retenidas. Existe diversa terminología para llamar a las retenciones dentarias, como lo son: *la impactación* en que la pieza no ha erupcionado total o parcialmente en el intervalo de tiempo esperado; *la inclusión* en que la pieza dental ha perdido su fuerza de erupción y se encuentra retenido rodeado aún de su saco pericoronario intacto y de un lecho óseo, éste termino se aplica a menudo a mesiodens, otros dientes supernumerarios y a dientes asociados a patología; *la ectopia* y *heterotopia* entre otros.

El tercer molar tiene la mayor incidencia de impactación dentaria y su extirpación quirúrgica es la intervención que con más frecuencia practican los cirujanos maxilofaciales. Globalmente, los dientes impactados con mayor frecuencia son los terceros molares mandibulares, los terceros molares maxilares y los caninos maxilares. A ellos siguen con menor frecuencia, premolares mandibulares, caninos mandibulares, premolares maxilares, centrales y laterales maxilares. (Raspall, G. 1994:145)

Estas retenciones dentarias se presentan debido a diferentes causas; existe la teoría filogenética que dice que a lo largo de la evolución ha disminuido gradualmente la dimensión de los maxilares y que por lo tanto son demasiado pequeños como para acomodar los terceros molares, existen también causas sistémicas, causas pre y postnatales, y causas locales como la presión de un diente vecino, el aumento de la densidad del hueso circundante, pérdida prematura de la dentición temporal, entre otros. (Raspall, G. 1994:146)

La retención de piezas dentales puede provocar complicaciones como la pericoronaritis, patología periodontal, reabsorción de dientes vecinos, fracturas, dolor, quistes y tumores entre otros; por lo cual la indicación de extracción quirúrgica en estos casos es la más acertada para evitar todo este tipo de complicaciones. (Raspall, G. 1994:146-148). La extracción quirúrgica conlleva toda una serie de medidas preventivas preoperatorias, transoperatorias y postoperatorias. En este estudio se busca conocer más acerca de las postoperatorias, en las que se ve involucrado el paciente en su gran mayoría, ya que depende en parte, del nivel de información que el paciente tenga acerca de estas medidas para prevenir sus complicaciones postoperatorias (a no ser por una

respuesta anormal del organismo), del cuidado que tenga de ponerlas en práctica y de la insistencia del cirujano para instruirlo brindándole estas indicaciones preventivas.

Es por dichas razones que esta investigación se esforzará en describir las causas locales que pueden provocar complicaciones posteriores a una extracción quirúrgica y a la vez capacitar al paciente para su cuidado personal después de una cirugía oral evitándole así en la medida de lo posible consecuencias incómodas y dolorosas para su desempeño diario. Lo cual quiere decir que este estudio está dirigido tanto a el odontólogo como al paciente.

JUSTIFICACIÓN

En Costa Rica, el 49.4% de las extracciones dentales se llevan a cabo en el Hospital Calderón Guardia lo cual quiere decir que es el Hospital que más extracciones ejecuta por mes. (C.C.S.S. 2000) Es por esta razón que la recolección de datos para esta investigación se realizará en dicho Hospital.

Con ésta investigación se pretende identificar el seguimiento de las instrucciones preventivas, hábitos y nivel de información del paciente, factores que pueden influir en la aparición de complicaciones post-extracción.

Los resultados permitirán encontrar una solución para disminuir la incidencia de complicaciones post-extracción en el paciente por medio de la educación, es decir educando al mismo mediante un mayor aporte al conocimiento del odontólogo, brindándole a éste información sustanciosa recopilada en esta investigación, repercutiendo asimismo en el paciente. Por lo tanto, constatamos que dicho estudio es de índole práctico, ya que se está laborando con la sociedad para resolver un problema específico, y el resultado de la investigación tiene una aplicación concreta y puede mostrar resultados, así como lo describe Carlos E. Méndez en su libro “Metodología de la Investigación para el Estudio Práctico”.

Se busca estimular al odontólogo para que instruya al paciente en los métodos de higiene oral y de autocuidado en la recuperación posterior a una cirugía oral, creando en el paciente conciencia para evitarse posteriores complicaciones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Datos de la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.) afirman que la exodoncia se encuentra en tercer lugar de acuerdo con un orden ascendente de los tratamientos dentales más realizados en los hospitales a nivel nacional con un 13%.

Uno de los problemas odontológicos más frecuentes es la complicación post-extracción o post-extracción quirúrgica. Existen diversas situaciones posteriores a una extracción dental, ya sea en extracciones simples o extracciones quirúrgicas de piezas retenidas, especialmente a nivel de terceros molares inferiores; obviamente es más frecuente en este segundo caso ya que se ven mayormente involucrados y manipulados los tejidos blandos y óseos. Entre estas diversas complicaciones podemos encontrar hemorragia, equimosis, edema agudo, trismus, alveolitis seca, infecciones, dolor agudo, entre los más frecuentes y conocidos. (Peterson, L. 1998)

Mas la incidencia en la aparición de complicaciones post-extracción puede ser disminuida ejecutando las medidas preventivas necesarias preoperatorias, transoperatorias y postoperatorias del caso.

El odontólogo que atiende en el Hospital Calderón Guardia tiene un promedio de 2.93 consultas por hora con un promedio de 20 minutos por paciente (C.C.S.S. 2000), lo que hace suponer que no dispone de tiempo suficiente para dar indicaciones en la prevención de complicaciones post-extracción, para lo cual es necesario que el odontólogo esté actualizado con información sustanciosa acerca de los factores que inducen o aumentan la posibilidad de desarrollar complicaciones postoperatorias.

Definitivamente es necesario instruir al paciente en los métodos de higiene oral, ya que estudios revelan que los pacientes sin educación en cuanto al cepillado han desarrollado técnicas de cepillado que aunque eliminan placa bacteriana, no son del todo confiables en un alto porcentaje ya que aparte de no ser totalmente eficaces para una buena higiene pueden ocasionar daños a nivel dental y gingival.

Otros estudios revelan que el tiempo promedio de cepillado es de aproximadamente 1 minuto, incluso a pesar de que los pacientes de este estudio decían cepillarse por lo general durante 2 ó 3 minutos. Demostrando así estos resultados que las personas por lo general sobrestiman sus esfuerzos o dicen a los profesionales lo que a estos les gustaría creer. (Harris, N. 2001)

También existen hábitos o prácticas diarias del ser humano, en este caso el paciente, que pueden provocar complicaciones posteriores a una extracción, ya sea

simple o quirúrgica, que deben evitarse y que muchas veces el paciente no conoce o no ha sido instruido en ello. Es por estas razones que es necesario vigilar tanto los hábitos de higiene como los hábitos comunes del paciente y su nivel de información acerca del cuidado posterior a una cirugía oral, para así poder capacitarle evitando así complicaciones posteriores.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el comportamiento de los pacientes que asisten al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Calderón Guardia, y cuáles las complicaciones post-extracción quirúrgica que presentan?

SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es la calidad de los hábitos de higiene oral del paciente que se presenta para una extracción quirúrgica?
- ¿Cuál es el nivel de información de los pacientes, acerca de los métodos de prevención de complicaciones post-extracción quirúrgica?
- ¿Cuál es el seguimiento que le dan los pacientes a las recomendaciones indicadas por el odontólogo?
- ¿Cuáles son las complicaciones post-extracción quirúrgica que presentan los pacientes después de realizársele la extracción quirúrgica?
- ¿Cuál es la relación existente entre el nivel de información de los pacientes y el tipo de complicación presentada durante las primeras 72 horas y a los 8 días después de realizada la cirugía?
- ¿Cuál es la relación existente entre el cumplimiento de las indicaciones por parte del paciente y el tipo de complicación presentada durante las primeras 72 horas y a los 8 días después de realizada la cirugía?
- ¿Cuál es la evolución del paciente a los 8 días después de realizada la cirugía?

OBJETIVOS DE ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el comportamiento del paciente y las complicaciones posteriores a una extracción quirúrgica, en aquellos que asistan para la misma, al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Calderón Guardia durante el período del 19 de Febrero del 2004 al 30 de Abril del 2004.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar la calidad de los hábitos de higiene oral del paciente que se presenta para una extracción quirúrgica.
2. Identificar el nivel de información de los pacientes, acerca de los métodos de prevención de complicaciones post-extracción quirúrgica.
3. Determinar el seguimiento de los pacientes a las recomendaciones indicadas por el odontólogo.
4. Determinar la aparición de complicaciones post-extracción quirúrgica a las 72 horas y a los 8 días.
5. Describir la relación existente entre el nivel de información de los pacientes y el tipo de complicación presentada durante las primeras 72 horas y a los 8 días después de realizada la cirugía.
6. Describir la relación existente entre el cumplimiento de las indicaciones por parte de los pacientes y el tipo de complicación presentada durante las primeras 72 horas y a los 8 días después de realizada la cirugía.
7. Determinar la evolución del paciente a los 8 días después de realizada la cirugía.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. COMPORTAMIENTO

El comportamiento del ser humano se refiere a la conducta, modo de ser o proceder del mismo. Cada conducta del ser humano conlleva a una consecuencia sea positiva o sea negativa.

“Del mismo modo que los estímulos externos controlan la conducta, los estímulos internos o autogenerador también pueden controlarla. Es decir, dos conjuntos de respuestas pueden estar activos al mismo tiempo, de tal modo que las consecuencias de uno influyen al otro” (Bijou, S. 1975:99)

1.1. HÁBITOS DE HIGIENE ORAL

Para una higiene oral satisfactoria se requiere de una completa eliminación de la placa bacteriana incluyendo las áreas interproximales y gingivales, mediante los métodos de higiene específicos y especializados para las distintas áreas y dificultades, prometiéndole así una salud bucodental apropiada.

Esta higiene oral se logra con una actitud responsable del paciente la cual debe ser constante e insistente, el paciente debe formarse un hábito o rutina positiva que consta de varios métodos como lo son: el cepillado dental, el uso del hilo dental y el uso de enjuagues bucales entre otros, para así lograr una adecuada limpieza de las estructuras dentales y orales.

Después de una limpieza completa de los dientes ya sea realizada por el odontólogo al paciente o por el paciente mismo, la placa bacteriana comienza de nuevo a acumularse y al lograr estas bacterias una estructura (si no hay una constante y adecuada eliminación de la placa) llevan a la posterior formación de caries, de cálculo, gingivitis y por lo consiguiente enfermedad periodontal.

Estados patológicos como el cálculo y la enfermedad periodontal son predisponentes de complicaciones para la recuperación de una extracción dental simple o de una extracción dental quirúrgica, como lo son la hemorragia o la infección. En la enfermedad periodontal el proceso inflamatorio crea los sustratos que estimulan el

crecimiento bacteriano y también tienen lugar con más rapidez los procesos de putrefacción y el olor concomitante.

Desafortunadamente la mayor parte de la población está incapacitada, carece de motivación o no toma conciencia de la necesidad de dedicar tiempo para retirar la placa de todas las superficies dentales, o bien los productos o instrumentos que utiliza no resultan adecuados para retirar la placa en los sitios cruciales o ambas situaciones. (Harris, N. 2001: 62)

1.1.1. MÉTODOS DE HIGIENE BUCO-DENTAL

Existen varios métodos para retirar los depósitos de placa bacteriana y detritos, y para lograr una óptima higiene de las estructuras blandas orales, entre ellos encontrados los métodos mecánicos y los métodos químicos.

Métodos Mecánicos:

- El cepillado dental
- El uso del hilo dental
- El cepillado de la lengua

Métodos Químicos:

- Dentríficos
- Sustancias anti-placa bacteriana
- Sustancias anti-inflamatorias
- Colutorios

1.1.1.1. MÉTODOS MECÁNICOS

EL CEPILLADO DENTAL

Los objetivos del cepillado dental son:

1. Retirar la placa e interrumpir la formación de ésta
2. Limpiar los dientes de alimentos, detritos y tinciones

3. Estimular los tejidos gingivales; y
4. Aplicar el dentífrico

Los pacientes sin educación en cuanto al cepillado dental han desarrollado distintas formas naturales para cepillar sus dientes, las cuales corresponden a una **técnica de restregado horizontal reciprocante** conocida ahora como técnica de Fones, a un **movimiento rotatorio** o a un sencillo **movimiento de arriba hacia abajo** sobre los dientes maxilares y mandibulares llamado técnica de Leonard. (Harris, N. 2001: 72)

TÉCNICAS DE CEPILLADO

A. Técnica de Stillman

Desarrollada originalmente para proporcionar estimulación gingival.

El cepillo dental se coloca en posición inclinada de 45° respecto del vértice dental, parte sobre la encía y parte sobre el diente. Se utiliza un movimiento vibratorio con presión ligera para estimular la encía. En esta técnica las cerdas realizan sobre todo un movimiento de impulsos. El cepillo se levanta y en seguida se coloca en la misma parte, y se repite el movimiento de impulsos. (figura 1)

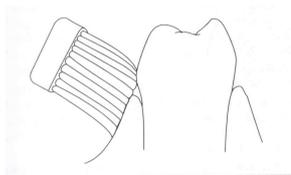


Figura 1

B. Técnica de Charters

Esta propone una técnica vibratoria con presión para limpiar las zonas interproximales, y así disminuir la incidencia de caries interproximales.

Debe colocarse el cepillo dental en ángulo de 90° en dirección al eje largo de los dientes de manera que las cerdas se fuerzen suavemente entre los dientes, pero no reposen sobre las encías. Se realizan movimientos rotatorios para que las cerdas entren en contacto con el borde gingival. El cepillo se retira después de 2 ó 3 movimientos, para colocarse en el mismo lugar y repetir el procedimiento. Según Charter, estos movimientos

aprietan los lados de las cerdas en los espacios en forma de V entre los dientes, proporcionando masajes a las encías.

Este método es muy útil para la limpieza de las superficies empalmadas o de puentes fijos, alrededor de los dispositivos ortodónticos, y en casos de pérdida de los tejidos interproximales. (figura 2)

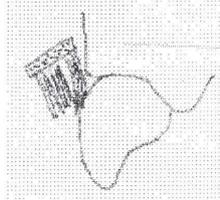


Figura 2

C. Técnica de Bass

Técnica especializada en el retiro de placa y detritos del surco gingival, logrando así un control de la caries y de la enfermedad periodontal, mediante la combinación de un cepillo dental blando y del hilo dental sin cera.

El cepillo se coloca sobre el surco gingival a un ángulo de 45° respecto del vértice dental, luego se presionan las cerdas suavemente para que entren en el surco. Se requiere de una vibración como un sacudido horizontal de atrás hacia delante provocando la limpieza del surco por medio de las cerdas. Se recomiendan 10 movimientos de presión por área. (figura 3)

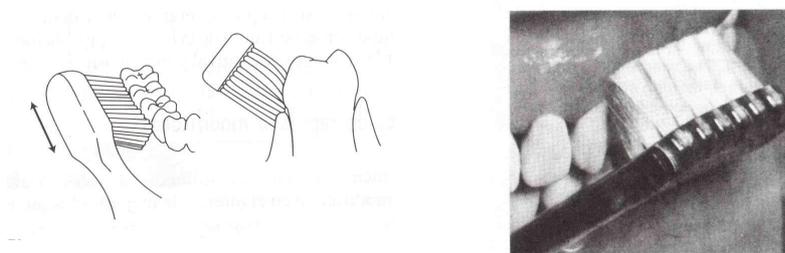


Figura 3

TÉCNICAS DE CEPILLADO MODIFICADOS

Las técnicas originales de Stillman, Charters y Bass se han modificado en el intento de mejorar el cepillado en la totalidad de las superficies facial y lingual de los dientes, y para incluir el método de golpe con vuelta. (Cuadro 1)

En los métodos modificados de Stillman y Charters, las cerdas del cepillo dental se colocan aproximadamente a la misma posición propuesta en el método original, y se inicia una acción pulsante. En seguida, el cepillo dental se mueve lentamente en sentido coronal para dar vuelta bajo presión. Durante este golpe con vuelta, se utiliza un movimiento vibratorio continuo.

