



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**DPTO. FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**ESTADO FÍSICO DE LOS PACIENTES POST – EXODONCIA DE 3ROS  
MOLARES EN EL ÁREA DE POSTGRADO DE CIRUGÍA BUCAL Y  
MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DR. ANGEL LARRALDE NAGUANAGUA  
ESTADO CARABOBO DURANTE EL PERIODO  
JUNIO-JULIO 2013**

**Tutor Metodológico:**

**Víctor Mora**

**Tutor de Contenido:**

**Alejandro Sierra**

**Autores**

**Oriana Torres**

**C.I.: 19.589.281**

**Luis Villamizar**

**C.I.: 19.011.784**

**BARBULA, NOVIEMBRE DE 2013**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**DPTO. FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**ESTADO FÍSICO DE LOS PACIENTES POST – EXODONCIA DE 3ROS  
MOLARES EN EL ÁREA DE POSTGRADO DE CIRUGÍA BUCAL Y  
MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DR. ANGEL LARRALDE, NAGUANAGUA  
ESTADO CARABOBO DURANTE EL PERIODO JUNIO-JULIO 2013**

**Autor(es):** Torres Oriana, Villamizar Luis

**Tutor(a) de Contenido:** Alejandro Sierra

**Tutor(a) de Metodología:** Víctor Mora

**Fecha:** Octubre de 2013

**RESUMEN**

El presente trabajo es una investigación de tipo descriptivo cuyo objetivo general es analizar el estado físico de los pacientes sometidos a exodoncia de tercer molar en el Área de postgrado de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Dr. Ángel Larralde Naguanagua estado Carabobo durante el período Junio-Julio 2013. La población involucrada está constituida por 32 pacientes, Para recabar los datos se empleó una guía de observación, encuesta y revisión de datos importantes de la historia clínica de cada paciente. Entre las conclusiones que se obtuvieron durante su recuperación no existieron complicaciones relevantes, los pacientes respondieron de manera positiva a la evolución, no mostrando alteraciones de peso, dificultad al comunicarse, dificultad al dormir, demostrando así un alto umbral de dolor.

**Palabras Clave:** Exodoncia, estado físico, tercer molar.



**Universidad De Carabobo**  
**Facultad de Odontología**  
**Dpto. Formación Integral del Hombre**  
**Informe de Investigación**

### **CARTA DE ACEPTACION DEL TUTOR DE CONTENIDO**

**Yo, Alejandro Sierra. Titular de la cedula de identidad N: 9.695.539 , de profesión Odontólogo.**

**Por la presente hago constar que acepto asesorar en calidad de tutor el trabajo final de investigación elaborado por los ciudadanos:**

**1.) Oriana C. Torres M. C.I: 19.589.281**

**2.) Luis E. Villamizar V. C.I: 19.011.784**

**Cuyo título es: “ESTADO FÍSICO DE LOS PACIENTES POST – EXODONCIA DE 3ROS MOLARES EN EL ÁREA DE POSTGRADO DE CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DR. ANGEL LARRALDE, NAGUANAGUA ESTADO CARABOBO DURANTE EL PERIODO JUNIO-JULIO 2013”**

**Dicha tutoría comprende desde la elaboración del informe de investigación hasta la presentación y entrega del trabajo final.**

**En Bárbula, a los 18 días del mes de Enero del 2013**

**Firma: \_\_\_\_\_**  
**C.I:**

**DEDICATORIA**

A dios, ya que me dio la oportunidad de vivir y de estar rodeada de personas maravillosas.

A mis queridos padres Guillermo Torres y Edicta Morillo por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, por darme la oportunidad de tener una excelente educación, por ser uno de los pilares fundamentales de mi vida y excelente ejemplo a seguir.

A mis hermanos Patricia Torres y Luis G. Torres por estar siempre conmigo en los momentos de alegría y tristeza y ser parte de mi vida.

*Oriana Carolina Torres Morillo*

A Dios que me ha dado la vida muchas veces.

A mis padres, que han facilitado mi camino en la vida de manera única e inigualable.

A mis abuelos y tíos, que en vida y muerte me enseñaron a vivir.

A María Paula, mi amiga, mi novia y futura esposa.

*Luis Eduardo Villamizar Vargas*

## **AGRADECIMIENTOS**

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar en todo momento mi trabajo a Dios.

De igual forma, dedico esta tesis a mis padres que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mis hermanos que siempre han estado junto a mí y brindándome su apoyo incondicional.

*Oriana Carolina Torres Morillo*

A Dios por darme la vida y salud.

A mis padres que siempre están ahí, con apoyo y protección incondicional.

A mis abuelos por prestarme una ayuda invaluable.

A mis hermanas, compañeras eternas.

A María Paula, que me motivo durante toda la carrera y nunca me dio negativas.

*Luis Eduardo Villamizar Vargas*

## INDICE GENERAL

Introducción.....Pág.01

### CAPÍTULO

I	El Problema.....	Pág.02
	Planteamiento del Problema.....	Pág. 02
	Objetivos de la Investigación.....	Pág. 07
	Objetivo General.....	Pág.07
	Objetivos Específicos.....	Pág.07
	Justificación de la Investigación.....	Pág.08
II	Marco Teórico.....	Pág.10
	Antecedentes de la Investigación.....	Pág.10
	Bases Teóricas.....	Pág.12
	Definición de Términos.....	Pág.15
	Operacionalización de Variables.....	Pág.16
III	Marco Metodológico.....	Pág.17
	Tipo y Diseño de Investigación.....	Pág.17
	Población y Muestra.....	Pág.18
	Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos.....	Pág.19
	Técnicas de Análisis de los Datos.....	Pág.20
IV	Resultados.....	Pág.21
V	Discusión de resultado.....	Pág.33
	Conclusiones.....	Pág.36
	Recomendaciones.....	Pág.38

Referencias Bibliográfica..... Pág.39

Anexos..... Pág.42

## INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1.....	Pág. 21
Tabla N° 2.....	Pág. 22
Tabla N° 3.....	Pág. 23
Tabla N° 4.....	Pág. 24
Tabla N° 5.....	Pág. 25
Tabla N° 6.....	Pág. 25
Tabla N° 7.....	Pág. 26
Tabla N° 8.....	Pág. 27
Tabla N° 9.....	Pág. 28
Tabla N° 10.....	Pág. 29
Tabla N° 11.....	Pág. 30
Tabla N° 12.....	Pág. 31
Tabla N° 13.....	Pág. 31

## INDICE DE GRAFICOS

Grafico N° 1.....	Pág. 22
Grafico N° 2.....	Pág. 23
Grafico N° 3.....	Pág. 23.
Grafico N° 4.....	Pág. 24
Grafico N° 5.....	Pág. 25
Grafico N° 6.....	Pág. 26
Grafico N° 7.....	Pág. 27
Grafico N° 8.....	Pág. 28
Grafico N° 9.....	Pág. 29
Grafico N° 10.....	Pág. 30
Grafico N° 11.....	Pág. 32

## Introducción

La exodoncia se puede definir como el procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae una pieza dentaria, en este caso el tercer molar, una pieza de forma e implantación muy irregular.

Dentro de la práctica odontológica la extracción de terceros molares es un acto muy común, pero que envuelve una serie de complicaciones asociadas al acto quirúrgico y a los cuidados posteriores, que comprometen la calidad de vida de los pacientes.

Teniendo noción de las múltiples complicaciones que se nos pueden presentar, no se han realizado estudios sistemáticos acerca de la evolución del estado físico de estos pacientes durante el periodo postoperatorio que permitan establecer el patrón de comportamiento,

Por lo que la presente investigación tiene como objetivo analizar el estado físico de los pacientes sometidos a exodoncias de terceros molares en el Área de postgrado de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Carabobo durante el período Junio-Julio 2013.

