

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



***“EVALUACIÓN DE REACCIONES CONDUCTUALES Y LA FRECUENCIA DE
COMPLICACIONES DE LA EXODONCIA EN FASE POST OPERATORIA EN
PACIENTES DE 20 – 59 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UPT - PERIODO NOVIEMBRE 2009 A ENERO 2010”***

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE PROFESIONAL DE:
CIRUJANO –DENTISTA**

BACH: ELIZENDA ORIANA LAURA ATENCIO

**TACNA – PERU
2010**

INDICE

Contenido	Índice
Introducción.....	1
Capítulo I.....	3
❖ El problema de la investigación.....	3
➤ 1.1. Fundamentación del Problema.....	4
➤ 1.2. Formulación del Problema.....	5
➤ 1.3. Objetivos de la Investigación.....	5
✓ Objetivo General.....	5
✓ Objetivo Específicos.....	6
➤ Justificación.....	6
➤ Definición de términos básicos.....	7
Capítulo II.....	9
❖ Revisión Bibliográfica.....	9
➤ Antecedentes de la Investigación.....	10
✓ Internacionales.....	10
✓ Nacionales.....	15
➤ Marco Teórico.....	17
Capítulo III.....	39
❖ Hipótesis , variables y definiciones operacionales.....	39
➤ 3.1. Hipótesis.....	40
➤ 3.2. Variables e Indicadores.....	40
✓ 3.2.1. Variables Independiente.....	40
✓ 3.2.2. Variables Dependientes.....	40
✓ 3.2.3. Variables Intervenientes.....	40
➤ 3.3. Operacionalización de las Variables.....	41
Capítulo IV.....	42
❖ Metodología de la Investigación.....	42
➤ 4.1. Diseño de Investigación.....	43
➤ 4.2. Ámbito de estudio.....	43
➤ 4.3. Población y Muestra.....	43
✓ 4.2.1. Criterios de Inclusión.....	43
✓ 4.2.2. Criterios de Exclusión.....	43
➤ 4.4. Instrumento de Recolección de Datos.....	44
Capitulo V.....	45
❖ Procedimiento de Análisis de Datos.....	45

Capítulo VI.....	46
✓ Resultados e Interpretación.....	47
Capítulo VII.....	80
✓ Discusión.....	80
Capítulo VIII.....	84
➤ Conclusión.....	84
➤ Recomendación.....	85
➤ Bibliografía.....	86
➤ Anexos I.....	91
➤ Anexo II.....	92

DEDICATORIA

A mis padres, Angelina Atencio y Felix Laura quienes me enseñaron desde pequeña a luchar para alcanzar mis metas. Mi triunfo es el de ustedes quienes me brindaron su amor, su estímulo y su apoyo constante. Por su cariño, comprensión y paciente espera para que pudiera terminar mis estudios son evidencia de su gran amor.

A mis hermanos Edinson y Nilson por que los quiero mucho.

A mis amigas y amigos que nunca dudaron que lograría este triunfo, gracias por todos sus ánimos.

AGRADECIMIENTO

A todos los docentes de la escuela profesional de odontología quienes me han formado profesionalmente.

A mi asesor C.D. Gustavo Allasi T. quien me ayudo a elegir y guio con sus conocimientos para realizar la presente investigación.

A mis compañeros de clase por sus fuerzas y ánimos durante toda nuestra vida universitaria.

INTRODUCCIÓN

En la actividad profesional del Odontólogo es necesario conocer las diferentes reacciones conductuales de los pacientes con el objetivo de contrarrestar las complicaciones post operatorias y cumplir con las exigencias propias de la carrera permitiendo un servicio de calidad.

Dada la importancia que tiene la conducta de los pacientes, y sabiendo que cada uno de ellos piensa, siente y reacciona de distinta manera. Es necesario conocer las diferentes reacciones que puedan adoptar los pacientes.

Las complicaciones post-operatorias en la cirugía bucal son de gran importancia debido a que como consecuencia de ellas, pueden presentarse inconvenientes en la recuperación del paciente.

Esto es importante ya que la cirugía bucal es un procedimiento que realiza en pacientes ambulatorios y salvo contadas excepciones, requiere ser hospitalizado.

Las complicaciones surgen de los errores de criterio, el mal uso de los instrumentos, el ejercicio de fuerzas extremas y cuando no se logra obtener una correcta visualización antes de actuar. Una serie de accidentes principalmente mecánicos producidos por el traumatismo que implica una exodoncia puede afectar el resto de los dientes, los maxilares, la mucosa bucal, los elementos vasculares y nerviosos de la cavidad bucal.

Tenemos como propósito ayudar a que el alumno de odontología tenga un trato individualizado para cada uno de los pacientes, logrando conseguir un cambio positivo en la relación Paciente - Operador.

Por ello es que la presente investigación titulada: “EVALUACIÓN DE REACCIONES CONDUCTUALES Y LA FRECUENCIA DE COMPLICACIONES DE LA EXODONCIA EN FASE POST OPERATORIA EN PACIENTES DE 20 – 59 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT - PERIODO NOVIEMBRE 2009 A ENERO 2010”, nos permitirá conocer el tipo de reacciones conductuales que tienen los pacientes de 20 a 59 años que asisten a la clínica odontológica de la UPT, producto de la frecuencia de complicaciones de la exodoncia en la fase post operatoria.

Nuestra investigación ha sido organizada en cinco (05) capítulos de acuerdo a los parámetros establecidos por nuestra universidad de la siguiente manera:

En el capítulo I; el Problema de Investigación, en ella fundamentamos y formulamos el problema, planteamos los objetivos y justificamos nuestro trabajo.

El capítulo II; revisión Bibliográfica, en donde presentamos algunos antecedentes de investigación y el marco teórico.

En el capítulo III; hipótesis, Variables y Definiciones Operacionales.

El capítulo IV; metodología de la Investigación: Anotamos el tipo de diseño, población y muestra, los criterios de inclusión y exclusión, y los instrumentos de recolección de datos utilizados.

En el capítulo V; procedimientos de Análisis de Datos.

En el capítulo VI; resultados estadísticos.

En el capítulo VII; discusión y VIII conclusión y recomendación.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La extracción dentaria debe ser un acto quirúrgico con un estudio previo, no todas las exodoncias son iguales y las situaciones cambian en cada paciente, las hay muy fáciles y otras que son muy complicadas y frecuentemente suceden las complicaciones de la extracción.

Teniendo en cuenta que toda cirugía bucal conlleva en la fase post operatoria a un estado de convalecencia que se manifiesta en reacciones conductuales las que se presentan como una disminución de las capacidades de adaptación hacia el trabajo así como una evidente dificultad en sus capacidades intelectuales en lo referente a la comprensión aplicación y evaluación de la información y por otro lado también se observa que se encuentra alteradas las reacciones afectiva en lo referente a sus emociones y sentimientos así como en el desplazamiento y movimiento psicomotor.

Toda cirugía puede acompañarse de una complicación post operatoria que repercute negativamente en la evolución satisfactoria del paciente interfiriendo en el proceso normal de cicatrización y repercusión post quirúrgica, por lo tanto retarda a integrarse a sus actividades cotidianas.

Por esta razón abordamos este problema que se evidencia en la práctica profesional odontológica la cual permite aconsejar a los pacientes a comprender que esta es una fase muy importante en la recuperación de la salud y que a la vez sirva de pautas y de consulta para profesionales de la salud interesados en indagar sobre el problema planteado.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Después de lo expresado anteriormente, formulamos las siguientes interrogantes:

a. Problema principal

¿Cuál será el resultado de la evaluación de reacciones conductuales y la frecuencia de complicaciones de la exodoncia en fase post operatoria en pacientes de 20 - 59 años de edad que asisten a clínica odontológica de la UPT - periodo Noviembre 2009 a Enero 2010?

b. Interrogantes básicas

- ¿Cuáles serán las complicaciones post operatorias más frecuentes que se presentan en exodoncias evaluadas clínicamente?
- ¿Cómo se manifiestan las reacciones psicomotoras, emocionales, cognitivas y fisiológicas de los pacientes que son sometidos al tratamiento post operatorio de la exodoncia?
- ¿Cuál será la relación de las reacciones psicomotoras emocionales, cognitivas y fisiológicas de los pacientes de acuerdo a la edad y género?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar las reacciones conductuales y la frecuencia de complicaciones de la exodoncia en fase post operatoria en pacientes de 20–59 años de edad que asisten a clínica odontológica de la UPT – periodo Noviembre 2009 a Enero 2010.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer las complicaciones post operatorias más frecuentes que se presentan en exodoncias evaluadas clínicamente.
2. Identificar las reacciones psicomotoras, emocionales, cognitivas y fisiológicas de los pacientes que son sometidos al tratamiento post operatorio de la exodoncia.
3. Relacionar las reacciones psicomotoras emocionales, cognitivas y fisiológicas de los pacientes de acuerdo a la edad y género.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La investigación pretende abordar en forma objetiva y precisa las reacciones conductuales en los pacientes que asisten al tratamiento de exodoncia y se evaluará la fase post operatoria en la clínica odontológica de la UPT.

Nos permitirá identificar signos y síntomas así como las reacciones conductuales que manifestaron los pacientes en la fase post operatoria y de esta manera se planteará técnicas terapéuticas adecuadas. También el paciente debe tomar conciencia y asumir su rol en los cuidados personales que deben tener en cuenta en la conservación preservación y rehabilitación de su salud.

Permitirá conocer la caracterización de los pacientes que frecuentemente asisten por exodoncia dental. En el paciente orientar e instruir sobre el cuidado de salud bucal, planificar de forma adecuada las necesidades de tratamiento para casos futuro.

En la actualidad se desconoce la frecuencia de complicaciones post – operatorias que se presentan en la clínica odontológica de la UPT.

1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

a. Exodoncia dental:

La exodoncia dental es aquella parte de la cirugía maxilofacial o bucal que se ocupa, mediante técnicas e instrumentales adecuados, de practicar la avulsión o extracción de un diente o porción del mismo, del lecho óseo que lo alberga.

(1 www.portalesmedicos.com)

b. Reacción conductual:

Es el acto realizado como reacción ante un estímulo. Este acto incluye el pensamiento, movimientos físicos, expresión oral y facial, respuestas emocionales. (2 Vicente E, 2007)

c. Cirugía bucal:

Es el diagnóstico y tratamiento quirúrgico y coadyuvante de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares y regiones adyacentes. (3 M. Donado, 2002)

d. Fase post operatoria de la exodoncia:

Período de cuidados que comienza cuando el paciente termina la cirugía dental, tiene el propósito de complementar las necesidades psicológicas y físicas directamente después de la cirugía. (4 José Luis Gutiérrez, 2005)

e. Complicaciones y accidentes post operatorios de la exodoncia:

(5 www.sld.cu,2008)

Urgencias en estomatología, pueden ocurrir antes, durante y después de la realización del acto quirúrgico.

- De acuerdo a la causa que los origina clasificadas en:
 - Intrínsecas: ocurren dentro de la intervención quirúrgica.
 - Extrínseca: depende del operador y el paciente.
- De acuerdo al tiempo de evolución :
 - Inmediatas: que afectan tejidos duros, blandos y piezas dentarias.
 - Mediatas: como alveolitis o hemorragia pero que suele ocurrir pasadas unas horas y que el operador diagnostica de acuerdo a los síntomas.

CAPITULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- Internacionales

Título: "Complicaciones de la extracción dentaria en pacientes atendidos en el Consultorio Odontológico INCE .San Felipe. Yaracuy".

Año y Lugar: 2008- Venezuela

Autor: Moyra de la Caridad Ramírez Siret.

Conclusión:

- El 55% de la población que presentaron complicaciones en la extracción dentaria perteneció al sexo femenino y el 45 % al masculino. Factor riesgo de las complicaciones post operatorias son las caries en un 90,2%.
- El grupo de 19 a 34 presento el mayor porcentaje de pacientes 53%. La fractura coronaria y radicular predomino entre las complicaciones intraoperatorias (inmediatas) y (77,5%), la alveolitis entre las mediatas.
- Los molares fueron el grupo dentario cuya extracción ocasionó el mayor número de complicaciones. Por lo que se recomienda las precauciones por parte del personal estomatológico que labora en el consultorio.

Titulo: "Comparación del post-operatorio entre los métodos de exodoncia simple y quirúrgica, en dientes permanentes en pacientes de 25-55 años de edad que acuden a Clínicas Estomatológicas asistidas por la Pontificia Universidad Católica Madre Maestra ”.

Año y Lugar: Agosto 2008 - Santiago República Dominicana

Autor: Isaac Álvarez, Alexander Domínguez.

Conclusión:

- En ambas técnicas el sangrado mediato se presentó en 3 exodoncias; en la técnica quirúrgica 88.3% no presentó dolor, mientras que en la técnica simple el porcentaje que no presentó dolor fue 74.3%.
- De las quirúrgicas presentaron infección severa 8.3% y ninguna de las exodoncias realizadas con la técnica simple.
- La diferencia de los hallazgos post-operatorios entre ambas técnicas no fue significativa.

Titulo: "Frecuencia de complicaciones post-operatorias y su evaluación en un grupo de pacientes atendidos en la clínica de cirugía de la facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala".

Año y Lugar: 1995 – Guatemala

Autor: Beatriz Albina Yax Coti.

Conclusión:

- El 35.29% de los pacientes varones han presentado complicaciones en el post-operatorio. Pacientes de sexo femenino el 18.83% presentaron complicaciones post operatorias según el estudio efectuado.
- La cirugía que más complicaciones presento para ambos grupos fué la de terceros molares incluidos. Entre los que sobresale con mayor frecuencia la complicación de alveolitis 18.64% tanto en pacientes masculinos como femeninos.
- El procedimiento quirúrgico que más se efectuó fue la cirugía pre-protésica y también la que menos complicaciones presentó.

Titulo: " Prevalencia de complicaciones post operatorias en exodoncia simple en el Centro de Clínicas Odontológicas de la Universidad de Talca, en el periodo Mayo-Julio de 2006."

Año y Lugar: 2006-Universidad de Talca (Chile)

Autor: Quijada San Martín, Felipe

Conclusión:

- El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia con la que se producen complicaciones post exodoncia encontrándose que éstas se presentan en baja frecuencia; a las 24 horas se observó 1 caso de parestesia, mientras que a los 7 días 3 casos de alveolitis.
- El dolor post operatorio estuvo ausente en la mayoría de dichos procedimientos. Durante el operatorio de la mayoría de las exodoncias tampoco presentaron dolor.
- El género que más acudió a exodoncia fue el femenino en 55%.
- Los pacientes que acudieron con mayor frecuencia a exodoncia pertenecieron al intervalo de edad de 20 a 39 años.

Titulo: " Complicaciones de la exodoncia en población atendida en modulo La Coromoto. Mayo 2007 A Septiembre 2008".

Año y Lugar: Caracas, 2009 Venezuela Barrio Adentro.

Autor: Dr. Roberto Felipe Nicot Cos.

Conclusión:

- La fractura dentaria de corona y raíz fueron las complicaciones de mayor incidencia durante la extracción dentaria con 81,3% del total de complicaciones, el grupo de edad que presentó mayor número de complicación fue el de 35-59 años de edad con 46,3% del total, no apreciándose considerables diferencias en relación al sexo. El grupo dentario que con mayor frecuencia fue afectado fueron los molares en ambos maxilares.

Titulo: "Técnicas de modificación conductual aplicables en la clínica odontológica de la universidad central de Venezuela".

Año y Lugar: 2003 – Caracas (Venezuela).

Autor: María J. Ferro T.

Conclusión:

- Existe una serie de técnicas de modificación de conductas que pueden ayudar a orientar o canalizar las conductas no deseadas que pueda presentar el paciente durante el tratamiento odontológico.

Las técnicas de modificación de conducta deben ser perfeccionadas por el futuro odontólogo, o en su defecto, cuando el caso lo amerite; deberá remitir al paciente a que consulte un psicólogo o un orientador de la conducta y lo ayude a tener un mejor desempeño en la clínica odontológica.

- **Nacionales**

Titulo: "Reacciones conductuales comparativas en los pacientes de 20 a 40 años de edad de ambos géneros, frente a la aplicación de anestesia, clínica odontológica de Santa María, Arequipa, 2007".

Año y lugar: 2007 – Arequipa (Perú).

Autor: Recabarren Chacón, Isabel.

Conclusión:

- Las reacciones conductuales son semejantes entre ambos géneros frente a la aplicación de la anestesia y el 46.20% de los pacientes tienen como reacción más característica es la ansiedad en el nivel moderado.
- El 3% de pacientes de ambos sexos tuvieron reacciones conductuales moderadas frente a la aplicación de la anestesia; y el 2.61% de pacientes de 20 a 40 años de edad tuvo reacciones conductuales moderadas por la aplicación de la anestesia.