En la técnica modificada de Bass, el cepillado del surco se realiza antes o después de utilizar el método de vueltas o giros. El cepillado sulcular de Bass y el golpe con vuelta no deben combinarse en un movimiento continuo, ya que esto puede causar una cantidad inadecuada de movimientos de impulsos o una colocación incorrecta del cepillo en el surco y dar lugar a lesiones. Las superficies se limpian de la misma manera mediante movimientos vibratorios pequeños y circulares. (Harris, N. 2001: 73-74) (figura 4)

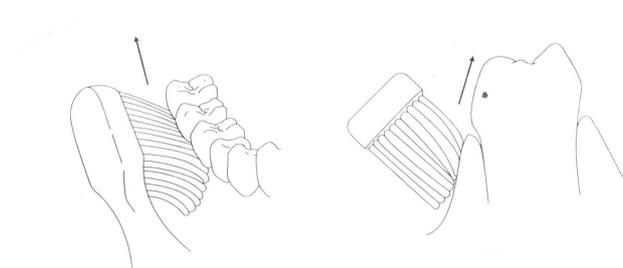


Figura 4

Resumen acerca de los métodos de cepillado dental			
Técnica	Posición de la cerda	Movimiento(s) de cepillado	Efecto esperado

De golpe con vuelta o giro (presión con vuelta o giro)	Apical contra la encía adherida	Barrido en arco en dirección oclusal	Limpieza supragingival, estimulación gingival
De Stillman	45° respecto a la punta; parte sobre el borde gingival, parte sobre el cerviz del diente	Impulsos vibratorios	Estimulación gingival
Modificado		Barrido en dirección oclusal	Limpieza supragingival
Charters	90° respecto al diente	Circular vibratorio	Estimulación gingival, limpieza interproximal
Modificado		Barrido en dirección oclusal	Limpieza supragingival
Bass	45° respecto a la punta; en el surco gingival	Horizontal vibratorio en sacudida	Limpieza subgingival, estimulación gingival
Modificado		Barrido en dirección oclusal	Limpieza supragingival

Cuadro 1

Al instruir al paciente en una técnica de cepillado en particular debemos de considerar ciertos factores:

1. el estado de salud oral del paciente, como la cantidad de dientes y su alineamiento, el tamaño de la boca, el uso de prótesis removibles o fijas, la presencia de dispositivos de ortodoncia, bolsas periodontales, el estado de la encía y el estado de las superficies dentales
2. el estado de salud sistémico incluyendo tanto las enfermedades musculares y articulares, como el retardo y parálisis cerebral
3. la edad del paciente
4. la motivación e interés del paciente
5. la destreza manual de la persona; y
6. la facilidad y efectividad con la que el profesional pueda explicar y demostrar los procedimientos apropiados de cepillado dental. (García, F. 2001: 74-75)

MÉTODOS DE LIMPIEZA OCLUSAL

Las superficies oclusales se pueden limpiar mediante:

1. Movimientos vibratorios con presión para lograr una penetración lo más profunda posible de las cavidades y fisuras.
2. Un movimiento vibratorio rápido de arriba hacia abajo para forzar las cerdas dentro de la cavidades y fisuras y enseguida un movimiento de barrido para expeler los detritos ya desalojados.

Están contraindicados los movimientos horizontales largos, ya que las cerdas del cepillo alcanzan un contacto mínimo en las porciones más profundas y más críticas de las fisuras . (Harris, N. 2001: 76) (figura 5)

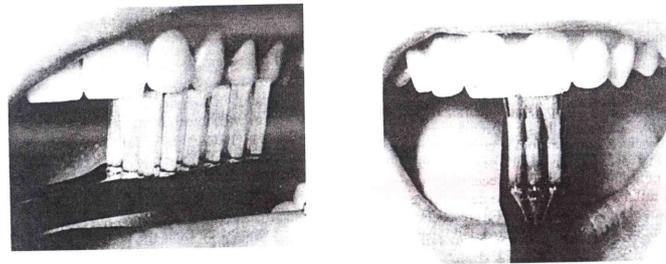


Figura 5

TIEMPO Y FRECUENCIA DEL CEPILLADO DENTAL

Durante mucho tiempo el odontólogo instruyó a sus pacientes para que cepillaran los dientes después de cada comida. Sin embargo el ADA ha modificado esta posición, afirmando que los pacientes deben de cepillarse “con regularidad”.

El cepillado completo y exhaustivo requiere para cada persona una cantidad de tiempo diferente y depende de varios factores como la tendencia a la acumulación de placa y detritos, las habilidades psicomotrices y la ayuda de la saliva. La cantidad de tiempo tomando en cuenta estos factores se determina después de que el paciente se cepille los dientes con la supervisión del odontólogo. (Harris, N. 2001: 75)

Harris y García afirman que generalmente se sugieren de 5 a 10 movimientos en cada región o la utilización de un cronómetro para crear compromiso.

Para asegurar el compromiso continuo a un programa personal de higiene oral, al paciente se le deben explicar y demostrar adecuadamente los beneficios del cuidado oral apropiado.

MÉTODOS DE LIMPIEZA INTERDENTAL

Todas las técnicas de cepillado antes descritas no son suficientes, ya que la papila interdental es la zona donde con más frecuencia se acumula la placa bacteriana, a su vez se inicia la inflamación gingival, por lo que debe recurrirse al uso de otros elementos como los siguientes:

A. Hilo dental:

Se indica cuando la papila y el punto de contacto son normales, o sea que la papila ocupa todo el espacio interdental. Se puede utilizar sosteniéndolo con los dedos o método de devanado, con un mango portahilo o método de asa. (figura 6) Una vez que se pasa por el punto de contacto se frota con el hilo la zona proximal del diente hasta la base del surco, este movimiento se realiza dos o tres veces hacia arriba y hacia abajo. Luego se coloca el hilo al otro lado de la papila y se repiten los movimientos anteriores contra la cara proximal del diente adyacente. (figura 7) (Mora et.al. 2002: 19)

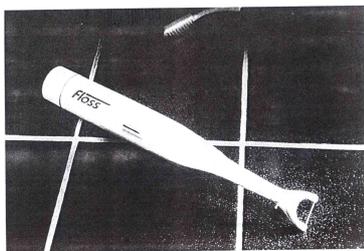
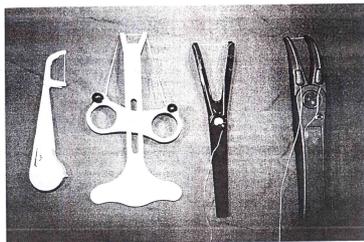


Figura 6

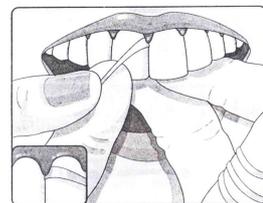
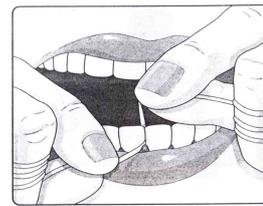


Figura 7

B. Cepillos Helicoidales o interproximales:

Estos cepillos se constituyen de cerdas o filamentos pequeños montados en un alambre en espiral de manera cilíndrica, o cónica y se colocan en un mango especial.

Se utilizan cuando existe pérdida de papilas, alrededor de las bifurcaciones expuestas, bandas o dispositivos ortodónticos y aplicaciones protésicas fijas, siempre y cuando los espacios sean moderadamente grandes.

Se frotran las caras proximales con movimientos de entrada y salida, lo que permite eliminar bien la placa. Un ejemplo de estos es el Prox-a-brush. (figura 8 y 9)

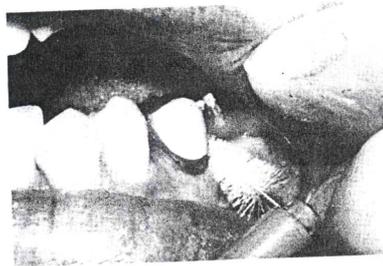


Figura 8

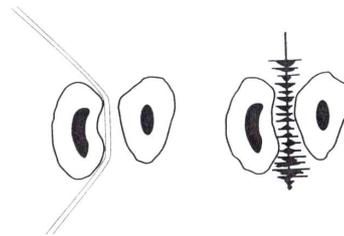


Figura 9

CEPILLADO LINGUAL

Los cepillados de la lengua y del paladar ayudan a disminuir los detritos, la placa y la cantidad de microorganismos orales. Las papilas de la lengua proporcionan partes especialmente proclives a la acumulación de bacterias y detritos. La limpieza de la lengua se logra al colocar el lado del cepillo dental cerca de la parte media de la lengua, con las cerdas en dirección a la garganta. El cepillo se lleva hacia delante con un movimiento de barrido, esto se repite de 6 a 8 veces en cada zona. El paladar también debe limpiarse con un movimiento de barrido. Para mejorar la acción de limpieza se debe utilizar dentífrico durante el cepillado. (Harris, N. 2001: 77)

1.1.1.2. MÉTODOS QUÍMICOS

A. Dentríficos:

Los dentríficos o pastas dentales han sido utilizados durante muchos años como auxiliares para la limpieza de los dientes ya que tienen una función abrasiva para la eliminación de placa con más efectividad, contienen jabón o detergente lo que hace que elimine la grasa adherida al diente y los detritos; y por lo tanto tiene una eficacia anticaries y antigingivitis.

B. Sustancias anti-placa bacteriana o antisépticos orales:

Actúan sobre la placa bacteriana eliminando los microorganismos que la forman, así como inhibiendo la matriz de la placa y eliminando la que ya está formada.

Las sustancias más usadas son:

- Clorexidina
- Triclosán
- Sanguinaria
- Hexetidina
- Citrato de zinc
- Fluoruro de estaño
- Aceites esenciales
- Lauryl sulfato de sodio

Siendo la clorexidina el más usado debido a su alta potencia.

C. Sustancias anti-inflamatorias:

Se indican en procesos inflamatorios gingivales, con lo que se favorece la regeneración o epitelización de la mucosa. Las más utilizadas son:

- Alantoína
- Ácido hialurónico
- Aldioxa
- Enoxolona
- Vitamina P
- Vitamina E
- Provitamina B5

D. Colutorios:

Se utilizan para realizar enjuagues bucales, y presentan la misma composición de las pastas dentales aunque no tienen abrasivos. En el mercado existen cuatro tipos de colutorios:

- Colutorios para prevenir caries
- Colutorios anti-placa bacteriana
- Colutorios contra halitosis
- Colutorios cosméticos. (www.odontocat.com 2002)

Todos estos métodos de limpieza hablan de una persona o paciente con una buena higiene oral o hábitos de higiene oral adecuados.

1.2. NIVEL DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES ACERCA DE LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES POST-EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA

1.2.1. EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA

Según el Dr. Manuel Donado Rodríguez se está incurriendo en una redundancia cada vez que se menciona el término extracción quirúrgica, dando un apelativo quirúrgico, a algo que es consustancial con la propia exodoncia. Toda extracción, por definición, debe considerarse quirúrgica. Sin embargo, la costumbre ha hecho ley en este caso y se sigue denominando así cierto tipo de extracciones. Es por ello que para efectos del presente estudio se habla de “extracciones quirúrgicas”.

La extracción quirúrgica consiste en una intervención mediante la cual se extrae un diente o parte de él utilizando alguna o todas las fases que componen el acto quirúrgico, como lo son: la incisión, despegamiento, ostectomía, odontosección, regularización y sutura. En algunos casos se requiere solamente una de ellas por ejemplo la odontosección, otras veces se necesitan dos de ellas como el despegamiento y la ostectomía, pero en otros casos es necesario seguir todos estos pasos quirúrgicos, desde la incisión hasta la sutura. (Donado, M. 1998: 257)

Toda extracción quirúrgica o extracción simple, requiere de la toma de medidas preventivas antes, durante y después de la cirugía. La fase postoperatoria le corresponde principalmente al paciente, el pre y transoperatorio solamente al odontólogo, a no ser que el paciente tenga algún compromiso sistémico en el que debe tomar ciertas medidas preventivas indicadas por el odontólogo y su médico particular. Es necesario que el cuidado postoperatorio sea especialmente del paciente, ya que es el que va a poder tener un cuidado personal y diario de su cavidad oral. Pero en esta fase el odontólogo tiene también su intervención, debe encargarse de instruir efectivamente al paciente en medidas preventivas postoperatorias tenga el paciente algún nivel de información previo o no.

A pesar de un estricto cumplimiento de estos requisitos por parte del odontólogo o por parte del paciente, a veces se presentan complicaciones ya sean locales o generales, el presente estudio se encarga de descubrir y estudiar las locales, las cuales pueden llegar a ser muy dolorosas, incómodas o desanimantes para el paciente, aunque

son temporales y muy comunes. Es por tal razón que el nivel de información del paciente es tan importante para evitar o disminuir los signos y síntomas de estas, pero para esto requiere de un entrenamiento, o capacitación.

La mayoría de las veces, la mala evolución de una intervención de cirugía oral y maxilofacial se va a deber a una complicación aparecida a nivel de la herida operatoria. Aún en la cirugía de los grandes traumatismos faciales y en la cirugía oncológica, son más frecuentes las complicaciones de tipo local que las de tipo general. (López Arranz, Cirugía Oral. 1997)

Es importante no solo capacitar al paciente en la prevención y en el tratamiento de estas complicaciones sino crear en él conciencia para que realmente cumpla o dé un seguimiento riguroso de las recomendaciones dadas; para asegurar este compromiso continuo, al paciente se le deben explicar y demostrar adecuadamente los beneficios del cuidado intraoral y extraoral apropiado durante los siguientes días a la intervención quirúrgica.

1.2.2. NORMAS POSTEXODONCIA SIMPLE O QUIRÚRGICA

En toda intervención quirúrgica existe una serie de medidas y precauciones tanto a nivel local como general, que deben ser cumplidas para conseguir un postoperatorio normal. No cabe duda que estos cuidados merecen también atención en las técnicas de cirugía bucal. Sin embargo, la exodoncia práctica realizada la mayoría de las veces de una manera rutinaria, carece generalmente de estas medidas. (Donado, M. 1998: 268)

La prevención, por supuesto, es el mejor tratamiento. A este fin, la cirugía atraumática, el evitar la contaminación, y el mantenimiento de un buen nivel de salud general son importantes. (Kruger, G. 2000: 105)

Una vez que el procedimiento quirúrgico ha sido completado, los pacientes deben ser instruidos apropiadamente para el cuidado de sí mismos por el resto del día en que se realizó la cirugía y por algunos días después. Si el paciente va a recibir sedación intravenosa, las instrucciones de manejo postoperatorio deben ser discutidas antes de la sedación. Estas instrucciones deben ser además repetidas al acompañante del paciente.

Las instrucciones postoperatorias deben predecir lo que el paciente va a experimentar probablemente, explicar por qué ocurren estos fenómenos y decirle al paciente como manejar y controlar las secuelas postoperatorias típicas. Las instrucciones deben ser dadas al paciente oralmente y escritas en una hoja. La hoja de instrucciones debe describir los problemas típicos y su manejo. Además debe incluir un número de teléfono al cual pueda ser localizado el odontólogo en una emergencia. El lenguaje tiene que ser claro y simple, lo suficiente para ser seguidas las instrucciones por todos los pacientes. (Peterson, L. 1998: 249)

Se enumeran normas comunes para todo tipo de exodoncias, bien sean simples o complicadas.

Estas normas mínimas son las que se describen a continuación.

1.2.2.1. POR PARTE DEL PROFESIONAL

Locales

Eliminar todo resto que quede tras la exodoncia: dientes fracturados, esquirlas óseas, restos de obturaciones, que el paciente no aprecia debido a la anestesia de la zona y que pueden incluirse dentro del alvéolo. Actuarían como cuerpos extraños retrazando el proceso de cicatrización o produciendo genuinas infecciones mínimas (alveolitis) o de mayor envergadura.

- Revisar el alvéolo vacío, legar el tejido patológico periapical y constatar la formación de una mínima hemorragia que a través del coágulo correspondiente produzca la cicatrización alveolar. Este legrado será cuidadoso para evitar difundir la infección a través de trayectos vasculares, lesionar las propias estructuras vasculonerviosas o penetrar en las cavidades vecinas. Por medio de él se evitará la aparición de quistes radiculares residuales postexodoncia.
- Regularizar los bordes de la cresta alveolar cuando éstos sea cortantes y agresivos para la mucosa suprayacente. En las extracciones múltiples será necesario realizar una alveoloplastia con sutura.

- Comprimir con fuerza con los dedos pulgar e índice las corticales interna y externa para aproximar ambas y disminuir el mayor diámetro producido por la dilatación alveolar.
- Colocar sobre el alvéolo vacío una gasa en forma de taco para que la mantenga el paciente mediante su oclusión, durante 30 ó 60 minutos.
- Tras una extracción simple rara vez se realiza sutura. Aunque con ella se favorece la formación del coágulo, no hay que olvidar que las heridas postexodoncia, salvo complicaciones, evolucionan muy bien. Para aproximar los bordes gingivales, será necesario llevar a cabo una alveoloplastia. Generalmente, las suturas se retiran entre el sexto y el octavo día después de la intervención.
- Tampoco es muy frecuente realizar radiografías postoperatorias. La ventaja de practicarlas reside en razones legales, ante posibles reclamaciones del paciente, y por motivos profesionales, para cerciorarse de posibles accidentes o complicaciones.