## CAPITULO I EL PROBLEMA

### Planteamiento del Problema

El tercer molar, según lo señalado por Batres, Fuentes, Rueda y León, es una pieza dentaria muy irregular en su forma e implantación. En efecto, el tercer molar, sobre todo el inferior, presenta un comportamiento poco previsible en lo que respecta a su erupción, posición y maduración. Este molar erupciona entre los 18 y 25 años y termina su calcificación alrededor de los 20 a 27 años. En consecuencia, es la última pieza en erupcionar, por lo que puede sufrir desplazamientos cuando hay limitaciones de espacio en la arcada dentaria. (1)

A este respecto, apunta que, la calcificación de este molar comienza entre los 8 a 10 años, luego a los 15 a 16 años se osifica la corona; mientras que a los 25 años aproximadamente es cuando ocurre la calcificación de sus raíces. Durante este proceso, la evolución normal del tercer molar puede ser modificada por distintos factores como, problemas en la erupción, obstrucción por un diente y disminución del espacio retromolar producido por el desarrollo mandibular. En efecto, el hueso, como consecuencia de su crecimiento, desplaza hacia atrás las raíces no calcificadas de este molar y, como consecuencia, el eje de erupción toma una dirección oblicua. Cabe destacar que, el tercer molar puede estar parcialmente impactado, caso en el cual una parte del molar está por encima de la encía, o totalmente impactado que es cuando no puede romper el tejido gingival. (2)

De modo que, las características anatómicas y embriológicas son factores determinantes en la retención o el grado de erupción del tercer molar. Así, Moncunill y Rivera, plantean que existen factores que parecen favorecer la impactación del tercer molar, como los ángulos goníacos obtusos y planos mandibulares abiertos, mandíbulas cortas y estrechas o pacientes con Macrodonia. Asimismo, existen factores que promueven el desarrollo del espacio para la erupción del tercer molar, como la

reabsorción ósea del borde anterior de la rama mandibular, el movimiento mesial de la dentición y el crecimiento sagital de la mandíbula. (3)

En otro orden de ideas, los terceros molares no erupcionados o mal erupcionados, pueden permanecer asintomáticos toda la vida, pero también, a juicio de Rivera , pueden desarrollar una serie de complicaciones, entre las que destacan: (a) la pericoronaritis; (b) el desarrollo de caries en el molar adyacente; (c) formación de quistes o tumores alrededor del tercer molar no extraído; (d) ulceración en lengua; (e) reabsorción de las raíces del segundo molar o del hueso; (f) presión y empuje sobre los otros dientes; (g) problemas en la articulación temporomandibular y (h) dolores en cara y cuello. (4)

En consecuencia, para evitar mayores complicaciones en los pacientes, la terapia de elección es la exodoncia de la pieza. En tal sentido, las indicaciones para aplicar esta técnica quirúrgica se clasifican en: (a) exodoncia preventiva; (b) exodoncia por infección; (c) exodoncia por motivos ortodóncicos y (d) exodoncia por motivos prostodóncicos y restaurativos. Así, el objetivo de la exodoncia preventiva, tomando como referente que todos los terceros molares son potencialmente patológicos, se centra en extraer el molar para evitar posibles complicaciones futuras. Se aplica cuando el tercer molar ha alcanzado los dos tercios de su desarrollo, lo que sucede generalmente entre los 16 y 18 años. Sin embargo, existen controversias en relación a este tipo de exodoncia, debido a las complicaciones de este tipo de intervención. (2)

Por otra parte, la exodoncia por infección, se produce como consecuencia del desarrollo de una pericoronaritis; la exodoncia debida a motivos ortodóncicos es la que se lleva a cabo cuando ocurre un apiñamiento de los dientes; mientras que la exodoncia por motivos prostodóncicos y restaurativos es la que se realiza cuando el uso de prótesis con bases mucosoportadas ha producido una estimulación de la erupción del tercer molar. (3)

De manera que, la exodoncia es una maniobra cuyo fin es separar los elementos de la articulación alveolodentaria, desgarrando el periodonto en su totalidad. Frecuentemente para conseguir luxar y extraer el diente es preciso distender y dilatar el alvéolo. No obstante, en la actualidad, de acuerdo a lo indicado por Gascon y Salazar, es un procedimiento técnicamente muy avanzado, con un protocolo quirúrgico y de cuidado post operatorio bien establecido, lo que le garantiza al paciente una experiencia indolora, segura y con pocos días de convalecencia. (5)

El proceso se sintetiza en realizar, bajo anestesia local, una incisión en la encía que se encuentra sobre el tercer molar, a objeto de descubrirlo y proceder a su extracción. Para ello, puede ser necesario cortar una porción de hueso y/o cortar el molar que se va a extraer con un micromotor. Posteriormente, es extraído con el elevador y, finalmente, se sutura la herida. (4)

No obstante, este tipo de cirugía puede ir acompañada de complicaciones que pueden ser intraoperatorias o postoperatorias. De acuerdo a los señalado por Carbonell, entre las complicaciones intraoperatorias destacan las siguientes: (a) fracturas dentarias u óseas, (b) desplazamientos del cordal hacia el seno maxilar, espacio pterigomaxilar o suelo de la boca, (c) hemorragia, (d) dilaceración de tejidos blandos, (e) enfisema subcutáneo, (g) lesiones nerviosas, (h) luxación de la mandíbula, (i) comunicación oronasal y/o orosinusal y (j) alergia al anestésico. (6)

Y, entre las postoperatorias: (a) dolor durante 48 a 72 horas que disminuye progresivamente; (b) inflamación persistente durante varios días; (c) trismo; (d) disestesias; (e) alveolitis seca; (f) hematomas; (g) infección secundaria; (h) dehiscencia de sutura y (i) ronquera, náuseas o vómitos por la anestesia e intubación.

Es así como, existen una serie de factores asociados a la intervención y a los cuidados posteriores que afectan la calidad de vida de los pacientes. Es evidente que, la agresión a los tejidos orales y periorales blandos, el despegamiento del colgajo y el traumatismo óseo que implica el proceso de extracción quirúrgica de los terceros molares, producen una serie de

alteraciones en el paciente. Por ello, para su evolución adecuada, tal y como lo expresan Prieto, Prieto y Bascones, es vital la realización de una cirugía técnicamente correcta, rápida, limpia y lo menos traumática posible; además de cumplir con el protocolo adecuado durante el periodo postoperatorio. (7)

La cirugía de los terceros molares constituye uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en la práctica de la cirugía oral, por lo que los esfuerzos se han enfocado en mejorar la técnica quirúrgica para evitar complicaciones intraoperatorias, pero también en elaborar protocolos informativos para el periodo postoperatorio de los pacientes. Vale destacar que, estos protocolos deben incluir una información detallada de la intervención realizada, las complicaciones postoperatorias y la forma de minimizarlas o evitarlas, para así lograr comprometer al paciente en su proceso de recuperación y mejorar su calidad de vida en menor tiempo.

En efecto, la participación del paciente en el proceso de atención ha adquirido especial relevancia en los últimos tiempos, incorporándose el concepto de autocuidado de la salud, bajo el cual se agrupan el conjunto de actividades que el paciente y sus familiares pueden realizar, en forma coordinada con el personal de salud, para la prevención de eventos adversos. Es así como, el paciente pasa de ser un espectador a ser el actor del proceso de atención. En tal sentido, para lograr que el paciente y su familia se involucren en el autocuidado de su salud, es preciso informarles sobre sus responsabilidades y los aspectos que deben observar y discutir con los profesionales de la salud.

En relación a este aspecto, es preciso indicar que para elaborar esos protocolos informativos y formativos es aconsejable contar con una información contextualizada acerca del comportamiento de la evolución de los pacientes que son atendidos en cada servicio, a fin de adaptarlos a las especificidades.

En efecto, para ofrecer una atención integral a los pacientes, es importante determinar cómo evolucionan variables como el peso, el dolor, la presencia de edema, la

alimentación, las infecciones, el sueño y la comunicación, las cuales evidentemente se relacionan de manera directa con la calidad de vida del paciente. Sin embargo, en el ámbito nacional y regional son pocos los estudios enfocados en esta temática, centrándose la mayoría de las iniciativas en evaluar la utilidad de nuevas prácticas terapéuticas dirigidas a disminuir el dolor y la inflamación.

En tal sentido, el Área Clínica de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Dr. Ángel Larralde atiende un importante número de habitantes del área de influencia de la institución, sin embargo, no se ha llevado a cabo un estudio sistemático acerca de la evolución de los pacientes a los que se le realiza exodoncia del tercer molar, a fin de establecer, no sólo el patrón de comportamiento de las variables antes mencionadas, sino también las posibles causas de cualquier complicación en los pacientes y poder incorporar estrategias que involucren más al paciente en su proceso de recuperación.