Titulo: "Reacciones conductuales en la fase post operatoria de la exodoncia en pacientes de 20 a 50 años de edad que asisten a la clínica odontológica de la Universidad Católica Santa María – Arequipa 2008".

Año y lugar: 2008 Arequipa (Perú)

Autor: Nataly M. Salas Herencia.

Conclusión:

- Las reacciones psicomotoras que presentaron los pacientes fueron en la mayoría de casos (61.7%) regulares. Con respecto a las reacciones emocionales fueron buenas (43.3%). Las reacciones cognitivas en la gran mayoría de unidad de estudio (75.0%) fueron buenas, al igual que en las reacciones fisiológicas (75.0%). Finalmente las reacciones conductuales es más de las dos terceras partes de la muestra estudiada (58.3%) fueron buenas.
- El sexo no tiene relación significativa estadísticamente con las reacciones psicomotoras, emocionales y fisiológicas.
- La edad tampoco tiene relación significativa estadísticamente con las reacciones psicomotoras, emocionales, cognitivas, fisiológicas y las reacciones conductuales.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. CIRUGÍA BUCAL (6 Cosme Gay,2005)

Según las principales Entidades Académicas y corporativas Norteamericanas (EE.UU.). Cirugía Bucal es la parte de la odontología que trata del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico y coadyuvante de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares y regiones adyacentes.

Las directivas de la Unión Europea definen la Cirugía Bucal como la parte de la odontología a la que conciernen el diagnóstico y todo el tratamiento quirúrgico de las enfermedades, anomalías y lesiones de los dientes, de la boca, de los maxilares y de los tejidos contiguos.

2.2.1.1. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA CIRUGÍA BUCAL

En todos los campos de la cirugía bucal, es primordial el diagnóstico correcto, al cual se llega a través del estudio clínico del paciente y la realización de distintas pruebas complementarias. Con todo ello, el profesional en base a sus conocimientos y experiencia, establecerá un diagnóstico certero, posteriormente podrá emplear distintos métodos de tratamiento.

Las cualidades fundamentales de un buen cirujano, según WAITE son: Tener un buen y sincero conocimiento personal, madurez de pensamiento o buen juicio, respeto profundo por la vida o posesión de una calidad humana destacada, y un especial respeto por los tejidos vivos, recordando que una importante y primordial cualidad es " No Hacer Daño"

Por lo tanto los principios básicos de la cirugía bucal son:

(7 Cosme Gay, 2005)

A. ASEPSIA

Es un conjunto de acciones diseñadas para evitar la infección de la herida durante la intervención quirúrgica. Existe ausencia total de gérmenes microbianos.

B. ANTISEPSIA

Es un conjunto de métodos destinados a prevenir y combatir la infección, destruyendo los microorganismos existentes en la superficie o en el interior de las cosas o los seres vivos.

C. CIRUGÍA ATRAUMÁTICA

Se refiere a que la manipulación de los tejidos debe hacerse con un mínimo de traumatismo. Para ello debe realizarse:

- Manejo cuidadoso de los tejidos: los tejidos lacerados, desgarrados y rotos tienden a perder vitalidad y se vuelven necróticos, lo que favorece a la infección.

Intervenciones quirúrgicas bien planeadas de antemano para minimizar el traumatismo operatorio.

D. CONTROL DE HEMORRAGIA

El sangrado en la herida operatoria es un hecho constante por motivos obvios, por lo que siempre en mayor o menor grado se producirá una pérdida de sangre. En cirugía bucal, el proceso fisiológico de hemostasia consigue coaptar la hemorragia, en caso contrario se aplicaran las medidas apropiadas para evitar el sangrado.

E. CONTROL DE LAS VÍAS AÉREAS

Con el fin de que el paciente pueda en todo momento realizar normalmente la función respiratoria. Por eso es fundamental conservar la permeabilidad de las vías respiratorias.

F. MEDIOS TÉCNICOS Y HUMANOS ADECUADOS

Para poder hacer correctamente cualquier técnica quirúrgica se precisan los siguientes medios técnicos:

- Ayudantes y personal auxiliar de campo especializados para ayudar enormemente en la actividad quirúrgica
- Iluminación: debe haber una fuente de luz que permita buena visión, sin sombras en el campo operatorio.
- Aspiración quirúrgica: mantener el campo operatorio libre de sangre, saliva o detritus en todo momento sin interferir la visión del cirujano.
- Acomodación del paciente: se dispondrá de un sillón dental para sentar el paciente durante los procedimientos quirúrgicos.
- Soporte y bandeja de instrumentos: el instrumental debe estar ordenado y orientado hacia la persona que debe manipularlo.

G. TÉCNICA ANESTÉSICA ADECUADA

Es fundamental aplicar la técnica anestésica adecuada a fin de evitar molestias al paciente y poder actuar de forma relajada y atraumática.

2.2.2. LA EXODONCIA (8 Laskin, D. M.,1987)

La terapéutica destinada a extraer el órgano dentario actuara sobre la articulación alveolo dentario que está formada por encía, hueso, diente y periodonto.

La exodoncia es una maniobra cuyo fin es separar estos elementos, desgarrando el periodonto en su totalidad.

La exodoncia ideal es la extirpación total del diente o de la raíz dentaria sin dolor y con el mínimo daño de los tejidos circundantes.

2.2.2.1. ESTUDIOS PREVIOS A LA EXODONCIA

(9 Donado, M.2005)

La correcta evaluación preoperatoria nos marcara las dificultades que pueden hallarse o las complicaciones que pueden ocurrir durante o después de la extracción dentaria.

Los estudios previos a la exodoncia son:

Historia clínica del paciente: Es preciso que la anamnesis sea amplia y exhaustiva, profundizaremos y analizaremos cualquier detalle con la finalidad de detectar antecedentes o procesos patológicos sistémicos graves (alergias, enfermedades cardiacas, etc.) que puedan alterar el curso de la exodoncia o incluso llegar a contraindicarla. En caso de detectar cualquier proceso morboso importante, se debe remitir el paciente al médico especialista, con el fin de estudiar adecuadamente el caso y adoptar la preparación pertinente. En esos casos, hay que solicitar siempre un informe por escrito antes de hacer cualquier gesto terapéutico.

Exploración de la cavidad bucal: Consiste en efectuar un estudio local y regional de los dientes, periodonto y el resto de estructuras bucales, analizando especialmente los motivos de la exodoncia. Valoraremos el tamaño de la boca y de sus maxilares, observando el estado séptico y el nivel de higiene del paciente.

Estudios complementarios: Dependiendo de los hallazgos obtenidos con la exploración local, regional y general, y de los datos de la anamnesis, indicaremos los estudios complementarios adecuados al caso (análisis sanguíneos con pruebas de hemostasia, pruebas de alergia a medicamentos, etc.)

2.2.2.2. FASE POST OPERATORIA DE LA EXODONCIA

(10 www.destomatologia.com)

Período que prosigue a un evento quirúrgico, en el cual se produce la cicatrización o reparación de la agresión sufrida, por los tejidos intervenidos.

Hay dos tipos:

- Postoperatorio inmediato: ocurre las primeras 24 horas después de una intervención quirúrgica.
- Postoperatorio mediato: que se da a partir de las primeras 24 horas.

El período postoperatorio comprende el lapso de tiempo entre que finaliza la intervención quirúrgica y el momento a partir del cual puede considerarse que paciente ya ha recuperado su estado normal. Puede admitirse que generalmente este período comprende entre 3 y 7 días, y que los cuidados y tratamientos a prescribir pueden ser de aplicación local y general.

- **Conducta del paciente**

Los cuidados post-quirúrgicos inician durante el acto quirúrgico, haciendo un tratamiento suave a los tejidos y evitando las tracciones bruscas o sostenidas al tejido blando. El paciente debe seguir cuidados generales como no bajar la cabeza, no hacer esfuerzos físicos, evitar el consumo de alcohol o tabaco; y llevar una dieta preferiblemente líquida y fría, las primeras 24 horas.

Las instrucciones postoperatorias deben explicarse detalladamente al paciente. Es recomendable no enjuagarse la boca durante 30 minutos. No se debe escupir ni hacer movimientos repetitivos de succión. Estas acciones pueden desalojar el coágulo e interrumpir el proceso normal de cicatrización.

Existirá tumefacción local y regional, lo cual puede ser normal si la exodoncia ha sido traumática y puede durar horas o días. Para minimizar este inconveniente, puede aplicarse frío localmente-cubitos de hielo en una bolsa plástica- pero solo durante las 12-24 primeras horas, a intervalos de 10 minutos.

Debe mantenerse la higiene bucal, que en muchas ocasiones, puede lesionar el tejido circundante a la zona intervenida. Es conveniente enjuagarse a partir del segundo día con agua destilada; una vez correcto el uso de agua oxigenada u otros colutorios.

Después de utilizar la anestesia local, los labios, la lengua quedan adormecidos durante 2 ó 3 horas y pueden ser dañados por mordeduras. Debemos advertir al paciente de este peligro y recomendarle en estos casos, no tomar alimentos hasta que puedan recuperar la sensibilidad normal.

(10 www.destomatologia.com)

2.2.2.2.1. Complicaciones post operatorias de la exodoncia.

Las complicaciones pueden llegar a ser muy importantes y en algunos casos fatales, sobre todo en el caso de infecciones graves, por lo que deberemos tratarlas a su debido tiempo.

(11 C. Navarro, 2008)

A. Fractura coronaria y radicular:

Esta dentro de las complicaciones inmediatas y es una de las más frecuentes y ocurre mayormente a nivel de premolares y molares. Puede deberse a la presencia de caries que haya destruido mucho tejido dentario, anomalías radiculares o también una inadecuada técnica de extracción. (12 Moyra ,2008)

B. Lesiones de partes blandas:

Desgarro de mucosa gingival, lengua, carrillos, labios, etc. Se produce al actuar sin medida y sin criterio quirúrgico.

(13 Howe G,2001)

C. Hemorragia:

(14 www.destomatologia.com)

Es toda pérdida sanguínea o salida de sangre del torrente o sistema vascular, ya sea de forma espontánea o provocada por una herida cutánea o mucosa.

Hemorragia primaria:

Aparece a las pocas horas de la exodoncia. Se produce como parte normal de la cirugía, así como por laceraciones causadas durante traumatismo.

Actitud terapéutica: Irrigar, limpiar la zona para visualizar correctamente; en caso de hemorragia difusa, se debe colocar gasa y hacer compresión durante 5 minutos.

Si no cede la hemorragia, hay que adoptar una conducta más agresiva:

- Anestesia de la zona
- Curetaje del alvéolo para retirar los restos de coágulo
- Buscar un punto de sangrado y tratarlo con sutura.
- Ante hemorragia difusa, se coloca una gasa reabsorbible con agente hemostático en el interior del alvéolo.
- Sutura.
- Colocar gasa para compresión
- Darle seguimiento al paciente a los 30 minutos para confirmar la resolución del problema.

Hemorragia Secundaria:

Se produce durante la fase posoperatoria. Aparece después de las primeras 24 horas después de la intervención.

D. Fractura de tuberosidad:

La fractura suele ocurrir cuando los dientes están anquilosados o no ha habido una correcta técnica quirúrgica o también que la tuberosidad tenga poca base ósea. Accidente que muy rara vez suele ocurrir y puede deberse a uso imprudente del elevador, fuerza excesiva, edad. Para el tratamiento se retira el segmento fracturado con el molar correspondiente mediante la realización de la técnica y si existe comunicación buco sinusal realizar cierre de la misma.

(15 Inguanzo F cirugía bucal. 2002)

E. Luxación mandibular:

Consiste en la salida del cóndilo de la cavidad glenoidea puede ser unilateral o bilateral. El maxilar luxado puede ser ubicado puede ser ubicado en su sitio al colocar los dedos pulgares de ambas manos sobre la arcada del maxilar inferior, los dedos restantes sostiene el maxilar inferior y se hace los movimientos de abajo y luego hacia arriba .(16 Saraswati FK)

F. Hematomas y equimosis

El Hematoma es una colección sanguínea que puede difundir por los objetivos vecinos, desde el lugar de la extracción, normalmente a través de las facies musculares.

Los hematomas suelen ser más frecuentes en las personas de edad avanzada, porque existe un aumento de la fragilidad capilar y porque sus tejidos son más laxos.

A veces, durante la punción de la solución anestésica, se producen heridas vasculares y se desgarran vasos, aunque este accidente es poco frecuente. La simple punción de un vaso sanguíneo origina una salida de sangre de intensidad variable

según la región inyectada y las características del paciente. Puede aparecer un hematoma, especialmente cuando el paciente presenta algún trastorno de la hemostasia, que drenará siguiendo las vías naturales ya sea hacia la región geniana, la celda submaxilar o hacia el cuello.

(17 García-Peñin A)

G. Edemas

Se presenta como una hinchazón blanda de un área intrabucal o en la piel de la cara, adquiere un gran volumen que sede a la presión quedando por un momento la huella de la depresión. Se hace presente en el postoperatorio en forma moderada o normal que tiene a desaparecer en 2 o 3 días.

(18 Beatriz A, 1995)

H. Trismo

Es la incapacidad de la apertura normal de la boca. Es una situación que se nos presenta con relativa frecuencia en las exodoncias quirúrgicas, especialmente en el maxilar inferior, pero no es tan habitual al efectuar extracciones convencionales.

Esta incapacidad a la apertura de la boca esta inducida por un espasmo muscular que se produce en relación con la inflamación producida por la intervención quirúrgica.

También puede ser causa del trismo el dolor postoperatorio que por vía refleja limita la función de la musculatura de la mandíbula. (19 <http://www.slideshare.net>)

I. Infecciones secundarias

Estas complicaciones no suelen ser consecuencia directa de la extracción dentaria, sino que constituyen el avance de un proceso infeccioso preexistente. La exodoncia puede, según las circunstancias de cada caso, contener la infección, agravarla o ejercer una influencia menor sobre su evolución.

En el origen para desencadenar estos accidentes infecciosos, juegan un papel destacado:

- Los efectos de los anestésicos locales.
- El traumatismo operatorio.
- Infecciones o lesiones vecinas.
- Irritación refleja por alteraciones vasomotoras, etc.

(Cosme gay,2005)

J. Alveolitis

Esto se refiere a una disolución y pérdida del coágulo sanguíneo dejando una mayor cantidad de hueso expuesto y ocasionando un aumento del dolor en el paciente, definida también como osteítis alveolar, también ha sido llamada alveolitis seca dolorosa, osteítis localizada.

(20 <http://www.iztacala.unam.mx>)

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

- Alveolo 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.

La clasificación de las alveolitis difiere según los autores; a pesar de ello podemos agruparlas así:

○ Alveolitis que se presentan conjuntamente con inflamaciones óseas más extendidas, osteítis, periostitis óseas, flemones perimaxilares, etc. En este caso la alveolitis forma parte de un proceso inflamatorio grave.

○ Alveolitis húmeda o supurada. Inflamación con predominio alveolar marcada por la infección del coágulo y del alvéolo, y se puede encontrar un alvéolo sangrante con abundante exudado.

Las alveolitis húmedas suelen estar producidas por reacciones a cuerpo extraño en el interior del alvéolo, después de haberse efectuado la extracción dentaria. En estas ocasiones podremos encontrar esquirlas óseas, restos de dientes fracturados, y también, a veces, restos de obturaciones de dientes vecinos que, al hacer la exodoncia, han caído al interior del alveolo.

○ Alveolitis marginal superficial. Es una variante de la anterior. En este caso la infección es más moderada y afecta sólo la zona ósea superficial.

○ Alveolitis seca. En este caso el alvéolo se presenta abierto, sin existir coágulo y con las paredes óseas totalmente desnudas.

La alveolitis seca es la más importante, y su clínica es muy típica. Dado el dolor muy intenso que se produce, es una de las complicaciones post extracción que requieren mayor atención y estudio. (21 Cosme gay,2005)

Tratamiento local

Lo que pretendemos hacer con el tratamiento local es acelerar al máximo la regeneración del hueso normal y para ello deberemos realizar:

- Limpieza de la cavidad con irrigaciones de suero fisiológico estéril (templado), con lo cual intentaremos arrastrar todas las partículas de restos de coágulo, comida, etc., que existan en el interior. El lavado debe ser generoso con abundante suero fisiológico estéril pero sin hacer una presión excesiva en el momento de lanzarlo al interior del alvéolo. Si es necesario, se debe efectuar la limpieza bajo anestesia local.