Generales

- Prescribir analgésicos y anti-inflamatorios en las extracciones laboriosas o como prevención de procesos inflamatorios o flogósicos. No prescribir el uso durante el primer día de analgésicos salicilados por el peligro de hemorragia.
- Prescribir antibióticos y hemostáticos en los casos de riesgo, en las extracciones complicadas como con ostectomía. (Donado, M. 1998: 268)

1.2.2.2. POR PARTE DEL PACIENTE

- Reposo relativo durante el primer día en exodoncias simples y mayor prevención en las complicadas. Se refiere a no realizar ejercicios ni movimientos bruscos.
- Colocación de una pequeña gasa estéril húmeda directamente sobre el alvéolo vacío durante 30 a 60 minutos (figura 10). Largas compresas que cubren las superficies oclusales de los dientes no aplican presión al alvéolo sangrante y no deben ser usadas (figura 11). La gasa debe ser humedecida para que así la sangre exudada no coagule en la gasa y luego el coágulo sea removido cuando la gasa sea retirada. Los pacientes que se oponen a tener sangre en la boca deben ser animados a morder

firmemente el trozo de gasa para controlar la hemorragia y a tragarse su saliva en vez de escupirla.

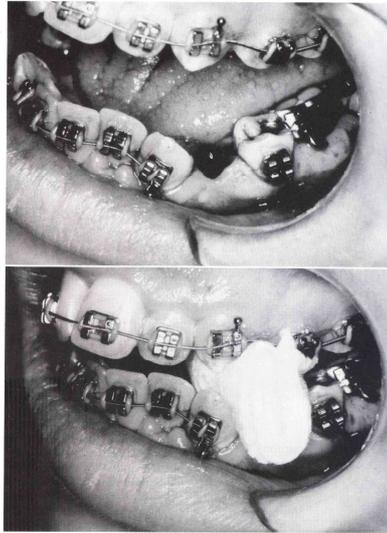


Figura 10

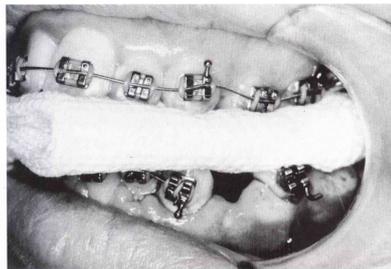


Figura 11

- Debe limitarse a hablar mínimo 3 ó 4 horas.
- Si el sangrado es más que un ligero exudado o es una hemorragia secundaria, el paciente debe ser instruido en cómo recolocar una pequeña gasa húmeda directamente sobre el área de la extracción. El paciente debe ser instruido a sostener esta gasa en su lugar por al menos 1 hora para lograr el control del sangrado, y colocar la cabeza en posición erguida. Si no se dispone de gasa estéril, el paciente puede usar una bolsita de té que ha sido colocada en agua fría para ablandar las hojas de té. Se aconseja al paciente morderla (no masticar) durante 20 minutos. Si con estos métodos el sangrado no se cohibe debe avisar al profesional.

- Aplicar hielo en una bolsa o paño adecuado sobre la zona intervenida, manteniéndolo sobre la superficie cutánea correspondiente 10 minutos de cada lado durante las 2 ó 3 primeras horas. Esta aplicación sólo se recomienda en las extracciones complicadas. La acción del frío es beneficiosa, porque evita la congestión y el edema, previene la hemorragia y los hematomas, y reduce el dolor debido a la disminución de la conducción nerviosa y a la menor tumefacción.
- No realizar enjuagues durante el primer día. El cepillado bucal se hará con cuidado y alejado de la zona operatoria. Después se puede hacer con agua y sal (una cucharada en medio vaso de agua). Nunca se hará con agua oxigenada por el peligro de destrucción del coágulo.
- No escupir durante las primeras 12 horas, ya que escupir envuelve presión negativa y agitación mecánica de la extracción, lo cual puede prolongar el sangrado.
- El primer día la alimentación será fría, líquida o blanda y alta en calorías, ejemplo: batidos, helados, leche, jugos.
- Los pacientes deben ser advertidos de mantener los dientes y boca razonablemente limpios, para lograr una más rápida cicatrización de sus heridas. El día de la cirugía deben cepillar sus dientes cuidadosamente, sin tocar el área de la cirugía; deben evitar cepillar los dientes inmediatamente después de la cirugía para evitar un nuevo episodio de sangrado y para evitar dolor. El paciente puede reanudar sus métodos de higiene 3 ó 4 días después; el hilo dental debe ser usado de la forma usual en el momento en que el paciente se sienta suficientemente cómodo para hacerlo.
- El paciente puede usar enjuagues antisépticos bucales con agentes como la clorexidina, 2 enjuagues diariamente por 1 semana aproximadamente, resultan en una cicatrización más rápida.
- No fumar durante el primer día. Según los estudios de Swect y Butler (1979), citados por Laskin, en los pacientes fumadores hay una mayor incidencia de alveolitis post-extracción. El tiempo de abstención recomendado por estos autores es 5 días; si van a fumar, que al calar o aspirar el cigarrillo sea muy levemente. La presión negativa creada por esta succión en la boca puede promover el sangrado y debe ser evitado.
- Al paciente se le debe advertir no succionar con una pajilla cuando bebe ya que esto también crea presión negativa.
- Ejercicios intensos no deben ser realizados por las primeras 12 a 24 horas después de la extracción, porque el aumento de la circulación puede resultar en sangrado.

- Los pacientes deben ser advertidos de que puede haber algún exudado durante la noche y que probablemente van a tener algún sangrado sobre sus almohadas.
- El sangrado prolongado, rojo y brillante, o coágulos grandes en la boca del paciente son todas indicaciones para una nueva visita. El dentista debe entonces examinar el área fielmente y aplicar las medidas apropiadas para controlar el sangrado. (Donado, M. 1998: 268-269; Kruger, G. 2000: 104; Peterson, L. 1998: 249-250)

1.2.2.3. HIGIENE ORAL POSTOPERATORIO

Los pacientes deben estar advertidos que mantener los dientes y boca razonablemente limpios resulta en una más rápida cicatrización de sus heridas quirúrgicas.

En el día de la cirugía el paciente puede cepillarse los dientes que están fuera del área de la cirugía de la manera usual pero suavemente. Debe evitar cepillar inmediatamente los dientes adyacentes al sitio de la extracción para así prevenir un nuevo episodio de sangrado y evitar el dolor.

En el siguiente día, el paciente debe empezar a hacer enjuagues de manera amable y moderada agua de sal tibia. La mayoría de los pacientes pueden reanudar sus métodos de higiene oral usuales por el tercer o cuarto día después de la cirugía. El hilo dental debe ser utilizado de la manera usual en los dientes cercanos al sitio de la extracción tan pronto el paciente se sienta cómodo de hacerlo.

Si la higiene oral puede comprometer áreas de múltiples extracciones, enjuagues antibióticos bucales con agentes como la clorexidina pueden ser usados. Dos enjuagues diarios por aproximadamente 1 semana después de la cirugía puede provocar una más rápida cicatrización. (Peterson, L. 1998: 253)

1.2.2.4. VISITA DE CONTROL POSTOPERATORIO

Todos los pacientes deben volver a otra cita para que el cirujano pueda chequear el progreso del paciente después de la cirugía. De rutina, en los procedimientos no complicados es adecuada una visita ocho días después de la cirugía. Si las suturas deben ser removidas, esto puede hacerse a la semana de la primera cita postoperatoria.

En caso de que el paciente tenga una pregunta o algún problema debe llamar a su dentista y reservar una cita lo más pronto posible. Las razones más comunes para una pronta visita son: un sangrado prolongado, dolor que no responde a la medicación prescrita, e infección.

Si un paciente que ha tenido una cirugía comienza a presentar exudados con una superficie eritematosa y dolor al tercer día postoperatorio o después, el paciente debe asumir que está presentando una infección hasta que no se pruebe lo contrario. El paciente debe ser instruido de llamar para una cita a la oficina del dentista tan pronto sea posible. El cirujano debe revisar al paciente cuidadosamente para confirmar o descartar el diagnóstico de infección. Si una infección es diagnosticada, medidas terapéuticas apropiadas deben ser tomadas.

El dolor post quirúrgico que decrece primero y al tercer o cuarto día comienza a incrementarse, y aún no está acompañado de exudado u otros signos de infección, es probablemente un signo de “alvéolo seco”. Este problema es simple de manejar pero requiere que el paciente regrese al consultorio varias veces.

Es importante que el paciente sepa que el dentista está disponible para responder cualquier pregunta postoperatoria o para tratar cualquier problema postoperatorio que surja. Aún si la visita postoperatoria no aparenta ser necesaria, debe dársele al menos una para brindarle la oportunidad al paciente de discutir cualquier secuela postoperatoria. (Peterson, L. 1998: 255-256)

1.2.2.5. NOTAS OPERATORIAS PARA LOS EXPEDIENTES

El cirujano debe incluir en el expediente una nota de lo que ha sucedido durante cada visita. Algunos factores críticos deben ser incluidos en la hoja. Lo primero es la fecha de la operación y un resumen de la identificación del paciente. Esto es seguido por un planteamiento del diagnóstico y motivo de la extracción.

Observaciones en cuanto a la historia médica pertinente, medicaciones, y signos vitales deben ser mencionadas en la hoja. Esta información debe ser anotada en la hoja antes de realizar la cirugía, para confirmar que el dentista analice estas características y que el estado general y actual del paciente sea satisfactorio para el procedimiento quirúrgico.

Debe darse una breve mención del examen oral. Durante cualquier rutina de cuidado de largo plazo, el dentista debe examinar los tejidos blandos intraorales, de la cara y de la

parte superior del cuello periódicamente. Si esto se realiza el día de la cirugía, debe ser anotado en la hoja.

El cirujano debe anotar el tipo y cantidad de anestesia utilizada y la técnica de infiltración elegida. Por ejemplo, si era lidocaína con vasoconstrictor, el dentista debe anotar los miligramos de lidocaína y de epinefrina. Si fue empleada la técnica de bloqueo del nervio alveolar inferior, debe ser indicado, al igual que si se usa óxido nitroso o sedación intravenosa. (Peterson, L. 1998: 256)

1.3. COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS

Se producen horas o días después de la intervención, de una manera secundaria, o tardíamente transcurridas semanas, e incluso meses de la cirugía.

Existen las complicaciones locales y generales, las cuales pueden darse de manera normal como reacción del organismo, como respuesta a un error durante la intervención por parte del odontólogo o pueden ser ocasionadas de manera mecánica por parte del paciente ya sea por falta de información o por descuido.

Cuando a pesar de una planificación y un tratamiento correctos se producen complicaciones, es esencial llegar a un diagnóstico precoz, disponiendo de un arsenal terapéutico para su resolución.

Para efectos de esta investigación, a continuación se señalarán y desarrollarán las principales causas, características y tratamiento de las complicaciones locales posteriores a una extracción quirúrgica.

1.3.1. COMPLICACIONES LOCALES

Las complicaciones locales que se pueden presentar tras una intervención quirúrgica son las siguientes:

- Dolor
- Edema
- Hematoma

- Equimosis
- Trismus
- Hemorragia
- Alveolitis
- Parestesia

1.3.1.1. DOLOR

La aparición del dolor consecutivo a la extracción de una pieza dental retenida o extracción quirúrgica, es relativamente normal, es más intenso las primeras 4 u 8 horas. El dolor de moderado a severo se da durante las primeras 24 a 48 horas después de la cirugía y el dolor leve, o simple malestar se da a partir del tercer día, lo cual es la respuesta o síntoma normal. Si el dolor se acentúa y persiste más allá de las 24 horas, o inicia días después de la intervención es, muy probablemente, sinónimo de infección.

La realización de una intervención reglada, con despegamiento perióstico mínimo, separación cuidadosa del colgajo y limpieza meticulosa del lecho quirúrgico limitará el dolor postoperatorio. (Raspall, G. 1994: 184; Donado, M. 1998:196)

Tratamiento:

Para disminuir el dolor:

- La aplicación local de hielo o mejor dicho compresas frías.
- Una alimentación fría y blanda, evitando los alimentos ácidos.
- Una correcta higiene bucal, incluyendo el cepillado de los dientes, el enjuague de la boca con algún antiséptico o agua salada.

Para controlar el dolor:

- La administración de un analgésico menor como el paracetamol junto con un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) como el diclofenaco.
- Dependiendo del lugar de la intervención, es necesaria la administración de un corticoide en casos en que el proceso inflamatorio invade o puede invadir regiones comprometidas, como suelo de boca y regiones parafaríngeas o laterocervicales.

- En caso de que el dolor no ceda, cabe utilizar opiáceos suaves como el dextropropoxifeno (como el Dioxadol) o algo más potente como la codeína. En raras ocasiones hay que administrar analgésicos opiáceos más potentes, como la pentazocina o clorhidrato de buprenorfina (como el Burinex).

(Donado, M. 1998: 196)

1.3.1.2. EDEMA

El edema es la inflamación o tumefacción que se da en los tejidos adyacentes a la zona operatoria como respuesta al trauma de la cirugía.

La mayoría de los procedimientos quirúrgicos resultan en un seguro edema o inflamación después de la cirugía. (figura 12)

El edema suele ser proporcional al grado de traumatismo quirúrgico. La sencilla o simple extracción de un diente individual probablemente no resulta en inflamación que el paciente pueda ver, mientras que la extracción de dientes impactados con levantamiento de colgajo y osteotomía, los desgarros de los tejidos blandos, la traumatización del periostio, la separación poco cuidadosa del colgajo y la irritación por fragmentos óseos, puede resultar en una gran inflamación.

Es normal que la inflamación aumente o crezca hasta las 24 o 48 horas y que empiece a ceder a partir del tercer o cuarto día, aunque es usualmente resuelto por completo al final de la primer semana. Cuando ésta persiste o inicia días después de la intervención, suele ser de causa infecciosa, y se distingue del edema postoperatorio común por una mayor temperatura cutánea, un mayor enrojecimiento y la presencia usual de fiebre. (Donado, M. 1998: 196; Raspall, G. 1994: 184)

La inflamación puede tender a aumentar y a disminuir, siendo mayor en la mañana y menor en la tarde debido a la variación postural. (Peterson, L. 1998: 251)



Figura 12

Tratamiento:

Para ayudar a controlar la inflamación y hacer que el paciente se sienta más cómodo. Es muy importante que los pacientes prevengan un poco esta inflamación por medio de:

- Aplicación de compresas frías, colocadas en el área no directamente sobre la piel sino utilizar un aislante entre hielo y piel para evitar daños superficiales del tejido. La compresa se debe mantener en el área local por 20 minutos y después retirarla durante otros 20 minutos, esto por no más de 24 horas ya que su efectividad se logra en las primeras 24 horas y es mínimo en el control del edema; en las siguientes 24 horas o sea, el segundo día, no se debe aplicar ni frío ni calor. Del tercer día en adelante se recomienda la aplicación de calor, lo cual podría ayudar a resolver la inflamación más rápidamente, pero es necesario recomendar al paciente evitar altos niveles de calor por largos períodos para prevenir daños y quemaduras en piel.
- Uso de anti-inflamatorios.

El paciente debe estar informado que una cantidad moderada de inflamación es una normal y saludable reacción del tejido al trauma de la cirugía. (Peterson, L. 1998: 251)

1.3.1.3. HEMATOMA

El hematoma consiste en la entrada, la difusión y el depósito de sangre en los tejidos vecinos al lugar de la operación.

La mucosa que cubre la región operatoria está turgente y dolorosa, con un aspecto semejante a la inflamación.

Entre las causas que se pueden considerar que intervienen en la formación de los hematomas se encuentran el no haber tomado las medidas locales necesarias para evitarlos o la existencia de algún trastorno de la hemostasia. (Donado, M. 1998: 195-196)

Tratamiento:

- Hay autores que recomiendan la aplicación de compresas heladas de forma intermitente en las primeras 24 horas, seguidas por compresas calientes también de forma intermitente.

- Si el hematoma no es muy intenso o está muy extendido, sin tendencia a la localización el tratamiento debe ser expectante.
- Si el hematoma está localizado y existe una acumulación franca de sangre, puede evacuarse con aspiración o incluso ser necesaria su evacuación quirúrgica y la ligadura del vaso sangrante.
- Puede ser necesaria la administración de antibióticos cuando exista el riesgo de infección del hematoma. (Donado, M. 1998: 195-196)

1.3.1.4. EQUIMOSIS

La sangre en los tejidos subcutáneos es conocida como equimosis, ésta se deposita mediante el exudado de la misma, en regiones submucosas y subcutáneas, presentándose como una magulladura en los tejidos orales de la cara. (figura 13)

Es visto usualmente en pacientes mayores por la disminución en el tono de los tejidos y por la debilidad en la fijación o acoplamiento intercelular. Es respuesta en ocasiones del hematoma.

La equimosis no es peligrosa y no incrementa el dolor o infección a diferencia del hematoma que puede entrar en infección, pero el paciente de cualquier manera debe ser advertido de que la equimosis puede ocurrir, para evitar inquietudes acerca de su progreso. (Peterson, L. 1998: 250-251)



Figura 13

Tratamiento:

Paliativo, uso de compresas frías solamente

1.3.1.5. TRISMUS

Se llama trismus a la limitación de la apertura bucal normal.