Es por ello que surgen las siguientes interrogantes de investigación: ¿cuál será el estado físico de los pacientes antes de ser sometidos a exodoncia de tercer molar en el Área Clínica de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Dr. Ángel Larralde periodo 2013?; ¿cuál será el estado físico de estos pacientes a los cuatro y siete días después de la intervención? y ¿cómo será la evolución del estado físico de estos pacientes durante el período postoperatorio?.

Para dar respuestas a estas interrogantes, el estudio tiene como propósito analizar, en los pacientes atendidos en el Área Clínica de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Dr. Ángel Larralde, el comportamiento de las variables peso, dolor, presencia de edema e infecciones, alimentación, sueño y comunicación, antes y a los cuatro y siete días después de ser sometidos a exodoncia de tercer molar, a objeto de contar con datos contextualizados del comportamiento de estos pacientes y mejorar los protocolos postoperatorios.

### Objetivos de la Investigación

## Objetivo General

Analizar el estado físico de los pacientes sometidos a exodoncia de tercer molar en el Área de Postgrado de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Dr. Ángel Larralde Naguanagua Estado Carabobo durante el periodo junio-julio 2013.

## Objetivos Específicos

Determinar el peso y la presencia de edema e infección de los pacientes antes y a los cuatro y siete días después de ser sometidos a exodoncia de tercer molar en el Área de postgrado de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Dr. Ángel Larralde Naguanagua Carabobo durante el período Junio-Julio 2013.

Estipular el nivel de dolor y estado alimentación, sueño y capacidad de comunicación de los pacientes antes y durante los siete días después de ser sometidos a exodoncia de tercer molar en el Área de postgrado de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Dr. Ángel Larralde durante el período Junio-Julio 2013.

Comparar el estado físico de los pacientes antes y a los cuatro y siete días después de ser sometidos a exodoncia de tercer molar en el Área de postgrado de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Dr. Ángel Larralde durante el período Junio-Julio 2013.

## Justificación de la Investigación

Tal y como se señaló en la sección anterior, la exodoncia del tercer molar constituye una práctica bastante común en el campo de la cirugía odontológica. Sin embargo, envuelve una serie de complicaciones asociadas al acto quirúrgico y a los cuidados posteriores, que comprometen la calidad de vida de los pacientes. En la rutina odontológica, específicamente en el Área Clínica de Cirugía Bucal y Maxilofacial Dr.

Ángel Larralde, luego de la exodoncia, el paciente recibe las indicaciones para los cuidados postoperatorios y es controlado a los siete días para evaluar la evolución.

Sin embargo, no se han realizado estudios sistemáticos acerca de la evolución del estado físico de estos pacientes durante el periodo postoperatorio que permitan establecer el patrón de comportamiento, es decir, como se van modificando las variables afectadas a lo largo del período crítico de los primeros siete días, así como las posibles causas de las complicaciones.

Es así como, el objetivo del estudio se centra en analizar la evolución del estado físico de los pacientes sometidos a exodoncia de tercer molar en el Área Clínica de Cirugía Bucal y Maxilofacial Dr. Ángel Larralde 2013, a fin de establecer el patrón de comportamiento de los pacientes que allí son atendidos y poder contextualizar el protocolo postoperatorio.

De manera que, los resultados de la investigación revisten una gran relevancia, para los pacientes, para el servicio y el hospital. Así, a los pacientes atendidos durante el periodo 2013 se les realizará un seguimiento más exhaustivo, lo que permitirá evidenciar las posibles alteraciones en su postoperatorio e incorporar las medidas correctivas, en el caso de ser requeridas.

Asimismo, el servicio se verá beneficiado, ya que contará con un mapa de la evolución general de los pacientes y de las alteraciones más comunes, insumo que permitirá enriquecer o ajustar los protocolos postoperatorios que se aplican, sobre todo en lo que respecta a la correcta información e incorporación del paciente en su proceso de recuperación.

Adicionalmente, desde el punto de vista epidemiológico, los hallazgos del estudio constituyen un importante aporte, ya que representan los primeros insumos para generar una base de datos en el servicio, que permitirá profundizar en el conocimiento de la evolución de los pacientes y así generar acciones que garanticen una mejor calidad de

vida. Finalmente, los resultados de la presente investigación, contribuyen a enriquecer la línea de investigación Cirugía Clínica del hospital y, además, representan un sustento para desarrollar futuras investigaciones en el área.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

En este capítulo se desarrollan los antecedentes y las bases teóricas y legales de la investigación, en otras palabras, una síntesis de estudios previos realizados por otros autores relacionados con el objeto de estudio de la presente investigación, así como los supuestos teóricos y legales que la sustentan.

Cabe señalar que, para Hernández, Fernández y Baptista 22 el Marco Teórico consiste en Sustentar teóricamente el estudio e implica analizar y exponer las teorías, las investigaciones y los antecedentes en general que consideren validos para el correcto encuadre del estudio. (8)

#### Antecedentes de la Investigación

A continuación se desarrollan los antecedentes de la investigación, que tal y como lo señala Arias, constituyen una síntesis de estudios previos relacionados con el problema planteado, los cuales constituyen referentes importantes para el abordaje metodológico de la investigación. En este orden de ideas, Chaparro, Pérez, Valmaseda, Berini y Gay, desarrollaron un estudio titulado Morbilidad de la Extracción de los Terceros Molares en Pacientes entre los 12 y 18 Años de Edad, cuyo objetivo se centró en analizar la incidencia de complicaciones después de la extracción quirúrgica de los terceros molares en los pacientes antes mencionados. (9) (10)

Así, se desarrolló una investigación descriptiva y documental, analizando las historias de 173 pacientes con edades comprendidas entre los 12 y 18

años, a quienes se les realizó extracciones quirúrgicas de terceros molares superiores e inferiores bajo anestesia locorregional en el año 2000 en el Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial de la Universidad de Barcelona. Los pacientes fueron divididos en tres grupos, el grupo A 12-14 años, el B 15-16 años y el C 17-18 años. Se registró la edad y el sexo, el motivo de la extracción, el grado de desarrollo dentario, la posición, la angulación y la inclusión del tercer molar. Además, se valoró la asociación entre dichas variables y la aparición de complicaciones postoperatorias. (10)

De los resultados destacó que, la mayoría de los pacientes intervenidos fueron del sexo femenino (66,9%) y el grupo de edad en la que se realizó el mayor número de extracciones (62,8%) fue en el grupo de 17-18 años. Asimismo, se observó una incidencia del 15,6% de complicaciones postoperatorias, siendo el riesgo en el grupo A de 17,4%, en el grupo B de 19% y en el grupo C de 13,7%. Las complicaciones más frecuentes fueron el dolor y la inflamación persistente, la infección, el trismo y la equimosis. De modo que, los autores concluyeron que no se presentaron diferencias estadísticamente significativas en las complicaciones observadas entre los tres grupos de edad evaluados y, además, éstas fueron leves y reversibles. Por otro lado, se observó una mayor tendencia de complicaciones en las mujeres y el porcentaje de complicaciones fue inversamente proporcional al espacio disponible para la erupción. (10)

En este mismo orden de ideas, Rojas y Rueda, llevaron a cabo una investigación cuyo título fue Implicaciones de la Calidad de Vida de los Pacientes Sometidos a Extracción Quirúrgica de los Terceros Molares Retenidos Durante el Periodo Operatorio Inmediato. De tal manera que el objetivo del estudio fue describir la evolución de los pacientes que fueron sometidos a una extracción quirúrgica de los terceros molares retenidos, durante el periodo post operatorio inmediato. (11)

A tal efecto, se desarrolló un estudio descriptivo y de campo y se evaluó una muestra representativa de pacientes sanos, entre 18 y 50 años de ambos sexos, los cuales fueron sometidos a la extracción quirúrgica ambulatoria de los terceros molares retenidos, en el Área de Cirugía Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el periodo 2006. (11)

Asimismo, Contreras y Chirinos, desarrollaron un estudio denominado Efectividad de la Analgesia Preventiva en la Exodoncia de Terceros Molares Retenidos. En tal sentido, el propósito de este estudio fue analizar la utilidad de la analgesia preventiva en la evaluación de los pacientes sometidos a dicha exodoncia. De modo que, para el desarrollo del estudio que fue experimental y de campo se evaluaron a 40 sujetos seleccionados en forma intencional, los cuales fueron, distribuidos en dos grupos, el Grupo Experimental (GE) y el Grupo Control (GC). Los autores concluyeron que, la analgesia preventiva en la extracción de terceros molares retenidos resultó eficaz para minimizar la intensidad de dolor postoperatorio y la necesidad de consumir analgésicos durante la recuperación. (12)