- Procuraremos, de forma muy cuidadosa, retirar los restos que puedan quedar en el interior del alvéolo, aunque siempre sin efectuar un curetaje violento de la cavidad alveolar. Nunca deberemos hacer un curetaje agresivo del alvéolo seco ya que esto sólo predispondría a una mayor diseminación de la infección y no obtendríamos ninguna mejora en el resultado. (22 Cosme gay ,2005)

Tratamiento sistémico

- El uso de analgésicos va a depender de la severidad del dolor, aunque debemos recordar que se suele tratar de un dolor intenso. Los antibióticos suelen prescribirse para evitar la posible infección del alvéolo, pero no son necesarios en sí para la curación de la alveolitis seca. (23 Cosme gay, 2005)

2.2.3. REACCIONES CONDUCTUALES

Las conductas se especifican a lo largo de cuatro dimensiones o componentes:

- **Acción:** la conducta propiamente ejecutada
- **El objeto:** a que se dirige la acción
- **Contexto:** Lugar donde se da la acción
- **Tiempo:** cuando ocurre la acción. (24 Worchel, S.; Cooper, 2003)

2.2.3.1. REACCIONES PSICOMOTORAS

La motricidad es la capacidad del hombre y los animales de generar movimientos por sí mismos. Tiene que existir una adecuada coordinación y sincronización entre todas las estructuras que intervienen en el movimiento (sistema nervioso, órganos de los sentidos, sistema músculo esquelético). La motricidad puede clasificarse en Motricidad Fina y Motricidad Gruesa.

(25 <http://scollvaz.galeon.com/>)

2.2.3.1.1. Coordinación motora gruesa:

La motricidad gruesa es el control que se tiene sobre el propio cuerpo, especialmente los movimientos globales y amplios dirigidos a todo el cuerpo. Por ejemplo: rodar, lanzar, coordinación dinámica de los miembros superiores e inferiores, saltar, etc.

La motricidad gruesa se va desarrollando en orden, descendiendo desde la cabeza hacia los pies, con un orden definido y previsible. (26 Egozcue, M. 2008)

2.2.3.1.2. **Coordinación motora fina:**

La motricidad fina son todas las actividades que necesitan de una precisión y finura en su coordinación, son los movimientos de una o varias partes del cuerpo que no tienen amplitud de precisión. Supone coordinar los movimientos con los órganos sensoriales por ejemplo: escribir, pintar, hacer bolitas de papel, atarnos los cordones, etc. (27 Egozcue, M.2008)

2.2.3.1.3. **Dolor:**

La definición de "dolor", de acuerdo con la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain), destaca lo siguiente: "Experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con daño a los tejidos, real o potencial, o descrita por el paciente como relacionada con dicho daño"

- Umbral del dolor: Es interpretado inversamente proporcional a la reacción del dolor. Un paciente con elevado umbral del dolor es hiporeactivo, mientras que el que tiene bajo umbral del dolor es hiperreactivo. En consecuencia la referencia del alto o bajo umbral del dolor de un paciente indica su reacción consciente a una experiencia sensorial desagradable y específica. (28 www.destomatologia.com)

El dolor es una experiencia emocional (subjetiva) y sensorial (objetiva), generalmente desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso. Es una experiencia asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera. (29Carranque, 2004)

A. Clasificación de la sensación del dolor :

(30 Guyton, 2003)

Dolor rápido: Se percibe 0.1 segundo aproximadamente después de aplicado el estímulo.

Dolor lento: Se siente 1 segundo o más después de actuar el estímulo doloroso. El dolor lento suele asociarse a una lesión tisular y puede calificarse de dolor quemante, dolor sordo o dolor crónico.

B. Clases de estímulos :

Los receptores del dolor son activados por:

Estímulos mecánicos y térmicos que tienden a provocar un dolor rápido.

Los estímulos químicos, producen dolor lento.

(31 Guyton, 2003)

C. Factores que modulan el dolor

(32 <http://es.wikipedia.org>)

Existen múltiples factores psicológicos y físicos que modifican la percepción sensorial del dolor, unas veces amplificándola y otras veces disminuyéndola:

- Personalidad, estado de ánimo, expectativas de la persona, que producen control de impulsos, ansiedad, miedo, enfado, frustración.
- Momento o situación de la vida en la que se produce el dolor.
- Relación con otras personas, como familiares, amigos y compañeros de trabajo.
- Sexo y edad.
- Nivel cognitivo.

D. Fisiología del dolor (33 Guyton,2003)

El dolor se transmite por dos vías los impulsos del dolor rápido desencadenados por los estímulos mecánicos o térmicos son transmitidos por las fibras A delta de los nervios periféricos a velocidades de 6 a 30 m/s. En cambio los impulsos dolorosos crónicos de tipo lento son conducidos por las fibras de tipo C a velocidades que oscilan entre 0.5 y 2 m/s cuando estas dos fibras llegan a la medula espinal a través de las raíces dorsales , se reparan de tal modo que las fibras A delta excitan a las neuronas de la lamina I del asta posterior mientras que las fibras C establecen sinapsis con las neuronas de la sustancia gelatinosa.

E. Tratamiento del dolor (34 A.Bascones,2004)

El dolor de tipo somático y de carácter agudo, que normalmente se ha generado debido a la presencia de daño en un tejido blando, una infección y/o una inflamación. Normalmente se trata con medicamentos, usualmente analgésicos (AINE), o mediante técnicas apropiadas para eliminar la causa y controlar la sensación dolorosa.

El dolor de tipo neuropático posee un carácter crónico puede dar lugar a alteraciones fisiopatológicas a muchos niveles del sistema nervioso se puede utilizar antidepresivos tricíclicos o anticonvulsivos.

2.2.3.2. REACCIONES EMOCIONALES (35 Encarta 2007)

El término emociones se emplea para denominar una reacción que implica determinados cambios fisiológicos, tales como la aceleración o la disminución del ritmo del pulso, la disminución o el incremento de la actividad de ciertas glándulas, o un cambio de la temperatura corporal.

Toda reacción afectiva intensa se caracteriza por sentimientos que experimentamos, pero también por reacciones de nuestro organismo. Estas se dividen en dos grandes categorías:

- Musculares, dependen del sistema nervioso central: modificaciones de la expresión del rostro; gestos diversos. Son las mejor percibidas por otro y constituyen un verdadero lenguaje de las emociones.
- Neurovegetativas, dependen del sistema simpático y parasimpático. Algunas son directamente perceptibles por los otros (rubor en el rostro, lagrimas), otras solamente por el sujeto (perturbaciones digestivas o excretorias), otras finalmente, no son aprehensibles más que por medio de aparatos que permiten ponerlas en evidencia con precisión.

Entre todas las reacciones emocionales hablaremos de tres fundamentalmente:

2.2.3.2.1. Malestar

Sensación de incomodidad o molestia, física o anímica. (36 Espasa-Calpe, 2005)

2.2.3.2.2. Ira

Se define ira como una emoción caracterizada por un alto nivel de actividad del sistema nervioso simpático y por fuertes sentimientos de desagrado, desencadenados por un agravio, real o imaginario.

“La ira suele ir acompañada de un impulso de venganza, que se expresa en agresión, pero la ira y la agresión no siempre van unidas. La ira puede suscitar una conducta irritable, retraída, deprimida o constructiva, la conducta agresiva puede ser desencadenada por estados diferentes de ira”.

(37 Davidoff, 2000)

2.2.3.2.3. Agresividad

Es un componente natural del desarrollo psicoafectivo del ser humano (agresividad positiva). Es necesaria y lo importante es reconducirla y saber utilizarla de manera adaptativa. Tiene que ver con:

- Supervivencia
- Integración
- Logro de objetivos

Se presenta como una mezcla secuenciada de movimientos con diferentes patrones, orientados a conseguir distintos propósitos.

La conducta agresiva es una manifestación básica en la actividad de los seres vivos. (38 Davidoff, 2000)

Hay dos formas de agresividad:

Activa: Emplean la amenaza o la violencia.

Pasiva: Mediante el sabotaje, o la inhibición y crítica/amenaza posterior.

(39 <http://www.psicologia-online.com>)

A. Consecuencias negativas de la agresividad

La agresividad patológica puede ser autodestructiva, no resuelve problemas, no es realista y es consecuencia de problemas emocionales no resueltos y también de problemas sociales diversos.

La agresividad es, como la ansiedad, un comportamiento o conducta que, a cierto nivel, se considera normal, funcional y necesaria para la supervivencia y la vida cotidiana pero que, a ciertos otros niveles, se considera anormal, disfuncional y generadora de muchos otros problemas de salud.

(40 <http://es.wikipedia.org>)

B. Tipos de agresividad

- Agresividad física (golpes, patadas, etc.).
- Agresividad verbal (insultos).
- Agresividad facial (gestos).
- Agresividad indirecta (hacia objetos de la persona afectada)

(41 <http://es.wikipedia.org>)

2.2.3.3. REACCIONES COGNITIVAS

Según la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen, citado por Worchel (1988). Los seres humanos son considerados racionales, pensadores deliberados, que actúan a partir de los conocimientos.

2.2.3.3.1. Capacidad crítica

La crítica es parte de nuestra capacidad intelectual, y su ejercicio es fundamental para el desarrollo de las ideas y de la práctica social.

Nos referimos a la crítica respaldada por el compromiso con la verdad en sus distintas manifestaciones y con la responsabilidad humana y social de participar de forma activa en los diversos ámbitos de la vida social.

Un proceso educativo que enseñe a pensar y razonar, a incentivar la creatividad y el criterio sano, necesariamente enseña a juzgar, es decir, a criticar, a ver la realidad de forma distinta, a aportar puntos de vista propios y a contribuir a la mejoría y transformación de la vida social.

La crítica es parte de nuestra vida, una realidad que por una parte nos puede sacudir y por otra nos alienta a luchar. No obstante, la capacidad de una crítica sana, oportuna, constructiva, es esencial para actuar responsablemente en la sociedad.

(42 <http://impreso.elnuevodiario.com>)

2.2.3.3.2. Adaptación

Está siempre presente a través de dos elementos básicos: la asimilación y la acomodación. El proceso de **adaptación** busca en algún momento la estabilidad y, en otros, el cambio.

En sí, la adaptación es un atributo de la inteligencia, que es adquirida por la asimilación mediante la cual se adquiere nueva información y también por la acomodación mediante la cual se ajustan a esa nueva información.

La función de adaptación le permite al sujeto aproximarse y lograr un ajuste dinámico con el medio. (43 Piaget.J,2001)

- (H.Hartmann) Concepto crítico de la teoría del YO de Hartmann: el recién nacido tiene un aparato perceptivo y protector innato que después de la separación del ELLO y del YO, se convierte en la esfera del YO libre de conflictos. Este aparato ejecuta la tarea de denominar la realidad, un fenómeno al que Hartmann denomina ADAPTACIÓN.

2.2.3.4. REACCIONES FISIOLÓGICAS

Son los cambios que se desarrollan en el sistema nervioso central (SNC) y que están relacionados con la presencia de determinados estados emocionales. (44 Piaget.J,2001)

2.2.3.4.1. Llanto

Derramamiento de lágrimas, generalmente acompañado de lamentos y quejas que expresan dolor o tristeza. (45 Dicc.Vox1. 2009)

2.2.3.4.2. Palidez

Es la pérdida anormal del color de la piel normal o de las membranas mucosas.

La palidez probablemente no es una afección grave y no requiere tratamiento, a menos que se presente en los labios, la lengua, las palmas de las manos, el interior de la boca o en el revestimiento de los ojos. La palidez generalizada afecta todo el cuerpo; mientras que la palidez localizada suele afectar a una sola extremidad.

La facilidad del diagnóstico de la palidez varía con el color de la piel y con el grosor y la cantidad de vasos sanguíneos en el tejido subcutáneo. La palidez puede ser muy difícil de detectar en las personas de piel oscura y, algunas veces, se hace notoria sólo en el revestimiento de los ojos y de la boca.

La palidez puede ser el resultado de una disminución en el suministro de sangre a la piel (frío, desmayo, shock,

hipoglicemia) o una reducción en el número de glóbulos rojos (anemia). (46 A.D.A.M., 2009)

2.2.3.4.3. Taquicardia

“Frecuencia del ritmo de las contracciones cardíacas superior a la normal”.

Es la contracción demasiado rápida de los ventrículos. Se considera taquicardia cuando la frecuencia cardíaca es superior a cien latidos por minuto en reposo. Las personas que padecen de taquicardia poseen una vida normal, ya que no es una enfermedad grave, aunque puede acortar la vida del corazón debido a su mayor trabajo.

(47 Guyton, 2003)

CAPITULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1. HIPÓTESIS

Las complicaciones en la fase post operatoria de forma mediata e inmediata de la exodoncia influye directamente en las reacciones conductuales psicomotoras, cognitivas, emocionales y fisiológicas en la fase de convalecencia que conllevan a alteraciones de estructura biopsicosocial de los pacientes sometidos a exodoncia de 20 a 59 años de edad que asisten a la clínica odontológica de la UPT.

3.2. VARIABLES E INDICADORES

Variables
V. Independiente: - Frecuencia de complicaciones de la exodoncia en fase post-operatoria.
V. Dependiente: - Reacciones conductuales de pacientes.
V. Intervinientes -Sexo -Edad

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VAR. INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADOR	CATEGORÍAS	ESCALA
<i>EXODONCIA</i>	<i>CIRUGÍA ORAL</i>	<i>FASE POST OPERATORIA (complicaciones)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Intraoperatorias(inmediatas)</i> - <i>mediatas</i> 	<i>Nominal</i>
VAR. DEPENDIENTE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍAS	ESCALA
<i>REACCIONES CONDUCTUALES</i>	<i>PSICOLÓGICA</i>	<i>PSICOMOTORAS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Coordinación motora gruesa</i> - <i>Coordinación motora fina</i> - <i>Dolor</i> 	<i>Nominal</i>
		<i>EMOCIONALES</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ira</i> - <i>Agresividad</i> - <i>Malestar</i> 	<i>Nominal</i>
		<i>COGNITIVAS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Capacidad de criticas</i> - <i>Adaptación</i> 	<i>Nominal</i>
		<i>FISIOLÓGICAS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Taquicardia</i> - <i>Palidez</i> - <i>Llanto</i> 	<i>Nominal</i>
VAR. INTERVINIENTES	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍAS	ESCALA
<i>EDAD</i>	<i>BIOLÓGICA</i>	<i>AÑOS CUMPLIDOS</i>	- <i>Entre 20 a 59 años</i>	<i>Ordinal</i>
<i>SEXO</i>		<i>GÉNERO</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Masculino</i> - <i>Femenino</i> 	<i>Nominal</i>

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. DISEÑO DE INVESTIGACION

Estudio, correlacional, observacional, prospectivo, corte longitudinal de seguimiento de pacientes.

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

Esta investigación se realizó en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna en el periodo - Noviembre 2009 a Enero 2010.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por pacientes de 20 a 59 años de edad que acudieron por tratamientos de exodoncia dental a la Clínica Odontológica de la Universidad Privada de Tacna.

La población que conforma el universo fue de 89 pacientes.

La muestra será el total de la población.

4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes de 20 a 59 años y que colaboraron con el estudio
- Pacientes que concluyeron el tratamiento
- Pacientes clínicamente sanos según historia clínica.

4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes niños, adolescentes y adulto mayores.
- Pacientes que rehúsan integrar el estudio
- Pacientes que según historia clínica refieren alguna enfermedad sistémica.

4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó una ficha clínica de complicaciones en exodoncia (anexo 01) de preguntas estructuradas así también como la aplicación del Test de reacciones conductuales (anexo 02).

Procedimiento:

Se aplico ficha clínica a los pacientes de la clínica odontológica indicados para exodoncia, durante la evaluación clínica se tomo en consideración la fase post operatoria.

Se aplicaron las encuestas a todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que asistieron a la clínica odontológica de la UPT para su respectivo tratamiento de exodoncia tanto del género masculino y femenino. Se escribió todos los datos y observaciones clínicas en el anexo 01 luego se entrego el anexo 02 para que marque las opciones, previa explicación y la correspondiente autorización de la persona.

Equipo utilizado:

Espejo, pinza, explorador, mascarilla, lapiceros, ficha clínica, test. (anexo 01 y 02)

Personal que participo:

Estudiante que realizo la exodoncia, paciente, tesista y odontólogo que labora en la clínica odontológica de la UPT.

4.4.1. TÉCNICAS

- Estudio clínico
- La entrevista

4.4.2. INSTRUMENTOS MECANICOS

- Lapicero
- Encuesta (anexos 01 y 02)
- Computadota Pentium IV

CAPITULO V

PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos serán tabulados en cuadros y gráficos

- ❖ Cuantitativamente se evaluaron la dimensión del puntaje alcanzado mediante la prueba Chi^2 y análisis de contingencias.
- ❖ Para su análisis se aplicaron pruebas correlacionales.
- ❖ Se usó paquetes estadísticos para la clasificación, organización y análisis estadístico de los datos.
- ❖ Software de análisis estadístico SPSS14.