La causa más frecuente es la inflamación envolvente de los músculos de la masticación conocida como espasmo muscular, el cual se produce por el traumatismo operatorio; mientras más posterior sea la localización de la intervención quirúrgica mayor la posibilidad de que se presente; de ahí la gran frecuencia del trismus en la extracción de terceros molares impactados, debido a que la respuesta inflamatoria al procedimiento quirúrgico es suficientemente extenso para envolver los músculos de la masticación.

El dolor postoperatorio puede incrementar el espasmo y por lo tanto la apertura bucal.

Otras causas pueden ser debido a la propagación de la infección a los espacios anatómicos de los músculos masticatorios, a la lesión de la ATM debido a maniobras intempestivas, o puede ser el resultado de múltiples inyecciones de anestesia local, especialmente si las inyecciones han penetrado los músculos siendo el músculo pterigoideo el músculo con mayor posibilidad de ser involucrado el cual puede ser penetrado por la aguja por inadvertencia durante el bloqueo del nervio dental inferior. (Peterson, L. 1998: 251)

Hay que considerar la activación de la contracción muscular como resultado de la estimulación del nervio trigémino. La limitación, puede estar relacionada también con fibrosis de los músculos, que puede producirse posteriormente a un procedimiento quirúrgico.

Cuando la movilidad mandibular está restringida, el paciente se presenta con problemas masticatorios y requiere de un mayor tiempo para ejecutar funciones cotidianas, tales como masticar. Además, se pueden presentar alteraciones en el habla, en la capacidad de ejecutar una buena higiene oral y la posibilidad de recibir un cuidado dental adecuado. (Odontología Vital. 2003:7)

Tratamiento:

- Aplicación de calor en la zona
- Descanso o reposo de la mandíbula

- Dieta blanda
- 1000 mg de aspirina cada 4 horas por varios días. Los pacientes que no toleran la aspirina deben usar un sustituto de la misma, como el acetaminofén.

1.3.1.6. HEMORRAGIA

En la cavidad bucal, las hemorragias representan un capítulo muy importante debido a la gravedad que pueden alcanzar y a lo alarmante de la situación creada.

Ya sea originada en el curso del tratamiento que se está realizando, ya sea porque se presente el paciente con la hemorragia establecida, el profesional debe estar preparado para instaurar lo más rápidamente posible el tratamiento adecuado que ponga remedio a esta situación patológica.

Las hemorragias pueden tener causas locales y causas generales. Para este estudio vamos a describir las causas locales.

HEMORRAGIAS DE CAUSAS LOCALES

Son las debidas a heridas ya sean traumáticas o quirúrgicas, sobre tejidos blandos o hueso y cuyo tratamiento, en términos generales es el de la propia herida.

Es completamente normal que se produzca una hemorragia al incidir o desgarrar unos tejidos vivos, pero también lo es que los mecanismos de hemostasia puedan controlarla en un plazo más o menos corto de tiempo.

Cuando esto no ocurre se presenta una situación patológica que es preciso combatir.

Las causas locales de hemorragia son:

1. Hemorragias post-extracción. originadas por:
 - a) Inflamación. Que produce un aumento de la vascularización local, al mismo tiempo que dificulta los mecanismos fisiológicos de la hemostasia.

- b) Esquirlas óseas. Son restos óseos que quedan después de una ostectomía si no hay una limpieza meticulosa del lecho quirúrgico. Constituyen una irritación mecánica sobre el coágulo en formación, impidiendo una coagulación correcta.
 - c) Desgarros quirúrgicos. Aumentan la superficie cruenta haciendo más extensa la zona hemorrágica y dificultan al mismo tiempo la sutura.
 - d) Desgarros vasculares. La hemostasia espontánea produce en vasos de pequeño calibre, siendo necesaria la ligadura cuando esta tendencia natural se dilata en el tiempo.
2. Hemorragia secundaria. Se entiende por hemorragia secundaria la que ocurre a los 3-5 días de la intervención. Suele deberse a la infección de la herida que ocasiona la disolución del coágulo o la erosión de vasos en el tejido de granulación. También puede ser causada por la disrupción mecánica del coágulo.
3. También existen otras causas locales que no influyen directamente con las hemorragias post-extracción como lo son: los tumores y las hemorragias gingivales. (Donado, M. 1998:189-191)

Tratamiento:

Por parte del paciente: Colocar sobre el alvéolo una gasa humedecida por 1 hora o con una bolsita de té colocada en agua fría para ablandar las hojas de té por 20 minutos.

A nivel intra-hospitalario:

1. Hemorragias post-extracción: las posibilidades terapéuticas de que se disponen son:
 - a) Taponamiento con gasa
 - b) Relleno del alvéolo vacío con sustancias coagulantes: celulosa oxidada, esponjas de fibrina, fibras de colágeno, etc.
 - c) Sutura del alvéolo
 - d) Alveoloplastía

2. Hemorragias por traumatismo:

- a) En los tejidos blandos:
 - compresión
 - sutura de la herida
 - electrocoagulación
 - ligadura del vaso sangrante
- b) en el hueso:
 - compresión del vaso sangrante con un instrumento romo
 - colocación de cera para hueso
 - electrocoagulación. (Donado, M. 1998: 193-195)

1.3.1.7. ALVEOLITIS

Formas anatomoclínicas de la alveolitis:

La aparición clínica de la alveolitis está representada principalmente por dolor y ausencia de coágulo en el interior del alvéolo.

Según autores, en la exploración suelen hallarse diferentes signos dependiendo de la forma anatomoclínica de que se trate.

Entre ellas se encuentra la *Alveolitis seca o dry socket*: Sin duda la más frecuente. El alvéolo carece de coágulo sanguíneo y su pared ósea se encuentra como desnuda. El dolor resulta lancinante, agudo y atormentador como consecuencia de la irritación química de las terminaciones nerviosas expuestas en el ligamento periodontal y hueso alveolar.

Una segunda forma es la denominada *Alveolitis supurada o alvéolo seco contaminado*: donde el alvéolo no está vacío sino ocupado por restos de comida coágulos esfacelados como granulaciones exuberantes bañadas de pus. En esta situación, el paciente también refiere dolor, pero de características menos intensas que en el caso anterior, siendo habitual la existencia de unos bordes mucosos rojos, oscuros o violáceos acompañados de múltiples fístulas mucosas.

La *Alveolitis Marginal* es la situación intermedia entre las dos anteriores y que corresponde a una ligera infección del coágulo, como consecuencia de una microosteítis alveolar.

Finalmente existe una cuarta forma que en la actualidad es muy rara, pero que figura descrita en casi todo los libros clásicos, la *Alveolitis Flemonosa* que se caracterizaba por

la invasión de la infección localizada primariamente en la pared alveolar, hacia otros alvéolos contiguos.

Para efectos de este estudio hablaremos de la alveolitis seca y la alveolitis supurada o alvéolo seco contaminado como le llaman algunos doctores. (Donado, M. 1998: 442)

ALVÉOLO SECO

Es la frase más común para describir una de las complicaciones postoperatorias más frecuentes que siguen a una extracción dental. Esto se refiere a una disolución y pérdida del coágulo sanguíneo dejando una mayor cantidad de hueso expuesto ocasionando un proceso infeccioso localizado en la pared alveolar y por supuesto un aumento del dolor en el paciente, definida también como osteítis alveolar, también alveolitis seca dolorosa, alveolitis fibrinolítica, osteítis localizada, alveolitis localizada, osteítis alveolar localizada, entre otros.

Aunque en los textos clásicos se ha considerado un cuadro de gran importancia, en la actualidad su incidencia ha disminuido notablemente gracias al desarrollo y perfeccionamiento de las técnicas anestésicas y quirúrgicas.

Autores estiman su frecuencia de aparición desde niveles que varían de un 0,5% hasta un 68,4%, otros la estiman de un 2-4%, coincidiendo todos en que su localización preferente es a nivel mandibular, en la zona molar y premolar; esta predilección por el maxilar inferior se justifica por las características anatómicas y vasculares que confieren a este nivel una vascularización de tipo terminal junto a un espesor considerable de ambas corticales, factores que contribuyen a disminuir las barreras defensivas habituales de las que el organismo dispone contra las infecciones. (Donado, M. 1998: 441; www.iztacala.unam.mx/temas/foropaea/35TCD05Ib.htm 2002)

Cuando consideramos la patogénesis de la alveolitis, debemos ser cuidadosos para distinguir una verdadera alveolitis, en la cual ocurre la pérdida prematura de un coágulo sanguíneo formado en el sitio de la extracción.

La infección es rara. En casos excepcionales una osteomielitis puede confundirse con alveolitis, pero aquella se caracteriza por fiebre, edema local y cambios radiográficos tardíos. (El Manual de Merck, 1994: 2754, 2755)

Dentro de los aspectos de diagnóstico de la alveolitis podemos encontrar:

- Alvéolo vacío después de dos o tres días de la extracción.
- Halitosis.
- Dolor severo que puede irradiar.
- En algunos casos se puede encontrar un ligero aumento de temperatura.

Típicamente, el dolor se inicia el 2° o 3° día del postoperatorio, se refiere al oído y dura desde algunos días a muchas semanas.

La actividad fibrinolítica se considera la mayor causa de una pérdida prematura del coágulo sanguíneo y el dolor intenso presente en la alveolitis. De acuerdo con la teoría fibrinolítica de la alveolitis, el coágulo sanguíneo debe inundar el alvéolo antes de que la formación de fibrina pueda ocurrir, de otro modo se retrasa la cicatrización e inicia el dolor. (www.iztacala.unam.mx/temas/foropaea/35TCD05Ib.htm 2002)

ALVÉOLO SECO CONTAMINADO

La presencia de infección postoperatoria del alvéolo dental y la herida quirúrgica ya sea por infección del coágulo o la introducción de un resto alimenticio en el alvéolo, se detecta por enrojecimiento, induración y dolor de los bordes, unidos a aparición de exudado purulento y tendencia a la dehiscencia. El desbridamiento, la limpieza, la medicación analgésica tópica y la antibioterapia adecuada son las medidas terapéuticas a seguir.

Etiología de la alveolitis:

A parte de que la alveolitis puede ser atribuida a un incremento en la actividad fibrinolítica, también se puede atribuir a una serie de factores que actúan en conjunto retrasando la cicatrización, los cuales se enlistan a continuación:

- × Irrigación Sanguínea: la cual se considera menor en el hueso denso alveolar posterior en la mandíbula.
- × Edad: encontrándose el pico de incidencia en el grupo de las personas entre los 40 y 45 años de edad.

- × El uso de anticonceptivos orales en las mujeres, ya que se considera que los anticonceptivos orales producen un incremento en la actividad fibrinolítica.
- × Bacterias presentes en el sitio de la extracción.
- × Tabaquismo.
- × Pericoronitis preexistente.
- × Vasoconstrictor presente en el anestésico local.
- × Trauma ocasionado por extracciones quirúrgicas como aquellas que incluyen levantamiento del colgajo, seccionamiento de la pieza dental y remoción de hueso, a lo cual también se suma el nivel de experiencia del cirujano dentista en exodoncia.
- × Pérdida mecánica del coágulo al hacer enjuagues, escupir, exponerse al sol, realizar ejercicios bruscos, entre otros.

(www.iztacala.unam.mx/temas/foropaea/35TCD05Ib.htm 2002)

Tratamiento:

Antes de realizar cualquier tipo de tratamiento y como el paciente se va a presentar con dolor intenso se deberá tomar en cuenta el uso de algún anestésico local y se deberán retirar cuidadosamente las suturas del sitio de la extracción si es que las hay:

- El tratamiento debe ser paliativo, se debe irrigar generosamente el alvéolo con abundante cantidad de solución salina para eliminar todos los restos y el exceso deberá ser succionado cuidadosamente fuera del sitio de la extracción.
- Se recomienda no intentar hacer curetaje, ya que de esta manera se estaría exponiendo una mayor cantidad de hueso alveolar y ocasionando mayor molestia en el paciente.
- El mejor tratamiento es la medicación analgésica tópica, se debe colocar dentro del alvéolo una gasa saturada en yodoformo, eugenol o benzocaína, como antiséptico y con el fin de aliviar el dolor, reduciendo así la necesidad de analgésicos sistémicos prolongados. El apósito puede cambiarse en la medida que sea necesario hasta que el dolor haya cedido y las paredes del alvéolo estén cubiertas de tejido de granulación.

- El paciente deberá regresar a una siguiente consulta y deberá ser cuestionado para identificar el nivel del dolor, la curación deberá ser cambiada cada 48-72 horas.
- El paciente deberá ser instruido para mantener el alvéolo limpio, e informado que el alvéolo seco es un retraso en la cicatrización que normalmente se resuelve en tres a cinco días.

1.3.1.8. PARESTESIA

Una de las estructuras adyacentes mayormente lesionadas durante la extracción es la rama del quinto par craneal, el cual provee la inervación a la mucosa y piel. Las ramas más frecuentemente envueltas son el nervio mentoniano, el nervio lingual, el nervio bucal, y el nervio nasopalatino. Los nervios bucal y nasopalatino son seccionados frecuentemente durante la creación de colgajos para remover un diente impactado. El área de inervación sensorial de estos dos nervios es relativamente pequeña y la reinervación del área afectada por lo general ocurre rápidamente. Por lo tanto, el nasopalatino y el bucal largo pueden ser seccionados quirúrgicamente sin secuelas o complicaciones.

La remoción quirúrgica de premolares o raíces de premolares inferiores impactadas y cirugía periapical en el área del nervio mentoniano y foramen mentoniano debe ser tratado con mucho cuidado. En caso de que el nervio mentoniano sea lesionado, el paciente tendrá una anestesia o parestesia de labio y mentón. Si la lesión es resultado del levantamiento de colgajo o de una simple manipulación, la sensación alterada usualmente desaparece en unas semanas o meses. Si el nervio mentoniano es cortado a la salida del foramen mentoniano o a lo largo de su recorrido, es como si la función del nervio mentoniano no volviera, y el paciente tendría un estado permanente de anestesia.

El nervio lingual raramente regenera si es severamente traumatizado. Incisiones en la región de la almohadilla retromolar de la mandíbula deben ser empleadas para evitar cortar este nervio. Anatómicamente el nervio lingual está localizado directamente al lado de la superficie lingual de la mandíbula a nivel de la región de la almohadilla retromolar. Por lo tanto, las incisiones hechas para la exposición quirúrgica de terceros

molares impactados o áreas óseas en la región molar posterior deben ser en el área vestibular de la mandíbula.

Finalmente, el nervio alveolar inferior puede ser traumatizado a lo largo del recorrido del canal intraóseo. El lugar más común de lesión es el área de terceros molares mandibulares. La remoción de terceros molares impactados puede aplastar o lesionar bruscamente el nervio en este canal. Esta complicación es muy común en la extracción de terceros molares por lo cual es importante informar a los pacientes de que existe la posibilidad de que esto ocurra. (Peterson, L. 1998: 269)

Tratamiento:

- Estimulación ultrasónica
- Complejos multivitamínicos, como la Tiamina (200mg en la mañana y 200 mg en la noche) y el Neurobión, entre otros.

1.4. EVOLUCIÓN POST-QUIRÚRGICA DEL PACIENTE

1.4.1. EVOLUCIÓN DLN (Dentro de los Límites Normales)

Una vez realizada la cirugía al paciente se espera que aparezcan signos y síntomas, que variarán de acuerdo al procedimiento practicado, e irán cambiando conforme pasan los días. Generalmente en el departamento de COMF (Cirugía Oral y Maxilofacial) del HCG (Hospital Calderón Guardia) se realiza una cita de control post operatorio a la semana de realizado el procedimiento quirúrgico; se espera que siete días después el cuadro clínico esté dentro de ciertos parámetros (por cierto un poco subjetivo, dependiendo del clínico que evalúa y por ende muy difícil de medir). Estos parámetros son edema ausente o si lo hay es mínimo, ausencia de exudado, paciente afebril, sin equimosis, ni trismus, coágulo estable (en resumen: ausencia de indicios de un cuadro infeccioso o que revele algún tipo de complicación), la herida debe estar libre de restos alimenticios. El paciente sin dolor o si presenta alguna molestia, ésta debe ser leve (ésta es la parte subjetiva del paciente). (Hernández, A. 2004)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se considera un estudio de carácter descriptivo, ya que se darán a conocer las características de los sujetos participantes de la investigación en cuanto a sus hábitos de higiene oral, su nivel de información acerca de los métodos de prevención posterior a una extracción quirúrgica, y su seguimiento a las indicaciones dadas por el odontólogo, así mismo también se darán a conocer las complicaciones post-extracción quirúrgica que presenten estos pacientes.

Se entiende por un estudio de carácter descriptivo lo siguiente: Buscar y especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Mide o evalúa diversos aspectos del fenómeno a investigar. Se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga. (Hernández, R. 1998:60)

2. SUJETOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Este estudio está dirigido a pacientes que se presentan a la Consulta de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Calderón Guardia para que se les realice extracciones dentales quirúrgicas.