### Bases Teóricas

Los terceros molares, o también llamadas muelas del juicio o cordales, tal y como lo señala Di Pascua, son cuatro unidades dentarias que están ubicadas, dos en el maxilar superior y dos en la mandíbula, una derecha y otra izquierda respectivamente. Pertenecen a la segunda dentición de los adultos y son las piezas dentarias que con mayor frecuencia se encuentran retenidas, impactadas o incluidas dentro del hueso. Cabe destacar que, la denominación de muelas del juicio deriva de la aparición de las mismas en la edad adulta. (13)

Es preciso recordar que, los terceros molares son vestigiales, ya que los homínidos las usaban para ayudarse a masticar el tejido vegetal. Así, las calaveras de los primeros homínidos tenían mandíbulas más largas con más espacio para las muelas del juicio, las cuales tenían como función ayudar a masticar el follaje, compensando, de esta manera, la incapacidad de digerir

eficientemente la celulosa de que se compone la pared celular de las plantas. A medida que fue cambiando la dieta humana, se desarrollaron mandíbulas más cortas, aunque siguen apareciendo terceros molares. (2)

No obstante, otros hallazgos sugieren que la dieta cultural constituye un factor más determinante que la genética en el desarrollo del tamaño de las mandíbulas y, en consecuencia, del espacio disponible para las muelas del juicio. En efecto, existen diferencias importantes en el porcentaje de población que desarrolla muelas del juicio en los diversos países. Así, la agénesis de las muelas del juicio va de un 0,2% entre los habitantes de Tasmania, hasta casi 100% entre los indígenas mexicanos. Esta diferencia se relaciona con el gen PAX9 Savage y Henry. (14)

#### Exodoncia del Tercer Molar

Es el procedimiento a través del cual se realiza la avulsión o extracción del tercer molar o de una porción del mismo del lecho óseo que lo alberga. En otras palabras, tal y como lo señalan Prieto, Prieto y Bascones, es el acto quirúrgico mediante el cual se extrae el tercer molar de sus alvéolos con el menor trauma posible. Este procedimiento quirúrgico ha sido practicado desde la antigüedad, pero aplicando técnicas poco ortodoxas y muy agresivas. No obstante, a pesar de los avances tecnológicos, es una cirugía laboriosa que requiere una técnica muy cuidadosa, por lo que con frecuencia se producen accidentes y complicaciones Ruiz, Alejo, Berini y Gay. (7) (15)

#### Complicaciones de las Extracciones del Tercer Molar

Como se mencionó en el aparte anterior, exodoncia del tercer molar pueden presentar una serie de complicaciones entre las que destacan, las infecciosas, las mecánicas, las neuromusculares, traumatológicas y tumorales. (13)

En tal sentido, las complicaciones infecciosas se producen cuando el molar está parcialmente retenido y sólo se ve una pequeña parte en la boca. En este caso se forma

una bolsa en la encía en la cual se retienen los alimentos, complicándose su higiene. Así, al no poder remover los alimentos y limpiar adecuadamente la zona, se produce una inflamación, la cual, a su vez, provoca la retención de más alimento produciéndose una Pericoronaritis y la un absceso extremadamente doloroso. (6)

En consecuencia, se produce una inflamación que abarca la mejilla y los ganglios del cuello y el paciente no puede abrir bien la boca, presenta dificultad para tragar, así como un dolor muy fuerte. Para su tratamiento antes de la extracción de la pieza, es preciso aplicar antibióticos específicos y realizar la limpieza de la misma y el drenaje del absceso. (13)

Las complicaciones mecánicas se producen cuando el molar, a pesar de estar retenido, presenta la misma fuerza de erupción de cualquier diente. En consecuencia, provoca lesiones en la encía, mejilla y lengua, además de hasta lisis del segundo molar que tiene por delante, produciendo caries y destrucción de su raíz. (4)

Las complicaciones neuromusculares se generan por la presión ejercida sobre los segundos molares, situación que provoca dolores severos y descompensación en las fuerzas de la masticación, ocasionando mal funcionamiento y dolor en la articulación temporomandibular. Además, ocasionalmente esta presión puede generar alteraciones sensitivas y motoras, debido a la compresión de nervios como el dentario inferior, el cual que recorre la mandíbula por debajo de las raíces de los dientes Soler, Coscolín, Ellacuría, Roig y Rodríguez. (16)

Asimismo, el tercer molar inferior debilita considerablemente el ángulo mandibular, incrementando la frecuencia de las fracturas por traumas. Por último, se pueden presentar complicaciones tumorales, debido a que la inclusión del tejido epitelial que rodea al molar es potencialmente oncológica, pudiendo provocar desde pequeños quistes, hasta ameloblastomas y tumores malignos de maxilar. Por ende, es sumamente importante, al realizar la extracción de la pieza, eliminar todo el tejido

que pueda quedar en el lecho óseo, así como realizar un estudio anátomo patológico en el caso de evidenciar tejido dudoso. (2)

#### Definición de Términos

**Exodoncia:** es la parte de la cirugía maxilofacial o bucal que se ocupa de practicar la avulsión o extracción de un diente o porción del mismo, del lecho óseo que lo alberga.

**Cirugía:** práctica que implica la manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico.

**Pieza Dental:** órgano anatómico duro, conformado por cemento dentario y hueso alveolar unidos por el ligamento periodontal, el cual está enclavado en los alvéolos de los huesos maxilares a través de un tipo especial de articulación denominada gonfosis.

**Complicación:** cualquier alteración respecto al curso previsto en la respuesta local y sistémica de un paciente.

OBJETIVO	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Analizar la evolución del estado físico de los pacientes sometidos a exodoncia de tercer molar en el Área de postgrado de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Carabobo durante el período Junio-Julio 2013.	Estado Físico Normal.	Estado Físico normal: Ausencia de alteración orgánica, fisiológica, o psiquiátrica; excluye a los muy jóvenes y muy viejos; sanos con buena tolerancia al ejercicio.	
	Estado Físico Patológico	Estado Físico Patológico: Se puede definir con la presencia de alteraciones orgánicas, fisiológicas y psíquicas	El peso Dolor, Presencia de edema, Imposibilidad de alimentación Imposibilidad para el sueño Imposibilidad de comunicación, Infecciones

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se presenta la metodología desarrollada para llevar a cabo la investigación. En tal sentido, se expone el tipo y diseño de investigación asumido para dar respuestas a las interrogantes de investigación, la población y muestra, así como el procedimiento y las técnicas aplicadas para la obtención y análisis de los datos.

#### Tipo y Diseño de la Investigación

En consonancia con las interrogantes de la investigación y al nivel de conocimiento que se alcanzará, la investigación es de tipo descriptivo, ya que, se caracterizan, de manera independiente, las propiedades importantes de personas, grupos o cualquier fenómeno que sea sometido a análisis, sin someter las variables a manipulación. Es decir, tal y como lo señalan Hernández, Fernández y Baptista, Busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice (p. 103). De modo que, en el presente estudio se caracterizará la evolución del estado físico de pacientes después de la exodoncia del tercer molar. (8)

De acuerdo a la forma de acceder a los datos, adopta la modalidad de campo, la cual de acuerdo a la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) consiste en el análisis sistemático de problemas, recogiendo los datos de interés en forma directa de la realidad; en este sentido se trata de investigaciones a partir de datos originales o primarios. En tal sentido Arias, apunta que la modalidad de campo consiste en la recolección de los datos directamente de los sujetos investigados o de la realidad donde ocurren los hechos. (17) (9)

Además, el diseño es no experimental y de corte transversal, ya que se analizarán las variables en un momento dado y sin someterlas a manipulación. Así, de acuerdo a lo

indicado por Hernandez Fernandez y Baptis 205, los diseños no experimentales son

Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de las variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Y, en los diseños transversales se recopilan datos en un sólo momento, en un tiempo

unico208. (8)

En efecto, en el presente estudio se describirá la evaluación del estado físico de los pacientes después de ser sometidos exodoncia del tercer molar, tomando los datos directamente de los pacientes que acudirán al Área de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo en el período Febrero-Abril 2013 y sin someter a manipulación las variables.

