UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Frecuencia de alveolitis según el protocolo quirúrgico de exodoncias en pacientes de la Clínica Integral de Adultos de la UNL, octubre 2017-marzo 2018.

Tesis previa a la obtención del título de Odontólogo

AUTOR:

VICTOR MANUEL CASTILLO ALBERCA.

DIRECTORA:

ODONT. ESP. TANNYA LUCILA VALAREZO BRAVO.

LOJA - ECUADOR

2018

CERTIFICACIÓN

Loja, 12 de junio del 2018

Odont. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo

DIRECTORA DE TESIS

Certifico:

Que la presente tesis titulada **FRECUENCIA DE ALVEOLITIS SEGÚN EL PROTOCOLO QUIRÚRGICO DE EXODONCIAS EN PACIENTES DE LA CLÍNICA INTEGRAL DE ADULTOS DE LA UNL, OCTUBRE 2017-MARZO 2018**, elaborado por el Sr. Victor Manuel Castillo Alberca ha sido planificado y ejecutado bajo mi dirección y supervisión, por tanto y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo su prestación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Odont. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Victor Manuel Castillo Alberca, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja, a sus representantes jurídicos de posibles acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio institucional – biblioteca virtual.

Autor: Victor Manuel Castillo Alberca.

Firma: _____

Nº Cédula: 1103717870

Fecha: 12 de junio del 2018

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, Victor Manuel Castillo Alberca, declaro ser autor de la tesis titulada FRECUENCIA DE ALVEOLITIS SEGÚN EL PROTOCOLO QUIRÚRGICO DE EXODONCIAS EN PACIENTES DE LA CLINICA INTEGRAL DE ADULTOS DE LA UNL, OCTUBRE 2017-MARZO 2018; como requisito para optar al grado de Odontólogo General; autorizamos al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 12 días del mes de junio del 2018.

Firma:

Autor: Victor Manuel Castillo Alberca.

Cédula: 1103717870

Dirección: Loja, Peñón del Oéste calles Huaoranis y Nicaragua

Correo Electrónico: viktorkstill@hotmail.es

Teléfono: 0983861823

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Odont. Esp. Tannya Valarezo Bravo.

Tribunal de Grado: Odont. Esp. Jhoanna Riofrío Herrera.
Odont. Esp. Daniela Calderón Carrión.
Odont. Esp. Darlen Díaz Pérez.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a Dios, a la Virgen del Cisne y al Divino Niño Jesús por darme paciencia y llenar mi alma de fortaleza y así poder hacer realidad este gran sueño.

A mis padres Víctor Manuel Castillo y Lucila Alberca Troya, quienes han sido el pilar fundamental en mi vida, con cariño y sacrificio supieron motivarme para salir adelante enseñándome que el éxito se logra mediante la constancia.

A mi enamorada Astrid Salinas, que siempre me ha acompañado, y me apoyado incondicionalmente en mi formación personal y académica.

A mis docentes, quienes compartieron sus conocimientos, indispensables para cumplir con mi formación profesional.

Victor Manuel Castillo Alberca

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Loja, porque en sus aulas, recibí el conocimiento intelectual y humano de cada uno de los docentes de la Carrera de Odontología.

Agradezco a los docentes que me han guiado y corregido en cada paso, para cumplir con este trabajo.

A mi director de tesis por su apoyo y disposición para orientarme, compartir ideas y consejos.

Y por último a mis compañeros, quienes me han brindado su amistad, me han alentado, acompañado y ayudado en todo momento.

Victor Manuel Castillo Alberca

INDICE GENERAL

CARATULA _____ i

CERTIFICACIÓN _____ ii

AUTORÍA _____ iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS _____ iv

DEDICATORIA _____ v

AGRADECIMIENTO _____ vi

1. TÍTULO _____ 1

2. RESUMEN _____ 2

SUMMARY _____ 3

3. INTRODUCCIÓN _____ 4

4. REVISIÓN DE LITERATURA _____ 7

CAPÍTULO I _____ 7

1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS. 7

CAPITULO II _____ 10

2. EXODONCIA 10

2.1. INSTRUMENTAL BÁSICO PARA LA EXODONCIA 11

2.2. LOS FACTORES QUE DEBEN CONSIDERARSE PREVIOS A LA 12

EXODONCIA: 12

2.2.1. Factores: 12

2.2.2. Examen físico del paciente: 12

2.2.3. Examen radiográfico de la pieza a extraerse: 13

2.2.4. Control del dolor y la ansiedad: 13

2.3. INDICACIONES PARA LA EJECUCIÓN DE LA EXTRACCIÓN: 13

2.4. CONTRAINDICACIONES SISTÉMICAS DE LA EXODONCIA 14

3. DEFINICIÓN DE EXODONCIA 15

4. TIPOS 16

5. PROTOCOLO 17

CAPITULO III _____ 19

6. ALVEOLITIS 19

6.1. TIPOS DE ALVEOLITIS. 19

7. DIAGNÓSTICO DE LA ALVEOLITIS. 20

8. ETIOLOGÍA DE LA ALVEOLITIS. 22

8.1. FACTORES GENERALES. 22

8.2. FACTORES LOCALES. 23

8.3. SALIVA. 23

8.4. ANESTESIA LOCAL. 24

8.5. TRAUMA OPERATORIO. 25

8.6. FACTORES POST OPERATORIOS. 25

8.7. HÁBITOS 26

9. PROTOCOLO DE ALVEOLITIS 29

CAPITULO IV _____ 32

10. TRATAMIENTO DE LA ALVEOLITIS. 32

10.1. El tratamiento consta de: 32

10.2. Esta práctica terapéutica tiene como fin: 32

10.3. Otros métodos: 33

11. EVOLUCIÓN DE LA ALVEOLITIS. 36

12. PREVENCIÓN DE LA ALVEOLITIS. 37

5. MATERIALES Y MÉTODOS _____ 40

6. RESULTADOS _____ 45

7. DISCUSIÓN _____ 58

8. CONCLUSIONES _____ 61

9. RECOMENDACIONES _____ 62

10. BIBLIOGRAFÍA _____ 63

11. ANEXOS _____ 69

11.1. **AUTORIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA TESIS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA U.N.L. _____ 69**

11.2. REGISTRO DE DATOS OBTENIDOS POR LA FICHA DE OBSERVACION. _____ 70

11.3. CUADROS DE RESULTADO DE PRUEBA DE CHI CUADRADO 72

11.4. CERTIFICADO DE LA TRADUCCIÓN DE ESPAÑOL A INGLES DEL RESUMEN. 88

11.5. FOTOGRAFIAS..... 89

11.6. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN..... 100

INDICE DE TABLAS

Tabla Nro. 1: Frecuencia de alveolitis por sexo _____ *45*

TABLA Nro. 2: Frecuencia de alveolitis por edad _____ *46*

Tabla Nro. 3: freciencia de alveolitis con dolor, halitosis, y estabilidad de coagulo _____ *47*

Tabla Nro. 4: Escala del dolor en pacientes con alveolitis _____ *48*

Tabla Nro. 5: Tipo de alveolitis _____ *49*

Tabla Nro. 6: Frecuencia de alveolitis según Pienza dentaria _____ *50*

Tabla Nro. 7: Frecuencia de alveolitis según el uso de esterilización y campo operatorio (mesa de trabajo) _____ *51*

Tabla Nro. 8: Frecuencia de alveolitis según el uso de barreras de protección del profecional _____ *52*

Tabla Nro. 9: Frecuencia de alveolitis según barreras de protección del paciente _____ *54*

Tabla Nro.10: Frecuencia de alveolitis según el protocolo de exodoncia _____ *56*

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Observación y registro de datos previo a la exodoncia. ____ *89*

FIGURA 2: Datos del paciente para registro. ____ *89*

FIGURA 3: Colocación de barreras de protección del operador. ____ *90*

FIGURA 4: Colocación de barreras de protección del operador. ____ *90*

FIGURA 5: Colocación de barreras de protección del operador. ____ *91*

FIGURA 6: Colocación de barreras de protección del operador. ____ *91*

FIGURA 7: Colocación de barreras de protección para el paciente. ____ *92*

FIGURA 8: Tiempos operatorios de la extracción dental. ____ *92*

FIGURA 9: Tiempos operatorios de la extracción dental. ____ *93*

FIGURA 10: Tiempos operatorios de la extracción dental. ____ *93*

FIGURA 11: Tiempos operatorios de la extracción dental. ____ *94*

FIGURA 12: Tiempos operatorios de la extracción dental. ____ *94*

FIGURA 13: Tiempos operatorios de la extracción dental. ____ *95*

FIGURA 14: Tiempos operatorios de la extracción dental. ____ *95*

FIGURA 15: Tiempos operatorios de la extracción dental. ____ *96*

FIGURA 16: Identificación y diagnóstico de una alveolitis. ____ *97*

FIGURA 17: Anestesia local. ____ *97*

FIGURA 18: Curetaje alveolar. ____ *98*

FIGURA 19: Retiro del tejido necrótico. ____ *98*

FIGURA 20: Irrigación del alveolo. ____ *98*

FIGURA 21: Uso de pastas con filamentos de algodón. ____ *99*

FIGURA 22: Colocación de apósito en alvéolo. ____ *99*

1. TÍTULO

FRECUENCIA DE ALVEOLITIS SEGÚN EL PROTOCOLO QUIRÚRGICO DE EXODONCIAS EN PACIENTES DE LA CLINICA INTEGRAL DE ADULTOS DE LA UNL, OCTUBRE 2017-MARZO 2018.

2. RESUMEN

El propósito del presente estudio fue determinar la frecuencia de alveolitis según el protocolo quirúrgico de exodoncias en pacientes de la Clínica Integral de Adultos de la UNL, octubre 2017-marzo 2018. Para el presente estudio se tomó en cuenta los pacientes indicados para extracción dental, se verificó si los operadores cumplen con los protocolos quirúrgicos y de bioseguridad a través de fichas de observación. El análisis de la información se la realizó en el programa Excel y Spss, obteniendo los siguientes resultados: de 87 dientes extraídos, 10 presenciaron alveolitis que representa el 11.4%; 5,7% en hombres y 5,7 en mujeres. Los casos de alveolitis fueron de tipo seca en un 60%. Las edades con mayor frecuencia en las que presento la alveolitis fueron de 26 a 33 años con un 6,89%. Las piezas más afectadas fueron los molares superiores con un 4.59%. Al hacer relación la bioseguridad de los operadores, en incorrecto lavado de manos, hubo un 4.59% de alveolitis, ausencia de asepsia extraoral e intraoral, en 10.3% y 11.4% se evidenció alveolitis respectivamente. En cuanto a los tiempos operatorios, no se observó mayor influencia, excepto con la colocación de apósito, donde el 11.4% donde no se colocó; el 100% de ellos tuvo alveolitis. Para hacer el análisis estadístico de los valores se utilizó el chi cuadrado, el mismo que nos presenta valores menores a 0,05 lo cual nos indica que si hay relación entre las variables a estudiarse.

Palabras Claves: Alveolitis, protocolo quirúrgico de exodoncia.

SUMMARY

The purpose of this study was to determine alveolitis frequency according to the surgical protocol of exodontias in patients of the Clínica Integral de Adultos (Holistic Care Clinic for Adults) of the Universidad Nacional of Loja, October 2017-March 2018. For this research, we took the patients who were directed to tooth extraction. Using observation forms, it was verified whether the surgeons achieved the surgical and biosafety procedures or not. The information analysis was carried out using Excel and Spss. The following results were obtained: from 87 teeth extracted, 10 presented alveolitis which represents 11.4% (5.7% for men and 5.7 for women). The type of alveolitis was dry in 60% of the cases. The most common ages of occurrence was 22-33 with a 6.89%. The most affected pieces were the upper molars with a 4.59%. When establishing the relation with the surgeon biosafety: because of incorrect hands washing, there was 4.59% of alveolitis; lack of extraoral and intraoral asepsis, in a 10.3% and 11.4% of the cases alveolitis was evident, respectively. In relation with the surgery time, no significant difference was observed, except with the bandage placing, (11.4% was found) those who did not put it, got alveolitis in a 100% of the cases. In order to do the statistical analysis of the values square chi was used, which presents values under 0.05. This shows a relationship between the variables to be studied.