Se utilizará una fuente de información primaria por medio de los instrumentos denominados: “Boleta de aceptación de participación en el estudio”, “Entrevista #1”, “Entrevista #2”, y “Hoja de Registro” que serán aplicados con el fin de recopilar los datos de la unidad de estudio.

3. POBLACIÓN

Constituida por los pacientes de 17 a 40 años de edad, que asisten al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Calderón Guardia a realizarse extracciones dentales quirúrgicas, en el período del 19 de Febrero del 2004 al 30 de Abril del 2004, período en el que se atienden 345 pacientes. Se eligieron pacientes a partir de los 17 años de edad ya que a esa edad es que se inicia el proceso de erupción de los terceros molares y la extracción de terceros molares es la cirugía más realizada por los cirujanos, y hasta los 40 años de edad porque a esa edad la mayoría de las personas ya no tienen los terceros molares y es una edad donde ya casi no existen piezas retenidas que extraer quirúrgicamente.

4. MUESTRA

Para definir la muestra por utilizar, es necesario considerar:

- Tamaño de la muestra
- Selección de la muestra

El tamaño de la muestra se determina por medio de 2 pasos:

$$1) n^1 = \frac{S^2}{v^2}$$

n^1 = Tamaño provisional de la muestra

S^2 = Varianza de la muestra

V^2 = Varianza de la población

$$2) n = \frac{n^1}{1 + n^1/N}$$

n = Tamaño de la muestra

n^1 = Tamaño provisional de la muestra

N = Tamaño de la población

Muestra de la investigación:

1) $S^2 = p(1 - p)$ Se supone $p = 0.50$

$$S^2 = 0.50(1 - 0.50) = (0.50)^2$$

$$V = 0.03 \quad \text{o sea 3\% margen de error o error estándar}$$

$$n^1 = \frac{(0.50)^2}{(0.30)^2} = \frac{0.25}{0.0009} = 278 = \text{muestra provisional}$$

2) Se sustituye n^1 en:

$$n = \frac{n^1}{1 + n^1/N} = \frac{278}{1 + 278/345} = \frac{278}{1 + 0.80} = \frac{278}{1.80} = 154$$

154 = Tamaño de la muestra probabilística con un margen de error del 3%

5. CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LAS VARIABLES E INDICADORES

- ◆ **Sexo:** 1 Femenino 2 Masculino
- ◆ **Edad:** Este indicador será operacionalizado mediante una pregunta abierta que será codificada en cuatro clases, de acuerdo con el máximo y mínimo obtenido.
- ◆ **Hábitos de higiene oral:** Será operacionalizado de la siguiente manera:
 - a. Cepilladas al día: operacionalizado de la siguiente manera:
 1. Más de 3 veces
 2. 3 veces
 3. 2 veces
 4. 1 vez

- b.** Técnica de cepillado: operacionalizado de la siguiente manera:
 - 1. Correcta 2. Incorrecta
- c.** Instrucción previa en el cepillado: operacionalizado de la siguiente manera:
 - 1. Sí 2. No
- d.** Uso del hilo dental: operacionalizado de la siguiente manera:
 - 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. A veces
 - 4. Casi nunca
 - 5. Nunca
- e.** Instrucción previa en la técnica para el uso del hilo dental: operacionalizado de la siguiente manera:
 - 1. Sí 2. No
- f.** Uso del enjuague bucal: operacionalizado de la siguiente manera:
 - 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. A veces
 - 4. Casi nunca
 - 5. Nunca
- g.** Uso de pasta dental: operacionalizado de la siguiente manera:
 - 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. A veces
 - 4. Casi nunca
 - 5. Nunca
- h.** Cepillado de lengua: operacionalizado de la siguiente manera:
 - 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. A veces
 - 4. Casi nunca
 - 5. Nunca

- ◆ **Nivel de información previo del paciente acerca del cuidado post-extracción quirúrgica:** Se operacionaliza mediante el estudio de las respuestas del paciente previas a la cirugía, dando como resultado el nivel de información con un cálculo de porcentaje en cada paciente. También se busca la relación entre el nivel de información y el tipo de complicación post-extracción quirúrgica presentada durante las primeras 72 horas y a los 8 días.
- ◆ **Respuesta, estado o evolución del paciente durante las primeras 72 horas de recuperación:** Se operacionaliza según los signos y síntomas referidos por el paciente; durante los primeros días de recuperación.
- ◆ **Seguimiento de las recomendaciones por parte del paciente:** Se operacionaliza mediante el estudio de las respuestas del paciente ocho días después del acto quirúrgico, dando como resultado la rigurosidad de seguimiento con un cálculo de porcentaje en cada paciente. También se busca la relación entre el seguimiento y el tipo de complicación post-extracción quirúrgica presentada durante las primeras 72 horas y a los 8 días.
- ◆ **Estado del paciente ocho días después de la cirugía, en la cita de control:** Se operacionaliza según el diagnóstico de cada paciente dado por el doctor el día de la cita de control.

6. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

- El instrumento utilizado para recolectar la información consta de cuatro partes:
 1. *Boleta de aceptación de participación en el estudio:* En esta boleta se le explicará al paciente que se le realizarán dos entrevistas, una, previa a la cirugía y la otra a los ocho días de realizada la misma. Además, el paciente aceptará comprometerse a cumplir las citas asignadas y a ser completamente honesto por medio de la firma y cédula como formalización de su participación en el estudio. (Anexo N° 1)
 2. *Entrevista # 1:* Consta de 12 preguntas. En ésta se dará a conocer información general del paciente (edad, sexo, etc). Al paciente se le harán

preguntas básicas acerca de su higiene bucal (cepilladas al día, técnica de cepillado, uso del hilo dental, uso del enjuague bucal, y otros). (Anexo N° 2)

3. *Entrevista # 2:* Consta de 2 preguntas. En la misma se describirá la evolución del paciente referida por el mismo durante la primer semana de recuperación después de la cirugía. Además, se le pedirá al paciente que indique cuáles recomendaciones de cuidado le fueron indicadas por parte del cirujano y cuáles recomendaciones siguió. (Anexo N° 3)

4. *Hoja de registro:* En esta hoja se anotará, indicado por el cirujano el día de la cita de control, el diagnóstico o evolución del paciente a los ocho días del acto quirúrgico. (Anexo N° 4)

Objetivo Específico	Definición Conceptual	Variables	Indicadores	Instrumentalización
Evaluar la calidad de los hábitos de higiene del paciente	Hábitos: Actitud, disciplina. Higiene: Ciencia de la salud y su preservación. Conjunto de hábitos y prácticas que aseguran la preservación de la salud; su base es la limpieza (Stanley, Jablonsky. 1992)	Cepilladas al día Técnica de cepillado Uso del hilo dental Uso del enjuague bucal Uso de pasta dental Cepillado de lengua	Más 3 veces, 3 veces, 2 veces, 1 vez Correcta / Incorrecta Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	Entrevista # 1 Preguntas 3, 4, 6, 8, 9, 10
Identificar el nivel de información de los pacientes acerca de los métodos de prevención para evitar una complicación post-extracción	Nivel Unidad de medida. Información: Cantidad y calidad de la recopilación del tema. (Diccionario)	Morder 30-60 min. una gasa después de la cirugía. Tomar algo frío después de la cirugía. No tomar nada caliente el primer día. No enjuagarse durante el primer día. No escupir durante el primer día. No fumar. No ingerir alcohol. No comer inmediatamente después de la cirugía. No comer frijoles. No tomar leche. No comer arroz o cosas granulosas. No exponerse al sol los primeros días. Hacer enjuagues con algún antiséptico oral 24-48 horas después. No succionar con la lengua en el área. Ponerse paños fríos por fuera de la mejilla del lado de la cirugía. No ponerse paños calientes por fuera de la mejilla del lado de la cirugía. Lavar y cepillar con cuidado antes de 24 hrs. No hacer ejercicios los primeros días. Dormir con la cabeza más arriba que los pies. Dieta blanda. Enjuagarse suavemente a partir del día siguiente. En caso de hemorragia no colocarse sal en el área. En caso de hemorragia colocarse una gasa o una bolsita de té fría.	Sí – No Ídem en las demás variables	Entrevista # 1 Pregunta N° 11 (segunda parte)
Determinar el seguimiento de los pacientes en cuanto a las recomendaciones indicadas por el odontólogo	Seguimiento: Acción y efecto de seguir. Continuar. Prestar atención. (Diccionario)	Morder 30-60 min. una gasa después de la cirugía. Tomar algo frío después de la cirugía. No tomar nada caliente el primer día. No enjuagarse durante el primer día. No escupir durante el primer día. No fumar. No ingerir alcohol. No comer inmediatamente después de la cirugía. No comer frijoles. No tomar leche. No comer arroz o cosas granulosas. No exponerse al sol los primeros días. Hacer enjuagues con algún antiséptico oral 24-48 horas después. No succionar con la lengua en el área. Ponerse paños fríos por fuera de la mejilla del lado de la cirugía. Lavar y cepillar con cuidado antes de 24 hrs. No hacer ejercicios los primeros días. Dormir con la cabeza más arriba que los pies.	Sí – No Ídem en las demás variables	Entrevista # 2 Pregunta N° 2 (segunda parte)

		Dieta blanda. Enjuagarse suavemente a partir del día siguiente. En caso de hemorragia colocarse una gasa o una bolsita de té fría.		
Determinar la aparición de complicaciones post-extracción quirúrgica a las 72 horas y a los 8 días	Complicación: Síntoma distinto de los habituales de un padecimiento o situación y que agrava el pronóstico de ésta en el paciente. (Diccionario)	Dolor. Edema. Hemorragia. Alveolitis. Equimosis. Trismus. Parestesias. Hematomas.	Leve, moderado, severo. Leve, moderado, severo. Leve, moderada, severa. Alvéolo seco / Alvéolo seco contaminado. Leve, moderada, severa. Leve, moderado, severo. Presente / No presente Leve, moderado, severo	Entrevista # 2 Pregunta N° 1 Y Hoja de registro
Describir la relación existente entre el nivel de información de los pacientes y el tipo de complicación post-extracción quirúrgica presentada durante las primeras 72 horas y a los 8 días	Nivel Unidad de medida. Información: Cantidad y calidad de la recopilación del tema. (Diccionario)	Ídem	23 Correctas = Excelente 22-18 Correctas = Muy Bueno 17-12 Correctas = Bueno 11-07 Correctas = Regular 06-01 Correctas = Deficiente	Entrevista # 1 Pregunta N° 11 (segunda parte)
Describir la relación existente entre el cumplimiento de las indicaciones y el tipo de complicación post-extracción quirúrgica presentada durante las primeras 72 horas y a los 8 días	Seguimiento: Acción y efecto de seguir. Continuar. Prestar atención. (Diccionario)	Ídem	Todas las indicaciones = Excelente Fallaron 1-2 indicaciones = Muy Bueno Fallaron 3 indicaciones = Bueno Fallaron 4-5 indicaciones = Regular Fallaron 6-8 indicaciones = Deficiente	Entrevista # 2 Pregunta N° 2 (segunda parte)
Determinar la evolución del paciente a los 8 días	Evolución: Desarrollo de las cosas o de los organismos. (Diccionario)	Ídem	Sin complicaciones = Evolución DLN (Dentro de los Límites Normales) Con complicaciones = No DLN	Hoja de Registro

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Para alcanzar el objetivo específico 1, se realiza una descripción de los aspectos demográficos en la muestra de pacientes estudiados y se evalúa la calidad de los hábitos de higiene oral que presentan, esto antes de iniciar procedimientos de extracciones quirúrgicas.

Tabla 1

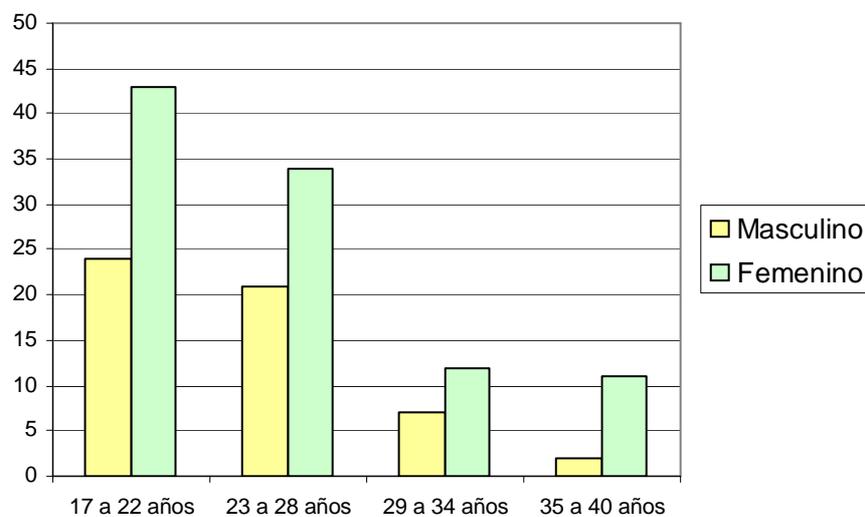
Distribución de casos estudiados según grupos de edades y sexo. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Calderón Guardia. Febrero – Abril 2004

Grupo de edades	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
17 – 22	24	43	67
23 – 28	21	34	54
29 – 34	7	12	20
35 – 40	2	11	13
Total	54	100	154

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes.

Gráfico 1

Distribución de casos estudiados según grupos de edades y sexo.



Fuente: Tabla 1

La edad promedio de los pacientes estudiados es de 24.7 años con una edad menor de 17 y una mayor de 40 años cumplidos, el 35% de ellos pertenecen al sexo masculino y el 65% al sexo femenino. Esto permite identificar que la muestra está conformada por pacientes jóvenes con un predominio del sexo femenino.

Tabla 2

Distribución de los pacientes estudiados según los hábitos de higiene oral que se identifican durante la encuesta. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Calderón Guardia. Febrero – Abril 2004.

Hábitos de Higiene Oral		Nº Pacientes	%
Cepilladas al día	Más de 3 veces	55	35,7
	3 veces	77	50
	2 veces	22	14,3
	1 vez	0	0
Total		154	100
Técnica de cepillado	Correcta	96	62,3
	Incorrecta	58	37,7
Total		154	100
Uso del hilo dental	Siempre	16	10,4
	Casi siempre	31	20,1
	A veces	65	42,2
	Casi nunca	11	7,2
	Nunca	31	20,1
Total		154	100
Uso del enjuague bucal	Siempre	25	16,2
	Casi siempre	28	18,2
	A veces	49	31,8
	Casi nunca	24	15,6
	Nunca	28	18,2
Total		154	100
Uso de pasta dental	Siempre	154	100
	Casi siempre	0	0
	A veces	0	0
	Casi nunca	0	0
	Nunca	0	0
Total		154	100
Cepillado de lengua	Siempre	133	86,4
	Casi siempre	8	5,2
	A veces	7	4,5
	Casi nunca	4	2,6
	Nunca	2	1,3
Total		154	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes.

El total de los pacientes estudiados se cepillan los dientes como mínimo dos veces al día y el 85 % lo hacen tres o más veces, todos utilizan pasta dental. La mayoría de los pacientes (62.3%) utilizan una técnica correcta de cepillado y por lo general utilizan la técnica de Stillman modificado que dice que el cepillo dental se coloca en posición inclinada de 45° respecto al vértice dental, parte sobre la encía y parte sobre el diente, se utiliza un movimiento vibratorio con presión ligera para estimular la encía, las cerdas realizan un movimiento de impulsos, el cepillo se levanta y en seguida se coloca en la

misma parte y se repite y se combina con un barrido en dirección oclusal lo cual lo hace modificado. (Harris, N. 2001:73-74) El 72% utiliza ocasionalmente, o siempre el hilo dental, el 66% utiliza ocasionalmente o siempre enjuagues bucal. El 86 % se cepilla la lengua siempre y un 9.7% lo hace ocasionalmente. Estos datos permiten inferir que estamos ante una muestra de pacientes con una práctica de higiene oral buena.

Para alcanzar el objetivo específico 2 se hace un análisis descriptivo de la tabla tres y cuatro y se logra establecer una evaluación del nivel de información que tienen los pacientes estudiados de los principales métodos que existen y que deben seguir para evitar una complicación post quirúrgica.

Tabla 3

Distribución de los pacientes estudiados según el nivel de información que tienen acerca de las indicaciones que debe seguir para evitar complicaciones post – extracción quirúrgica. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Calderón Guardia. Febrero - Abril 2004.