## Población y Muestra

La población según Arias, es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la

investigación<sup>81</sup>. En consecuencia, en la presente investigación la población estará

conformada por todos los pacientes que acudan al Área de Cirugía Bucal y Maxilofacial del hospital Dr. Ángel Larralde, en el período junio - julio del año 2013 para realizarse una exodoncia del tercer molar. Cabe señalar que, de acuerdo a las estadísticas que se maneja en dicho servicio, la población estará conformada por aproximadamente 100 pacientes. (9)

Por su parte, la muestra según la misma autora es“.....un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible<sup>83</sup>”. Así, en la presente

investigación la muestra será de tipo no probabilística intencionada, la cual es definida por Hernández, Fernández y Baptista, como aquellas en las cuales la elección de los elementos no depende de las probabilidades, sino de causas relacionadas con las características de la investigación. En este contexto, la muestra quedará conformada por la totalidad de la población, es decir, 100 pacientes aproximadamente. (8)

## Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

De acuerdo a lo señalado por Ramírez, una técnica es un procedimiento más o menos estandarizado que se ha utilizado con existo en el ámbito de la ciencia<sup>137</sup>. Por otra parte, para Ramírez, el instrumento de recolección de datos es un dispositivo de sustrato material que sirve para registrar los datos obtenidos a través de las diferentes fuentes<sup>165</sup>. (18)

Así, en un primer momento se utilizará la técnica de observación directa, la cual según Pallelas y Martins consiste en:

.... el uso sistemático de nuestros sentidos orientados a la captación de la realidad que se estudia. Es por ello una técnica tradicional, cuyos primeros aportes sería imposible rastrear. A través de los sentidos, el hombre capta la realidad que o

rodea y luego la organiza intelectualmente<sup>126</sup>. (19)

De tal manera que, la recolección de los datos a través de la observación se apoyará en la hoja de registro de información. Además, se aplicará la técnica de la encuesta, utilizando como instrumento una entrevista no estructurada. La entrevista, de acuerdo a Arias, es una técnica que se centra en establecer un diálogo con el entrevistado sobre un tema previamente determinado, interacción que permite obtener una información más completa y específica del problema planteado. (9)

## Técnicas de Análisis de los Datos

En esta sección se presenta, de manera general, las principales técnicas que se aplicarán para el análisis y presentación de la información. A este respecto Arias señala:

En este punto se describen las distintas operaciones a las que serán sometidos los datos que se obtengan: calcificación, registro, tabulación y codificación si fuera el caso. En lo que se refiere al análisis, se definirán las técnicas lógicas (inducción, deducciones, análisis síntesis o estadísticas (descriptivas o inferenciales), que serán empleadas para descifrar lo que

revelan los datos recolectados<sup>111</sup> . (9)

Así, los resultados de la fase de observación, una vez organizados, se presentarán en cuadros y gráficos, para una mejor comprensión de sus contenidos. Y la información recabada a través del instrumento se analizará, aplicando la estadística descriptiva como distribución de frecuencias absolutas y relativas, presentando los resultados en cuadros y gráficos. Para este análisis se utilizará el programa estadístico SPSS versión 19.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación en función de los objetivos propuestos. De tal modo que, de manera preliminar los datos fueron codificados y organizados, para posteriormente someterlos a un tratamiento estadístico.

A este respecto cabe señalar que, los datos recolectados en el presente estudio fueron de tipo cuantitativo y su análisis consiste en “una operación que se efectúa, con toda la información numérica resultante de la investigación. Esta, luego del procesamiento se nos presenta como un conjunto de cuadros y medidas, con porcentajes ya calculados” (p.451).

Así, de manera preliminar, se presenta una descripción general de la muestra analizada, presentándose en la Tabla 1 y el Gráfico 1 la distribución porcentual de la muestra según el lugar de procedencia.

Tabla 1. Distribución de frecuencia de la muestra analizada según el lugar de procedencia.

Procedencia	Frecuencia Absoluta	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
Valencia	14	42,5	14	42,5
Naguanagua	8	24,2	22	66,7
San Diego	4	12,1	26	78,8
Guacara	3	9,1	29	87,9
San Joaquín	2	6,1	31	94,0
Central Tacarigua	1	3,0	32	97,0
Guigue	1	3,0	33	100
Total	33	100,0		

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

Gráfico 1. Distribución porcentual de la muestra analizada según el lugar de procedencia.

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

En tal sentido, en el Gráfico 1 se observa que los resultados referidos al lugar de procedencia fueron muy variados, ya que el 43% de los pacientes refirieron como lugar de procedencia Valencia, 24% Naguanagua y el 12% San Diego. El 21% restante, procedían de San Joaquín, Guigue, Guacara y Central Tacarigua, evidenciando que el ámbito de influencia del Servicio Clínico de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo es bastante amplio. Por su parte, los resultados referidos a la ocupación de los pacientes, se muestra en la Tabla y Gráfico 2

Tabla 2. Distribución de frecuencia por ocupación de la muestra analizada

Ocupación	Frecuencia Absoluta	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
Estudiante	22	66,7	22	66,7
Comerciante	5	15,2	27	81,9
Ama de Casa	1	3,0	28	84,9
Oficinista	2	6,0	30	90,9
Otros	3	9,1	33	100
Total	33	100,0		

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

Gráfico 2. Distribución porcentual por ocupación de la muestra analizada

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

Así, se observa que la mayoría, representada por el 67%, eran estudiantes y el 15% comerciantes. De igual forma, la distribución porcentual de acuerdo al sexo, se

muestra en la Tabla 3 y el Gráfico 3, donde se evidencia un predominio de los pacientes de sexo femenino con un 66,6% (22).

Tabla 3. Distribución de frecuencia por sexo de la muestra analizada

Sexo	Frecuencia Absoluta	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
Masculino	11	33,3	11	33,3
Femenino	22	66,7	33	100,0
Total	33	100,0		

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

Gráfico 3. Distribución porcentual de la muestra analizada distribuida por sexo

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

Ahora bien, en cuanto al proceso de exodoncia de tercer molar, el tiempo promedio de duración del procedimiento fue de  $36,212 \pm 15,274$  minutos, presentándose un valor mínimo de 18,0 y uno máximo de 97,0. Los anestésicos utilizados se muestran en la Tabla 4 y el Gráfico 4.

Tabla 4. Distribución de frecuencia del tipo de anestésico utilizado

Anestésico	Frecuencia Absoluta	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
Lidocaína	28	84,8	28	84,8
Mepivacaína	3	9,1	31	94,0
Articaína	1	3,0	32	97,0
Articvaína+Mepivacaína	1	3,0	33	100,0
Total	33	100,0		

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

Gráfico 4. Distribución porcentual del tipo de anestésico utilizado

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

Es así como, el anestésico utilizado mayoritariamente fue la Lidocaína (85%), seguido por la Mepivacaína (6%).

Por otro lado, en la Tabla 5 y el Gráfico 5, se presentan los datos acerca de la dificultad del proceso de exodoncia.

Tabla 5. Distribución de frecuencia de la dificultad de la exodoncia

Dificultad	Frecuencia Absoluta	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
Mínima	20	60,6	20	60,6
Media	10	30,3	30	90,9
Difícil	2	6,1	32	97,0
Muy Difícil	1	3,0	33	100,0
Total	33	100,0		

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

Así, en el 60,6% de los casos la exodoncia tuvo una dificultad “Mínima” y en el 90,9%, fue catalogadas como “Mínima” o “Media”, hecho que concuerda con el tiempo promedio reportado para la realización del proceso que fue de 36,212.

Gráfico 5. Distribución porcentual de la dificultad de la exodoncia  
Fuente: Torres y Villamizar (2013)

Ahora bien, en la Tabla 6 se sintetizan los datos relativos a la variable peso recolectados antes y a las 72 horas del proceso de exodoncia.