Key words: Alveolitis, surgical protocol of exodontia.

3. INTRODUCCIÓN

La alveolitis es la complicación postoperatoria más frecuente después de una extracción dental, constituye una urgencia estomatológica en la cual existe una alteración en el mecanismo de cicatrización alveolar con una frecuencia de aparición comúnmente entre el 1 al 5%, aunque existen reportes de hasta una incidencia del 70% de los pacientes en la práctica dental. Se ha aceptado que la alveolitis tiene una etiología multifactorial (sistémica y local), se señala al trauma quirúrgico y a la infección como los factores etiológicos más importantes. (Vergara ,B, 2014)

Algunos de los factores que aumentan su frecuencia son: aporte vascular disminuido del hueso, pacientes con hueso esclerótico, traumas excesivos de los bordes del alvéolo, de la encía y aplastamiento óseo; extracción de dientes con procesos periodontales o periapicales agudos, mala higiene bucal, presencia de cuerpos extraños en el alvéolo, restos radiculares de quistes, granulomas y vaso constrictor presente en el anestésico local, además exceso de anestesia local, tabaquismo, enfermedades sistémicas que pueden llevar a estado de inmunosupresión así como los medicamentos que se utilizan en el tratamiento de las mismas, factores que aceleran de distintas forma la lisis del coágulo sanguíneo y la contaminación del alveolo en vía de curación por parte de la flora saprofita de la cavidad bucal.

El dolor constituye el síntoma más llamativo clínicamente, los pacientes refieren una sintomatología altamente dolorosa entre el segundo y quinto día después de la exodoncia y este evoluciona en forma aguda, y puede llegar a limitar las funciones en la cavidad bucal. El dolor suele aumentar con la succión o la masticación y persiste durante varios días. Clínicamente se

observa el alveolo con una pérdida parcial o total del coágulo sanguíneo. En algunos casos se presenta un coágulo grisáceo que luego se desprende y desaparece completamente.

También se percibe mal olor bucal, fetidez a la exploración y edema en la zona. En algunos casos el hueso alveolar expuesto se observa de color blanquecino y la mucosa perialveolar tumefacta, lo cual requiere de una terapia urgente para su alivio.

La clínica integral de la UNL, posee una gran demanda de sus servicios, donde sus pacientes tienen diferentes condiciones de salud, por otra parte; la carencia de normas adecuadas de bioseguridad por parte de estudiantes, profesionales odontólogos y personal de mantenimiento de las unidades odontológicas, representa un riesgo añadido.

Se considera que pueden existir accidentes mecánicos al momento de una exodoncia y que suelen afectar, la mucosa bucal, los maxilares, los elementos vasculares y nerviosos de la cavidad bucal, estos problemas pueden producirse inevitablemente a pesar de haber efectuado un examen correcto preoperatorio, un adecuado estudio radiológico y una buena técnica operatoria, tanto que pueden existir condiciones anatómicas, características fisiológicas y patológicas imprevisibles, que puedan dificultar la curación de una exodoncia. (Rodríguez, 2014)

Otro factor importante es, la inexperiencia del operador teniendo en cuenta que la utilización de una práctica menos invasiva reducirá al mínimo el trauma operatorio, y que trate de obtener una curación lo más rápida y eficaz posible.

El presente trabajo, tiene como finalidad determinar la frecuencia de alveolitis según el protocolo quirúrgico de las exodoncias en los pacientes que acuden Clínica Odontológica Integral de la UNL.

Además, relacionar la presencia de alveolitis según el protocolo de exodoncia de la Clínica Integral de la UNL. Verificando en las fichas de observación el cumplimiento de los protocolos quirúrgicos y de bioseguridad, ayudándonos del programa Excel y Spss para análisis de la información.

Se registro el 11.4% casos de alveolitis, presentándose el mismo número de casos en hombres y mujeres, la alveolitis de tipo seca se dio en el 60% de los casos, siendo preferente en las edades de 26 a 33 años, las piezas más afectadas fueron los molares superiores. La presencia de alveolitis con relación al protocolo quirúrgico incluyendo la aplicación de apósito, no ayudaría en la presencia de alveolitis.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I

1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS.

Una de las complicaciones más comunes que se produce después de una extracción dental es la llamada alveolitis, su característica se la puede reconocer cuando se encuentra; inflamación del alveolo, que puede producir dolor intenso y continuo después de la extracción entre el segundo y cuarto día, por la presencia de varios factores que evitan que el coágulo sanguíneo y su cicatrización se lleve normalmente.

Existen varias definiciones que se han venido dando a través de los años, para la complicación postextracción llamada alveolitis, por ello se hará un pequeño resumen desde sus primeros años de aparición.

Claflin en 1936, define a la alveolitis una complicación que llega ser un problema para la práctica clínica donde el alvéolo dentario no presenta una vida normal de reparación.

Hansen en 1960 la describió como una pérdida accidental del coágulo, llamándola alveolitis simple.

Sasaki e Okamoto la observaron en 1968, siendo considerada como una de las complicaciones más diagnosticadas en la medicina dentaria.

Birn en 1973, a través de sus estudios patofisiológicos de esta afección, la denominó como “alveolitis fibrinolítica” uno de los términos más correctos, pero menos utilizado, este autor nos explica que este proceso inflamatorio inclusive migra hacia los espacios medulares y a veces al periostio, que nos puede dar como resultado un tejido conectivo inflamatorio de la mucosa contigua y características típicas de osteomielitis.

Crawford en 1876, le otorga el nombre de “Dry socket” donde existe una desintegración del coágulo sanguíneo intraalveolar. (Cuz & Colovoradores, 1997)

Fazakerley y Field en 1991 observaron la presencia de un alvéolo vacío después de la extracción, con paredes óseas desnudadas y a su vez cubiertas por una capa de tejido necrótico de color gris amarillento y una mucosa eritematosa.

Crawford actualizó su término de alveolitis en 1896 como: Osteítis alveolar, alvéolo fibrinolitico, osteomielitis localizada, entre otros. (Carpio, 2013)

Hermesch y col. 1998 la clasificaron en tres tipos : alveolitis marginal superficial, su característica, mucosa perialveolar inflamada, parcialmente cubierta por tejido granulomatoso, y dolorosa a la masticación; alveolitis supurativa, dentro de sus características encontramos un coágulo infectado y cubierto por una membrana gris verdosa esta puede contener fragmentos dentales o secuestros óseos, dolor de mediana intensidad y presencia de temperatura; “Dry socket” paredes óseas desnudas con pérdida parcial o total del coágulo sanguíneo, coloración oscura, un olor fétido, dolor continuo, intenso e irradiado. (García & Segundo, 2011)

Schwartz en el 2002, habla de la alveolitis como un estado necrótico del proceso alveolar o de los septos óseos que, ante la ausencia de vasos sanguíneos, no permite la proliferación de capilares ni de tejido de granulación para organizar el coágulo sanguíneo.

En el 2006 Romero M. propuso que los profesionales deberían tratar de reducir al máximo los síntomas postoperatorios después de cualquier intervención quirúrgica. Lo cual resulta esencial el conocimiento de la fisiopatogenia de la inflamación postoperatoria. (Carpio, 2013)

CAPITULO II

2. EXODONCIA

La exodoncia es parte de la cirugía buco-máxilo-facial, que este a su vez estudia los problemas relacionados con la extracción dental.

Se la considera la más antigua de las intervenciones quirúrgicas relacionadas en la boca, que consiste en la remoción de un elemento dental dentro de su alvéolo, empleando técnicas adecuadas e instrumentos especiales.

La extracción dentaria se le considera una operación sencilla y básica en la mayoría de las ocasiones.

Para su práctica se requiere un buen conocimiento de la anatomía humana y dentaria. En dicha práctica se puede presentar complicaciones y en casos complejos llegar a comprometer la vida del paciente para ello se recomienda técnicas quirúrgicas específicas.

También se la considera como la avulsión (extracción) de un diente que puede ser temporal o definitivo de su hueso maxilar que lo aloja, las causas más comunes y conocidas para la extracción de un diente permanente son la presencia de caries dental asociada a un proceso infeccioso o motivos ortodóncicos. (Ramirez, 2008)

2.1. INSTRUMENTAL BÁSICO PARA LA EXODONCIA

Para realizar una exodoncia convencional se requiere el siguiente instrumental:

- Material propio para la anestesia local:
    - Agujas de medida variada (XS - S - L)
    - Carpule de anestésico:
    - Anestésicos, con vasoconstrictor y sin vaso constrictor dependiendo del requerimiento y estado del paciente.
- Sindesmótomo: Para complementar la función del sindesmótomo también puede emplearse un periostótomo tipo Freer o los elevadores.
- Juego de fórceps: Pinzas diseñadas para la extracción propia del diente, existen diferentes tipos cada grupo de piezas dentales. (Cosme & Berini, A,l, 2013)
- Elevadores: Rectos, y una pareja de elevadores curvos derechos e izquierdo.
- Pinza gubia tipo Friedman: Especialmente fina, que nos permita el acceso sobre los pequeños fragmentos de hueso (corticales óseas, septo interradicular, etc.).
- Cureta doble tipo Willinger, importante para ingresar y legrar un posible granuloma, sobre la zona apical.
- Juego de separadores tipo Farabeuf.
- Separador de Minnesota: Una simple cucharilla nos ayudará para separar los tejidos blandos.
- Pinza hemostática de Halsted (Mosquito), curva sin dientes. Ayudará para comprimir vasos pequeños.

- Portaagujas recto: Pinza de presión continúa utilizada para sostener aprehender, y dirigir la aguja, con el hilo, durante la sutura.
- Tijeras curvas tipo Mayo de punta roma: importante para cortar tejido o el hilo de sutura. (VEGA, 2010)
- Material de sutura: Seda o sutura reabsorbible de 3/0 o 4/0 con aguja atraumática. (Silverstein, 2003)

2.2. LOS FACTORES QUE DEBEN CONSIDERARSE PREVIOS A LA EXODONCIA:

2.2.1. Factores:

2.2.1.1.Psicológicos.

- Ansiedad. Significado clínico, es una reacción emocional la cual se caracteriza por sentimientos de; nerviosismo, tensión, aprensión y preocupación causada por la previsión/anticipación de una amenaza o peligro próximo, intangible y difuso, activándose así el sistema nervioso autónomo.
- Miedo. Reacción emocional inmediata ante un peligro actual e identificable.
- Fobia. Nos hace referencia a un miedo muy intenso, desproporcionado, persistente e irracional hacia una situación ó actividad que puede ser específico o inespecífico y da lugar a un deseo de evitarlo. (Lago, 2007)

2.2.2. Examen físico del paciente:

- Historia médica y dental.
- Signos vitales.
- Exámenes de laboratorio cuando se requieran.

2.2.3. Examen radiográfico de la pieza a extraerse:

- Panorámica
- Periapical
- Con sus estructuras vecinas visibles y bien definidas

2.2.4. Control del dolor y la ansiedad:

- Uso de diferentes técnicas de anestesia locales. (Valdeavellano, 2005)

2.3. INDICACIONES PARA LA EJECUCIÓN DE LA EXTRACCIÓN:

Se puede considerar cualquier pieza dental para extracción entre los diferentes motivos tenemos:

- En casos que no se puedan practicar una endodoncia.
- Piezas que presenten una destrucción excesiva y no puedan ser restaurables.
- Enfermedad periodontal agudas o crónicas, que existan excesiva movilidad y no sean posible tratarlas periodontalmente.
- Traumatismos de la pieza dental o de su alvéolo, que sobrepasen la posibilidad de reparación. Fracturas dentarias y óseas.
- Piezas supernumerarias ó incluidas.
- Cuando por razones ortodónticas esté indicada la extracción de dientes ganando espacio para un mejor resultado del tratamiento. Dentro de estos se incluyen dientes en mala posición ó terceros molares que no tengan antagonista.

- Fines protésicos pueden requerir la extracción de uno ó más dientes que consiguen asegurar el diseño y la estabilidad de una prótesis.
- La estética en ocasiones puede trascender aquellos factores
- Indicando así la extracción de un diente puramente funcional.
- En condiciones patológicas como quistes, tumores, osteomielitis, necrosis, etc. que involucren una o más piezas dentales se debería practicar la extracción.