CAPITULO VI

RESULTADOS E INTERPRETACION

TABLA N° 1

**PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT,
POR GRUPO ETAREO, SEGÚN GENERO.**

Noviembre 2009 – Enero 2010

Grupos de edad	Sexo del paciente					
	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
20 a 29 años	13	14,61%	12	13,48%	25	28,09%
30 a 39 años	5	5,62%	18	20,22%	23	25,84%
40 a 49 años	8	8,99%	11	12,36%	19	21,35%
50 a 59 años	8	8,99%	14	15,73%	22	24,72%
Total	34	38,20%	55	61,80%	89	100,00%

Fuente: Entrevista directa.

ANÁLISIS DE LA TABLA N° 1 Y GRAFICO N° 1

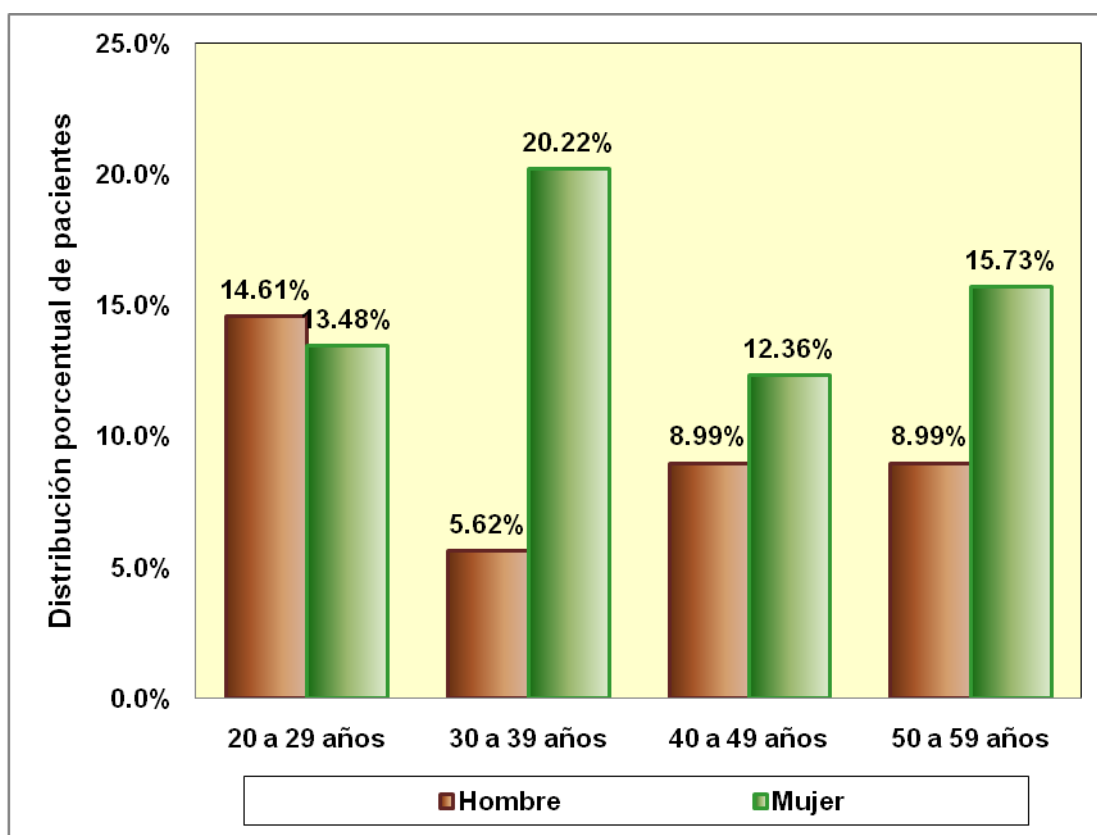
De la totalidad de pacientes que acudieron a Clínica Odontológica de la UPT 61,8 % fueron pacientes mujeres.

El 28,09% conforman el grupo etareo de 20 a 29 años; la mayor concentración de mujeres pacientes se encuentra en grupo etareo de 30 a 39 años con 20,22%

GRAFICO N° 1

LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT, POR GRUPO ETAREO, SEGÚN GENERO.

Noviembre 2009 – Enero 2010



Fuente: Tabla N° 1

TABLA N° 2

CUADRO DE DESCRIPTIVOS DE LAS EDADES DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT, SEGÚN SU GENERO.

Estadísticos	Sexo del paciente		
	Masculino	Femenino	Total
Media	37,41	39,08	38,40
Mediana	36,67	37,33	37
Moda	22	22	22
Desviación Estándar	13,025	11,545	12,084
Sesgo estandarizado	0,431	0,635	0,654
Curtosis estandarizado	-1,598	-1,636	-2,262
Rango	39	38	39
Mínimo	20	21	20
Máximo	59	59	59
Suma	1272	2146	3418

Fuente: Cuadro N° 1

ANÁLISIS DE LA TABLA N° 2:

Esta tabla contiene el resumen estadístico:

1) Medidas de tendencia central:

La edad promedio de los pacientes que acuden a la clínica odontológica de UPT es de 38,4 años, de las cuales corresponde a las mujeres una edad promedio de 39,08 años y a los hombres 37,41 años.

La mitad de los pacientes que acudieron a la clínica Odontológica de la UPT tienen menos de 37 años.

Se han tenido mayor número de pacientes de 22 años de edad.

2) Medidas de dispersión:

Las desviaciones estándares nos ilustran las variabilidades de las edades de los pacientes; siendo 12,084 años.

3) Medidas de distribución:

De particular interés son el sesgo estandarizado y la curtosis. Valores de estos estadísticos fuera del rango de -2 a +2 indican desviaciones significativas de la normalidad, lo que tendería a invalidar las pruebas que comparan las desviaciones estándar.

En este caso, los dos grupos tienen los valores del sesgo estandarizado y de la curtosis estandarizada dentro del rango normal, lo que nos indica que la distribución es casi simétrica y tiene una aceptación estadística en forma significativa ($p < 0,05$).

TABLA N° 3
PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UPT, POR CAUSA DE EXODONCIA.

Noviembre 2009 – Enero 2010

Causa de exodoncia	Pacientes	
	N°	%
Caries	73	82,02%
Patología periodontal	3	3,37%
Fractura	5	5,62%
Motivo protético	5	5,62%
Otras causas	3	3,37%
Total	89	100,00%

Fuente: Entrevista directa.

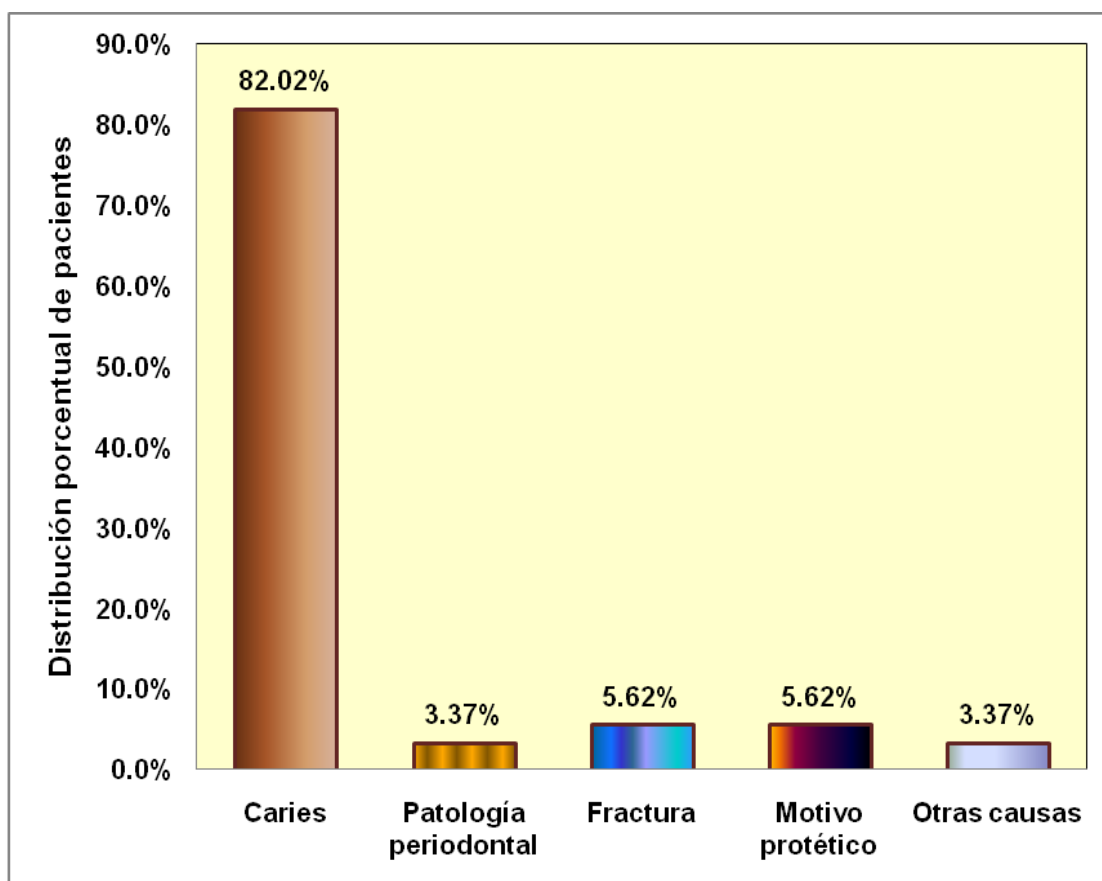
ANÁLISIS DE LA TABLA N° 3 y FIGURA N° 2

La causa de exodoncia que predomina es la caries dental con 82,02%, seguido por las otras causas en menor porcentaje.

GRAFICO N° 2

PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT,
POR CAUSA DE EXODONCIA.

Noviembre 2009 – Enero 2010



Fuente: Tabla N° 3

TABLA N° 4

**PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT,
POR CAUSA DE EXODONCIA, SEGÚN GRUPO ETAREO.**

Noviembre 2009 – Enero 2010

Causa de exodoncia	Grupos de edad							
	20 a 29 años		30 a 39 años		40 a 49 años		50 a 59 años	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Caries	20	22,47	21	23,60	19	21,35	13	14,61
Patología periodontal	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	3,37
Fractura	4	4,49	1	1,12	0	0,00	0	0,00
Motivo protético	0	0,00	1	1,12	0	0,00	4	4,49
Otras causas	1	1,12	0	0,00	0	0,00	2	2,25
Total	25	28,09	23	25,84	19	21,35	22	24,72

Fuente: Entrevista directa.

ANÁLISIS DE LA TABLA N° 4 y GRAFICO N° 3

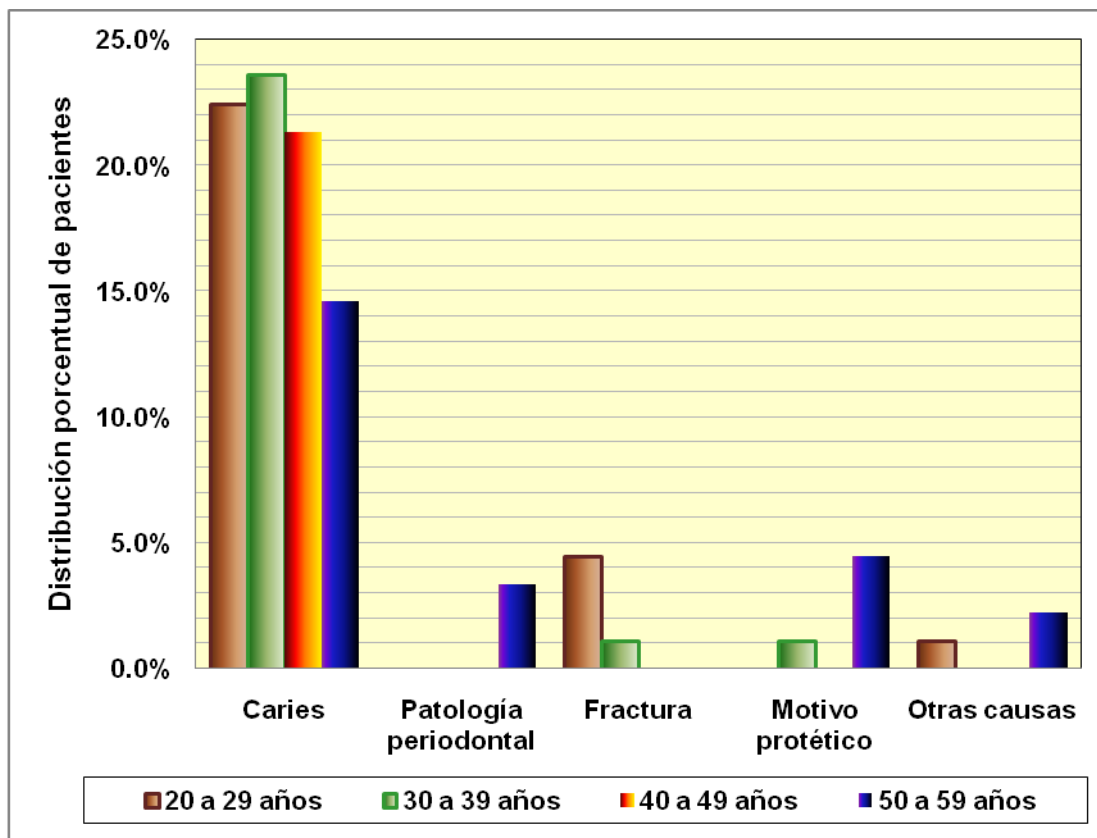
La exodoncia realizada por causa de caries predomina más en el grupo etareo de 20 a 49 años con 67,42%.

En pacientes de 50 a 59 años predomina más las causas de patología periodontal, motivo protético y otros con un porcentaje de 10,11%.

GRAFICO N° 3

PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT,
POR CAUSA DE EXODONCIA, SEGÚN GRUPO ETAREO.

Noviembre 2009 – Enero 2010



Fuente: Tabla N° 4

TABLA N° 5

PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT, POR CAUSA DE EXODONCIA, SEGÚN CANTIDAD DE DIENTES TRATADOS.

Noviembre 2009 – Enero 2010

Causa de exodoncia	Cantidad de dientes tratados							
	Una		Dos		Tres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Caries	48	38,10%	24	19,05%	1	0,79%	99	78,57%
Patología periodontal	0	0,00%	2	1,59%	1	0,79%	7	5,56%
Fractura	5	3,97%	0	0,00%	0	0,00%	5	3,97%
Motivo protético	1	0,79%	1	0,79%	3	2,38%	12	9,52%
Otras causas	3	2,38%	0	0,00%	0	0,00%	3	2,38%
Total	57	45,24%	27	21,43%	5	3,97%	126	100,00%

Fuente: Entrevista directa.

ANÁLISIS DE LA TABLA N° 5 Y GRAFICO N° 4

De 89 pacientes atendidos en la Clínica Odontológica fueron extraídas 126 piezas dentarias.

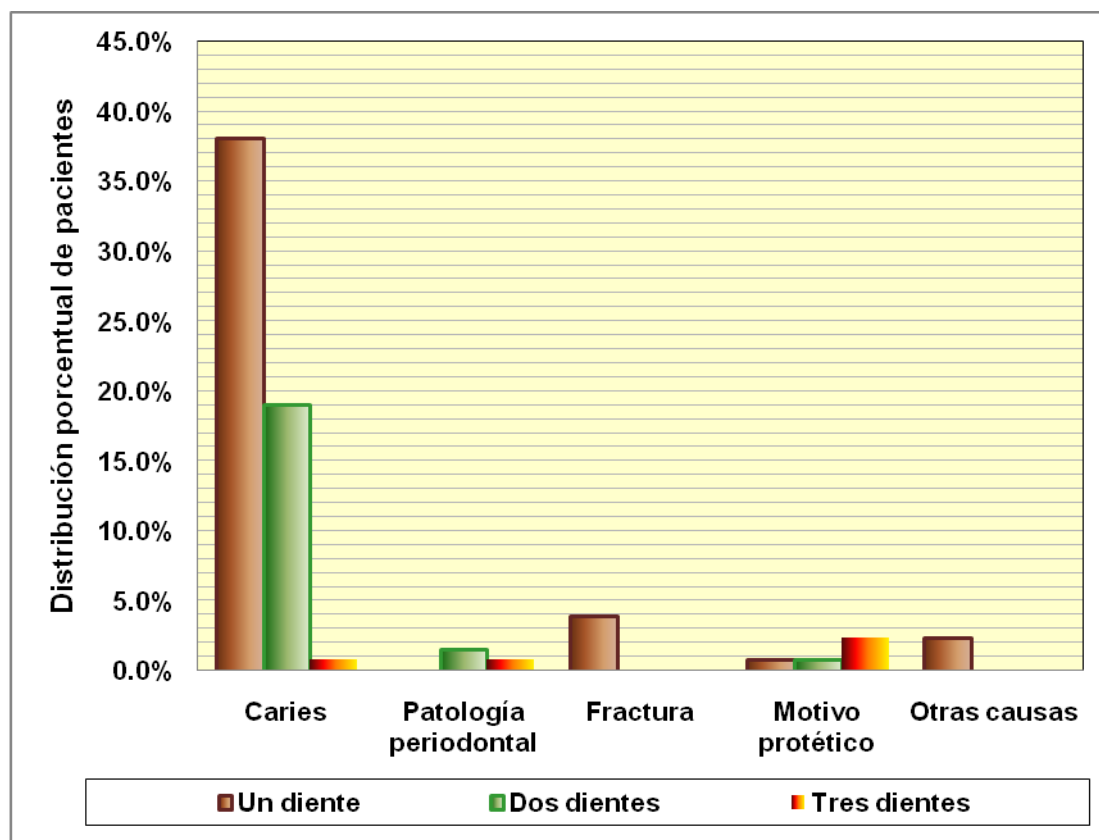
57 pacientes fueron tratados por una sola pieza dentaria (45,24%), 27 pacientes por dos piezas dentarias (21,43%) y 5 pacientes por tres piezas dentarias (3,97%).