Tabla 6. Estadística descriptiva del peso antes y a las 72 horas de la exodoncia

Peso (Kg)	n	Media	Desviación Estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo
Peso Inicial	3	64,655	10,154	45,0	88,9
	3				
Peso a las 72 horas	3	63,309	9,5056	43,0	88,0
	3				

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

El valor promedio del peso antes de la exodoncia fue de  $64,655 \pm 10,154$ , con un valor mínimo de 45,0 y uno máximo de 88,9; mientras que a las 72 horas fue ligeramente más bajo,  $63,309 \pm 9,505$ , con un valor mínimo de 43,0 y uno máximo de 88,0.

De igual forma, en la Tabla 7 y el Gráfico 6, se sintetizan los resultados relacionados con la presencia de complicaciones.

Tabla 7. Distribución de frecuencia de la presencia de complicaciones

Sexo	Frecuencia Absoluta	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
Si	4	12,0	4	12,0
No	29	88,0	33	100,0
Total	33	100,0		

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

Gráfico 6. Distribución porcentual de la presencia de complicaciones

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

En otro orden de ideas, en la Tabla 8 se presentan los datos relacionados con la intensidad del dolor a las 4, 12, 24, 36 y 72 horas de realizada la exodoncia.

Tabla 8. Distribución de frecuencias del dolor a las 4, 12, 24, 36 y 72 horas de la exodoncia

Intensidad	4h		12h		24h		36h		72h	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
0	1	3,0	8	24,2	17	51,5	30	90,0	29	87,9
1	3	9,1	11	33,3	10	30,3	2	6,1	3	9,1
2	12	36,4	6	18,2	3	9,1	0	0	0	0
3	9	27,3	6	18,2	3	9,1	0	0	0	0
4	8	24,2	2	6,1	0	0	1	3,0	1	3,0
Total	33	100	33	100	33	100	33	100	33	100

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

Gráfico 7. Distribución porcentual del dolor a las 4, 12, 24, 36 y 72 horas de la exodoncia

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

De modo que, de los resultados presentados en la Tabla 8, destaca, en primer término, que en ninguno de los momentos postoperatorios, el dolor alcanzó el nivel medio de la escala de intensidad aplicada en el estudio, que fue de 0 a 10, hecho que refleja el poder de los analgésicos utilizados. En segundo lugar, se observa una tendencia a la disminución del dolor a lo largo de las horas de evolución de la exodoncia.

Tabla 9. Distribución de frecuencias del estado de alimentación a las 24, 48 y 72 horas de la exodoncia

Alimentación	24h		48h		72h	
	FA	%	FA	%	FA	%
Líquida	23	69,7	4	12,1	1	3,0
Blanda	10	30,3	11	33,3	4	12,1
Semiblanda	0	0	17	51,5	17	51,5
Dura	0	0	1	3,0	11	33,3
Total	33	100	33	100	33	100

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

Gráfico 8. Distribución porcentual del estado de alimentación a las 24, 48 y 72 horas de la exodoncia

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

De tal manera que, en el Gráfico 8, se observa como en la medida que transcurre la evolución de la exodoncia, los pacientes van recuperando su dieta normal, ya que a las 24 horas la totalidad de los paciente mantenían una dieta “Líquida” o “Blanda”, mientras que a las 72 horas sólo el 15,1% permaneció con ese tipo de dieta, llegando incluso el 33,3 % a ingerir una dieta “Dura”.

En otro orden de ideas, en lo que respecta a la capacidad para conciliar el sueño de manera adecuada durante el periodo de recuperación, los datos se muestran en la Tabla 10 y el Gráfico 9.

Tabla 10. Distribución de frecuencias de la capacidad de sueño en la muestra analizada durante el periodo de recuperación

Sueño	Frecuencia Absoluta	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
Nula	1	3,0	1	3,0
Escasa	10	30,3	11	33,3
Completa	22	66,7	33	100
Total	33	100,0		

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

Gráfico 9. Distribución porcentual de la capacidad de sueño en la muestra analizada durante el periodo de recuperación

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

En tal sentido, los datos reflejados en el Gráfico 9, indican que los pacientes en su mayoría (67%), no presentaron problemas para conciliar el sueño durante el periodo de recuperación.

Asimismo, en la Tabla 11 se muestran los resultados de la variable comunicación durante el período de recuperación, evidenciando que no se reportaron casos de “Nula” o “Escasa” comunicación y que en su mayoría, representada por un 58% de los pacientes, la misma fue catalogada como “Moderada”.

Tabla 11. Distribución de frecuencia del estado de comunicación en la muestra analizada durante el periodo de recuperación

Comunicación	Frecuencia Absoluta	Porcentaje	Frecuencia Acumulada	Porcentaje Acumulado
Moderada	19	58,0	19	58,0
Completa	14	42,0	33	100,0
Total	33	100,0		

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

Gráfico 10. Distribución porcentual del estado de comunicación en la muestra analizada durante el periodo de recuperación

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

Ahora bien, a continuación se muestra el comportamiento estadístico de las variables peso, dolor y tipo de alimentación durante los diferentes periodos de evolución de la exodoncia. Así, con respecto al peso, los resultados se presentan en la Tabla 5. Cabe destacar que, en primer término se aplicó el test de Normalidad de Shapiro-Wilk para comprobar la distribución de los datos, evidenciándose que los mismos no seguían una distribución normal, por lo que se utilizó para la comparación la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Tabla 12. Resultados de la prueba de Wilcoxon.

	Valor
Suma de rangos negativos	0,0000
Suma de rangos positivos	406,00
Z	4,611

Valor de p	0,0000
Diferencia maxima permitida	0.00001

De tal manera que, para la variable peso se reportó una diferencia estadísticamente significativa con un  $p < 0.0001$ , es decir, el peso disminuyó significativamente después de la exodoncia.

Por otra parte, para la comparación de la intensidad del dolor a las 4, 12, 24, 36 y 72 horas se aplicó la prueba no paramétrica de Friedman para más de dos grupos relacionados.

Tabla 13. Resultados de la prueba de Friedman

Variable	Media del Rango		
Dolor 4h	4,70		
Dolor 12h	3,55		
Dolor 36k	2,68		
Dolor 48h	2,00		
Dolor 72 h	2,08		
		Friedman statistic	89.611
		P-valor	0,0000
		Grados de libertad	4

Es así como, estos resultados evidencian que la percepción del dolor varía significativamente en los diferentes periodos evaluados con momentos estudiados con  $p < 0,0001$ . Es decir, se produjo una disminución del dolor a partir de las 12 horas de evaluación.

Por último, en referencia al tipo de alimentación, en el Gráfico 11, se muestra la evolución durante las 24, 48 y 72 horas de evolución. Es así como, se observa claramente como la alimentación se inicia con una alimentación líquida y blanda que a partir de las 48 horas comienza a descender, al ser sustituida por la dita semiblanda y dura. Además, se evidencia un incremento de la dieta dura en las 72 horas, indicando la normalización del tipo de alimentación por parte de los pacientes.

Gráfico 11. Evolución del tipo de alimentación durante las 24, 48 y 72 horas de realizada la exodoncia

Fuente: Torres y Villamizar (2013)

En consecuencia, los pacientes mostraron una buena evolución después de la exodoncia del tercer molar, ya que no presentaron complicaciones importantes, el dolor cedió de manera adecuada, el estilo normal de alimentación fue recuperado a las 48 horas y no mostraron problemas en relación al sueño. No obstante, presentaron una disminución significativa del peso, presumiblemente asociada al cambio de dieta, situación que no produjo complicaciones en el estado físico de los pacientes.

## CAPÍTULO V

### DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En primer término, es preciso hacer referencia a la heterogeneidad de los lugares de procedencia de los pacientes sometidos a exodoncia de terceros molares en el Área de Postgrado de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Carabobo, ya que refleja dos realidades significativas. Así, por un lado, evidencia el grado de difusión del servicio que se presta en este área asistencial entre la comunidad carabobeña en general. Pero, también constituye un indicativo de la carencia, en las diferentes comunidades, de servicios odontológicos o del equipamiento necesario, para la realización de este tipo de intervenciones.

De igual forma, se evidenció un predominio de los pacientes del sexo femenino, datos que concuerdan con los hallazgos de estudios realizados en España y Perú, donde se reportó un porcentaje más elevado de pacientes pertenecientes al sexo femenino con retención de los terceros molares (10, 21). No obstante, estos resultados no presentan una relevancia particular por cuanto, no se ha establecido una asociación entre el sexo y la presencia de esta patología.