2.4. CONTRAINDICACIONES SISTÉMICAS DE LA EXODONCIA

Se puede afirmar que no existe una contraindicación absoluta en exodoncia.

Cualquiera de las enfermedades sistémicas puede complicar o complicarse con una extracción dentaria. Las enfermedades sistémicas encontradas y más frecuentes que constituyen contraindicaciones son:

- Diabetes no controlada, puede sobrevenir infección y ausencia de cicatrización. (Delgado, Berini, L , & Gay, E, 1998)
- Enfermedades cardiacas, en el caso de estos pacientes se requiere consulta con su médico tratante.
- Usualmente un paciente con post-infarto no debe ser sujeto a ningún tipo de cirugía por un período de 6 meses.

- Hipertensión arterial, los pacientes que no estén recibiendo tratamiento médico, lo adecuado es remitirlo y no realizar ningún tratamiento hasta que cumpla con una evaluación cardiológica. (Alven & Arreaza,I, 2007)
- Insuficiencia suprarrenal, controlar el estrés ante los procedimientos dentales, para aplicar la terapia más conveniente antes de realizar el tratamiento de extracción dental. (Calabria, Grau,d, Silvestre , & Hernández,M, 2003)
- El embarazo no presenta ningún problema para la exodoncia; sin embargo, es recomendable realizarlas sólo en casos extremos, se debería programar entre el segundo o inicios del tercer trimestre, evitando el primer trimestre y en el último.
- En lo que concierne al periodo de menstruación no constituye una contraindicación, pero se recomienda de preferencia no programar ninguna exodoncia debido a una mayor tendencia a la hemorragia. (Eyda,N , 2013)

3. DEFINICIÓN DE EXODONCIA

Se la considera una operación oral más antigua de las intervenciones quirúrgicas relacionadas directamente a la cavidad bucal, la cual se removerá un elemento dental de su alveolo.

Dicha intervención quirúrgico actuará sobre la articulación alveolo dentaria que está formada por encía, hueso, diente y periodonto, estas estructuras estarán comprometidas al tratar de extraer y luxar el diente, se extenderá y dilatará el alvéolo a expensas de la elasticidad del hueso

en forma directa e indirectamente en este proceso. Lo cual es inevitable que no exista dolor. (Cosme & Berini, A,l, 2013)

Este procedimiento quirúrgico no está a expensas de sufrir traumas, pero si debemos minimizar en lo posible haciendo uso del conocimiento, la técnica y la destreza necesarias que lo adquiere el profesional odontológico. (Valdeavellano, 2005)

4. TIPOS

EXTRACCIÓN DENTAL SIMPLE

Por lo general es un procedimiento que lo realizan los dentistas generales, con la aplicación de un anestésico local e instrumental básico para exodoncia, donde se realizarán tratamiento sencillo sin necesidad de aperturar alguna incisión y/o colgajos a la hora de extraer dicha pieza dentaria.

EXTRACCIÓN DENTAL QUIRÚRGICA

Estas extracciones dentales se realizarán incisiones y/o colgajos para lograr extraer la pieza dentaria. Por lo general este tipo de exodoncia se realiza en terceros molares retenidos, parcialmente impactados y totalmente impactados, en el caso de dientes supernumerarios, odontomas, dientes incluidos, etc. una exodoncia compleja, puede comprender una osteotomía (esto quiere decir desgaste óseo) si la pieza dentaria estuviera muy retenida. (Cabrera,A., 2017)

5. PROTOCOLO

EXODONCIA SIMPLE
Definición: Exodoncia es el acto quirúrgico mediante el cual se realiza la extracción del diente o dientes.
Procedimiento
Diagnóstico adecuado: 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. Profilaxis antibiótica (de acuerdo a cada caso). Asepsia y antisepsia del campo operatorio. Colocación de campos operatorios. Anestesia local regional. Desinfección de la cavidad bucal. Comprobar sensibilidad de la zona anestesiada. Sindesmotomía/periostomía. Despegamiento de papilas. Luxación de la pieza dentaria. Prehensión de la pieza dentaria y expansión del alveolo. Extracción propiamente dicha. Control de bordes óseos NO CERRAR TABLAS. Colocar tapón de gasa durante 30 minutos.

Recomendaciones imprescindibles en todos los casos. Uso de analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos en casos necesarios. Control postquirúrgico.
Las exodoncias están indicadas en los siguientes casos:
Presencia de dolor y cuadro infeccioso severo, sin posibilidad de reconstrucción de la corona. Pieza dental temporal con permanencia prolongada que provoca mal posición clínica de los dientes permanentes. Piezas destruidas en las que no es posible la aplicación de la odontología restauradora. Restos radiculares. Piezas con fracturas coronarias (según el caso). Piezas con fracturas radiculares y fisuras verticales. Caries radiculares con extensión subgingival. Piezas con enfermedad periodontal con grados de movilidad no estables, no recuperables y progresivos. Piezas temporales que interfieren la erupción del permanente. Tratamientos por indicación del especialista (Cirugía Oral, Ortodoncia, Periodoncia, etc.). Piezas incluidas que pueden dar patología quística, posibles reabsorciones radiculares, desequilibrio de las arcadas, problemas tumorales, siempre y cuando no exista otro tratamiento. (Pública, 2014)

CAPITULO III

6. ALVEOLITIS

La alveolitis se la considera un mal proceso de cicatrización de un alvéolo, que se caracterizada principalmente por la pérdida total ó parcial del coágulo sanguíneo, que es acompañado de dolor inmenso, irradiado, hemifacial, lascinante e incapacitante. (Linero & Daza, 2013)

6.1.TIPOS DE ALVEOLITIS.

Actualmente las alveolitis se clasifican en dos:

Alveolitis húmeda o supurativa; la particularidad de esta inflamación se encuentra por estar el alvéolo sangrante y con abundante exudado. Generalmente se producen por reacciones a cuerpos extraños en el interior del alvéolo, posteriormente de haberse realizado la extracción dentaria. Dentro de estos se puede encontrar, restos de dientes fracturados o esquirlas óseas.

La alveolitis seca dolorosa; se caracteriza por estar el alvéolo abierto, ausencia de coágulo y sus tablas óseas totalmente desnudas. Su clínica es muy importante, debido a su intenso dolor que produce. (García & Segundo, 2011)

6.1.1. Alveolitis seca

Conocida como alvéolo seco, alveolitis fibrinolítica ó dry socket.

Se describe la ausencia de coágulo de esta patología después de la exodoncia dentaria como producto de la pérdida en forma prematura.

Como remplazo del diente extraído en forma natural se formará el coágulo hasta que se produzca la regeneración ósea alveolar. Si existe una pérdida de dicho coágulo, el paciente experimentará un dolor espontáneo y agudo. (Botetano, V)

6.1.2. . Alveolitis húmeda.

Inflamación con predominio alveolar marcada por la infección del coágulo y del alvéolo; se puede encontrar un alvéolo sangrante con abundante exudado.

Suele ser producida por reacciones a cuerpos extraños en el interior del alvéolo después de haberse realizado la extracción dentaria. El dolor es menos intenso, espontáneo y sobre todo provocado. (Angeles,G, 2013)

7. DIAGNÓSTICO DE LA ALVEOLITIS.

Por lo general, la presencia de dolor intenso después de una extracción dental y algún otro síntoma es suficiente para que el profesional dentista o el cirujano dental sospechen que algo pasa. Se examinará la cavidad bucal para ver si en la zona del alveolo existe la presencia de un coágulo sanguíneo o si se visualiza el hueso expuesto.

Es común que se deberá realizar una radiografía tanto de la zona afectada para descartar otras enfermedades, como una infección ósea (osteomielitis) o pequeños fragmentos de raíces o esquirlas óseas en la herida que pudieron haber quedado después de la cirugía.

En otras circunstancias tiene la particularidad de una aparición tardía (a los 3 o 4 días de la extracción), un rápido malestar inicial seguido de un proceso de mejoría y un brusco empeoramiento.

En lo que concierne al dolor encontramos dos clases principales:

- El dolor rápido se lo describe como: Dolor punzante, intenso y agudo.
- El dolor lento se lo conoce como: Dolor urente, sordo, pulsátil profundo, nauseoso, crónico, lento.

Otro signo de dolor se aprecia al contacto de instrumentos, alimentos, líquidos o de la propia saliva sobre la zona de extracción. Ocasionalmente al paciente presenta problemas para conciliar el sueño debido al flujo sanguíneo y posición que se encuentra. Al momento de realizar las actividades comunes va existir molestias en la zona de la extracción. Al momento que el paciente se automedica, el uso de analgésicos potentes en ocasiones no alivia el dolor. (DOLCI, GAY,E, & ARNABAT,D)

La presencia de mal aliento, es asociado a la presencia de componentes de azufres volátiles (mercaptano de metilo y sulfato de hidrógeno).

La inflamación que se origina en la zona de la extracción, es la reacción local a una lesión y por ende la invasión de microorganismos, su grado de severidad depende de los factores locales y sistémicos de cada persona. En el alvéolo básicamente existe una inflamación de tipo aguda que puede sanar rápidamente después de la curación.

La apariencia de un trismo, es más común por tener una apertura bucal prolongada, a la hora de realizar una exodoncia, e inclusive por la fuerza ejercida del odontólogo. (Barahona, 2014)

8. ETIOLOGÍA DE LA ALVEOLITIS.

Como su nombre lo menciona, se la considera una afección multifactorial ya que no existe actualmente un conocimiento de cuál es la etiología. Dentro de ello se considera algunos factores importantes que aumenta su frecuencia: pacientes con hueso esclerótico, aporte vascular disminuido, traumas excesivos de los bordes del alveolo, mala higiene. (Reyes, Lima,A, & Zulueta.I, 2003)

8.1. FACTORES GENERALES.

Se conocen una infinidad de factores complementarios ó secundarios, sin embargo, no son evidencia suficiente para cumplir un papel definitivo en la aparición de la alveolitis.

Se considera que la zona posterior de los maxilares está más propensa a sufrir alveolitis, y uno de ellos es por realizar colgajos y/o osteotomía.

Otras de las posibles causas se dan por el curetaje exagerado del alvéolo donde se puede lesionar el hueso alveolar, aunque la falta de datos científicos no podemos pronunciar en este

aspecto. Por otro lado, estudios evidencian que puede existir prevalencia después de una extracción única que en una exodoncia múltiple. (García & Segundo, 2011)

8.2. FACTORES LOCALES.

Dentro de los factores locales que caracterizan para que se presente alveolitis, es el hecho de la estructura del hueso. Tanto del maxilar superior, donde en esta existe una estructura ósea esponjosa muy vascularizada, por la cual es poco frecuente la alveolitis, con relación a la mandíbula, donde la zona con alta prevalencia es la región de los premolares y molares inferiores, esta área es anatómicamente un hueso largo con, densas e inextensibles, paredes duras y corticales que contienen hueso medular o esponjoso.

En extracciones realizadas con infecciones o abscesos, encontramos bacterias que ya están presentes en el sitio de la extracción, algunas bacterianas pueden presentarse solas y otras en agrupaciones donde viven en condiciones micro ambientales. Entre los que se consideran relacionados con la alveolitis están: Actinomyces, Viscosus y el Streptococos Mutants, estos retardan la cicatrización. (Carpio, 2013)

8.3. SALIVA.

Secreción liquida proveniente de las glándulas salivales mayores y menores. Al ser expulsada de las glándulas salivales, la saliva es totalmente estéril, al combinarse con el resto de alimentos, fluido crevicular, células descamadas de la mucosa oral y microorganismos deja de serlo.

La secreción de la saliva diaria fluctúa entre 500 y 700 ml. En reposo, oscila entre 0,25 y 0,35 ml/mm que proviene de las glándulas sublinguales y submandibulares. El volumen puede

llegar a medir hasta 1,5 ml/mm, ante estímulos, eléctricos, mecánicos o sensitivos. (LLena, 2006)

La saliva tiene una acción fibrinolítica que produce un restablecimiento normal de los tejidos, donde este mecanismo preserva el coagulo sanguíneo y favorece la curación de la herida quirúrgica. Si faltará dicho factor inhibitorio, existiría un aumento de plasmina salival y se instaura un cuadro de alveolitis. (Carpio, 2013)

8.4.ANESTESIA LOCAL.