Por causa de caries fueron extraídos 99 piezas dentarias (78,57%), 12 piezas por motivo protético (9,52%) y 7 piezas por patología periodontal (5,56%).

GRAFICO N° 4

LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT, POR CAUSA DE EXODONCIA, SEGÚN CANTIDAD DE DIENTES TRATADOS.

Noviembre 2009 – Enero 2010



Fuente: Tabla N° 5

TABLA N° 6
CLASIFICACIÓN DE LAS PIEZAS DENTARIAS DE PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT, SEGÚN CAUSA DE EXODONCIA.
 Noviembre 2009 – Enero 2010

Pieza dentaria	Causa de exodoncia										Total	%
	1*	%	2*	%	3*	%	4*	%	5*	%		
1.1	5	4,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	6	4,8%
1.2	1	0,8%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,6%
1.3	4	3,2%	2	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	4,8%
1.4	5	4,0%	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	4,8%
1.5	7	5,6%	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	6,3%
1.6	10	7,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	10	7,9%
1.7	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
1.8	3	2,4%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	4	3,2%
2.1	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	2	1,6%
2.2	5	4,0%	0	0,0%	1	0,8%	1	0,8%	0	0,0%	7	5,6%
2.3	2	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	3	2,4%
2.4	9	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	10	7,9%
2.5	2	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	1	0,8%	4	3,2%
2.6	5	4,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,6%	0	0,0%	7	5,6%
2.7	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
2.8	4	3,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	3,2%
3.1	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
3.2	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
3.3	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
3.4	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
3.5	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	1	0,8%
3.6	5	4,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	4,0%
3.7	8	6,3%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	9	7,1%
3.8	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
4.1	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	2	1,6%
4.2	2	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	3	2,4%
4.3	1	0,8%	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,6%
4.4	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	2	1,6%
4.5	2	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,6%
4.6	5	4,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	4,0%
4.7	5	4,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	4,0%
4.8	1	0,8%	0	0,0%	1	0,8%	1	0,8%	1	0,8%	4	3,2%
Total	99	78,6%	7	5,6%	5	4,0%	12	9,5%	3	2,4%	126	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Leyenda:

1* = Caries

2* = Patología periodontal

3* = Fractura

4* = Motivo protético

5* = Otros

Porc. = Porcentaje

ANÁLISIS DE LA TABLA N° 6

El principal grupo dentario fue los molares en la extracción, en 32.6%.

Seguidas del grupo dentario de los premolares. en 27%

En la columna de caries se observa el predominio que tiene como causa de extracción para las diferentes piezas dentarias, por ejemplo para la pieza 1.6 en que la única causa de extracción es la caries.

TABLA N° 7

**PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT,
POR GRUPO ETAREO, SEGÚN COMPLICACIONES POST OPERATORIAS.**

Noviembre 2009 – Enero 2010

Edades por grupo	Complicaciones post operatorias									
	Sin CPO		Intraoperatoria		Mediata		Ambas		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
20 a 29 años	6	6,74%	12	13,48%	2	2,25%	5	5,62%	25	28,09%
30 a 39 años	7	7,87%	7	7,87%	2	2,25%	7	7,87%	23	25,84%
40 a 49 años	9	10,11%	5	5,62%	1	1,12%	4	4,49%	19	21,35%
50 a 59 años	12	13,48%	5	5,62%	1	1,12%	4	4,49%	22	24,72%
Total	34	38,20%	29	32,58%	6	6,74%	20	22,47%	89	100,00%

Fuente: Entrevista directa.

ANÁLISIS DE LA TABLA N° 7

En la tabla se observa que 32,58% de los pacientes presentaron complicaciones post operatoria intraoperatoria (inmediata), el 22,47% complicaciones post operatoria inmediata y mediata, el 6,74% sólo complicaciones post operatoria mediata. El 38,2% de los pacientes no presentaron complicaciones.

Los pacientes de 20 a 29 años presentan complicaciones inmediatas en 13,48%.

Los pacientes de 50 a 59 años no presentan complicaciones en 13,48%.

TABLA N° 8

PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT, POR CANTIDAD DE DIENTES TRATADOS, SEGÚN COMPLICACIONES POST OPERATORIAS.

Noviembre 2009 – Enero 2010

Cantidad de dientes tratados	Complicaciones post operatorias									
	Sin CPO		Intraoperatoria		Mediata		Ambas		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1 pieza	17	19,1%	19	21,3%	4	4,5%	17	19,1%	57	64,0%
2 piezas	15	16,9%	8	9,0%	2	2,2%	2	2,2%	27	30,3%
3 piezas	2	2,2%	2	2,2%	0	0,0%	1	1,1%	5	5,6%
Total	34	38,2%	29	32,6%	6	6,7%	20	22,5%	89	100,0%

Fuente: Entrevista directa.

ANÁLISIS DE LA TABLA N° 8 Y GRAFICO N° 5

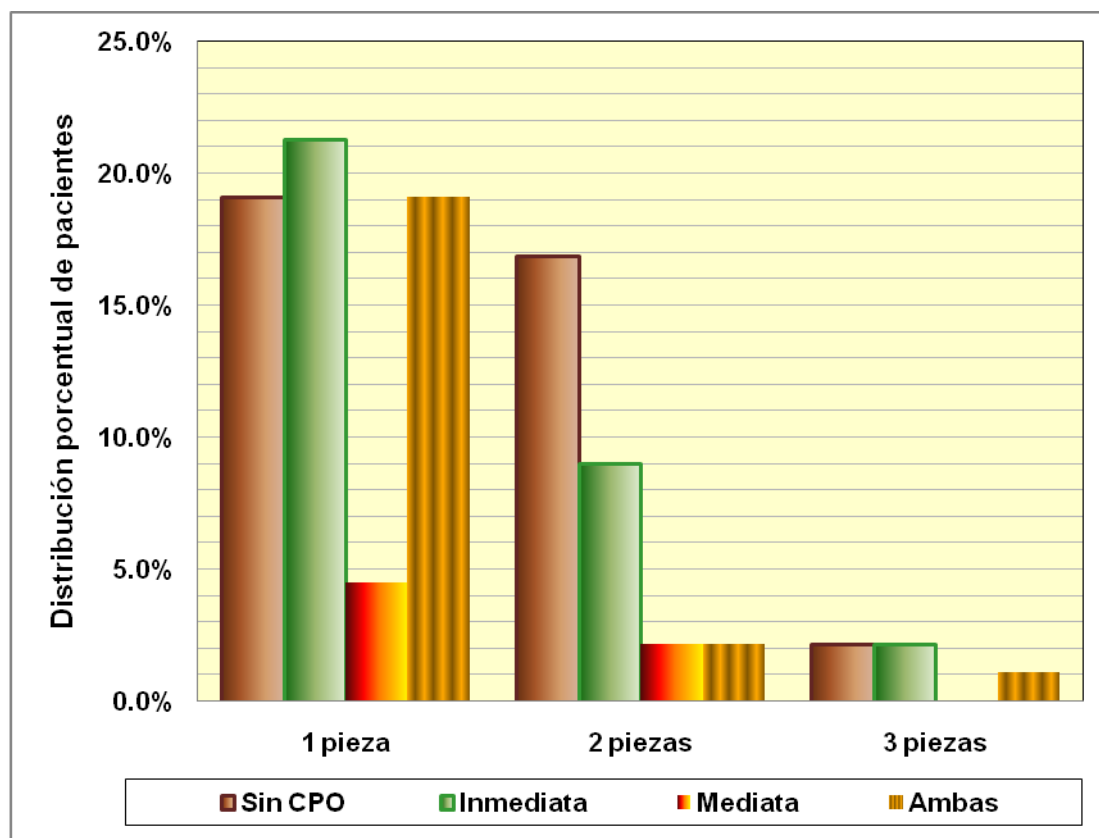
En los pacientes atendidos por una pieza dentaria, se observaron mayores complicaciones en un 44,9% (intraoperatoria, mediatas y ambas) y un 19,1% no presentaron ninguna complicación post operatoria.

Se observa que los pacientes atendidos por dos piezas dentarias, el 16,9% no presentaron complicaciones post operatorias y sólo el 13,4% presentaron complicaciones.

GRAFICO N° 5

PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT, POR CANTIDAD DE DIENTES TRATADOS, SEGÚN COMPLICACIONES POST OPERATORIAS.

Noviembre 2009 – Enero 2010



Fuente: Tabla N° 8

TABLA N° 9

PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT, POR COMPLICACIONES POST OPERATORIA INTRAOPERATORIAS/ INMEDIATAS, SEGÚN CANTIDADES DE DIENTES TRATADOS.

Noviembre 2009 – Enero 2010

Complicaciones post operatorias intraoperatorias / inmediatas	Cantidad de dientes tratados							
	Una		Dos		Tres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fractura corona radicular	6	6,7%	1	1,1%	0	0,0%	7	7,9%
Dolor	10	11,2%	5	5,6%	1	1,1%	16	18,0%
Laceraciones partes blandas	4	4,5%	1	1,1%	1	1,1%	6	6,7%
Fractura de apófisis alveolar	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%
1 y 2	4	4,5%	0	0,0%	0	0,0%	4	4,5%
1 y 4	4	4,5%	0	0,0%	0	0,0%	4	4,5%
4 y 5	0	0,0%	1	1,1%	0	0,0%	1	1,1%
1 - 2 y 4	1	1,1%	1	1,1%	0	0,0%	2	2,2%
1 - 2 y 6	2	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,2%
1 - 4 y 6	0	0,0%	1	1,1%	0	0,0%	1	1,1%
2 - 4 y 6	1	1,1%	0	0,0%	1	1,1%	2	2,2%
1 - 2 - 4 y 6	2	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,2%
1 - 2 - 3 - 4 y 6	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%
Sin complicaciones POI	21	23,6%	17	19,1%	2	2,2%	40	44,9%
Total	57	64,0%	27	30,3%	5	5,6%	89	100,0%

Fuente: Entrevista directa.

Leyenda:

<i>1 y 2</i>	<i>= Fractura c-r y dolor</i>
<i>1 y 4</i>	<i>= Fracturac-r y laceraciones de partes blandas</i>
<i>4 y 5</i>	<i>= Laceraciones de partes blandas y hemorragias</i>
<i>1 – 2 y 4</i>	<i>= Fractura c-r, dolor y laceraciones de partes blandas</i>
<i>1 – 2 y 6</i>	<i>= Fractura c-r, dolor y fractura de apófisis alveolar</i>
<i>1 – 4 y 6</i>	<i>= Fracturac-r, laceraciones de partes blandas y fractura de apófisis alveolar</i>
<i>2 – 4 y 6</i>	<i>= Dolor, laceraciones de partes blandas y fractura de apófisis alveolar</i>
<i>1- 2-4 y 6</i>	<i>= Fractura c-r, dolor, laceraciones de partes blandas y fractura de apófisis alveolar</i>
<i>1- 2-3-4 y 6</i>	<i>= Fractura c-r, dolor, daño a piezas vecinas, laceraciones de partes blandas y fractura de apófisis alveolar</i>

ANÁLISIS DE LA TABLA N° 9

El 44,9% de los pacientes no presentan complicaciones post operatoria intraoperatorias / inmediatas.

El 18% de los pacientes manifiestan tener dolor.

El mayor porcentaje de complicaciones post operatoria intraoperatorias / inmediatas fractura corona radicular (25,7%).

TABLA N° 10

PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT, POR COMPLICACIONES POST OPERATORIA MEDIATAS, SEGÚN CANTIDADES DE DIENTES TRATADOS. Noviembre 2009 – Enero 2010

Complicaciones post operatoria mediatas	Cantidad de dientes tratados							
	Una		Dos		Tres		Total	
	N°	%.	N°	%	N°	%	N°	%
Alveolitis	11	12,4%	1	1,1%	0	0,0%	12	13,5%
Dolor severo	0	0,0%	1	1,1%	0	0,0%	1	1,1%
Trismus	2	2,2%	1	1,1%	0	0,0%	3	3,4%
1 y 8	2	2,2%	0	0,0%	1	1,1%	3	3,4%
2 y 8	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%
1 - 2 y 3	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%
1 - 2 y 6	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%
1 - 2 - 3 y 6	1	1,1%	1	1,1%	0	0,0%	2	2,2%
1 - 2 - 3 y 8	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%
1 - 2 - 6 y 8	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%
Sin complic. POM	36	40,4%	23	25,8%	4	4,5%	63	70,8%
Total	57	64,0%	27	30,3%	5	5,6%	89	100,0%

Fuente: Entrevista directa.

Leyenda:

- 1 y 8 = Alveolitis y trismus
- 2 y 8 = Dolor y trismus
- 1-2 y 3 = Alveolitis, dolor y edema severo
- 1-2 y 6 = Alveolitis, dolor y infección
- 1-2-3 y 6 = Alveolitis, dolor, edema severo y infección
- 1-2-3 y 8 = Alveolitis, dolor, edema severo y trismus
- 1-2-6 y 8 = Alveolitis, dolor, infección y trismus

ANÁLISIS DE LA TABLA N° 10

El 70,8% de los pacientes no presentan complicaciones post operatoria mediatas.

El 23,5% de los pacientes presentan alveolitis. El mayor porcentaje de complicaciones múltiples post operatoria mediatas (8,8%) se presentan en la extracción de una sola pieza dentaria.

TABLA N° 11

PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT, POR GRUPO DE VALORES, SEGÚN FRECUENCIA DE REACCIONES CONDUCTUALES.