Nivel de información del paciente acerca de los métodos de prevención	Sí	No
Tomar algo frío	106	48
Morder una gasa durante 30 min.	129	25
Enjuagarse	82	72
Comer inmediatamente después	3	151
Tomar algo caliente (como una sopita)	14	140
Asolearse	16	138
Fumar	0	154
Escupir	89	65
Succionar con la lengua en el área	10	144
Dormir con la cabeza más arriba que los pies	93	61
Ponerse pañitos fríos por fuera de la mejilla del lado de la cirugía	127	27
Ponerse pañitos calientes por fuera de la mejilla del lado de la cirugía	14	140
Enjuagarse suavemente a partir del día siguiente	74	80
Lavar y cepillar con cuidado antes de 24 horas	75	79
Hacer ejercicios	28	126
Ingerir alcohol	1	153
Hacer enjuagues con algún antiséptico oral 24 ó 48 horas después	91	63
En caso de hemorragia colocarse sal en el área	28	126
Tomar leche	95	59
Comer arroz o cosas granulosas	24	130
Comer frijoles	41	113
En caso de hemorragia colocarse una gasa o bolsita de te fría	128	26
Dieta blanda	149	5

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes.

Tabla 4

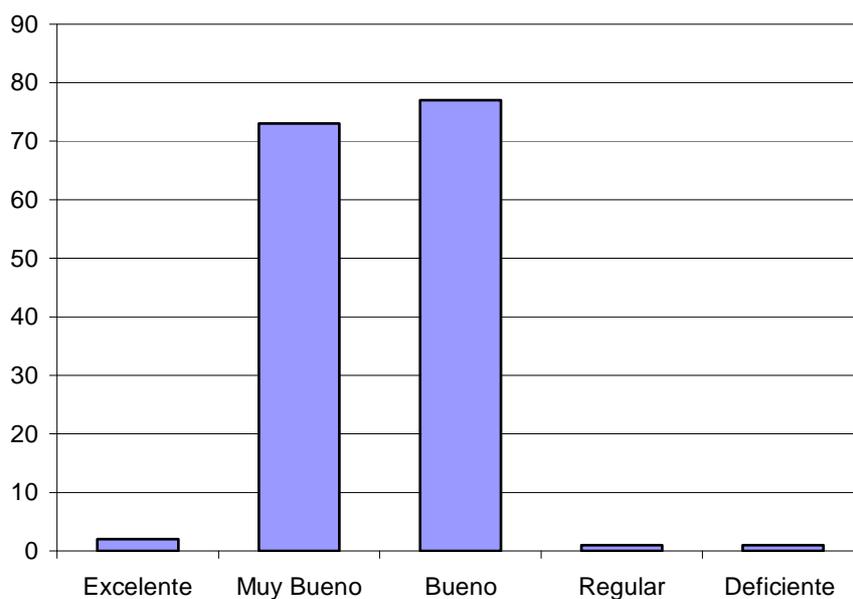
Evaluación del nivel de información que tienen los pacientes acerca del cuidado a seguir post-quirúrgico. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Caldearon Guardia. Febrero – Abril 2004

Nivel de información	De los ítems leídos al paciente acerca del cuidado post-extracción quirúrgica	Nº Pacientes	%
Excelente →	23	2	1,3
Muy Bueno →	22-18	73	47,4
Bueno →	17-12	77	50
Regular →	11-7	1	0,65
Deficiente →	6-1	1	0,65
Total →		154	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes.

Gráfico 2

Evaluación del nivel de información que tienen los pacientes acerca del cuidado a seguir posterior a una extracción quirúrgica.



Fuente: Tabla 4

La tabla 4 muestra los resultados de la evaluación a las respuestas dadas por los pacientes a las preguntas que se detallan en la tabla 3, solamente dos respondieron de forma satisfactoria en todos los aspectos evaluados, 73 (47.45) se califican de como muy buenos ya que respondieron satisfactoriamente entre 22 a 18 de los aspectos evaluados y 77 (50%) se calificaron como buenos ya que respondieron

satisfactoriamente entre 17 a 12 de los aspectos evaluados. Resumiendo esta tabla se puede observar que la gran mayoría de los pacientes estudiados, 98,7% posee información sobre los cuidados que deben seguir ante una extracción quirúrgica de bueno a excelente.

Para cumplir el objetivo 3, que trata del seguimiento que hacen los pacientes de las indicaciones que le da el odontólogo respecto a los cuidados que deben seguir después de una extracción dental quirúrgica se presentan las tablas 5 y 6.

Tabla 5

Distribución de los pacientes estudiados según el seguimiento que hacen de las indicaciones del odontólogo post extracción quirúrgica. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Calderón Guardia. Febrero – Abril 2004.

Seguimiento del paciente en cuanto a la recomendaciones indicadas por el odontólogo				
Recomendaciones	Indica odontólogo		Cumple paciente	
	Sí	No	Sí	No
* Morder una gasa durante 30-60 minutos, después de la cirugía	148	6	147	7
* Tomar algo frío después de la cirugía	131	23	121	33
* No tomar nada caliente después de la cirugía	128	26	141	13
* No enjuagarse después de la cirugía	120	34	130	24
* No escupir después de la cirugía	129	25	136	18
* No Fumar	110	44	146	8
* No ingerir alcohol	117	37	147	7
* No comer inmediatamente después de la extracción	132	22	148	6
* No comer frijoles	22	132	120	34
* No tomar leche	18	136	90	64
* No comer arroz o cosas granulosas	128	26	97	57
* No exponerse al sol los primeros días	126	28	138	16
* Hacer enjuagues con algún antiséptico oral 24 ó 48 hrs. después	49	105	78	76
* No succionar con la lengua en el área	101	53	133	21
* Ponerse pañitos fríos por fuera de la mejilla del lado de la extracción	151	3	126	28
* No hacer ejercicios los primeros días	150	4	139	15
* Dormir con la cabeza más arriba que los pies	145	9	133	21
* Dieta blanda	153	1	142	12
* Enjuagarse suavemente a partir del día siguiente	123	31	139	15
* En caso de hemorragia colocarse una gasa o una bolsita de té fría	105	49	7	4
* Lavar y cepillar con cuidado antes de 24 horas	133	21	127	27

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes y odontólogos.

Tabla 6

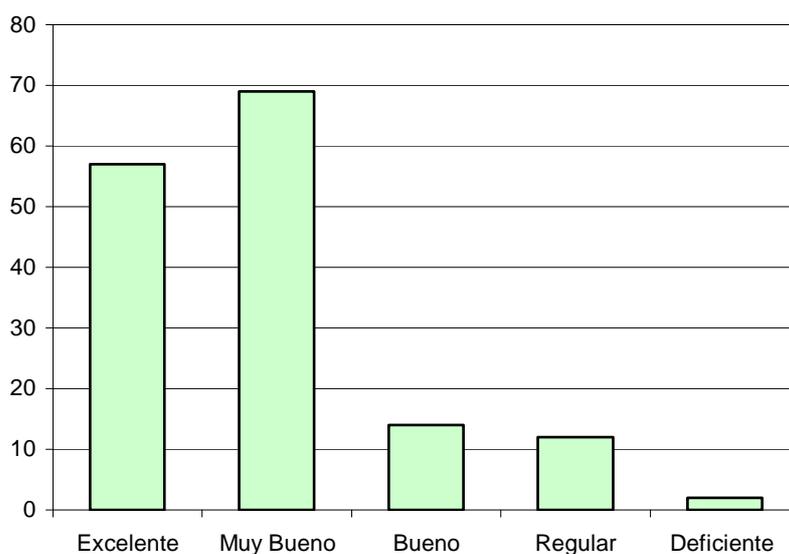
Evaluación del seguimiento que hacen los pacientes acerca de los cuidados post-extracción quirúrgica indicados por el odontólogo. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Caldearon Guardia. Febrero – Abril 2004

Evaluación	Indicaciones dadas por el odontólogo	Nº Pacientes	%
Excelente →	Siguieron todas las indicaciones	57	37
Muy Bueno →	Fallaron 1-2 indicaciones	69	44,8
Bueno →	Fallaron 3 indicaciones	14	9,1
Regular →	Fallaron 4-5 indicaciones	12	7,8
Deficiente →	Fallaron 6-8 indicaciones	2	1,3
Total		154	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes y odontólogos

Gráfico 3

Evaluación del seguimiento que le dan los pacientes a las recomendaciones del odontólogo



Fuente: Tabla 6

La tabla 5 muestra de forma detallada las recomendaciones que con más frecuencia se indican posterior a extracciones quirúrgicas, la frecuencia con que los odontólogos encuestados las indican y el seguimiento que los pacientes hacen de cada una de ellas.

En la tabla 6 se observan los resultados de la evaluación realizada al seguimiento que dan los pacientes a las indicaciones que los odontólogos hacen sobre los cuidados

que deben seguir después de una extracción dental quirúrgica. Una vez que el procedimiento quirúrgico ha sido completado, los pacientes deben ser instruidos apropiadamente para el cuidado de sí mismos por el resto del día en que se realizó la cirugía y por algunos días después. Si el paciente va a recibir sedación intravenosa, las instrucciones de manejo postoperatorio deben ser discutidas antes de la sedación. Estas instrucciones deben ser además repetidas al acompañante del paciente.

Las instrucciones postoperatorias deben predecir lo que el paciente va a experimentar probablemente, explicar por qué ocurren estos fenómenos y decirle al paciente cómo manejar y controlar las secuelas postoperatorias típicas. Las instrucciones deben ser dadas al paciente oralmente y escritas en una hoja. La hoja de instrucciones debe describir los problemas típicos y su manejo. Además, debe incluir un número de teléfono al cual pueda ser localizado el odontólogo en una emergencia. El lenguaje tiene que ser claro y simple, lo suficiente para ser seguidas las instrucciones por todos los pacientes. (Peterson, L. 1998: 249)

Cincuenta y siete pacientes, que constituyen el 37% del total estudiado, cumplen con todas las indicaciones que le hace el odontólogo, por lo que se evalúan como excelentes, 69 pacientes (44.8 %) solamente incumplen 1 a 2 indicaciones y se evalúan como muy buenos y como buenos se evalúan a 14 pacientes que solo incumplen 3 indicaciones. Estas cifras indican que el 90% del total de pacientes son evaluados entre bueno a excelente en el cumplimiento de las recomendaciones que el odontólogo les hace.

El objetivo específico 4 se alcanza mediante un análisis descriptivo que se realiza de la tabla 7.

Tabla 7

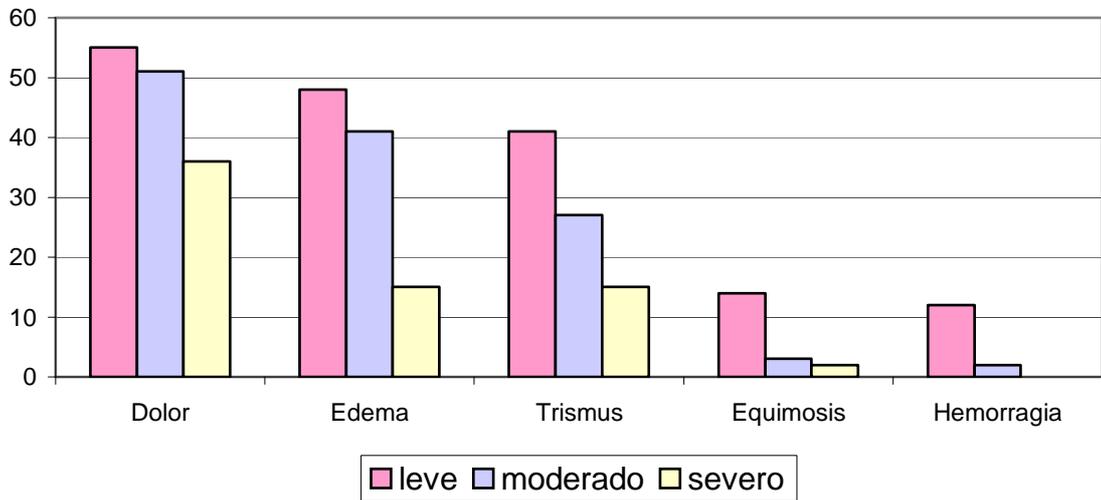
Complicaciones que se presentan durante las 72 horas después del tratamiento y a la semana. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Calderón Guardia. Febrero – Abril 2004.

Complicaciones	a las 72 horas	a la semana
Dolor	142	5
Leve	55	2
Moderado	51	2
Severo	36	1
Edema	104	19
Leve	48	8
Moderado	41	10
Severo	15	1
Trismus	83	13
Leve	41	4
Moderado	27	6
Severo	15	3
Equimosis	19	8
Leve	14	5
Moderado	3	1
Severa	2	2
Hemorragia	15	0
Leve	13	0
Moderada	2	0
Severa	0	0
Hematoma	0	3
Leve	0	2
Moderado	0	1
Severo	0	0
Alveolitis	0	13
Seca	0	9
Contaminada	0	4
Parestesia	1	1

Fuente: Encuesta a pacientes

Gráfico 4

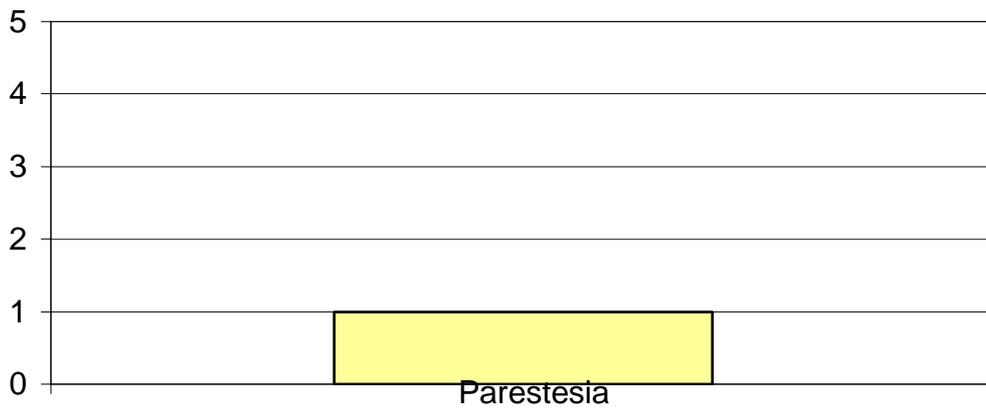
Complicaciones presentadas por los pacientes a las 72 horas posteriores al tratamiento



Fuente: Tabla 7

Gráfico 5

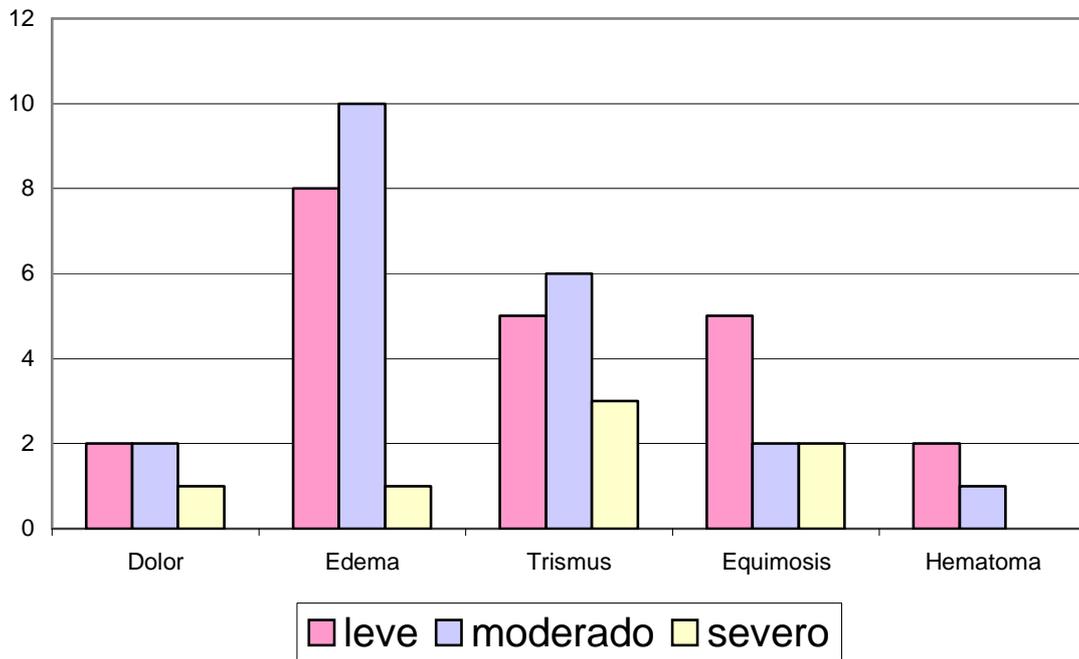
Complicaciones presentadas por los pacientes a las 72 horas posteriores al tratamiento (parestesia)



Fuente: Tabla 7

Gráfico 6

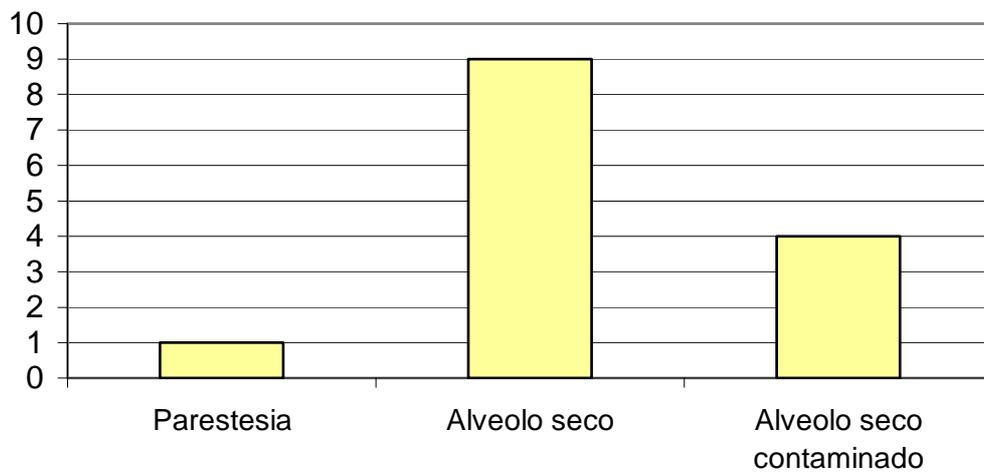
Complicaciones presentadas por los pacientes a la semana del tratamiento



Fuente: Tabla 7

Gráfico 7

**Complicaciones presentadas por los pacientes a la semana del tratamiento
(Parestesia y Alveolitis)**



Fuente: Tabla 7

La aparición del dolor, consecutivo a la extracción quirúrgica es relativamente normal, se presenta de moderado a severo 24 a 48 horas después de la cirugía y leve a partir del tercer día, lo cual es una respuesta muy normal, y en este caso podemos observar en la tabla 7, gráficos 4, 5, 6 y 7, que efectivamente el índice de dolor tanto leve, moderado y severo fueron los más altos en comparación a las demás complicaciones. (Raspall, G. 1994:184; Donado, M. 1998:196) Esta complicación que se presenta con más frecuencia antes de las 72 horas es una respuesta del organismo a un tratamiento quirúrgico, el dolor que más se observa es el leve y moderado, el 69% del total de casos estudiados lo refieren, solo 36 pacientes manifiestan sentir dolor severo. A la semana el dolor severo persiste en un paciente, el dolor moderado y leve se mantiene en 2 pacientes respectivamente.