Se han sugerido como factores que provocan alveolitis, el uso de anestésicos con vasoconstrictores y las diferentes técnicas que se utilizan para la aplicación de este, donde va a estar comprometido la irrigación del alvéolo.

Al momento que se disminuye la irrigación del alvéolo es posible que no llegue suficiente oxigenación a los tejidos por lo tanto muchos de los sistemas no podrán funcionar de la manera correcta. Posiblemente el vasoconstrictor influye para la aparición de alveolitis debido a la actividad fibrinolítica, sobre todo de la epinefrina.

La técnica infiltrativa da lugar a una isquemia que durará de 1 ó 2 horas y es seguida por una hiperemia reactiva, y como resultado no tiene importancia para que se produzca la desintegración del coágulo.

Otra de las técnicas que sugieren es la inyección intraligamentosa, como se lo describió anteriormente por el anestésico sino porque perjudicaría el hueso intraalveolar. (García & Segundo, 2011)

8.5. TRAUMA OPERATORIO.

Existen complicaciones y accidentes que se producen consecuencia directa e inmediata del acto quirúrgico.

Estos accidentes son principalmente mecánicos que se producen al momento de una exodoncia y que suelen afectar, la mucosa bucal, los maxilares, los elementos vasculares, nerviosos de la cavidad bucal y el resto de dientes.

Estos problemas pueden producirse inevitablemente a pesar de haber efectuado un examen correcto preoperatorio, un adecuado estudio radiológico y una buena técnica operatoria, tanto que pueden existir condiciones anatómicas, características fisiológicas y patológicas imprevisibles, etc, que puedan dificultar la curación de una exodoncia. (Rodríguez, 2014)

8.6. FACTORES POST OPERATORIOS.

La alveolitis se considera la complicación más frecuente y dolorosa después de haber sacado un diente en la cual se manifiesta con un dolor que puede ser leve o exasperante.

Generalmente esta afección reversible o localizada es de aparición tardía entre los 2 a 4 días posteriores a la extracción.

Otra de las complicaciones postoperatorias de una extracción dental que encontramos con frecuencia, es la hemorragia alveolar, se puede considerar normal que el paciente sangre de 30 a 60 minutos, si el sangrado persiste debemos encontrar las causas que pueden ser locales o generales.

La comunicación buco sinusal la podemos considerar como complicación post-operatoria, esta puede sanar dependiente de, el estado general del paciente, su dimensión y el manejo inmediato que realiza el odontólogo cuando la comunicación es demasiado grande o existen problemas graves, el cierre lo debe realizar el cirujano. (Reyes,V & Jiménez,C, 2009)

8.7. HÁBITOS

8.7.1. Tabaco

El tabaquismo es considerado una adicción a nivel mundial que puede afectar el estado fisiológico del paciente por poseer componentes nocivos para el organismo. El tabaquismo es un factor de riesgo por producir una serie de efectos sistémicos sobre las glándulas endócrinas, vasos sanguíneos, corazón y sistema nervioso central, igualmente reduce la capacidad pulmonar y produce vasoconstricción en la circulación periférica. Por esta razón se ha podido demostrar que existe un retraso en la cicatrización de las heridas.

Existen más de 4000 elementos en el humo de la combustión del tabaco, los más carcinógenos que destacan: resinas, cadmio, níquel, cloro, berilio, vinil, benceno, arsénico y alquitrán, entre otros; sólo la nicotina produce adicción y dependencia.

Al fumar después de la extracción dental, puede introducirse sustancias nocivas las cuales podrían actuar como contaminantes de la herida quirúrgica. (García & Segundo, 2011)

El tabaquismo, en algunos estudios, se observa que existen un aumento de la frecuencia de alveolitis. Blum refiere que la alveolitis aumenta un 20% en personas que fuman más de un paquete por día, y un 40 % si la persona fuma en el día de la cirugía o en el postoperatorio inmediato. La introducción de contaminantes a la herida o el efecto de succión sobre el coágulo en formación es donde el tabaco puede interferir en la cicatrización alveolar. El calor no es un predisponente para que haya la presencia de alveolitis. (Torres,L, y otros, 2005)

8.7.2. Alimentación

La alimentación después de una extracción dental es muy importante, necesitamos alimentarnos adecuadamente, la recuperación tardara algunos días inclusive semanas, por ello es recomendable mantenernos alejados de alimentos duros o crujientes los cuales pueden quedarse incrustados dentro de la zona dental, que pueden producir una posible infección como la alveolitis. Para ello se recomienda los siguientes alimentos: (Fer, s.f.)

- Carne, productos de mar y alternativas a la carne; Entre estos encontramos pescado, carne de pollo, albóndigas, tofu.
- Lácteos; Leche, quesos o helados a base de lácteos que nos ayudara para la inflamación.
- Panes y granos; Todo tipo de panes y granos tenemos, arroz, y granos pequeños.

- Vegetales y frutas; Se recomienda cocer o elaborar jugos, ya que estos alimentos se dificultan comer por su dureza.

Se tiene que tener presente, que al ingerir alimentos de forma involuntarias e inevitable se pueden introducir a la zona de extracción, para ello es recomendable realizar lavados después década comida y especialmente en esta zona para evitar el empaquetamiento y posibles infecciones.

8.7.3. Higiene

Para la prevención de la alveolitis se han estudiado agentes antifibrinolíticos, lavados, antisépticos y antibióticos

El lavado con solución salina a distintas cantidades como (25 ml, 175 ml y 350 ml), en el alvéolo tras la extracción ha dado buen resultado reduciendo así un 50%, a medida que aumenta la irrigación se registra tasas menores de alveolitis. El uso de lavados con suero por su eficacia comprobada debe ser incorporado al protocolo de extracción.

Otro dato importante que se debe considerar es, el uso de guantes estériles en vez de guantes de manejo, esto no garantiza prevención de la alveolitis. El uso de apósitos en el alvéolo ha sido aplicado donde ha tenido una reducción de la alveolitis postextracción. Teniendo en cuenta que pueden retrasar la cicatrización de la herida se han encontrado estudios positivos a este tipo de medicación.

El ácido poliláctico, es un éster biodegradable, ha sido ensayado para el control de la alveolitis. Donde aportaría un soporte adicional al coágulo y evitaría o dificultaría su desintegración.

Los fármacos que ha tenido éxito en la prevención de la alveolitis encontramos los antibióticos y los antisépticos. El digluconato de clorhexidina al 0,12%, produce una reducción importante para la aparición de alveolitis, pese a esto la saliva contendría suficiente número de bacterias como para producir alveolitis.

La utilización de antibióticos sistémicos como medida de prevención de la alveolitis, solos o junto a corticoides, lastimosamente no han aportado mejores resultados. Por otro lado, los corticoides ni penicilinas solas tampoco redujo significativamente la incidencia de alveolitis. El uso de antibióticos tópicos ha dado resultado aplicando, 1 gramo de metronidazol vía oral como estrategia preventiva entes de la cirugía.

Tomando en cuenta los efectos secundarios que puedan causar los agentes antifibrinolítico, se pueden desaconsejar su uso. (Torres,L, y otros, 2005)

9. PROTOCOLO DE ALVEOLITIS

PATOLOGÍA: ALVEOLITIS (OSTEITIS ALVEOLAR AGUDA), CÓDIGO CIE- 10 - K10.3

Definición: Infección alveolar postexodoncia dentaria causada por la desintegración del coágulo en su alveolo dentario.	
Etiología	Pérdida del coágulo sanguíneo. Sepsis quirúrgica o postquirúrgica.
Clasificación	Alveolitis seca. Alveolitis húmeda. Alveolitis crónica la cual puede ser seca o húmeda.
Manifestaciones clínicas	Dolor profundo pulsátil e irradiado. Halitosis (mal aliento). Aumento de dolor a la exploración. Malestar general. No suele haber supuración
Criterios de diagnóstico	Radiográfico.
Diagnóstico diferencial	Osteomielitis
Plan de tratamiento	
Tratamiento: alveolitis húmeda Encaminado a aliviar el dolor. Administración de anestesia local sin vasoconstrictor en casos de dolor extremo (debido a la necesidad de sangrado para llenar el alveolo). Lavado y limpieza prolija del alveolo (NO CURETEAR). Lavado con suero fisiológico o clorhexidina al 0,12%. Antibiótico terapia si el caso lo requiere. Analgésicos. Tratamiento: alveolitis seca Encaminado a aliviar el dolor. Administración de anestesia local sin vasoconstrictor en casos de dolor extremo (debido a la necesidad de sangrado para llenar el alveolo). Curetaje y limpieza prolija del alveolo. Lavado con suero	

fisiológico o clorhexidina. Estimulación del sangrado del alveolo. Aplicación de apósito alveolar o tapón de óxido de zinc-eugenol con limallas de algodón que debe ser cambiado todos los días hasta que se forme tejido de granulación. Analgésicos.	
Complicaciones	Celulitis. Infección generalizada. Limitación funcional. Trismus
Criterios de referencia	Si el caso lo requiere referencia a cirujano máxilo-facial.
Criterios de alta	Resolución de la patología. Control y mantenimiento Se deberá controlar al paciente
Control y mantenimiento	Se deberá controlar al paciente diariamente hasta que haya formado tejido de granulación y este alcance la línea gingival. (Pública, 2014)

CAPITULO IV

10. TRATAMIENTO DE LA ALVEOLITIS.

Para iniciar el tratamiento de la alveolitis es esencial iniciar con una limpieza de la zona, con el fin de eliminar material dañado o elementos extraños que se encuentren dentro del alveolo y aplicar los medicamentos correspondientes para proteger la herida. El tratamiento continuará en casa con alguna medicación o recomendaciones que enviará el odontólogo. (Moyano, 2015)

10.1. El tratamiento consta de:

- Curaciones cada 24 h, hasta bajar el dolor.
- En la curación primera aplicaremos anestesia y procederemos a eliminar esquirlas, tejido necrótico y bordes óseos filosos.
- Se tendrá cuidado en no curetear ni raspar las paredes del alvéolo muy fuerte.
- Irrigación del alvéolo con abundante solución salina de preferencia tibia.
- Recomendable dejar una sustancia analgésica y antiséptica, (Eugenol, alvogyl, etc.) dependiendo del caso y condiciones.
- No dejar sustancias que fragüen dentro del alvéolo, al retirar tienen peligro de activar el sangrado. (López,D, 2012)

10.2. Esta práctica terapéutica tiene como fin:

- Eliminar la sintomatología dolorosa.
- Promover la curación de la herida alveolar.

La mayoría de odontólogos o cirujanos utilizan:

- Anestesia local, irrigación, curetaje del alvéolo para generar un nuevo coágulo, apósitos con sustancias, antibióticas, anestésicas, analgésicas o antiinflamatorias intraalveolares para aliviar el dolor, las cuales deben sustituirse cada 2 a 3 días con una nueva colocación del material, lastimosamente no podemos asegurar el éxito de estos apósitos intraalveolares ya que el organismo lo puede considerar un cuerpo extraño.
- Actualmente están contraindicando el curetaje del alvéolo, la razón es que puede retardar la cicatrización y diseminar la infección.
- Otra terapéutica que podemos encontrar, y con facilidad y posee numerosas propiedades, que en medicina lo hacen muy útil. Es la terapéutica con ozono en estomatología donde se utilizan aceites de origen vegetal, el más usado es el aceite de oliva y aceite de girasol estos han pasado satisfactoriamente las pruebas preclínicas de ensayos de mutagenicidad, teratogenicidad y irritabilidad dérmica por tal razón se ha demostrado su efectividad en el tratamiento de las alveolitis.

10.3. Otros métodos:

Dentro de los métodos físicos que de forma experimental se utilizan en el tratamiento de las alveolitis tenemos: rayos ultravioletas, oxígeno hiperbárico, electroterapia y ultrasonido. Describiremos algunos métodos para el tratamiento de la alveolitis los mismos que en una ocasión ya fueron nombrados con anterioridad. (Martín,R & Lima,A, 2001)

10.3.1. Pastas y apósitos

Los apósitos han sido considerados como el tratamiento más utilizado para el tratamiento de la alveolitis, dentro de estos tenemos la gasa iodoformada recubierta con óxido de cinc eugenol. Actualmente se ha reportado que el uso de este puede producir osteonecrosis y retrasar la cicatrización.