Noviembre 2009 – Enero 2010

Grupo de valores	Frecuencia de Reacciones Conductuales							
	Psicomotora		Emocional		Cognitiva		Fisiológica	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 a 2	2	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3 a 5	13	14,6	4	4,5	0	0,0	0	0,0
6 a 8	8	9,0	3	3,4	0	0,0	6	6,7
9 a 11	17	19,1	15	16,9	1	1,1	21	23,6
12 a 14	14	15,7	10	11,2	7	7,9	31	34,8
15 a 17	21	23,6	22	24,7	9	10,1	24	27,0
18 a 20	10	11,2	24	27,0	18	20,2	7	7,9
21 a 23	2	2,2	9	10,1	28	31,5	0	0,0
24 a 26	2	2,2	1	1,1	21	23,6	0	0,0
27 a 29	0	0,0	1	1,2	4	4,5	0	0,0
30 a 32	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Total	89	100	89	100	89	100	89	100

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro de valoración de reacciones conductuales, propuesto por Nataly Salas, UCSM – Arequipa – 2008

Valoración	Psicomotora	Emocional	Cognitiva	Fisiológica	Conductual total
Mala	0 a 7	0 a 9	0 a 10	0 a 6	0 a 34
Regular	8 a 16	10 a 18	11 a 21	7 a 13	35 a 69
Buena	17 a 24	19 a 28	22 a 32	14 a 20	70 a 104

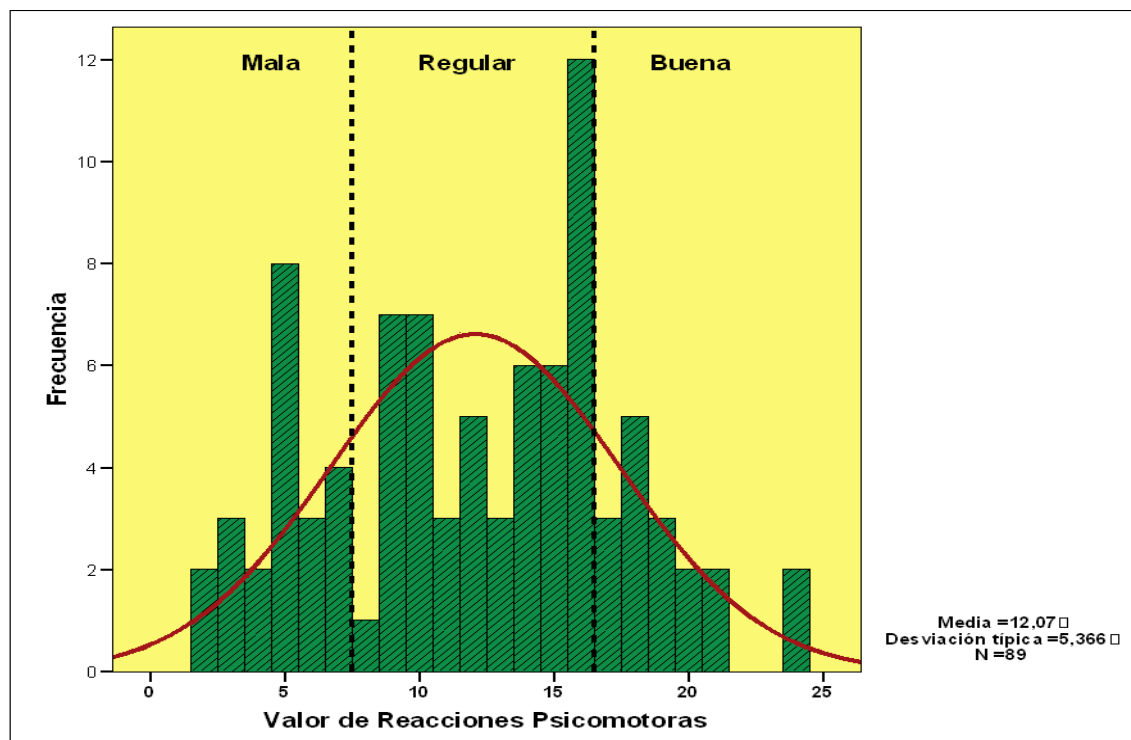
TABLA N° 12

CUADRO DE DESCRIPTIVOS CONDUCTUALES DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT, SEGÚN REACCIONES CONDUCTUALES.

Estadísticos	Psicomotoras	Emocionales	Cognitivas	Fisiológicas
Media	12,067416	15,393258	20,775281	13,089888
Desviación Estándar	5,3657113	4,9327707	4,0445047	3,1284634
Asimetría	-0,039464	-0,288874	-0,325155	-0,053274
Curtosis	-0,808437	-0,162962	0,0780058	-0,559098

GRAFICO N° 6

REACCIONES CONDUCTUALES PSICOMOTORAS DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT.



ANÁLISIS DE LAS TABLAS N° 11, N° 12 Y GRAFICO N° 6

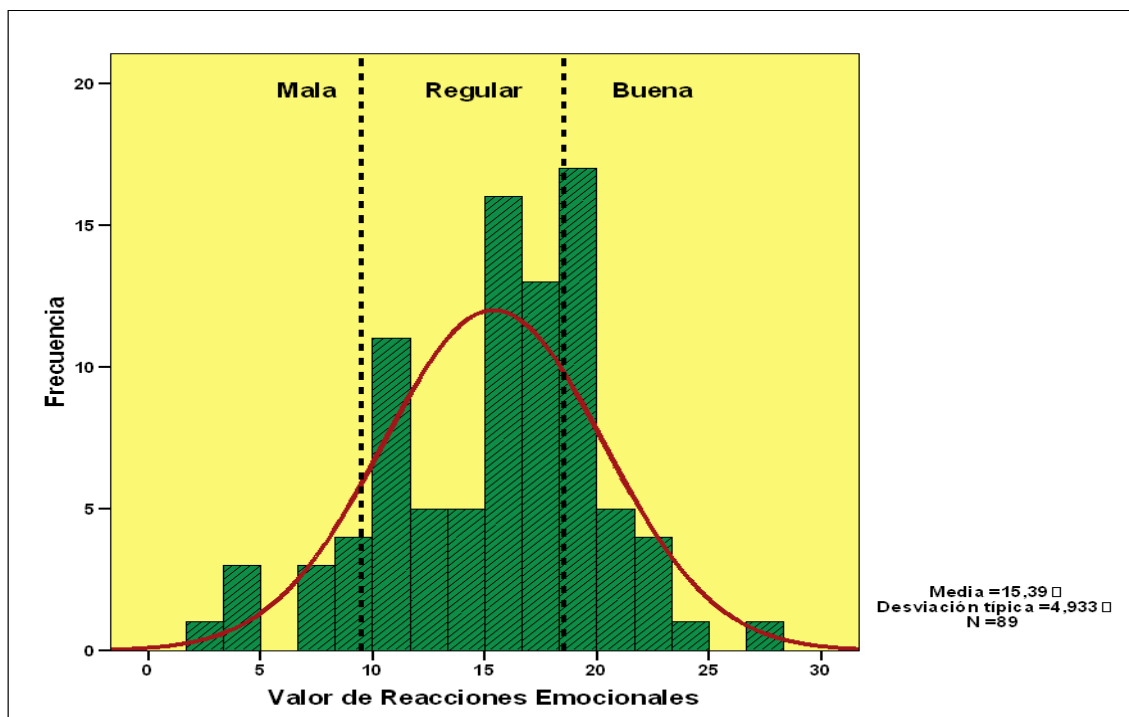
De la evaluación de las reacciones conductuales psicomotoras se ha obtenido una media de 12,067.

La variabilidad que se muestra en el cuadro descriptivos estadísticos igual 5,366 nos determina que el mayor número de veces de ocurrencias se presentan entre 6,70 a 17,43; este rango abarca la *valoración Regular* propuesta por Nely Salas (2008).

Los valores de asimetría -0,039 y curtosis -0,808 nos garantiza la aceptación de la investigación en forma significativa ($p < 0,05$).

GRAFICO N° 7

REACCIONES CONDUCTUALES EMOCIONALES DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT.



ANÁLISIS DE LAS TABLAS N° 11, N° 12 Y GRAFICO N° 7

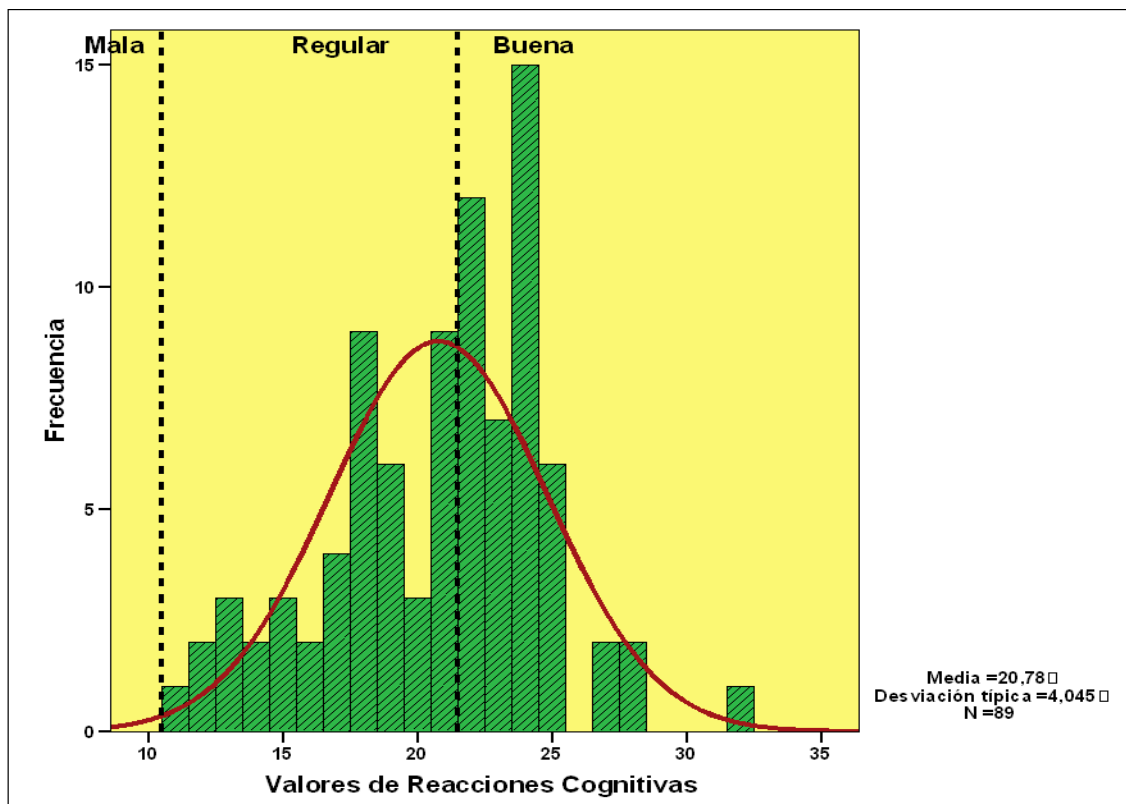
De la evaluación de las reacciones conductuales emocionales se ha obtenido una media de 15,393.

La variabilidad que se muestra en el cuadro descriptivos estadísticos igual 4,933 nos determina que el mayor número de veces de ocurrencias se presentan entre 10,46 a 20,32; este rango abarca parte de la valoración Regular y buena propuesta por N. Salas.

Los valores de asimetría -0,289 y curtosis -0,163 nos garantiza la aceptación de la investigación en forma significativa ($p < 0,05$).

GRAFICO N° 8

REACCIONES CONDUCTUALES COGNITIVAS DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT.



ANÁLISIS DE LAS TABLAS N° 11, N° 12 Y GRAFICO N° 8

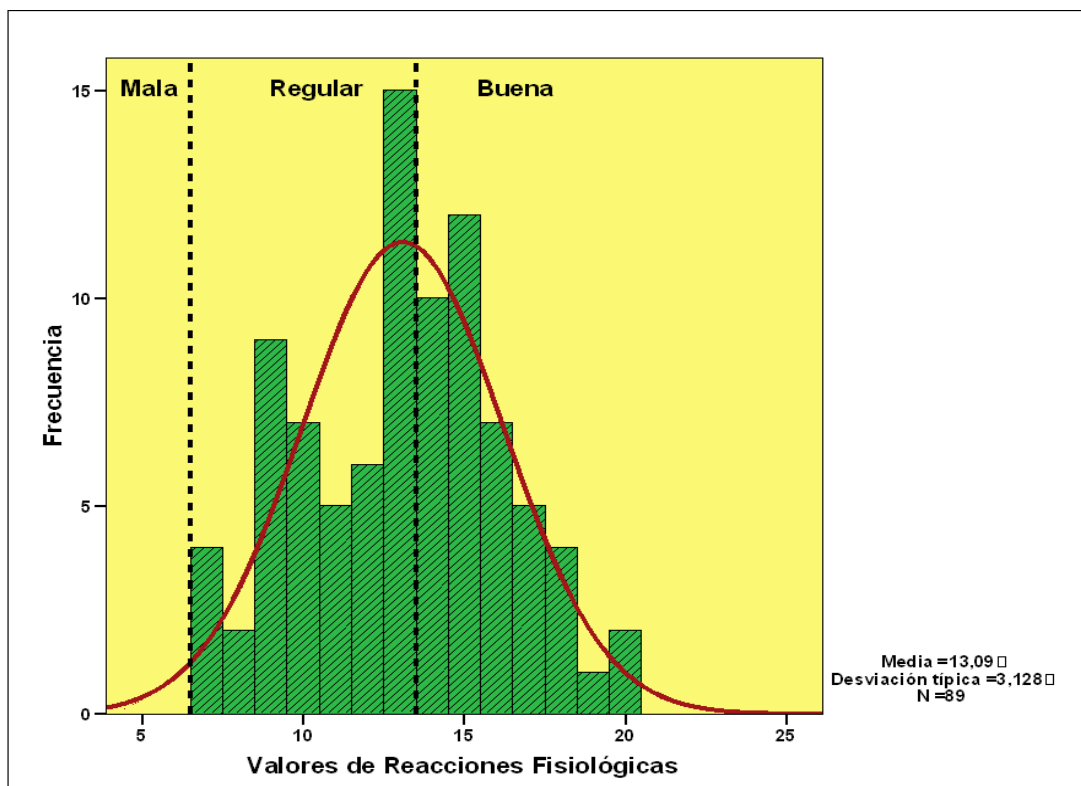
De la evaluación de las reacciones conductuales cognitivas se ha obtenido una media de 20,775.

La variabilidad que se muestra en el cuadro descriptivos estadísticos igual 4,045 nos determina que el mayor número de veces de ocurrencias se presentan entre 16,73 a 24,82; este rango abarca partes de valoración Regular y buena propuesta por N. Salas.

Los valores de asimetría -0,3259 y curtosis -0,078 nos garantiza la aceptación de la investigación en forma significativa ($p < 0,05$).

GRAFICO N° 9

REACCIONES CONDUCTUALES FISIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT.



ANÁLISIS DE LAS TABLAS N° 11, N° 12 Y GRAFICO N° 9

De la evaluación de las reacciones conductuales fisiológicas se ha obtenido una media de 13,090.

La variabilidad que se muestra en el cuadro descriptivos estadísticos igual 3,128 nos determina que el mayor número de veces de ocurrencias se presentan entre 9,962 a 16,218; este rango abarca partes de valoración Regular y buena propuesta por N. Salas.

Los valores de asimetría -0,053 y curtosis -0,559 nos garantiza la aceptación de la investigación en forma significativa ($p < 0,05$).

TABLA N° 13

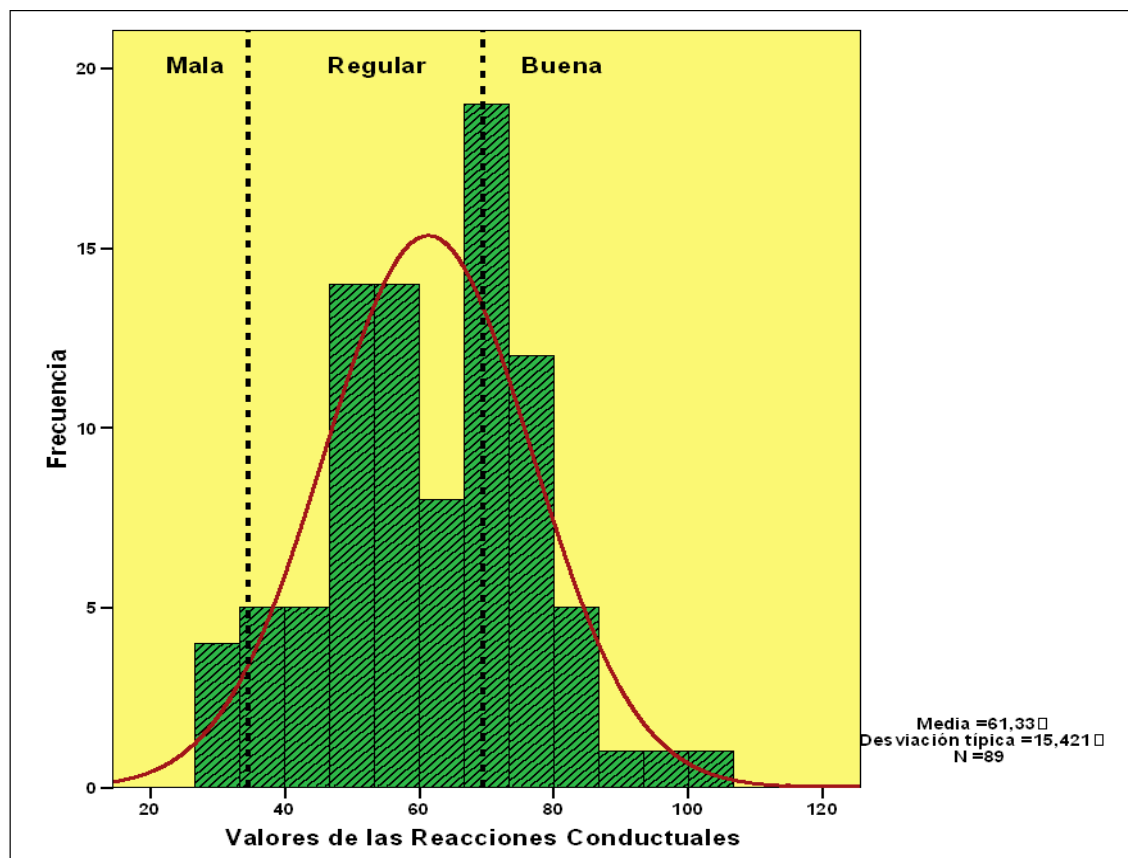
REACCIONES CONDUCTUALES DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT, POR GRUPO DE VALORES.