Por otro lado, el tiempo promedio de duración del procedimiento fue de  $36,212 \pm 15,274$  minutos, hecho que se asoció al grado de dificultad de los procedimientos de exodoncia practicados. Es preciso puntualizar, que si bien es cierto, que el tiempo reportado se adapta al promedio evidenciado en la práctica clínica y a un estudio realizado en la Universidad Peruana Cayetano Heredia de Perú (30,08 minutos), es superior al reportado en otra investigación llevada a cabo en la misma institución que fue de  $12,71 \pm 5,3$  minutos (22, 23). De tal modo que, pareciera que los tiempos del procedimiento dependen de una serie de factores donde se asocian las condiciones de los pacientes, los recursos disponibles en la institución y la experiencia de los odontólogos.

Además, el porcentaje de complicaciones fue bajo (12%), centrándose en la presencia de infecciones y edema. Este hallazgo concuerda parcialmente con los datos aportados por la investigación desarrollada en España, donde se reportó un porcentaje de complicaciones postoperatorias del 15,6%, siendo las más frecuentes el dolor, la inflamación persistente, la infección, el trismo y la equimosis (10).

A este respecto cabe señalar que, la literatura refiere como principales complicaciones, las infecciosas, las mecánicas, las neuromusculares, traumatológicas y tumorales. En tal sentido, estas complicaciones pueden estar asociadas a situaciones previas, como procesos infecciosos y la presencia de un molar parcialmente retenido; o bien a acciones derivadas de la extracción, como las complicaciones neuromusculares que se generan por la presión ejercida sobre los segundos molares (6, 13, 16).

En relación a este punto, vale la pena indicar, que esta situación no se reprodujo en el presente estudio, posiblemente debido a la poca dificultad del proceso de exodoncia. De tal modo que, estos hallazgos reflejan la buena práctica de los profesionales que laboran en el área, ya que, la exodoncia, a pesar de avances tecnológicos, es una cirugía laboriosa que requiere una técnica muy cuidadosa, por lo que con frecuencia se producen accidentes y complicaciones (7).

En otro orden de ideas, los pacientes presentaron disminuciones significativas del peso y de la intensidad del dolor después de la exodoncia. De tal modo, que las variaciones en el peso, pueden atribuirse a la modificación en la dieta durante el periodo de recuperación. Por su parte, las relativas a la intensidad del dolor, pudieran estar asociadas a la conjunción de factores tales como, la potencia del anestésico utilizado, el bajo grado de dificultad de la exodoncia y la poca incidencia de complicaciones postoperatorias. De hecho, cabe señalar que, los pacientes con alteraciones en la evolución de la intensidad del dolor, presentaron complicaciones postoperatorias.

En relación a la intensidad del dolor es preciso agregar que, además de presentar una evolución satisfactoria, la misma fue baja desde el inicio del postoperatorio, ya que el

máximo nivel reportado fue 4, es decir, por debajo del nivel medio de la escala aplicada. Así, la literatura consultada reseña que la intensidad del dolor y el desarrollo de complicaciones se asocia a de manera directa a los procesos inflamatorios, por lo que las estrategias farmacológicas se centran bloquear la inflamación aguda para minimizar las manifestaciones clínicas del trauma quirúrgico (24). En consecuencia, los resultados de este estudio refuerzan la utilidad de la Lidocaína en estos procesos.

Ahora bien, en lo referente a la dieta, los pacientes presentaron una evolución normal, retomando su rutina habitual a partir de las 48 horas. Al mismo tiempo, el sueño y la comunicación no fueron afectadas significativamente por el proceso, hecho asociado al bajo grado de dificultad del proceso. En efecto, la excesiva manipulación en el acto quirúrgico puede generar un grado de presión que provoca dolor y descompensación en las fuerzas de la masticación, ocasionando mal funcionamiento y dolor en la articulación temporomandibular (16).

## CONCLUSIONES

A continuación, y luego de analizar los datos recolectados para evaluar cada una de las variables, se presentan los hallazgos más relevantes del presente estudio, en función de los objetivos propuestos.

Así, entre las características generales de la muestra analizada destacó que, en su mayoría, los pacientes procedían de Valencia, Naguanagua y San Diego, teniendo como ocupación estudiantes y comerciantes. Además, se evidenció un predominio de los pacientes de sexo femenino con un 66,6% (22).

El tiempo promedio de duración del procedimiento fue de  $36,212 \pm 15,274$  minutos, el anestésico más empleado la Lidocaína, el grado de dificultad fue “Mínimo” o “Medio” y sólo el 12% presentó complicaciones

El valor promedio del peso presentó una disminución estadísticamente significativa a las 72 horas después de la exodoncia ( $p < 0,0001$ ).

La intensidad del dolor durante la recuperación fue bajo y, de hecho, no llegó a alcanzar el nivel medio de la escala de intensidad aplicada en el estudio, que fue de 0 a 10. Adicionalmente, se presentó una disminución significativa de la misma durante el periodo de recuperación ( $p < 0,0001$ ).

En lo referente a la dieta, los pacientes presentaron una evolución adecuada, ya que se inició con una alimentación líquida y blanda, que a partir de las 48 horas comenzó a ser sustituida por la dita semiblanda y dura.

Los pacientes, en su mayoría, no presentaron problemas para conciliar el sueño ni con la comunicación durante el periodo de recuperación.

En consecuencia, los pacientes mostraron una buena evolución después de la exodoncia del tercer molar.

## RECOMENDACIONES

A continuación se presentan una serie de acciones a desarrollar, para complementar los hallazgos del presente estudio.

En este orden de ideas, de manera preliminar, es preciso presentar y discutir los resultados de esta investigación entre el personal Área de Postgrado de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Dr. Ángel Larralde; a fin de difundir los datos generados y motivar al personal que allí labora para seguir realizando investigaciones que permitan profundizar los conocimientos acerca de los factores que influyen en la evolución de los pacientes sometidos a exodoncia del tercer molar.

De modo que, es conveniente crear una línea de investigación en el área, a fin de establecer, no sólo el patrón de comportamiento de las variables asociadas a la evolución de los pacientes, sino también las posibles causas de cualquier complicación y poder incorporar estrategias que involucren más al paciente en su proceso de recuperación.

Adicionalmente, es recomendable incluir en las evaluaciones futuras un número mayor de pacientes, así como ampliar la valoración de cada una de las variables en estudio a un periodo de 7 días, a fin de contar con información más precisa. A este respecto, es conveniente diseñar unos protocolos de actuación que incluyan las acciones para cumplir con este propósito y las respectivas hojas de registros clínicos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Batres, E., Fuentes, C., Rueda, M. y León, R. (2007). *Consideraciones que avalan la extracción de terceros molares*. [Documento en línea]. Disponible: [www.publicaciones.ujat.mx/.../](http://www.publicaciones.ujat.mx/.../) ... [Consulta; 2012, Noviembre 16]
2. Lago, L. (2007). *Exodoncia del tercer molar inferior: factores anatómicos, quirúrgicos y ansiedad dental en el postoperatorio*. Universidad Santiago de Compostela. [Libro en línea]. Disponible: [books.google.co.ve/books?id=YrhmjO3LXSkC](http://books.google.co.ve/books?id=YrhmjO3LXSkC) [Consulta; 2012, Abril 25]
3. Moncunill, J. y Rivera, A. (2008). Puesta al día sobre el tercer molar inferior. Implicaciones en el tratamiento de ortodoncia. *Ortodoncia clínica*. [Revista en línea], 11(4), 180-184. Disponible: [www.nexusmedica.com/web/articulos/r666/a17137/oc-11-4-002.pdf](http://www.nexusmedica.com/web/articulos/r666/a17137/oc-11-4-002.pdf) [Consulta; 2012, Mayo 13]
4. Rivera, C. (2011). *Exodoncia del tercer molar (muela del juicio)*. [Documento en línea]. Disponible: [www.cesarrivera.cl/exodoncia-tercer-molar-muela-del-juicio/](http://www.cesarrivera.cl/exodoncia-tercer-molar-muela-del-juicio/)
5. Gascón, M. y Salazar, C. (2010). Complicaciones en cirugía oral. Tercer molar. Cuidados de enfermería. *Segunda Época*. [Revista en línea], 13. Disponible:
6. Carbonell, J. (2006). Cirugía de terceros molares incluidos. *Portales médicos*. [Revista en línea]. Disponible: [www.portalesmedicos.com/.../Cirugia-de-terceros-molares-incluidos....](http://www.portalesmedicos.com/.../Cirugia-de-terceros-molares-incluidos....) [Consulta; 2012, Junio 10]
7. Prieto, I., Prieto, A. y Bascones, A. (2005). Corticoesteroides y cirugía del tercer molar inferior. Revisión de la literatura. *Av Odontoestomatol*. [Revista en línea], 21(5). Disponible: [scielo.isciii.es/pdf/odonto/v21n5/original3.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v21n5/original3.pdf) pdf [Consulta; 2012, Abril 23]
8. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. (4ta. ed.). México: Mac Graw Hill.