El método que ha reportado un excelente resultado para el tratamiento de la alveolitis es el alvogyl (iodoformo mas butylparaminobenzoato), la razón se puede decir que, el iodoformo es un antiséptico. Los componentes del alvogyl, hacen que los receptores sensoriales deprimen la percepción del dolor al inhibir la síntesis de prostanglandinas.

Una de los nuevos tratamientos es el uso de la esponja de colágeno embebida con plasma rico en factores de crecimiento (PRFC), extraída de la sangre autóloga, está a resultado obtener mejor resultado que la pasta de óxido de cinc eugenol. Se dice que los factores de crecimiento pueden acelerar el proceso de cicatrización y la angiogénesis disminuye el dolor.

Otra técnica es el uso de la pastilla GECBB a base de guaicol, eugenol, clorobutamol y el bálsamo del perú, que mejora el alivio del dolor, la pastilla lleva una pasta llena de gelatina, glicerina y azúcar la cual es colocada dentro del alveolo, a manera de apósito la cual no necesita ser preparada.

Todos estos apósitos tienen la propiedad de actuar como barrera física obturado el alveolo e impidiendo la exposición de las terminaciones nerviosas óseas al ambiente.

10.3.2. Antisépticos

La clorhexidina se lo considera como un irrigante local o antiséptico al 0,12 y 2%, su uso se lo recomienda cada 12 h como enjuague. Otro uso que se puede dar a la clorhexidina es en forma tópica como gel al 0,2% dentro del alvéolo cada 12 h por 7 días.

La presentación nombrada con anterioridad de clorhexidina, tiene como ventaja la posibilidad de uso dentro de las 24 h postextracción, después de ello puede generar el desprendimiento del coágulo.

Los antisépticos capaces de liberar oxígeno al entrar en contacto con los tejidos, el oxígeno es liberado actuando como agente germicida, por tal razón muestran efectividad frente a bacterias anaeróbicas, dentro de estas podemos encontrar el ioduro de sodio con peróxido de hidrógeno al 3%, así la limpieza de la herida y remoción del detritus lo hace a través de su mecanismo de efervescencia.

10.3.3. Analgésicos y antiinflamatorios

Su prescripción lo han convertido en algo necesario para combatir el dolor dentro de la terapia para la alveolitis, dentro de estos se sugieren el uso de AINES, hasta preparados de codeína con paracetamol. Un ejemplo de ello es prescribir keterolako de 30mg IM seguido de 10mg cada 6h vía oral, o celecoxib de 200mg vía oral.

10.3.4. Antibióticos

El uso de antibióticos está diseñado para prevenir la aparición de infecciones, pero solo en pacientes que estén inmunocomprometido o si tiende a desarrollar osteomielitis.

10.3.5. Quirúrgicos

Dentro de los protocolos se encuentra como ya mencionamos anteriormente el curetaje, si es agresivo puede ser perjudicial para recuperar el problema de alveolitis, e incluso inducir a una contaminación bacteriana.

Otras maniobras recomendadas es el lavado con solución salina y la regularización de bordes del alveolo y el uso de colgajos para cubrir el alveolo expuesto.

10.3.6. Laserterapia

La práctica de terapia con láser tiene la propiedad de estimular el metabolismo celular, la microcirculación y produce un efecto, antiinflamatorio, antiedematoso y analgésico. Igualmente, en pacientes diabéticos, acelera el proceso de curación de heridas.

El estudio de Janovi´c, nos dice que aplicando diariamente láser de baja intensidad más aplicaciones de óxido de cinc eugenol, abría reducción de dolor. (Vergara ,B, 2014)

11. EVOLUCIÓN DE LA ALVEOLITIS.

- El proceso de curación durará de 1 a 2 semanas.
- La inflamación y malestares deberán normalizarse entre 7 a 10 días.
- Si los signos y síntomas continúan se pensará en la posibilidad de osteomielitis. (Maria, 2014)

12. PREVENCIÓN DE LA ALVEOLITIS.

Los esfuerzos para la prevención de la alveolitis están dirigidos a la profilaxis de esta complicación.

Los principales medios para evitar alveolitis se pueden resumir en los siguientes:

Disminución de los factores de riesgo. Para efectuar la extracción dental, tendremos en cuenta que no haya factores de riesgo como, mujeres que estén en su periodo menstrual o uso de contraceptivos orales, una edad muy avanzada, evitar el consumo de tabaco, puesto que el efecto del humo perdura después del acto de fumar.

Asepsia pre y postoperatoria. Para obtener índices muy bajos de alveolitis, tomaremos en cuenta, una buena higiene oral, con la eliminación de placa bacteriana si fuese necesario, para este fin se utilizará, cloramita T, clorhexidina como enjuague bucal o su aplicación directa en el surco de la zona de extracción y otras soluciones con acciones fisiológicas, que igualmente son muy eficaces para disminuir una posible alveolitis.

Conducta operatoria meticulosa. La utilización de una práctica menos invasiva reducirá al mínimo el trauma operatorio, y que trate de obtener una curación lo más rápida y eficaz posible, tendremos en cuenta la técnica anestésica más adecuada, para limitar la cantidad máxima de sustancia empleada o la infiltración del anestésico en el tejido inflamado, recurrir si fuese necesario al colgajo mucoperióstico, la osteotomía y odontosección. Aplicar suturas de preferencia, puntos de sutura simples, ya que ello nos ayudara el drenaje de excusados del alveolo.

Material de relleno alveolar. La importancia básica y fundamental del relleno alveolar es favorecer la formación del coágulo después de una extracción.

Enumeraremos los más utilizados:

- Celulosa oxidada (Surgicel)
- Esponja de gelatina
- Colágeno
- Ácido poliláctico «Drylac»
- Algunos adhesivos tisulares:
    - Pectina
    - Polietileno
    - Cianoacrilato
- Cola de fibrina (Tisucol)

Sustancia con acción cicatrizante:

- Extracto de sangre desproteinizado (Solceseryl)

Uso de antibióticos. El uso de los antibióticos para prevenir una alveolitis se los considera en aquellos casos, que la intervención quirúrgica haya sido particularmente traumática, por lo general una técnica quirúrgica adecuado, una buena higiene oral pre y postoperatoria sería suficiente para no utilizar con anterioridad los antibióticos.

Entre los antibióticos empleados en la prevención existe la penicilina, aun utilizada, como la penicilina y la fenoximetilpenicilina, no siempre eficaces debido a gérmenes resistentes. Para evitar las resistencias bacterianas se debe recomendar asociaciones antibióticas como la ampicilina+dicloxacilina o amoxicilina más ácido clavulánico. Entre los antibióticos más

usados se considera las tetraciclinas y el metronidazol que se coloca directamente en el lugar de la extracción.

Uso de otras sustancias. La colocación de medicamentos en el interior del alveolo puede dar resultado al reducir el dolor postoperatorio pero, estos pueden aumentar el tiempo de curación de la herida y sensibilidad. (DOLCI, GAY,E, & ARNABAT,D)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es observacional, relacional y corte transversal, realizado en la Clínica Odontológica de Adultos de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Las muestras de estudio fueron los pacientes indicados para extracción dental los mismos que fueron 87 en la Clínica de Adultos de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, durante el periodo Octubre 2017-Marzo 2018

RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS.

La muestra escogida para este estudio fue, pacientes que estuvieron indicados para extracción dental, extracción técnica cerrada, pacientes entre los 15 hasta los 90 años, pacientes ASA I, II y cicatrización por segunda intención, excluyendo a los pacientes menores de 15 años, pacientes con afecciones sistémicas y pacientes con un grado de discapacidad mental, de la muestra escogida se observó si se cumplió los protocolos quirúrgicos y de bioseguridad, para la comprobación de estos protocolos se comenzó con la observación al momento de las extracciones dentales, para lo cual se registró a través de fichas de observación que se elaboró teniendo en cuenta todos los parámetros indicados en los protocolos.

Elaboración de la ficha observacional para recolección de datos procedentes de las extracciones realizadas en la clínica odontológica de la UNL.

Se le pidió al paciente previo a la extracción dental los datos como su nombre, edad, sexo y número telefónico para poder contactarlo y monitorear su evolución de recuperación después de la extracción.

Se utilizo cámara fotográfica, para tener como constancia de lo realizado y seguimiento de los casos a seguir a través de fotografías.

Para constatar la esterilización del instrumental a utilizar en el procedimiento quirúrgico, se observó la cinta de esterilización con su respectiva fecha, en la cual está no debía sobrepasar las 10 horas de esterilizado que por lo general se esterilizaba en calor seco. (Arrafat & MIravete, 2013)

Seguido se observó el campo operatorio que consistía en el ordenamiento del instrumental y demás artículos a su alrededor, que sean considerados dentro del procedimiento quirúrgico.

Dentro de esta ficha tomamos algo muy importante que son las barreras de protección tanto para, el operador que son los estudiantes y paciente con el fin de precautelar la salud de las personas y evitar las contaminaciones cruzadas, dentro de ellas tenemos:

Para los estudiantes se tomó en cuenta:

- El lavado de manos antes y después del acto quirúrgico, ya que si no lo realizan pueden encontrarse microorganismos provenientes de los mismos pacientes al momento de saludar con las manos y de superficies contaminadas por el medio ambiente, el lavado de manos estará acompañado del desalojamiento de anillos, sortijas o algún artículo de joyería.
- Guantes, se observó el uso correcto de los guantes, donde estos no deberán ser usados para otro motivo que no sea la extracción dental, como revisar cajones, buscar objetos

dentro de bolsos o cajas, revisar historias clínicas, no manipular celulares, esferográficos, etc. Si los guantes por alguna razón sufren un deterioro en el proceso de la actividad de exodoncia, observar si son cambiados por los estudiantes. (Del Valle,A., 2002)

- Utilización de mascarillas o tapaboca, este debe ser amplio cubriendo nariz y boca, verificar la utilización y colocación de la misma, todo el tiempo del acto quirúrgico. Se puso énfasis si la mascarilla estaba bien puesta o si la llevaban fuera de tu ubicación (descubierta la nariz e inclusive parciamente la boca) (Papone,Y, 200).
- Bata desechable o ropa de trabajo o Camisolín. Fue verificado su colocación dentro de las instalaciones de la clínica, si el estudiante sale de las instalaciones, si la ropa de trabajo tiene manga corta o larga, esta deberá estar impecable y no sucia. (ODONTOLOGIA, 2015)

Para el paciente se toma en cuenta:

- Asepsia extra oral, se verificará si lo realizan o no, las sustancias que son utilizadas.
- Asepsia intra oral, se observará la utilización de algún enjuague bucal y las indicaciones para hacerlo. (Otero,M & Otero,I, 2001)
- Campo de protección para el paciente dentro de estos tenemos (baberos, toallas desechables, servilletas y campo de ojo específica para una extracción dental). (Linero & Daza, 2013)

Se observará la técnica de extracción.

- Este ítem concierne a los tiempos operatorios de la extracción dental, se observó si los estudiantes disponen con todo el material para realizarlas, si llegaran a obviar alguna se anotará en la ficha de observación como; anestesia, sindesmotomía, luxación, aprensión, extracción, curetaje, lavado y colocación de apósito.

Ficha para la observación de alveolitis.

Al paciente se lo observo y fue monitoreado por medio del su celular realizándole algunas preguntas.

- Presencia de dolor en la zona donde fue extraído el diente.
- Escala del dolor, nos basamos con "LA ESCALA CATEGÓRICA". (Melzack & Katz,J, 2012)

DOLOR			
0	4	6	10
Nada	Poco	Bastante	Severo

- Tipos de alveolitis, se observará los signos y síntomas.

  Signos para diferenciar el tipo de alveolitis.

  - Alveolitis seca: Alveolos desnudos, sin coágulo sanguíneo, paredes oseas expuestas, bordes gingivales dehinentes.
  - Alveolitis húmeda: Alveolo con coágulo necrótico, exudado alveolar, coágulos dispregnado.

  Síntomas para diferenciar una alveolitis.