Noviembre 2009 – Enero 2010

Grupo de valores	Frecuencia	Porcentaje
25 a 32	4	4,49%
33 a 40	5	5,62%
41 a 48	12	13,48%
49 a 56	12	13,48%
57 a 64	16	17,98%
65 a 72	16	17,98%
73 a 80	16	17,98%
81 a 88	6	6,74%
89 a 96	1	1,12%
97 a 104	1	1,12%
Total	89	100,00%

GRAFICO N° 10

REACCIONES CONDUCTUALES TOTALES DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT.



ANÁLISIS DE LA TABLA N° 13 Y GRAFICO N° 10

De la evaluación de las reacciones conductuales totales se ha obtenido una media de 61,330.

La variabilidad que se muestra en el cuadro descriptivos estadísticos igual 15,410 nos determina que el mayor número de veces de ocurrencias se presentan entre 45,92 a 76,74; este rango abarca partes de valoración Regular y buena propuesta por N. Salas.

TABLA N° 14

PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT, POR REACCIONES CONDUCTUALES, SEGÚN COMPLICACIONES POST OPERATORIAS.

Noviembre 2009 – Enero 2010

Reacciones conductuales		Complicaciones post operatorias									
		Sin CPO		Intraoperatorias (Inmediatas)		Mediatas		Ambas		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Psicomotoras	Mala	2	2,25	5	5,62	5	5,62	10	11,24	22	24,72
	Regular	21	23,60	18	20,22	1	1,12	10	11,24	50	56,18
	Buena	11	12,36	6	6,74	0	0,00	0	0,00	17	19,10
	Total	34	38,20	29	32,58	6	6,74	20	22,47	89	100,0
Emocionales	Mala	2	2,25	4	4,49	1	1,12	4	4,49	11	12,36
	Regular	14	15,73	17	19,10	5	5,62	14	15,73	50	56,18
	Buena	18	20,22	8	8,99	0	0,00	2	2,25	28	31,46
	Total	34	38,20	29	32,58	6	6,74	20	22,47	89	100,0
Cognitivas	Regular	11	12,36	12	13,48	6	6,74	15	16,85	44	49,44
	Buena	23	25,84	17	19,10	0	0,00	5	5,62	45	50,56
	Total	34	38,20	29	32,58	6	6,74	20	22,47	89	100,0
Fisiológicas	Regular	11	12,36	14	15,73	5	5,62	18	20,22	48	53,93
	Buena	23	25,84	15	16,85	1	1,12	2	2,25	41	46,07
	Total	34	38,20	29	32,58	6	6,74	20	22,47	89	100,0
Conductuales	Mala	0	0,00	0	0,00	1	1,12	3	3,37	4	4,49
	Regular	15	16,85	19	21,35	5	5,62	16	17,98	55	61,80
	Buena	19	21,35	10	11,24	0	0,00	1	1,12	30	33,71
	Total	34	38,20	29	32,58	6	6,74	20	22,47	89	100,0

Fuente: Elaboración propia.

ANÁLISIS DE LA TABLA N° 14

a).- Relación de las reacciones psicomotoras con las complicaciones post operatorias:

Se observa que el 56,18% de los pacientes tienen reacciones psicomotoras que están dentro de la clasificación de nivel regular. De los cuales 23,60% no presentaron complicaciones post operatorias y 32,58% (20,22% + 1,12% + 11,24%) presentaron complicaciones post operatorias.

El 24,72% de los pacientes están clasificados en un nivel malo, de los cuales el 22,48% (5,62% + 5,62% + 11,24%) presentaron complicaciones post operatorias.

b).- Relación de las reacciones emocionales con las complicaciones post operatorias:

Se observa que 56,18% de los pacientes tienen reacciones emocionales que están dentro de la clasificación de nivel regular. De los cuales 40,45% (19,10% + 5,62% + 15,73%) presentaron complicaciones post operatorias.

El 31,46% de los pacientes están clasificados en un nivel bueno, de los cuales el 20,22% de los pacientes no presentaron complicaciones.

c).- Relación de las reacciones cognitivas con las complicaciones post operatorias:

Se observa que 50,56% de los pacientes tienen reacciones cognitivas que están dentro de la clasificación de nivel bueno. De los cuales 25,84% de los pacientes no han presentado complicaciones y el 24,72% (19,10% + 5,62%) presentaron complicaciones post operatorias.

El 49,44% de los pacientes están clasificados en un nivel regular, de los cuales 37,07% (13,48% + 6,74% + 16,85%) de los pacientes presentaron complicaciones.

d).- Relación de las reacciones fisiológicas con las complicaciones post operatorias:

Se observa que 53,93% de los pacientes tienen reacciones fisiológicas que están dentro de la clasificación de nivel regular. De los cuales 41,57% (15,73% + 5,62% + 20,22%) presentaron complicaciones post operatorias.

El 46,07% de los pacientes están clasificados en un nivel bueno, de los cuales el 25,84% de los pacientes no presentaron complicaciones post operatorias.

e).- Relación de las reacciones conductuales con las complicaciones post operatorias:

Se observa que 61.80% de los pacientes tienen reacciones conductuales que están dentro de la clasificación de nivel regular. De los cuales 44,95% (21,35% + 5,62% + 17,98%) presentaron complicaciones post operatorias.

El 33,71% de los pacientes están clasificados en un nivel bueno, de los cuales 21,35% de los pacientes no presentaron complicaciones post operatorias.

TABLA N° 15

PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT,
POR GRUPO ETÁREO, SEGÚN REACCIONES CONDUCTUALES POST
OPERATORIAS.

Noviembre 2009 – Enero 2010

Grupo etáreo	Reacción conductual							
	Mala		Regular		Buena		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
20 a 29 años	0	0,00	14	15,73	11	12,36	25	28,09
30 a 39 años	2	2,25	17	19,10	4	4,49	23	25,84
40 a 49 años	1	1,12	12	13,48	6	6,74	19	21,35
50 a 59 años	1	1,12	12	13,48	9	10,11	22	24,72
Total	4	4,49	55	61,80	30	33,71	89	100,00

Fuente: Elaboración propia.

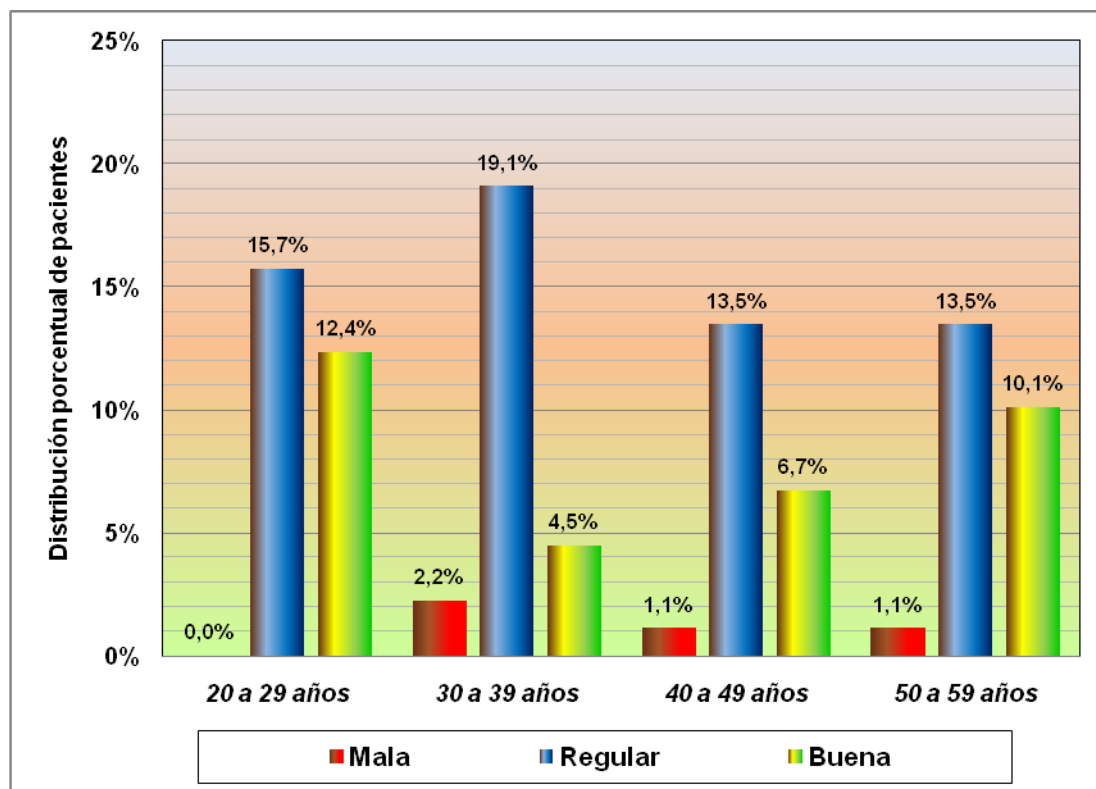
$$(X^2) = 5,8934 \quad p = 0,4352$$

Para evaluar la asociación que existe entre las reacciones conductuales y los grupos etáreos se ha calculado el chi-cuadrado de Pearson (X^2) siendo igual a 5,8934 para una significación asintótica igual a $p = 0,4352$, como $p > 0,05$ descartamos que la posibilidad de que exista asociación.

GRÁFICO N° 11

PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT, POR GRUPO ETÁREO, SEGÚN REACCIONES CONDUCTUALES POST OPERATORIAS.

Noviembre 2009 – Enero 2010



Fuente: Tabla N° 16

En la Tabla N° 16 y en Gráfico N° 11 se puede observar que predomina la reacción conductual regular en 61,80 % para todo los grupos etáreos, seguido por la reacción conductual buena en 31,71 %.

Como $p > 0,05$ se ha descartado que existe asociación directa entre las reacciones conductuales y los grupos etáreos.

TABLA N° 17

PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT,
POR REACCIONES CONDUCTUALES POST OPERATORIAS, SEGÚN GENERO

Noviembre 2009 – Enero 2010

Reacción conductual	Género del paciente					
	Mujeres		Hombres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Mala	4	4,49	0	0,00	4	4,49
Regular	37	41,57	18	20,22	55	61,80
Buena	14	15,73	16	17,98	30	33,71
Total	55	61,80	34	38,20	89	100,00

$(X^2) = 6,080$ $p = 0,048$

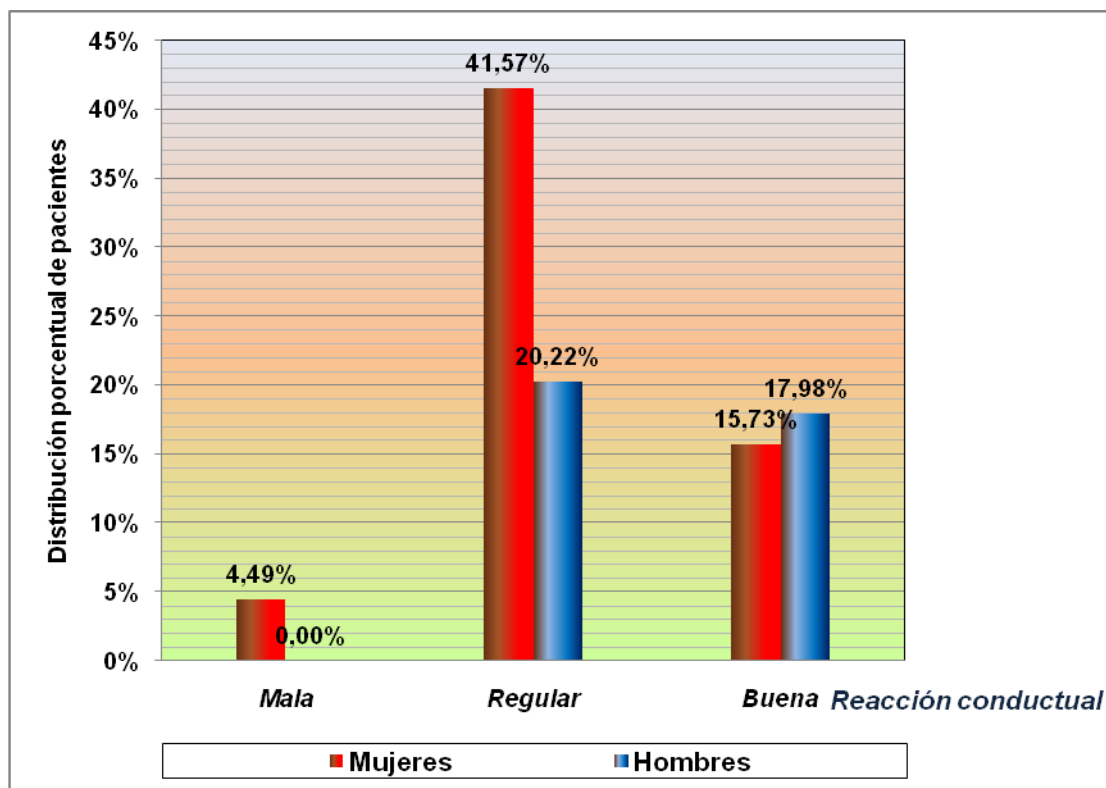
Fuente: Recopilación propia.

Para evaluar la asociación que existe entre las reacciones conductuales y el género de los pacientes, se ha calculado el chi-cuadrado de Pearson (X^2) siendo igual a 6,080 para una significación asintótica igual a $p = 0,048$, como $p < 0,05$ aceptamos de que existe asociación en forma significativa.

GRÁFICO N° 12

PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UPT, POR REACCIONES CONDUCTUALES POST OPERATORIAS, SEGÚN GENERO

Noviembre 2009 – Enero 2010



Fuente: Tabla N° 17

En la Tabla N° 17 y en Gráfico N° 12 se puede observar que:

Predomina la reacción conductual buena en los varones 17,98 %.

En la reacción conductual regular se ha detectado que predomina en las mujeres en 41,57 %.

La reacción conductual mala sólo se presenta en el caso de las mujeres en 4,49 %.

Finalmente como $p < 0,05$ aceptamos que existe asociación en forma significativa entre las reacciones conductuales y el género de los pacientes.

CAPITULO VII

DISCUSIÓN

Este estudio prospectivo fué realizado con 89 pacientes que aceptaron participar en la investigación integral, el tratamiento fue realizado en la Clínica Odontológica de la UPT en el periodo de Noviembre 2009 a Enero 2010.

Los resultados obtenidos fueron comparados con otros resultados relacionados con la materia de investigación:

- 1) Con la investigación realizada por la Dra. Moyra de la Caridad Ramirez Siret, en el consultorio Odontológico INCE en el Municipio San Felipe de Venezuela en el año 2008 detectó:
 - Que el principal factor riesgo de las complicaciones post operatorias es las caries en un 90,2%. En nuestro medio también el principal factor de riesgo post operatorio con un 78,57%
 - Asimismo detectó que la principal complicación post operatoria intraoperatoria (inmediata) es fractura coronaria y radicular en un 77.5% en nuestro medio también es la principal fractura coronaria y radicular en 25.7%
 - Que la principal complicación post operatoria mediata alveolitis con 17,3%, en nuestro medio también es la principal complicación con 23,5%.
 - El principal grupo dentario fue los molares en la extracción, en nuestro caso también fueron los molares el principal grupo dentario en 32.6%.

- 2) La investigación realizada por Isaac Álvarez, Alexander Domínguez en la Clínicas Estomatológicas asistidas por la Pontificia Universidad Católica Madre Maestra - Santiago República Dominicana en el año 2008 detecto:
 - Que en la técnica simple de extracción el porcentaje que no presentó complicación de dolor fue 74.3%. en nuestro caso no presento complicación de dolor en 80.9%.

- 3) La investigación realizada por Beatriz Albina Yax Coti, en la Clínica de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 1995 detectó:
 - Como principal complicación post operatoria el alveolitis con un 18,64%, en nuestro caso se presenta también como principal complicación con 23,5%.

- 4) La investigación realizada por Quijada San Martin, Felipe en la Clínica Odontológica de la Universidad de Talca (Chile) en el año 2007 detectó:
 - Que la frecuencia con la que se produce las complicaciones post exodoncia está presente en una baja frecuencia, en nuestro caso también hay una baja frecuencia al no presentar ningún tipo de compilación en 84.3%
 - Que el mayor grupo de género que acudió por exodoncia fue el sexo femenino 55%,en nuestro caso de forma similar el sexo femenino acudió por exodoncia en 61.8%

5) Recabarren Chacón, Isabel en la Clínica Odontológica de la Universidad Santa María de Arequipa, en el año 2007 detectó:

- Que 46,20% de los pacientes presentaban reacciones emocionales a nivel moderado. En nuestro caso la reacción conductual emocional a nivel regular es del orden de 56,18%.