La segunda complicación en orden de frecuencia es el edema, en las primeras 72 horas 104 pacientes lo presentan , de estos el 85.6% muestran edemas leves y moderado, a la semana esta complicación se reduce a 19 pacientes.

El Trismus es la tercera complicación en orden de frecuencia en las 72 horas posterior a la exodoncia, lo presentan 83 pacientes y de estos el 82% son trismus leves a moderados. A los 8 días solo 13 pacientes lo presentan, manteniendo una proporción similar a las de las 72 horas de moderados a leves.

La equimosis es una complicación que se observa con poca frecuencia, 19 en las primeras 72 horas y a la semana persisten solo 9 pacientes con esta complicación. 15 pacientes presentaron hemorragias que fueron resueltas antes de las 72 horas.

El hematoma es una complicación que se presentó solo en 3 pacientes evaluados a la semana y fue una consecuencia de la hemorragia que estos presentaron.

El alvéolo seco y el seco contaminado es una complicación que se presentó en 13 pacientes que fueron evaluados a la semana, esta es una complicación que por el tiempo que lleva de evolución no es posible detectarla en las primeras 72 horas.

Un paciente presentó parestesia cuando se evalúa a las 72 horas y esta se mantiene aún a la semana.

Resumiendo las complicaciones que se observaron con mas frecuencias en los pacientes estudiados fueron

- Dolor
- Edema
- Trismus

- Con poca frecuencia pero muy importantes por las consecuencias que pueden traer se observa la hemorragia y la alveolitis.
- La parestesia aunque se presenta en un solo caso se desataca por la inquietud y molestia que provoca en el paciente

Para alcanzar el objetivo 5 se describe la relación entre el nivel de información que presentan los pacientes estudiados sobre los cuidados a seguir posterior a extracciones quirúrgicas y el tipo de complicaciones post extracción que se observan a las 72 horas y a la semana de realizado el tratamiento

La tabla 8 y los gráficos 6 y 7 muestran estas relaciones.

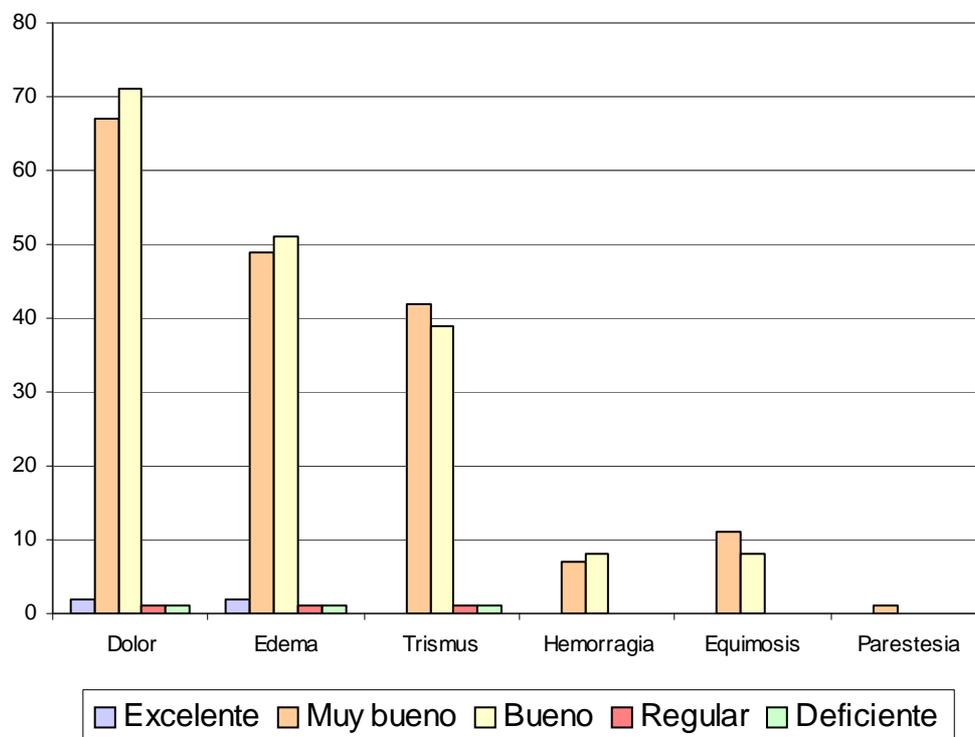
Tabla8

Distribución de los pacientes estudiados según la complicación que presentan y el nivel de información sobre los cuidados a seguir post extracción quirúrgica que poseen. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Calderón Guardia. Febrero – Abril 2004.

Complicaciones	A las 72 horas					A la semana						
	Exc.	MB	B	Reg.	Def.	Total	Exc.	MB	B	Reg.	Def.	Total
Dolor	2	67	71	1	1	142	0	4	1	0	0	5
Edema	2	49	51	1	1	104	0	10	9	0	0	19
Trismus	0	42	39	1	1	83	0	9	4	0	0	13
Equimosis	0	11	8	1	1	19	0	5	3	0	0	8
Hemorragia	0	7	8	0	0	15	0	0	0	0	0	0
Hematoma	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3
Alveolitis	0	0	0	0	0	0	0	7	5	0	1	13
Parestesia	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1

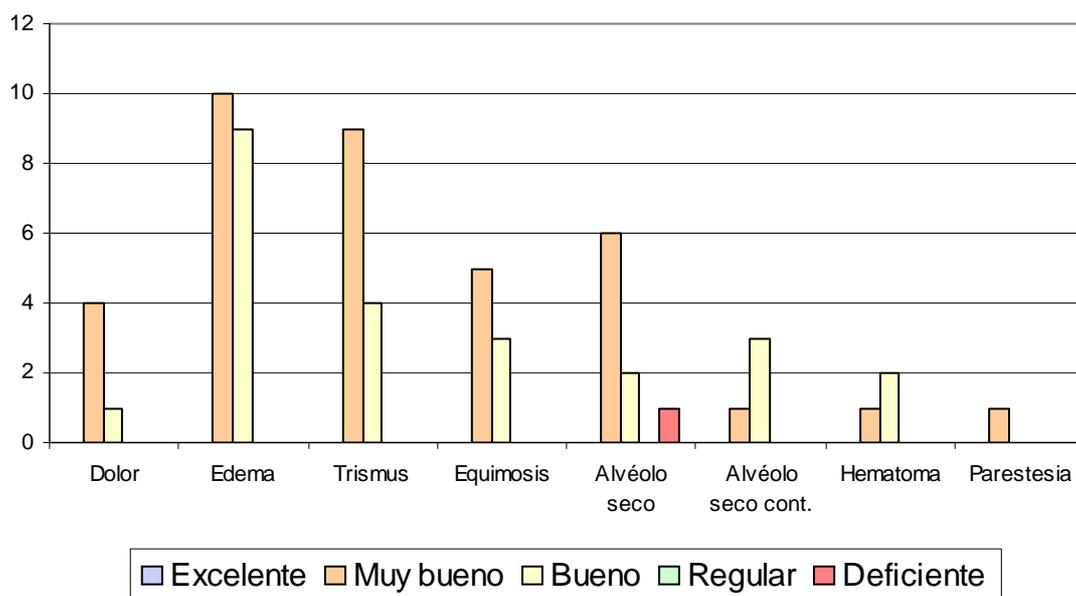
Fuente: Encuesta a pacientes

Gráfico 8
Nivel de información por tipo de complicación presentada a las 72 hrs.



Fuente: Tabla 8

Gráfico 9
Nivel de información por tipo de complicación presentada a la semana



Fuente: Tabla 8

La tabla 8, Gráficos 6 y 7, muestran que, cuando se pretende establecer alguna asociación entre el nivel de información de los métodos para prevenir complicaciones post extracciones quirúrgicas que tienen la muestra de pacientes estudiados y las complicaciones que se presentaron, se observa que aunque existe un porcentaje alto de pacientes con niveles de información evaluados de buenos a excelente, no se pudieron evitar las complicaciones descritas como dolor, edema, trismus y equimosis. Entendamos que estas son complicaciones que se producen como reacciones del organismo a injurias que recibe y una intervención quirúrgica por muy controlada que esté, genera laceración de tejidos blandos y duros (hueso) con su correspondiente respuesta tisular.

En la hemorragia y su consecuencia, el hematoma, si es importante el nivel de información que tengan los pacientes para prevenirla como por ejemplo, mantener una gasa estéril húmeda directamente sobre el alvéolo, no realizar ejercicios o movimientos bruscos, no escupir durante las primeras 12 horas, no aspirar cigarrillos ni succionar con pajilla ya que esto crea presión negativa, no enjuagarse, entre otros. (Peterson, L. 1998: 249-250) Con respecto a esta variable se observa que solo 15 pacientes con niveles de información buenos y muy buenos la padecieron en las primeras 72 horas y fueron contenidas en este período de tiempo.

La alveolitis es una complicación que se observó con poca frecuencia, 13 pacientes la refieren en la evaluación realizada a la semana, la presentaron pacientes con niveles de información buenos, muy buenos y un paciente con niveles de información deficientes.

La parestesia se presenta en un solo paciente y este tiene niveles de información evaluados como muy buenos, esta es una complicación que depende más de la técnica quirúrgica que del nivel de información que en materia de prevención pueda tener el paciente.

Para obtener resultados consistentes con el objetivo 6 se describen las relaciones que pueden existir entre el cumplimiento que hacen los pacientes estudiados de las indicaciones que hacen los odontólogos sobre los cuidados post extracción quirúrgica y las complicaciones presentadas. Para lograr este análisis se presenta la tabla 9 y los gráficos 8 y 9.

Tabla 9

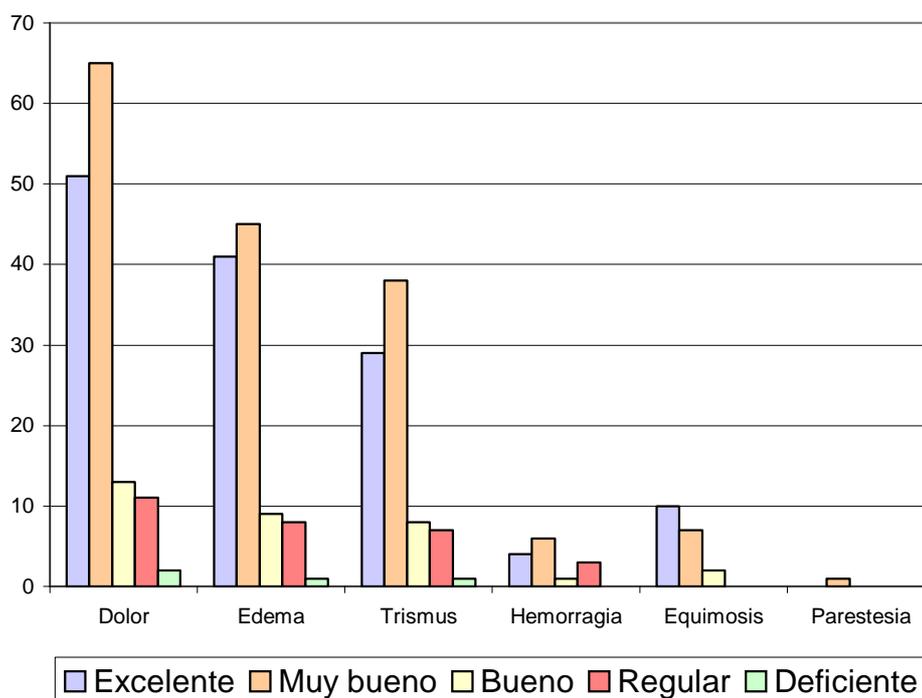
Distribución de los pacientes estudiados según el cumplimiento de las indicaciones del odontólogo y las complicaciones que presentan. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Calderón Guardia. Febrero – Abril 2004

Complicaciones	A las 72 horas					A la semana						
	Exc.	MB	B	Reg.	Def.	Total	Exc.	MB	B	Reg.	Def.	Total
Dolor	51	65	13	11	2	142	2	2	0	0	1	5
Edema	41	45	9	8	1	104	6	10	1	1	1	19
Trismus	29	38	8	7	1	83	5	8	0	0	0	13
Equimosis	10	7	2	0	0	19	4	3	2	0	0	9
Hemorragia	4	6	2	3	0	15	0	0	0	0	0	0
Hematoma	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3
Alveolitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
Parestesia	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1

Fuente: Encuesta a pacientes y odontólogos.

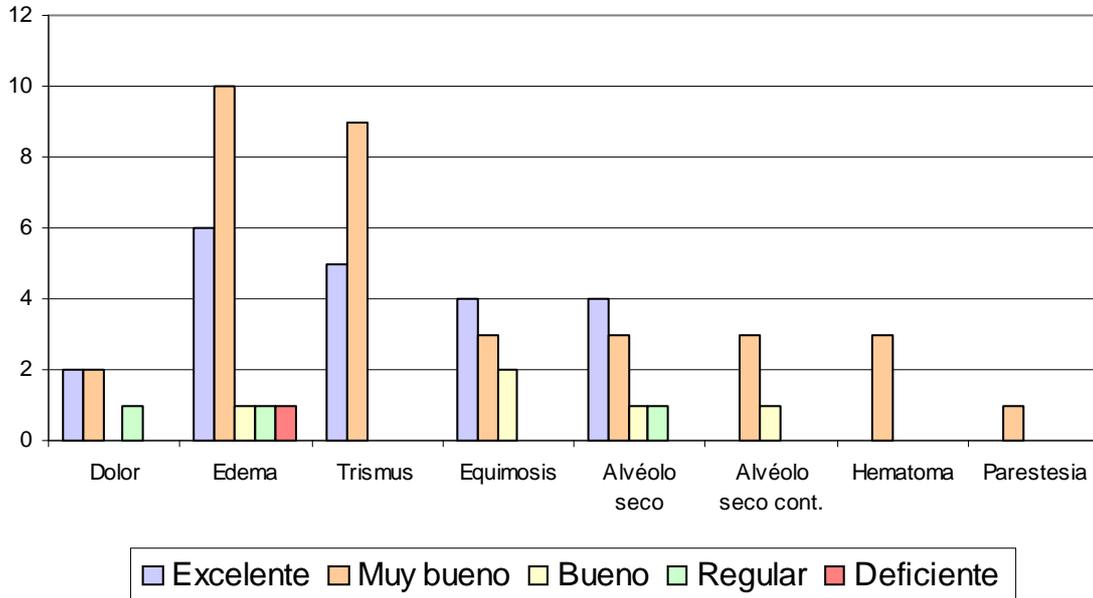
Gráfico 10

Complicaciones presentadas por los pacientes a las 72 hrs. según el seguimiento de las indicaciones



Fuente: Tabla 9

Gráfico11
Complicaciones presentados por los pacientes a la semana según el seguimiento de las indicaciones



Fuente Tabla 9

En la tabla 9, Gráficos 8 y 9 se muestra la relación que existe entre el cumplimiento que hacen los pacientes estudiados de las recomendaciones del odontólogo para el post operatorio en exodoncias quirúrgicas.