- Presencia de dolor y su intensidad
- Dolor irradiado a diferentes partes de la cara.
- Dolor espontaneo, que se puede generar por algunos estímulos.
- Estos signos se harán presentes entre el día 1 y 3 después de la exodoncia. (PUBLICA, 2011)

- Presencia de halitosis. Diferenciar su presencia.
- Estabilidad del coágulo, se observó si existe la formación del coágulo, caso contrario estaremos sospechando la presencia de una infección que conlleva a una alveolitis. (Vieira , 2015)

MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS OBTENIDOS:

La interpretación de los resultados se dividió en: ausencia o presencia de alveolitis. Posteriormente con los resultados obtenidos del conteo de las fichas de observación, se elaboraron cuadros de resultados para ilustración de los mismos en el programa Microsoft Excel, para finalmente someterlos a su respectiva interpretación y análisis.

6. RESULTADOS

Tabla Nro. 1

Frecuencia de alveolitis por sexo

Frecuencia de alveolitis por sexo						
	Presencia Alveolitis	**%**	**Ausencia Alveolitis**	**%**	**Total de alveolos examinandos**	**%**
Hombres	**5**	**5,7%**	**30**	**34,5%**	**35**	**40,2%**
Mujeres	**5**	**5,7%**	**47**	**54,1%**	**52**	**59,8%**
Total	**10**	**11,4%**	**77**	**88,6%**	**87**	**100%**

Fuente: *Fichas observacionales.*
Autor: *Victor Manuel Castillo Alberca.*

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla observamos que, de 87 alvéolos observados el 11.4% presentó alveolitis, siendo 5,7% en hombres y 5,7% en mujeres, evidenciando que no existe diferencia según el sexo.

TABLA Nro. 2

Frecuencia de alveolitis por edad

Frecuencia de alveolitis por edad				
	Presencia Alveolitis	**%**	**Ausencia Alveolitis**	**%**
18-25 años	**1**	**1,14 %**	**7**	**8.04%**
26-33 años	**6**	**6,89%**	**7**	**8.04%**
34-41 años	**1**	**1,14%**	**28**	**32,18%**
42-49 años	**0**	**0%**	**12**	**13,79%**
50-57 años	**0**	**0%**	**5**	**5,74%**
58-65 años	**1**	**1,14%**	**17**	**19,54%**
66-77 años	**1**	**1,14%**	**1**	**1,14%**
TOTAL	**10**	**11,49**	**77**	**88,50**

Fuente: *Fichas Observacionales.*
Autor: *Victor Manuel Castillo Alberca.*

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla observamos la frecuencia de alveolitis por rangos de edad, encontrando el mayor porcentaje de 26 a 33 años, con 6 alveolitis representando el 6,89%.

Tabla Nro. 3

Frecuencia de alveolitis con dolor y halitosis.

Alveolitis con dolor, halitosis y estabilidad de coagulo							
		Presencia Alveolitis	%	Ausencia Alveolitis	%	TOTAL	%
Dolor	SI	10	11,4%	0	0%	10	11,4%
	NO	0	0%	77	88,5%	77	88,5%
Halitosis	SI	10	11,4%	4	4,6%	14	16%
	NO	0	0%	73	84%	73	84%

Fuente: *Fichas Observacionales*
Autor: *Victor Manuel Castillo Alberca*

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla observamos presencia de dolor después de la extracción, dentro de las 87 extracciones observadas, 10 tuvieron presencia de dolor y alveolitis que nos representa el 11,4%.

En cuanto a la halitosis de las 87 extracciones observadas, 14 alvéolos presentaron halitosis después de la extracción, representando un 16%, de estos 14 alvéolos, 10 alvéolos tuvieron alveolitis representando el 11,4%.

Tabla Nro. 4

Escala del dolor en pacientes con alveolitis.

Escala del dolor en pacientes con alveolitis		
	Frecuencia de Alveolitis	%
0 = Nada	0	0%
4 = Poco	2	20%
6 = Bastante	4	40%
10 = Mucho	4	40%
Total	10	100%

Fuente: *Fichas Observacionales*
Autor: *Victor Manuel Castillo Alberca*

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se observa que el 40% tuvieron bastante dolor, 40% dolor severo y 20% poco dolor.

Tabla Nro. 5

Tipo de alveolitis

Tipo de alveolitis		
	Frecuencia de Alveolitis	**%**
Seca	6	60%
Húmeda	4	40%
Crónica	0	0%
Total	10	100%

Fuente: *Fichas Observacionales*
Autor: *Victor Manuel Castillo Alberca*

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla observamos un mayor nuero de alveolitis de tipo seca con 6 casos que nos representa el 60 % y 4 alveolitis de tipo húmeda representando el 40%.

Tabla Nro. 6

Frecuencia de alveolitis según Pieza dentaria

Frecuencia de alveolitis por Pieza dentaria.				
	Presencia Alveolitis	**%**	**Ausencia Alveolitis**	**%**
Incisivos superiores	**1**	**1,14 %**	**7**	**8,04%**
Caninos superiores	**0**	**0%**	**5**	**5,74%**
Premolares superiores	**2**	**2,29%**	**6**	**6,89%**
Molares superiores	**4**	**4,59%**	**26**	**29,88%**
Incisivos inferiores	**0**	**0%**	**18**	**20,68%**
Caninos inferiores	**0**	**0%**	**5**	**5.74%**
Premolares inferiores	**0**	**0%**	**4**	**4,59%**
Molares inferiores	**3**	**3,44%**	**6**	**6,89%**
TOTAL	**10**	**11,49%**	**77**	**88,50**

Fuente: *Fichas Observacionales.*
Autor: *Victor Manuel Castillo Alberca.*

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla observamos que, de 87 dientes extraídos, el 11,49% presentaron alveolitis, observándose que los grupos de dientes más afectados fueron, molares superiores con 4 alvéolos infectados representando el 4,59%, seguido de los molares inferiores con 3 alvéolos infectados representando el 3,44%, en tercer lugar, los premolares superiores con el 2,29%.

Tabla Nro. 7

Frecuencia de alveolitis según el uso de esterilización y campo operatorio (mesa de trabajo)

Alveolitis según el uso de esterilización y campo operatorio (mesa de trabajo)										
	Con Esterilización	%	Sin Esterilización	%	Total	Con Campo operatorio	%	Sin Campo operatorio	%	Total
Presencia Alveolitis	10	11,49 %	0	0 %	10	5	5,74%	5	5,74%	10
Ausencia Alveolitis	77	88,50%	0	0%	77	23	26,43%	54	62,06%	77
TOTAL	87	100%	0	0%	87	28	32,17%	59	67,8%	87

Fuente: *Fichas Observacionales*
Autor: *Victor Manuel Castillo Alberca*
*Chi cuadrado < a 0,05 hay relación. Entre variables. *Ver anexos.*

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla observamos que, en las 87 exodoncias indicadas, el 100% de los estudiantes usaron su instrumental quirúrgico esterilizado; sin embargo, se presentó un 11,49% con alveolitis.

Dentro de la organización del campo operatorio ó mesa de trabajo, observamos que organizaron un 32,17% de los cuales el 5,75% presentó alveolitis. Y un 67,8% no organizaron su campo operatorio encontrando un 5,74% casos de alveolitis.

Se evidenció relación de variables de alveolitis con la esterilización del instrumental. Igualmente, relación de alveolitis con el uso del campo operatorio.

Tabla Nro. 8

Frecuencia de alveolitis según el uso de barreras de protección del profesional

Barreras de protección del profesional							
		Presencia Alveolitis	%	Ausencia Alveolitis	%	Total	%
Guantes	SI	10	11,49%	77	88,5%	87	100%
	NO	0	0 %	0	0%	0	0%
Mascarilla	SI	10	11,49%	77	88,5%	87	100%
	NO	0	0%	0	0%	0	0%
Lavado de manos	SI	6	6,89%	42	48,3%	48	55,2%
	NO	4	4.59%	35	40,1%	39	44,8%
Bata desechable	SI	0	0%	4	4,6%	4	4,6%
	NO	10	11,49	73	83,9%	83	95,3%

Fuente: *Fichas Observacionales*
Autor: *Victor Manuel Castillo Alberca*
*Chi cuadrado < a 0,05 hay relación. entre variables. *ver anexos*

INTERPRETACIÓN

En las barreras de protección utilizadas por los estudiantes; el uso de guantes y mascarillas se cumplió al 100%, a pesar de ello se observa la presencia de 10 alveolitis representando el 11,49%.

En lo que concierne al lavado de manos, 48 estudiantes lo cumplieron representando el 55,2%, de los cuales un 6,89%, se evidenció alveolitis. Un 44,8% se observa que no realizaron adecuadamente su lavado de manos y de este porcentaje un 4,59% presentaron alveolitis.

Del uso de bata desechable, no es una rutina común para la realización de exodoncias en la Clínica Odontológica de la UNL; así vemos que solo el 4,6% la usó y no se evidencio alveolitis y la mayoría, que fue un 95,3% no usaron la bata desechable, presentándose en un 11,49% de alveolitis en este último grupo.

Se evidencia que las barreras de protección del profesional influyen en la aparición de alveolitis.

Tabla Nro. 9

Frecuencia de alveolitis según barreras de protección del paciente

Barreras de protección del paciente							
		Presencia Alveolitis	%	Ausencia Alveolitis	%	Total	%
Asepsia extraoral	SI	1	1,1%	5	5,7%	6	6,8%
	NO	9	10,3 %	72	82,8%	81	93,1%
Asepsia intraoral	SI	0	0%	14	16,1%	14	16,1%
	NO	10	11,4%	63	72,4%	73	83,8%
Campos operatorios	SI	5	5,7%	40	46%	45	51,7%
	NO	5	5,7%	37	42,5%	42	48,2%

Fuente: *Fichas Observacionales*
Autor: *Victor Manuel Castillo Alberca*
*Chi cuadrado < a 0,05 hay relación. Entre variables *Ver anexos*

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla observamos las barreras de protección aplicadas al paciente, con respecto a la asepsia extraoral se observa que, en 81 exodoncias no realizaron asepsia extraoral, representando el 93,1%, de los cuales el 10,3% registro alveolitis. Y del 6,8% que realizaron asepsia extraoral, solamente el 1,1% se evidenció alveolitis.

La aplicación de asepsia intraoral, se registra que un 83,8% no la realizaron, de los cuales el 11,4% registro alveolitis, y de 16,1% que realizaron la asepsia intraoral, no se registró alveolitis evidenciando que tanto la asepsia extraoral e intraoral es muy importante en la prevención de alveolitis.

En cuanto a los campos operatorios (baberos, campos de ojo) que son colocados a los pacientes, en el 51,7% de casos que lo aplicaron, el 5,7 % presento alveolitis, y en el 48,2% de

casos que no lo aplicaron, el 5,7% también presento alveolitis, mostrando que no es un factor que refleje mayor relevancia en la presencia de alveolitis.

Se evidencia que las barreras de protección del paciente influyen de cierta forma en la aparición de alveolitis.

Tabla Nro.10

Frecuencia de alveolitis según el protocolo de exodoncia

Frecuencia de alveolitis según el protocolo de exodoncia							
		Presencia Alveolitis	%	Ausencia Alveolitis	%	Total	%
ANESTESIA	SI	10	11,4%	77	88,5%	87	100%
	NO	0	0%	0%	0%	0	0%
SINDESMOTOMIA	SI	10	11,4%	77	88,5%	87	100%
	NO	0	0%	0	0%	0	0%
LUXACIÓN	SI	10	11,4%	77	88,5%	87	100%
	NO	0	0%	0	0%	0	0%
APRENSIÓN	SI	8	9,2%	77	88,5%	85	97,7%
	NO	2	2,3%	0	0%	2	2,3%
EXTRACCIÓN (Fórceps)	SI	9	10,3%	77	88,5%	86	98,8%
EXTRACCIÓN (Elevador)	SI	1	1,1%	0	0%	1	1,1%
CURETAJE	SI	10	11,4%	74	85,1%	84	96,5%
	NO	0	0%	3	3,4%	3	3,4%
LAVADO	SI	10	11,4%	76	87,4	86	98,8%
	NO	0	0%	1	1,1%	1	1,1%
COLOCACIÓN DE APÓSITO HEMOSTÁTICO ALVEOLAR	SI	0	0%	6	6,9%	6	6,9%
	NO	10	11,4%	71	81,6%	81	93,1%

Fuente: *Fichas Observacionales*
Autor: *Victor Manuel Castillo Alberca*
Chi cuadrado < a 0,05 hay relación. Entre variables

INTERPRETACIÓN

La presente tabla corresponde a los tiempos operatorios de las exodoncias, donde podemos observar que los operadores cumplen con los protocolos quirúrgicos de anestesia,

sindesmotomía, luxación, aprensión, extracción, curetaje y lavado, de los cuales en el 11,4% de casos existe alveolitis. Pero como dato relevante podemos observar que el 93,1% de estudiantes no colocaron un apósito hemostático alveolar después de la extracción dental y el 11,4% presentó alveolitis, y 6,9% de estudiantes que si colocaron un apósito en ninguno de ellos se presentó alveolitis.