6) En la investigación realizada por Nataly M. Salas Herencia en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María de Arequipa en el año 2008, realizado sólo con pacientes con tratamiento de exodoncia de evaluación inmediata, detectó:

- Para las reacciones conductuales psicomotoras reportó 61,7% para el nivel regular, en el caso de la clínica Odontológica UPT fue de 56,18%, también en el nivel regular.
- Para las reacciones conductuales cognitivas halló 75,0% para el nivel bueno, en nuestro caso también predomina el nivel bueno con 50,56%.
- Para las reacciones conductuales emocionales reporta para el nivel bueno 43,3%, y lo encontrado en nuestra investigación para el mismo nivel es 31,46%.
- Para las reacciones conductuales fisiológicas detectó 75,0% para el nivel bueno, y lo encontrado en nuestra investigación para el mismo nivel es 46,07%, es importante indicar que en nuestro caso la mayoría de los pacientes que presentaron nivel regular están en el límite próximo a bueno, lo que incrementaría el porcentaje.
- Para las reacciones conductuales totales reporta para el nivel bueno 58,3%, y lo encontrado en nuestra investigación para el mismo nivel es 33,71%., como en el párrafo anterior hay muchos evaluados como regular que se encuentran en el límite.

- En esta investigación se ha evaluado en forma integral teniendo en cuenta la evaluación de forma inmediata y mediata por lo cual difiere de los resultados obtenidos por Nataly Salas.
- 7) No hay trabajos efectuados relacionados a la asociación de la reacción conductual con el grupo etéreo de los pacientes. En el caso de los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de la UPT, se ha demostrado que estadísticamente no existe asociación ($p>0,05$).
- 8) No hay trabajos efectuados relacionados a la asociación de la reacción conductual con el género del paciente. En el caso de los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de la UPT, se ha demostrado que estadísticamente existe asociación en forma significativa ($p<0,05$).

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES:

1. Las complicaciones post operatoria más frecuentes son las intraoperatorias /inmediatas, la fractura coronaria y radicular (25.7%).
La complicación post operatoria mediata más frecuente es la alveolitis con (23,5%).
2. Las reacciones conductuales en la mayoría de los casos (61,80%) fueron regulares muy próximo bueno.
 - Las reacciones conductuales: psicomotora (56,18%) y emocional (56,18%) en la mayoría de los pacientes se puede evaluaron como regular.
 - Las reacciones conductuales: cognitiva (50,56%) y fisiológica (53,93%) en la mayoría de los casos fueron buenas.
3. Según el género las reacciones conductuales considerada como mala se manifiesta solo en las mujeres.
Según la edad no tiene relación significativa estadísticamente con las reacciones conductuales.
4. Con las conclusiones anteriores expuestas validan por si mismo la hipótesis planteada.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere que, en la práctica diaria, se evalúen las reacciones conductuales de los pacientes frente a la fase post operatoria de la exodoncia.
2. Se sugiere dominar algunas técnicas psicoterapéuticas, como la relajación, para atender a pacientes que presentes conductas negativas frente a la fase post operatoria de la exodoncia.
3. Realizar un estudio para determinar cuáles son los factores de riesgo en exodoncias para que la misma no se complique.
4. Realizar investigaciones sobre complicaciones post operatoria en exodoncia a pacientes que presentan algún tipo de enfermedad sistémica.
5. Realizar investigaciones sobre medicamentos o procedimientos para evitar la alveolitis.
6. Cumplir con los protocolos de bioseguridad por parte del estudiante de odontología que labora en la clínica con vista a disminuir las complicaciones de la extracción dental durante acto operatorio.
7. Educar a los pacientes atendidos sobre la responsabilidad en el cumplimiento de orientaciones post operatorias.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Libros y Revistas

- 2- Vicente E. Caballo. "Manual para el Tratamiento Cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos". Volumen 1. Segunda Edición 2007. España Editores.
- 3- M. Donado Rodriguez. Cirugía Bucal. Patología y Técnica. Tercera Edición 2002. Editorial Masson S.A. Barcelona – España.pag.3
- 4- José Luis Gutierrez Pérez, y Otros. Manual de Enseñanzas Prácticas en Cirugía Bucal. Primera Reimpresión 2005. Editorial Pedro Cid S.A. Madrid – España.
- 6- Cosme Gay Ecodá,Leonardo Berini A "cirugía bucal". Editorial Ergon 1ª Edición. Castellano. 2005.pag.1
- 7- Cosme Gay Ecodá,Leonardo Berini A, "cirugía bucal". Editorial Ergon 1ª Edición. Castellano. 2005.pag. 6 -14
- 8 - Laskin, D. M., Cirugía Bucal y Maxilofacial. Edit. Panamericana. Buenos Aires, 1987.
- 9 -M. Donado. Cirugía bucal "patologías y técnica". Editor Elsevier España, . 3ª Edición. 2005
- 10-Dra. Peralta Berenice, Dr. Alvarez Isaac. {En línea}, {Consulta fecha: 27-09-2009}, URL: <http://www.destomatologia.com/new/index.php>
- 11-Carlos Navarro Vila, Fernando Garcia"Cirugía Oral".Editorial Aran Edición. Castellano. 2008 .
- 12- " Moyra de la Caridad Ramirez Siret.Complicaciones de la extracción dentaria en pacientes atendidos en el Consultorio Odontológico INCE .San Felipe. Yaracuy" 2008- Venezuela
- 13- Howe G "cirugía bucal menor".3ª Edición. Castellano. 2001.pag.24-51
- 15- Inguanzo Fuentes, Rodriguez F, Telleria Valdés. "cirugía bucal". La Habana 2002
- 16- Saraswati FK, Balajirao B, Mamatha GP. Clinical and orthopantomographic evaluation of mandibular third molar. Contemp Clin Dent 2010; 1:27-30 {En línea}, {Consulta fecha: 27-12-2009}, URL

- 17- García-Peñin A, Guisado-Moya B, Montalvo-Moreno JJ. Riesgos y complicaciones de la anestesia local en la consulta dental. Estado actual. RCOE 2003;8
- 18- Beatriz Albina Yax Coti. 1995 – Guatemala Frecuencia de complicaciones post-operatorias y su evaluación en un grupo de pacientes atendidos en la clínica de cirugía de la facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala”.
- 21- Cosme Gay Ecodá, Leonardo Berini A “cirugía bucal”. Editorial Ergon 1ª Edición. Castellano. 2005. pag.334
- 22-Cosme Gay Ecodá, Leonardo Berini A “cirugía bucal”. Editorial Ergon 1ª Edición. Castellano. 2005.pag.338
- 23- Cosme Gay Ecodá, Leonardo Berini A “cirugía bucal”.Editorial Ergon 1ª Edición. Castellano. 2005.pag.339
- 24- Worchel, S.; Cooper, J.; Goethals, G.R. y Olson, J.M. (2003): Psicología Social p. 147)
- 26- Egozcue, M.(2008) Odontopediatria y Psicología Buenos Aires Ediciones Kargieman
- 27- Egozcue, M.(2008) Odontopediatria y Psicología Buenos Aires Ediciones Kargieman
- 28- Dra. Peralta Berenice, Dr. Alvarez Isaac. {En línea}, {Consulta fecha: 27-09-2009}, URL: <http://www.destomatologia.com/new/index.php>
- 29- Carranque Chaves, Fernandez Berrocal y Col.(2004) “Dolor Postoperatorio e inteligencia emocional” Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. Vol.51. Pag 75-79
- 30-Artur Guyton,M.D “Manual de tratado de fisiología”1ra.ed.español Mc Graw-Hill.(2003).pag 447
- 31- Artur Guyton,M.D “Manual de tratado de fisiología”1ra.ed.español Mc Graw-Hill. (2003). pag 447
- 32-Finkel, D y Schleger, R “El dolor postoperatorio. Conceptos básicos y fundamentos para un tratamiento adecuado” Rev. Hospital Gral. de Agudos J. Ramos Mejia. Edición Electrónica Buenos Aires. Arg. Vol.VIII. N°1. 2003

- 33- Artur Guyton, M.D “Manual de tratado de fisiología” 1ra.ed.español Mc Graw-Hill. (2003). pag 448
- 34- Antonio Bascones . “Medicina Bucal” Ed. Avances medico-dentales 2004 Pag.650-651.
- 35- Microsoft Enciclopedia Encarta 2007, Microsoft Corporation.
- 36- Diccionario de la lengua española © 2005 Espasa-Calpe
- 37- Davidoff, Linda L. México: McGraw-ill.2000.PSICOLOGIA.Introduction to psychology
- 38-Davidoff, Linda L. México: McGraw-ill.2000.PSICOLOGIA.Introduction to psychology
- 43- Piaget. J “Inteligencia y afectividad”. Castellano .Nº Edición:1ª :2001
- 44- Piaget. J “Inteligencia y afectividad”. Castellano.Nº Edición:1ª :2001
- 45- Diccionario Enciclopédica Vox 1. © 2009 Larousse Editorial, S.L.
- 47- Artur Guyton, M.D “Manual de tratado de fisiología” 1ra.ed.español Mc Graw-Hill. (2003). pag 111

Internet

- 1-<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2179/1/Complicaciones-de-la-exodoncia>. Autor: Dr. Roberto Felipe Nicot Cos Publicado: 6/05/2010 Cirugia Maxilofacial , Odontología y Estomatología.
- 5- Moyra. http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/tesis_moyra.pdf {En línea}, {Consulta echa: 27-07-2009}, URL:
- 14- Dra. Peralta Berenice, Dr. Alvarez Isaac. {En línea}, {Consulta echa: 27-09-2009}, URL: <http://www.destomatologia.com/new/index.php>

16- Saraswati FK, Balajirao B, Mamatha GP. Clinical and orthopantomographic evaluation of mandibular third molar. Contemp Clin Dent 2010;1:27-30 {En línea}, {Consulta echa: 27-12-2009}, URL

19-<http://www.slideshare.net/maradelmila/complicaciones-y-accidentes-de-la-extraccion-dentaria> {En línea}, {Consulta echa: 27-12-2009}, URL:

20- Damaris A. Baeza Martínez. Tutor: José F. Gómez Clavel. <http://www.iztacala.unam.mx/temas/foropaea/35TCD05Ib.htm> {En línea}, {Consulta echa: 20-11-2009}, URL:

25- Susana Collado Vázquez, Dra. Medicina y Cirugía <http://scollvaz.galeon.com> {En línea}, {Consulta echa: 27-12-2009}, URL:

39-http://www.psicologia-online.com/colaboradores/jc_vicente/manipulacion2.htm {En línea} BClinica Psicológica V. Mars - Sueca (Valencia, España), {Consulta echa: 10-03-2010}

40- <http://es.wikipedia.org/wiki/Agresividad> {En línea}, {Consulta echa: 10-06-2010}

41- <http://es.wikipedia.org/wiki/Agresividad> {En línea}, {Consulta echa: 10-06-2010}

42- Juan B. Arrién. <http://impreso.elnuevodiario.com.ni/2007/01/14/opinion/38703>. {En línea}, {Consulta echa: 10-06-2009}

46- A.D.A.M., Inc. acreditada por la URAC Jonathan Kantor, North Florida Dermatology Associates, Jacksonville, Also reviewed by David Ziev, MHA, Medical Director, {En línea}, {Consulta echa: 04/10/2009}

ANEXOS

ANEXO 01

Universidad de San Carlos de Guatemala".1995 – Guatemala

Autor: Beatriz Albina Yax Coti.

FICHA DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

DATOS GENERALES

Nombre: _____

Edad: _____

Dirección: _____

Sexo: _____

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EFECTUADO

1. _____

2. _____

¿Recetan algún medicamento? SÍ _____ NO _____

¿De qué tipo?

Analgésico _____

Antiinflamatorio _____

Antibiótico _____

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Intraoperatorias /Inmediatas:	Mediatas
1. Fractura coronaria / radicular _____	1. Alveolitis _____
2. Dolor _____	2. Dolor severo _____
3. Daño a piezas vecinas _____	3. Edema severo _____
4. Laceraciones de partes blandas _____	4. Hematoma _____
5. Hemorragia primaria _____	5. Hemorragia secundaria _____
6. fractura de apófisis alveolar _____	6. Infección _____
7. Fractura de tuberosidad _____	7. Parestesia _____
8. Luxación mandibular _____	8. Trismus _____

ANEXO 02

Universidad Católica Santa María – Arequipa 2008”.

Autor: Nataly M. Salas Herencia.

CÉDULA DE ENTREVISTA

Con el objeto de Determinar las Reacciones Conductuales Post-Operatorias de la Exodoncia, Es que se le solicita Responda de Manera veraz al siguiente cuestionario.

Marque sus respuestas con una **X**, según la siguiente clave:

TD: Totalmente Desacuerdo

A: De acuerdo

I:

D: Desacuerdo

TA: Totalmente de Acuerdo

Nº		TD	D	I	A	TA
1	Generalmente SIENTO dolor después de mi extracción dentaria	4	3	2	1	0
2	Reconozco que en ocasiones SIENTO la necesidad de llorar después de mi extracción dentaria.	4	3	2	1	0
3	Manifiesto que NO acostumbro ponerme pálido en la fase post-operatorio de la exodoncia	0	1	2	3	4
4	Me siento IMPEDIDO de realizar desplazamientos para realizar mis necesidades.	4	3	2	1	0
5	Me siento DISMINUIDO para levantar objetos	4	3	2	1	0
6	Generalmente presento malestar después de mi extracción dentaria.	4	3	2	1	0
7	Definitivamente SI pudiera adaptarme al tratamiento post-operatorio de la exodoncia lo haría.	0	1	2	3	4
8	Estoy convencido que el malestar en la fase post-operatoria de la exodoncia NO es muy exagerado.	0	1	2	3	4
9	Definitivamente el dolor en la fase post-operatoria de la exodoncia es insoportable.	4	3	2	1	0
10	Reconozco que en alguna oportunidad fue imposible adaptarme al tratamiento post-operatorio de la exodoncia	4	3	2	1	0
11	Aseguro que NO demuestro agresividad después de mi extracción dentaria.	0	1	2	3	4
12	Demuestro incapacidad para realizar ejercicios de la vida diaria.	4	3	2	1	0
13	Estoy imposibilitado de realizar tareas de aseo Bucal.	4	3	2	1	0
14	Generalmente SIENTO ira en la fase post-operatoria de la exodoncia por que el malestar es insoportable.	4	3	2	1	0
15	Manifiesto que NO presento ninguna molestia después de mi extracción dentaria	0	1	2	3	4
16	Reconozco que me siento disminuido para realizar cálculos de la vida diaria.	4	3	2	1	0
17	Me siento perturbado para emitir juicios de valor.	4	3	2	1	0
18	Generalmente es difícil adaptarse a los consejos y recomendaciones del odontólogo.	4	3	2	1	0
19	Considero que me encuentro incapacitado para tomar decisiones.	4	3	2	1	0
20	Generalmente después de mi extracción dentaria ME PONGO pálido.	4	3	2	1	0
21	Definitivamente detesto ir al Odontólogo	4	3	2	1	0
22	Reacciono negativamente después de mi extracción dentaria	4	3	2	1	0
23	Considero que NO presento la necesidad de llorar después de mi extracción dentaria	0	1	2	3	4
24	Generalmente tengo dificultad para discernir información	4	3	2	1	0
25	Generalmente suelo ser violento en la fase post-operatoria de la exodoncia por que el dolor es insoportable	4	3	2	1	0
26	Reconozco que después de mi extracción dentaria presento síntomas de taquicardia	4	3	2	1	0

VALORES DE LAS REACCIONES CONDUCTUALES

REACCIONES PSICOMOTORAS (1, 4, 5, 9, 12,13)

De 0 a 7 Mala

De 8 a 16 Regular

De 17 a 24 Buena

REACCIONES EMOCIONALES (6, 11, 14, 15, 21, 23,25)

De 0 a 9 Mala

De 10 a 18 Regular

De 19 a 28 Buena

REACCIONES COGNITIVAS (7, 8, 10, 16, 17, 18, 19,24)

De 0 a 10 Mala

De 11 a 21 Regular

De 22 a 32 Buena

REACCIONES FISIOLÓGICAS (2,3, 20, 22, 26)

De 0 a 6 Mala

De 7 a 13 Regular

De 14 a 20 Buena

REACCIONES CONDUCTUALES

De 0 a 34 Mala

De 35 a 69 Regular

De 70 a 104 Buena