9. Arias, F. (2006). *El Proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica* (5ta ed.). Caracas: Episteme, C.A
10. Chaparro, A. V., Pérez, S., Valmaseda, E., Berini, L. y Gay, C. (2005). Morbilidad de la extracción de los terceros molares en pacientes entre los 12 y 18 años de edad. *Med. oral patol. oral cir. Bucal*. [Revista en línea]. 10 (5). Disponible: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1698-44472005000500007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472005000500007&lng=es). .... [Consulta; 2012, Mayo 20]
11. Rojas y rueda. (2006). Implicaciones de la calidad de vida de los pacientes sometidos a extracción quirúrgica de los terceros molares retenidos durante el periodo operatorio inmediato.
12. Contreras y chirinos. (2007). Efectividad de la analgesia preventiva en la exodoncia de terceros molares retenidos.
13. Di Pascua. M. (2009). *¿Qué son las muelas del juicio?*. [Documento en línea]. Disponible: <http://webdental.wordpress.com/2009/05/13/terceros-molares-o-muelas-del-juicio/> [Consulta; 2012, Mayo 20]
14. Savage, M. G. y Henry, M. A. (2004). Preoperative nonsteroidal anti-inflammatory agents: review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 98, 146-52.
15. Ruiz, J. A., Alejo, s E., Berini, L. y Gay, C. (2003). Analgesia preventiva en cirugía bucal. Revisión de la literatura. *Arch Odontoestomatol*, 19, 252-62.
16. Soler, J. I., Coscolín, E., Ellacurría, J., Roig, J. M. y Rodríguez, G. (2003). Reacciones psicológicas al tratamiento dental (I). *Rev Eur Odontoestomatol.*, XV, 33-8.
17. Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL). (2000). *Manual de trabajo especial de grado de especialización y maestría y tesis doctorales* Caracas: Autor.

18. Ramírez, J. (2009). *Cómo hacer un proyecto de investigación*. Caracas: Panapo.
19. Palella S. y Martins, F. (2006). *Metodología a de la investigación cuantitativa*. (2da ed.) Caracas: FEDUPEL.
20. [www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2010/pagina7.html](http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2010/pagina7.html) [Consulta; 2012, Abril 20]

# ANEXOS



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DPTO. FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE  
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Valencia, Mayo de 2013

Profesor(a):

Presente.

Por medio de la presente nos dirigimos a usted, con la finalidad de solicitar su Juicio de Experto para la Validez de Contenido del instrumento a aplicar para determinar el peso, la presencia de edema e infección, el nivel de dolor y el estado de alimentación, sueño y capacidad de comunicación de los pacientes antes y a los cuatro y siete días después de ser sometidos a exodoncia de tercer molar en el Área Clínica de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el período 2013.

El mismo será aplicado como parte del desarrollo de la investigación titulada: : “ANALIZAR EL ESTADO FÍSICO DE LOS PACIENTES POST – EXODONCIA DE 3ROS MOLARES EN EL ÁREA DE POSTGRADO DE CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL CARABOBO DURANTE EL PERIODO JUNIO-JULIO 2013”, la cual deberá ser presentada como requisito para optar al título de Odontólogos.

Agradecidos de antemano por los aportes realizados en procura de enriquecer el instrumento, quedan de usted:

Atentamente:

Br. Oriana Torres

Br. Luis Villamizar

## INSTRUCCIONES

⇒ Lea cuidadosamente cada uno de los indicadores del cuestionario y, tomando en cuenta las definiciones que a continuación se muestran, proceda a señalar con una equis (x) la alternativa que mejor se ajuste a su criterio en la primera tabla.

Claridad en la Redacción: elaboración de las preguntas con lenguaje sencillo, corto y preciso.

Coherencia Interna: coherencia entre el ítem, el indicador y la variable

Inducción a la Respuesta: predisposición hacia una determinada alternativa

Mide lo que Pretende: no presenta ambigüedades

Lenguaje adecuado con el nivel que se trabaja: adaptación al nivel cognoscitivo y lenguaje de los encuestados

⇒ En la segunda tabla se incorpora una sección de consideraciones generales, asociadas con la estructuración del instrumento y su relación con los objetivos del estudio.

⇒ Además, al final se incorpora una sección de observaciones a fin de que indique cualquier consideración adicional que tenga a bien realizar para enriquecer los ítems del instrumento.

⇒ Asimismo, si considera pertinente la inclusión de algún ítem adicional, se agradece que lo incorpore en la sección de observaciones de la hoja final de evaluación.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
 DPTO. FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE  
 PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Título de la Investigación: “ANALIZAR EL ESTADO FÍSICO DE LOS PACIENTES POST – EXODONCIA DE 3ROS MOLARES EN EL ÁREA DE POSTGRADO DE CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL DR. ANGEL LARRALDE, NAGUANAGUA ESTADO CARABOBO DURANTE EL PERIODO JUNIO-JULIO 2013”

Validación de Instrumentos

Instrumento II

Instrumento: \_\_\_\_\_

Experto: \_\_\_\_\_

ÍTEM	ASPECTOS ESPECÍFICOS									
	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta		Mide lo que pretende		Lenguaje adecuado con el nivel que se trabaja	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1										
2										
3										
4										

ASPECTOS GENERALES	SÍ	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones para las respuestas			
Los ítems permiten el logro del objetivo relacionado con el diagnóstico			
Los ítems están presentes en forma lógica-secuencial			
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems que hagan falta			

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VALIDEZ	
APLICABLE	NO APLICABLE
APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES	

Validado por:

Cédula de Identidad:

Fecha:

e-mail:

Teléfono(s):

Firma: \_\_\_\_\_

## 1 Datos pacientes

Nombre:

Apellido :

Fecha de Nacimiento:

Sexo:

Raza:

Procedencia :

## 2 Datos cirugía

-Fecha de cirugía:

-Hora Inicio :

Hora fin:

-Clasificación según índice de dificultad:

-Anestésico:

-Peso Inicial :

Peso final:

-Edema :                      Media Inicial:                      Medida al  
3 día :

3

Complica  
ciones:

SI

NO

En una escala de 0 a 10 en cuál cree usted que se encuentra en caso de presentar dolor. 1)

4 Hrs.

0

10

Ausencia absoluta

Máximo dolor imaginable

12 Hrs.

0

10

Ausencia absoluta

Máximo dolor imaginable

24 Hrs.

0

10

Ausencia absoluta

Máximo dolor imaginable

36 Hrs.

0

Ausencia absoluta

Máximo dolor imaginable

72 Hrs.

60

0

10

Ausencia absoluta

Máximo dolor imaginable

II)

De acuerdo con el tipo de alimentación que ha tenido durante su recuperación indique

con una X cuál de las siguientes ha sido.



Líquida



Líquida



Líquida



Blanda



Blanda

■	Blanda
Semiblanda ■	
Semiblanda ■	
Semiblanda ■	
■	Dura
■	Dura
■	Dura
	24 horas
	48 horas
	72 horas

su recuperación ha logrado conseguir el sueño de manera

III)  
Durante

(si no logra conseguir el sueño durante la noche ni hora diurnas de descanso )

Nula

(si logra conseguir el sueño pero de manera interrumpida)

Escasa

(si consigue el sueño durante las horas que habitualmente lo hace )

Completa

Marque con una X de que tipo fue su comunicación durante su recuperación.

iv)

Nula



(si solo se podía comunicar a través de señas)

Escasa



(si se comunica solo de manera necesaria para evitar molestia )

Completa



(si no presenta ningún tipo de molestias al comunicarse )