Se evidenció que el cumplimiento de todo el protocolo quirúrgico incluyendo la aplicación de apósito, no ayudaría en la presencia de alveolitis.

7. DISCUSIÓN

García y colaboradores, 2014 en su estudio denominado “Incidencia de la alveolitis dental en pacientes con afecciones reumáticas” de 53 pacientes se reportó el 20,75% casos de alveolittis y el 79,25% de casos no reportaron alveolitis. En similitud a nuestro estudio pudimos observar que de 78 exodoncias realizadas se presentaron 10 casos de alveolitis representando el 11,4% siendo un porcentaje bajo en la aparición de alveolitis.

En cuanto a la edad Nápoles y Bastidas, 2009 con su estudio titulado, “Incidencia de la alveolitis”, esta afección prevaleció más en el grupo de 35 a 44 años de los cuales 19 pertenecieron al sexo femenino, en el masculino predominó el grupo de 45 a 54 años con 13 enfermos. En el estudio de González y colaboradores, 2017 “Incidencia de la alveolitis y principales factores asociados en pacientes mayores de 19 años” los grupos de edades más afectados fueron entre 35 y 59 años de edad con 68,75 %, siendo significativo el predominio en el sexo femenino con 61,25%. Reyes y Jiménez, 2009. En “Accidentes y complicaciones en la cirugía oral”, la alveolitis es más frecuente en el sexo femenino y la mayoría de casos se observan entre la tercera y cuarta década. Borges y colaboradores 2009. En “Evaluación de pacientes afectados de Alveolitis: uso del Metronidazol tópico en dosis única”. Señalo que el 40, 3% de casos de alveolitis se dio en edades de 31 a 40 años, siendo el porcentaje más alto en mujeres con el 40,9%. Bravo Venero 2017, en su estudio encontró en los dos grupos de tratamiento para la alveolitis el predominio del sexo femenino (67 %), argumentando, que se le atribuye la mayor incidencia de la alveolitis al sexo femenino por el pico hormonal que se manifiesta durante el ciclo menstrual, además de ser el grupo que toma contraceptivos orales, ya que las hormonas predisponen a la trombosis intravascular. Otro de los factores considerados

de riesgo es el estrés, y el sexo femenino es más vulnerable a este fenómeno, lo cual ocasiona una disminución de la capacidad defensiva y regenerativa que produce un déficit inmunitario. En nuestro estudio se observó que, en cuanto a la edad, el grupo más afectado fue el de 26 a 33 años, mostrando similitud con los demás estudios en la tercera década, además se observó que el sexo masculino y femenino fueron afectados por igual con un 5,7% respectivamente.

Vergara, 2014. En su estudio titulado "Alveolitis seca: una revisión de la literatura", detalla que, según la zona operatoria, donde existe una mayor incidencia de alveolitis es en las piezas dentarias mandibulares, siendo su incidencia 2,5 veces mayor que en las piezas maxilares. Esto podría atribuirse a que la maxila tiene una mejor irrigación, menor densidad ósea y mayor capacidad de producción de tejido de granulación. El estudio de Nápoles y Bastidas 2009, nos dice que la zona dentaria con mayor incidencia fue la mandíbula, en la zona de molares con 37 casos, seguida de la de premolares con 20 casos, en la arcada superior solo se presentaron 17 casos. Lo cual contrasta con nuestro estudio en el que se evidenció el 4,59% casos de alveolitis en molares superiores y el 3,44% en molares mandibulares.

En relación con el tipo de alveolitis, Nápoles y Bastidas, 2009 con su estudio titulado, "Incidencia de la alveolitis", se encontró un predominio de la alveolitis seca con un 85,5% y de ella el 55,2% ocurrió en el sexo femenino. García y colaboradores, 2014. En "Incidencia de la alveolitis dental en pacientes con afecciones reumáticas", la alveolitis seca se presentó en el 63.63% de los pacientes, seguida de la alveolitis húmeda con el 36,37%.

En el estudio de Álvarez, 1999 "Eficacia de la acupuntura en el tratamiento de las alveolitis" de los 30 pacientes atendidos, 20 acudieron con dolor intenso. Martín y colaboradores, 2010 en

“Eficacia de la magnetoterapia en el tratamiento de las alveolitis” describe que, en la primera visita fue significativo la cantidad de pacientes con dolor intenso representando el 83,3%. En nuestro estudio de 87 alveolos, 10 presentaron dolor coincidiendo con los 10 pacientes que presentaron alveolitis. El 40% presento dolor moderado y el 40% presento dolor severo lo que corrobora lo expresado por algunos autores sobre la intensidad del dolor.

8. CONCLUSIONES

La frecuencia de alveolitis observada en este estudio de 87 alvéolos examinados fue de 10 representando el 11,4% de casos, los tipos de alveolitis fueron más de tipo seca con 6 casos y húmeda con 4 casos, la presencia de alveolitis fue igual para ambos sexos, el grupo de edad afectado fue de 26 a 33 años, y donde existió mayor número de casos de alveolitis fueron los molares maxilares.

Si existe una relación de la frecuencia de alveolitis con respecto al protocolo quirúrgico de exodoncia, donde de 87 alveolos examinados en este estudio que representa el 100% se evidencio un 13,7% que no cumplieron con este protocolo conservándose el 11,4% casos de alveolitis.

9. RECOMENDACIONES

Concienciar a los estudiantes, odontólogos y personal auxiliar de odontología, para llevar acabo la asepsia y antisepsia del campo operatorio, así como del paciente, antes, durante y después de realizar un procedimiento odontológico, para evitar cualquier tipo de patología.

Hacer conciencia de la aplicación de barreras de protección de los estudiantes y profesionales de la salud humana, para evitar contaminaciones cruzadas, especialmente en el lavado de manos antes y después de estar con el paciente.

Realizar esfuerzos adicionales de investigación encaminados a esclarecer los protocolos clínicos ideales, en esta situación clínica que aun merece ser énfasis de estudio.

Establecer protocolos para los procedimientos clínicos en la Clínica integral de Adultos del Área de la Salud Humana de Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja.

10. BIBLIOGRAFÍA

García González, V. (2014). Incidencia de la alveolitis dental en pacientes con afecciones reumáticas. *Revista Cubana de Reumatología*. Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/320/485

López,D, Z. (2012). *COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LA EXODONCIA.* Obtenido de URGENCIAS POSTEXTRACCIÓN DENTARIA.: http://uvsfajardo.sld.cu/unidad-iv-complicaciones-mas-frecuentes-en-la-exodoncia

Alven, J., & Arreaza,I. (2007). Manejo odontológico del paciente hipertenso. *Sielo*.

Angeles,G, k. (2013). *Alveolitis Humeda*. Obtenido de https://es.scribd.com/doc/145470574/Alveolitis-Humeda-Expo

Barahona, S. K. (2014). *"Tratamiento farmacológico en pacientes con alveolitis".* Obtenido de http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5610/1/BARAHONAkatty.pdf

Botetano, V, R. O. (s.f.). *Urgencias en Odontología.* Obtenido de http://ons.pe/libros/08%20Urgencias_en_Odontologia.pdf

Buenaventura, A. V. (2014). Alveolitis seca: una revisión de la literatura. *Revista Española de Cirugia oral y Maxilofacial*.

Calabria, J., Grau,d, Silvestre , J., & Hernández,M, A. (2003). *Manejo del paciente con insuficiencia suprarrenal en la.* Obtenido de http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv8_i3_p207.pdf

Carpio, C. (2013). *Estudio de la alveolitis como complicación en la Exodoncia.* Obtenido de file:///C:/Users/Acer/Desktop/proyecto%20de%20investigacion%20victor/alveolitis%20tesis%20guayaquil.pdf

Castro, C. d. (Noviembre de 2011). Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes con alveolitis pos extraccion, que asisten a la clinica dental del establecimiento educativo Casa Central, determinacion del tratamientomas recomendado para resolver dicha edentidad . Guatemala . Obtenido de http://www.repositorio.usac.edu.gt/

Cevallos, C. Á. (Junio de 2013). Estudio de la alveolitis como complicación en la Exodoncia. Guayaquil, Ecuador. Obtenido de http://repositorio.ug.edu.ec/

Cosme, G., & Berini, A,l. (2013). *Principios básicos de la exodoncia.* Ergon.

course_default. (2007). *Copyright*. Obtenido de http://ocwus.us.es/

Cuz, G. O., & Colovoradores, Y. (1997). Aplicación de la ozonoterapia en el tratamiento de la alveolitis. *Revista Cubana de Estomatología*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75071997000100004&script=sci_arttext&tlng=en

Del Valle,A., S. C. (2002). NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL CONSULTORIO ODONTOLOGICO. *Scielo*. Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652002000200020

Delgado, E., Berini, L , & Gay, E. (1998). *El paciente diabético en la práctica odontoestomatológica.Consideraciones y situaciones de emergenciaen la clínica dental.* Obtenido de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/67836/1/130605.pdf

DOLCI, E., GAY,E, C., & ARNABAT,D, J. (s.f.). -*LA PREVENCION DE LA ALVEOLITIS SECA.* Obtenido de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/97305/1/079225.pdf

Eyda,N , A. B. (2013). *Protocolo Quirúrgico odontológico de cirugía bucal aplicable a las mujeres embarazadas.* Obtenido de

http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3262/1/647%20Eyda%20Nieve%20Alc%C3%ADvar%20Bazurto.pdf

Fer, P. (s.f.). *Cómo alimentarse después de una extracción de dientes*. Obtenido de https://www.vix.com/es/imj/salud/4032/como-alimentarse-despues-de-una-extraccion-de-dientes

García, C., & Segundo, J. V. (2011). *ALVEOLITIS SECA DOLOROSA.* Obtenido de http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/JOSEVICTORSEGUNDOGARCIACHAVEZ.pdf

González, I. d., & Zaldívar, X. B. (2009). Incidencia de la alveolitis. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/

González, I. d., & Zaldívar, X. B. (2009). Incidencia de la alveolitis. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/

González,G, X. (2017). Incidencia de la alveolitis y principales factores asociados en pacientes mayores de 19 años. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200003

Jach Ravelo Marila, G. R. (2017). caracteristicas clinico-epidemiologicas de la osteitis alveolar. *LA HABANA.*

Lagares, D. T., & Figallo, A. S. (2007). Alveolitis seca. Actualización de conceptos. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/

Lago, M. (s.f.). *Exodoncia del tercer molarinferior: Factores anatómicos, Quirúrgicos y ansiedad dental en el postoperatorio.* Obtenido de https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/2360/9788497509503_content.pdf?sequence=1

Lima, A, M., & Martín,R, O. (1999). Eficacia de la acupuntura en el tratamiento de las alveolitis. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02551999000100011

Linero, I., & Daza, L. M. (2013). *Guia de atención en cirugia oral basica.* Obtenido de http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/guia_cirugia_oral_basica_abril_2013.pdf

LLena, P. C. (2006). *La saliva en el mantenimiento de la salud oral y como ayuda.* Obtenido de http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v11i5/medoralv11i5p449e.pdf

MANUAL Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD. (s.f.). Obtenido de UNIVERSIDAD DEL NOROESTE FACULTAD DE ODONTOLOGIA: http://odn.unne.edu.ar/manbio.pdf

Maria. (2014). *Alveolitis* . Obtenido de https://issuu.com/lupita63/docs/alveolitis.pptx

Martín,R, O., & Lima,A, M. (2001). Alveolitis, Revición de la Litertura y Actualización. *Rev Cubana Estomatol*.