En el dolor se observa una reducción de un 89% (142 pacientes que lo presentaron en las primeras 72 hrs. a 5 pacientes a la semana), esta complicación como se ha planteado en el análisis de la tabla 8, si bien es prácticamente inevitable en las primeras horas posteriores a la cirugía, depende su reducción de un buen seguimiento de las indicaciones que hace el paciente. Por lo general, los mayores cuidados que debe tener un paciente es durante las primeras horas ya que esto va a repercutir en consecuencias más serias en los días siguientes.

De igual forma ocurre con otras complicaciones como el edema, el trismus y la equimosis que son muy frecuente en las primeras horas del post operatorio, sin embargo se puede observar en la tabla 9 que ocurre una disminución considerable de los casos a la semana de evaluado, esto por el seguimiento que se hace de las indicaciones del odontólogo

De las 15 hemorragias que se presentaron en las primeras 72 horas , 10 ocurren en

pacientes que siguieron las indicaciones de excelente a muy buena, en estos casos se valora la posibilidad de algún tipo de discrasia sanguínea o que estaban tomando algún medicamento que funcionan como antiagregantes plaquetarios, 2 pacientes siguieron las indicaciones de forma buena y 3 pacientes las siguieron de forma regular en estos últimos se explica la complicación por no seguir adecuadamente las instrucciones del profesional. Sin embargo a la semana de evaluado ninguno presentó esta complicación lo que nos da a entender que una vez consultado el problema con el odontólogo, reforzadas las indicaciones y cumplidas por el paciente, el problema quedaba resuelto.

La alveolitis se presentó en 13 casos a la semana de evaluados, la mayoría de los pacientes que la presentaron al momento de la evaluación a la semana, tenían tratamientos específicos indicados, pero como esta complicación necesita de un tiempo de evolución de 7 a 10 días, no se pudo precisar el cumplimiento de las indicaciones. Solamente en un caso, una paciente que presentó alveolitis, refirió haber fumado e ingerido anticonceptivos orales durante la semana los cuales son dos factores influyentes en la aparición de la alveolitis de los que habla la bibliografía actual. (www.iztacala.unam.mx/temas/foropaea/35TCD051b.htm 2002)

Igual sucedió con la parestesia. Se presentó en un paciente que su cumplimiento de las indicaciones es evaluado como muy bueno, sin embargo por ser esta una complicación que necesita de un tiempo relativamente prolongado para su resolución no se pudo precisar el cumplimiento de las indicaciones.

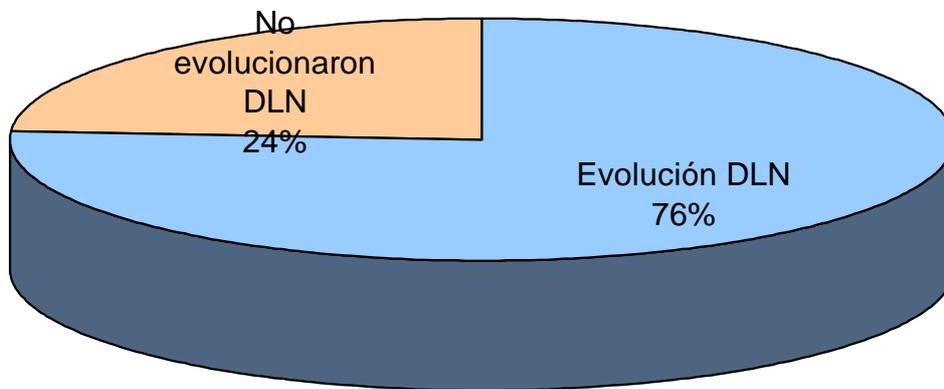
Para alcanzar el objetivo 7 se realiza un análisis de la evolución que tienen los pacientes a la semana de evaluado, para este propósito se presenta la tabla 10 y el gráfico 7

Tabla 10

Distribución de los pacientes estudiados según la evolución a la semana del tratamiento. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital. Calderón Guardia. Febrero – Abril 2004.

Evolución a los 8 días	No. de pacientes	%
Dentro de límites normales	117	76
Con complicaciones	37	24
Total	154	100

Gráfico 12
Evolución de los pacientes a la semana de evaluados



Fuente : Tabla 10

La tabla 10, gráfico 7 muestra el comportamiento de la evolución del paciente con extracciones quirúrgicas a la semana de evaluado. En sentido general hay una buena evolución ya que el 76 % de los casos estudiados se encuentra en ese momento dentro de límites normales, el concepto dentro de los límites normales se refiere a edema ausente o si lo hay es mínimo, ausencia de exudado, paciente afebril, sin equimosis, ni trismus, coágulo estable (en resumen: ausencia de indicios de un cuadro infeccioso o que revele algún tipo de complicación), la herida debe estar libre de restos alimenticios. El paciente sin dolor o si presenta alguna molestia, ésta debe ser leve (ésta es la parte subjetiva del paciente (Hernández, A. 2004). Solo 37 pacientes, que constituyen el 24% persisten con complicaciones, dentro de estos se encuentran los 13 casos de alveolitis y la parestesia que por el tiempo que necesitan para su evolución, una semana es insuficiente para evaluarlos.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Del análisis e interpretación de los resultados se obtienen las siguientes conclusiones.

1.- La muestra de pacientes estudiados está conformada por 154 personas relativamente jóvenes, con una edad promedio de 24.7 años cumplidos y una distribución por sexo de un 35% para el masculino y un 65% femenino.

2.- La calidad de los hábitos de higiene oral de los pacientes estudiados se puede calificar de cómo buena, atendiendo a los siguientes criterios.

- 85% se cepillan los dientes tres o más veces al día
- 62% utilizan una técnica de cepillado correcta
- 66% utiliza ocasionalmente o casi siempre enjuagues bucales
- 92% se cepillan la lengua siempre o casi siempre

3.- El nivel de información de los pacientes acerca de las indicaciones por seguir después de una extracción quirúrgica se evalúan con base en 23 preguntas que se les hacen sobre estos aspectos. Las respuestas indican que el 97.5% tienen niveles de información calificados muy buenos a buenos.

4.- La evaluación del seguimiento que hacen los pacientes estudiados a las indicaciones del odontólogo posterior a las extracciones quirúrgicas se miden por las observaciones que se realizan sobre 21 aspectos relacionados con este ítem. El 90% de los pacientes son calificados de excelentes a buenos.

5.- El dolor post operatorio, el edema y el trismus, (en ese orden), son las tres complicaciones que se observan con más frecuencia en las 72 horas posteriores a las extracciones quirúrgicas. La equimosis se observa con poca frecuencia a las 72 horas.

6.- La hemorragia también se observa con poca frecuencia a las 72 horas, 9.7% y todas son resueltas en este período. Se observan 3 pacientes con hematomas a la semana de evaluado, éstas como consecuencia de la hemorragia.

7.- El alvéolo seco y contaminado se presentó en 13 pacientes evaluados a la semana de la extracción quirúrgica. Esta complicación a pesar de ser poco frecuente (8.4% de los casos), por lo dolorosa y molesta la convierten en una complicación importante.

8.- La parestesia se presentó en un solo paciente. Se observa a las 72 horas de evaluado y persiste a la semana. Esta complicación a pesar de ser tan importante no es relevante desde el punto de vista estadístico.

9.- Ante niveles de información evaluados como buenos no debiera existir un número elevado de complicaciones. Sin embargo, el dolor, el edema y el trismus son complicaciones “casi inevitables”, el nivel de información lo que hace es disminuir su intensidad, como ocurre en nuestro estudio.

10.- Los resultados obtenidos son consistentes con la relación entre complicaciones tales como la hemorragia y la alveolitis, y el nivel de información de cuidados post-operatorios. Se observan pocos casos de estas dos complicaciones.

11.- Se observa una alta consistencia entre la disminución de las complicaciones y el cumplimiento que hacen los pacientes de las indicaciones post operatorias del odontólogo. El dolor, el edema y el trismus se reducen considerablemente a la semana, esto se considera que es por un buen cumplimiento de las indicaciones.

12.- La poca incidencia de hemorragias y su resolución en las primeras 72 horas, igualmente se debe a un buen cumplimiento de indicaciones.

13.- Se considera que los pacientes estudiados desarrollan una buena evolución posterior a las extracciones quirúrgicas. A la semana de evaluados el 76% se encuentran dentro de los límites normales. Trece pacientes con alveolitis y el caso de parestesia persisten a la semana de evaluados.

5.2 RECOMENDACIONES

- 1.- Realizar un estudio similar en otro medio y ante una población con diferente nivel socio económico y cultural con el propósito de evaluar como actúan estas variables en el nivel de información y cumplimientos de indicaciones de los pacientes.

- 2.- Evaluar en los pacientes, cómo obtienen información acerca de los cuidados post-quirúrgicos y analizar la influencia de los medios de comunicación, las instituciones del estado y los odontólogos en capacitarlos.

- 3.- Estudiar con más profundidad la etiología, mecanismos de prevención y tratamiento de complicaciones como la hemorragia, el alvéolo seco y contaminado y la parestesia.

- 4.- Publicar los datos en un artículo científico en una revista afín.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Donado, M. Cirugía bucal. Editorial Masson. Barcelona, España. 1998.
2. Peterson, L. Oral and Maxillofacial Surgery. Editorial Mosby. Missouri, United States of America. 1998.
3. Kruger, G. Cirugía BucoMaxilofacial. Editorial Médica Panamericana. México, D.F.. 2000.
4. Raspall, G. Cirugía Oral. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España. 1994.
5. Harris, N. y García, F. Odontología Preventiva Primaria. Editorial El Manual Moderno. México, D.F.. 2001.
6. Hernández, R y otros. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill. México D.F. 1998.
7. Jablonsky, S. Diccionario Ilustrado de Odontología. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 1992.
8. Revista Odontología Vital. Universidad Latina de CR. San José, Costa Rica. 2003.
9. Mora, M y Madrigal, G. Evaluación de la gingivitis y el uso de los métodos coadyuvantes de higiene bucodental. San José, Costa Rica. 2002.
10. El Manual de Merck de Diagnóstico y Terapéutica. Grupo Editorial OCEANO. Barcelona, España. Decimosexta edición original, 1994.
11. Méndez, C. Metodología de la Investigación para el Estudio Práctico. Argentina. 1988.

12. López Arranz, J. Cirugía Oral. Editorial Mc Graw Hill. Madrid, España. 1991.
13. Colby, R. The general practitioners perspective of the etiology, prevention and treatment of dry socket. General Dentistry. 1997.
14. Vezeau, P. Dental extraction wound management: medicating postextraction sockets. J Oral and Maxillofacial Surgery. 2000.
15. www.iztacala.unam.mx/temas/foropaea/35TCD05Ib.htm
16. www.odontocat.com/dentcolca.htm
17. Anuario Estadístico 2000. Departamento de Estadística, Caja Costarricense del Seguro Social.
18. Rodríguez, F. Cirugía de Terceros Molares. San José, Costa Rica. 1998.
19. Bijou, S. y Baer, D. Psicología del desarrollo infantil. México, D.F. 1975.
20. Entrevista al Dr. Alejandro Hernández Vargas. San José, Costa Rica. 2004.

ANEXO N° 1

N°: _____

Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología

Facultad de Odontología

Proyecto Final de Graduación: “Comportamiento de los pacientes y las complicaciones posteriores a una extracción quirúrgica”

Boleta de aceptación de participación en el estudio.

Estimado paciente:

Por este medio le solicitamos su aprobación para participar en el proyecto de investigación realizado por la estudiante Karina Solano Jiménez para optar por el grado de licenciatura en odontología.

A continuación se le realizará una entrevista previa a su tratamiento dental en este caso extracción, y ocho días después se le realizará una segunda entrevista. Este estudio es con fines investigativos únicamente, en el cual requerimos de su colaboración y le rogamos cumplir con la cita asignada y contestar con la mayor honestidad posible.

Muchas gracias.

Yo _____, estoy de acuerdo de participar en este estudio y acepto cumplir con la asistencia a la próxima cita y ser completamente honesto(a). Firma: _____. Cédula: _____.

Fecha: _____.

1ª y única Cita: Fecha: _____. Firma: _____.

Nota: La información anterior es confidencial y con fines investigativos únicamente. Se le recuerda que usted obtendrá el mayor beneficio en su salud oral.

Muchas Gracias.

ANEXO N° 2

Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología
 Facultad de Odontología
 Proyecto final de graduación: "Comportamiento de los padres y las complicaciones
 postoperatorias a una extracción quirúrgica"

Entrevista # 1 Dirigida a los pacientes

Fecha: _____ Sujeto N°: _____
 ¿Cuál es su nombre? _____
 # Expediente: _____

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?

2. Sexo: 1) Femenino 2) Masculino
3. ¿Cuántas veces al día se cepila los dientes?
1) Más de 3 2) 3 veces 3) 2 veces 4) 1 vez
4. ¿Cómo se lava usted los dientes?
   Correcto 
 1) Técnica Correcta 2) Técnica Incorrecta
5. ¿Alguien le ha explicado antes cómo lavarse los dientes?
1) Sí 0) No
6. ¿Utiliza usted el hilo dental?
1) Siempre 2) Casi siempre 3) A veces 4) Casi nunca 5) Nunca
7. ¿Le han explicado cómo usar el hilo dental?
1) Sí 0) No
8. ¿Utiliza usted enjuague bucal?
1) Siempre 2) Casi siempre 3) A veces 4) Casi nunca 5) Nunca
9. ¿Utiliza usted pasta dental?
1) Siempre 2) Casi siempre 3) A veces 4) Casi nunca 5) Nunca
10. ¿Se cepilla usted la lengua?
1) Siempre 2) Casi siempre 3) A veces 4) Casi nunca 5) Nunca

11. Le voy a leer una serie de recomendaciones que deben o no realizarse después de una extracción quirúrgica. Usted me va a decir cuáles son correctas y cuáles no.

- | | 1) Sí | 0) No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| * Tomar algo frío | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Morder una gaza durante 30 min | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Enjuagarse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Comer inmediatamente después | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Tomar algo caliente (como una sopa) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Acostarse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Escupir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Succionar con la lengua en el área | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Dormir con la cabeza más arriba que los pies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Ponerse pañuelos fríos por fuera de la mejilla del lado de la cirugía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Ponerse pañuelos calientes por fuera de la mejilla del lado de la cirugía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Enjuagarse suavemente a partir del día siguiente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Lavar y cepillar con cuidado antes de 24 horas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Hacer ejercicios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Ingerir alcohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Hacer enjuagues con algún antiséptico oral 24 ó 48 horas después | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * En caso de hemorragia colocarse sal en el área | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Tomar leche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Comer arroz o cosas granuladas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Comer frijoles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * En caso de hemorragia colocarse una gaza o bolita de teñida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Dieta blanda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. ¿Podría darme un N° de teléfono donde pueda localizarlo?
 Otro: _____

ANEXO N° 3

Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología
 Facultad de Odontología
 Proyecto final de graduación: "Comportamiento de los pacientes y las complicaciones
 posteriores a una extracción quirúrgica"

Entrevista # 2 Dirigida a los pacientes

Fecha: _____

Sujeto: N°

Cuál es su nombre?

1. ¿Cómo se ha sentido después de la cirugía?

1 Bien

2 Mal

¿Qué le pasó? _____

¿Qué siente en este momento?

2. De las siguientes recomendaciones, cuáles fueron indicadas a usted por parte del odontólogo el día de la cirugía y cuáles siguió?

	Odontólogo		Paciente	
	1 Sí	2 No	1 Sí	2 No
* Morder una gaza durante 30-60 min, después de la cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Tomar algo frío después de la cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* No tomar nada caliente después de la cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* No enjuagarse después de la cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* No escupir después de la cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* No Fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* No ingerir alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* No comer inmediatamente después de la extracción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* No comer frijoles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* No tomar leche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* No comer arroz o cosas granulosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* No exponerse al sol los primeros días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Hacer enjuagues con algún antiséptico oral 24 ó 48 hrs desp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* No succionar con la lengua en el área	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Ponerse pañitos fríos por fuera de la mejilla del lado de la extracción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* No hacer ejercicios los primeros días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Dormir con la cabeza más arriba que los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Dieta blanda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Enjuagarse suavemente a partir del día siguiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* En caso de hemorragia colocarse una gaza o una bolsita de té fría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Lavar y cepillar con cuidado antes de 24 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO N° 4

N°: _____

Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología

Facultad de Odontología

Proyecto Final de Graduación: “Comportamiento de los pacientes y las complicaciones
posteriores a una extracción quirúrgica”

Hoja de registro

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Diagnóstico: _____

Dx Diferencial: _____

Firma del Doctor: _____