Medina,S, C. E., & Pontigo,L, A. P. (2013). *Principales razones de extracción de dientes permanentes en una muestra de adultos mexicanos.* Obtenido de http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn132d.pdf

Melzack, R., & Katz,J. (2012). *El papel de la compensación en el dolor crónico: análisis utilizando un nuevo método*. Obtenido de ESCALAS DE VALORACION DEL DOLOR: www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf

Millones-Gómez, P., & Huamaní-Munoz, W. (2014). Efectividad de la antibioticoterapia en la reducción de la frecuencia de alveolitis seca postexodoncia. *Cirugía Oral y Maxilofacial*. Obtenido de http://ac.els-cdn.com/

Millones-Gómez, P., & Huamaní-Munoz, W. (2014). Efectividad de la antibioticoterapia en la reducción de la frecuencia de alveolitis secapostexodoncia simple. *Cirugía Oral y Maxilifacial*. Obtenido de http://ac.els-cdn.com/

Moyano, C. (2015). *Prevenir y tratar la alveolitis*. Obtenido de https://www.propdental.es/blog/odontologia/prevenir-y-tratar-la-alveolitis/

Nápoles,G, I., & Batista,Z, X. B. (2009). Incidencia de la alveolitis. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000200004&lng=es

Odalys Martín Reyes, M. L. (2001). Alveolitis de la revisión de literatura y actualización . *Cubana Estomatol* .

Otero,M, J., & Otero,I, J. I. (2001). *MANUAL DE BIOSEGURIDAD EN ODONTOLOGIA.* Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de http://www.odontomarketing.com/BIOSEGURIDAD.pdf

PUBLICA, M. D. (2011). *GUÍA CLINICA URGENCIAS ODONTOLOGICAS AMBULATORIAS.* CHILE- SANTIAGO. Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222b6448161ecb1e04001011f013f94.pdf

Pública, M. d. (2014). *Protocolos Odontologicos.* Obtenido de http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Protocolos-Odontol%C3%B3gicos.pdf

Ramirez, S. (2008). *Complicaciones de la extracción dentaria en pacientes atendidos en el Consultorio odontológico INCE.* Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/tesis_moyra.pdf

Rey, Y. B., & Ávila, M. E. (2013). Factores asociados a la alveolitis en mayores de 18 años. *Scielo, 17*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/

Reyes, M., Lima,A, M., & Zulueta.I, M. M. (2003). Alveolitis. Revisión de la literatura y actualización. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552003000200009

Reyes,V, J. O., & Jiménez,C, N. (2009). *Accidentesy complicaciones en cirugiabucal.* Obtenido de file:///C:/Users/Acer/Downloads/Mo093-02.pdf

Santiago, B. R., & Colaboradores, y. (2009). Evaluación de pacientes afectados de Alveolitis: uso del Metronidazol tópico en dosis única. *GACETA MÉDICA ESPIRITUANA*. Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.%281%29_03/p3.html

Silverstein, L. (2003). *Principios de la sutura em Odontología.* Santos .

Siret, M. d. (2008). Complicaciones de la extraccion dentaria en pacientes atendidos en el Concultorio odontologico INCE. San felipe Yaricuy. Curacuy , Venezuela.

Torres,L, D., Serrera, F, A., Romero,R, M. M., Infante,C, P., García,C, M., & Gutiérrez,P, J. L. (2005). Alveolitis seca. Actualización de conceptos. *Scielo*, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472005000100011.

Valdeavellano, P. R. (2005). *Manuel de Exodoncia.* Obtenido de https://odonto42012.files.wordpress.com/2011/01/manual_de_exodoncia2.pdf

VEGA, B. J. (2010). *Instrumental en Odontología.* Obtenido de http://eprints.ucm.es/11826/1/INSTRUMENTACION.pdf

Vieira , D. (19 de Noviembre de 2015). *Que es la alveolitis*. Obtenido de PROPDENTAL: https://www.propdental.es/blog/odontologia/que-es-la-alveolitis/

11. ANEXOS

11.1. AUTORIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA TESIS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA U.N.L.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA

1859

Of. No. 0346-DC0-FSH-UNL
Loja, 01 de diciembre de 2017

Señor
Víctor Manuel Castillo Alberca
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE LABORATORIO CLINICO FSH UNL
Presente.-

De mi especial consideración:

En atención a su comunicación de 13 de noviembre de 2017, en el que solicita la autorización para ocupar las instalaciones de la Clínica Odontológica a fin de poder recopilar la información basada en el tema de tesis denominado "**FRECUENCIA DE ALVEOLITIS SEGÚN EL PROTOCOLO QUIRURGICO DE EXODONCIAS EN PACIENTES DE LA CLÍNICA INTEGRAL DE ADULTOS DE LA UNL, OCTUBRE 2017 - MARZO 2018**"; me permito informar que acojo su pedido de ingreso a la Clínica Odontológica a fin de ejecutar su trabajo de investigación.

Particular que comunico para los fines correspondientes.

Atentamente,

Dra. Ana María Granda Loaiza
DIRECTORA CARRERA DE ODONTOLOGIA-FSH-UNL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Copia: .... Archivo

AMGL/yadycordova

11.2. REGISTRO DE DATOS OBTENIDOS POR LA FICHA DE OBSERVACION.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

ODONTOLOGÍA

FICHA OBSERVACIONAL

NOMBRE _____

EDAD ( ) SEXO ( ) TELEFONO _____

Nº DE PIEZA DENTARIA ( )

ESTERILIZACIÓN SI ( ) NO ( )

CAMPO OPERATORIO SI ( ) NO ( )

BARRERAS DE PROTECCIÓN:

PROFESIONAL:	**GUANTES**	**SI ( )**	**NO ( )**
	MASCARILLA	**SI ( )**	**NO ( )**
	LAVADO DE MANOS	**SI ( )**	**NO ( )**
	BATA DESECHABLE	**SI ( )**	**NO ( )**
PACIENTE:	**ASEPSIA EXTRA ORAL**	**SI ( )**	**NO ( )**
	ASEPSIA INTRA ORAL	**SI ( )**	**NO ( )**
	CAMPOS OPERATORIOS	**SI ( )**	**NO ( )**

TÉCNICA DE EXTRACCIÓN:

ANESTESIA SI ( ) NO ( )

SINDESMOTOMIA SI ( ) NO ( )

LUXACIÓN **SI ( ) NO ( )**

APRENSIÓN **SI ( ) NO ( )**

EXTRACCIÓN **SI ( ) NO ( )**

CURETAJE **SI ( ) NO ( )**

LAVADO **SI ( ) NO ( )**

COLOCACIÓN DE APÓSITO SI ( ) NO ( )

ALVEOLITIS

DOLOR **SI ( ) NO ( )**

ESCALA **0 = NADA ( )**

4 = POCO ( )

6 = BASTANTE ( )

10 = MUCHO ( )

TIPO DE ALVEOLITIS

SECA SI ( ) NO ( )

HUMEDA SI ( ) NO ( )

CRÓNICA SI ( ) NO ( )

HALITOSIS SI ( ) NO ( )

ESTABILIDAD DEL COAGULO SI ( ) NO ( )

11.3. CUADROS DE RESULTADO DE PRUEBA DE CHI CUADRADO

Frecuencia de alveolitis según el instrumental esterilizado.

Tabla de contingencia

			Existe alveolitis		
			si	no	Total
Frecuencia de alveolitis según el Esterilizado	Con esterilizado con alveolitis	Recuento	10	0	10
		Frecuencia esperada	1,1	8,9	10,0
	Con esterilizado sin alveolitis	Recuento	0	77	77
		Frecuencia esperada	8,9	68,1	77,0
Total		Recuento	10	77	87
		Frecuencia esperada	10,0	77,0	87,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	87,000[a]	1	,000		
Corrección por continuidad[b]	77,448	1	,000		
Razón de verosimilitudes	62,070	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	86,000	1	,000		
N de casos válidos	87				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,15.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Frecuencia de alveolitis según el campo operatorio o mesa de trabajo.

Tabla de contingencia

			Existe alveolitis		
			si	no	Total
Frecuencia de alveolitis según el Campo de trabajo	Con campo con alveolitis	Recuento	5	0	5
		Frecuencia esperada	,6	4,4	5,0
	Con campo sin alveolitis	Recuento	5	18	23
		Frecuencia esperada	2,6	20,4	23,0
	Sin campo con alveolitis	Recuento	0	5	5
		Frecuencia esperada	,6	4,4	5,0
	Sin campo sin alveolitis	Recuento	0	54	54
		Frecuencia esperada	6,2	47,8	54,0
Total		Recuento	10	77	87
		Frecuencia esperada	10,0	77,0	87,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	48,535[a]	3	,000
Razón de verosimilitudes	37,985	3	,000
Asociación lineal por lineal	32,052	1	,000
N de casos válidos	87		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,57.

Frecuencia de alveolitis según barreras de protección del profesional.

Guantes del profesional

Tabla de contingencia

			Existe alveolitis		
			si	no	Total
Frecuencoa de alveolitis segun guantes del profecional	Con guantes con alveolitis	Recuento	10	0	10
		Frecuencia esperada	1,1	8,9	10,0
	Con guantes sin alveolitis	Recuento	0	77	77
		Frecuencia esperada	8,9	68,1	77,0
Total		Recuento	10	77	87
		Frecuencia esperada	10,0	77,0	87,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	87,000[a]	1	,000		
Corrección por continuidad[b]	77,448	1	,000		
Razón de verosimilitudes	62,070	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	86,000	1	,000		
N de casos válidos	87				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,15.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Mascarilla del profesional

Tabla de contingencia

			Existe alveolitis		
			si	no	Total
Frecuencoa de alveolitis segun mascarilla del profecional	Con mascarilla con alveolitis	Recuento	10	0	10
		Frecuencia esperada	1,1	8,9	10,0
	con mascarilla sin alveolitis	Recuento	0	77	77
		Frecuencia esperada	8,9	68,1	77,0
Total		Recuento	10	77	87
		Frecuencia esperada	10,0	77,0	87,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	87,000[a]	1	,000		
Corrección por continuidad[b]	77,448	1	,000		
Razón de verosimilitudes	62,070	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	86,000	1	,000		
N de casos válidos	87				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,15.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Lavado de manos

Tabla de contingencia

			Existe alveolitis		
			si	no	Total
Frecuencia de alveolitis según lavado de manos de profesional	Con lavado de manos con alveolitis	Recuento	6	0	6
		Frecuencia esperada	,7	5,3	6,0
	sin lavado de manos con alveolitis	Recuento	4	0	4
		Frecuencia esperada	,5	3,5	4,0
	con lavado de manos sin alveolitis	Recuento	0	42	42
		Frecuencia esperada	4,8	37,2	42,0
	sin lavado de manos sin alveolitis	Recuento	0	35	35
		Frecuencia esperada	4,0	31,0	35,0
Total		Recuento	10	77	87
		Frecuencia esperada	10,0	77,0	87,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	87,000[a]	3	,000
Razón de verosimilitudes	62,070	3	,000
Asociación lineal por lineal	54,595	1	,000
N de casos válidos	87		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,46.

Bata desechable o mandil de trabajo.

Tabla de contingencia

			Existe alveolitis		
			si	no	Total
Frecuencia de alveolitis según bata desechable del profesional	sin bata con alveolitis	Recuento	10	0	10
		Frecuencia esperada	1,1	8,9	10,0
	sin bata sin alveolitis	Recuento	0	77	77
		Frecuencia esperada	8,9	68,1	77,0
Total		Recuento	10	77	87
		Frecuencia esperada	10,0	77,0	87,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	87,000[a]	1	,000		
Corrección por continuidad[b]	77,448	1	,000		
Razón de verosimilitudes	62,070	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	86,000	1	,000		
N de casos válidos	87				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,15.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Frecuencia de alveolitis según barreras de protección del paciente.

Asepsia extraoral.

Tabla de contingencia

			Existe alveolitis		
			si	no	Total
Alveolitis segun la asepsia extraoral	con asep. extra. con alveolitis	Recuento	1	0	1
		Frecuencia esperada	,1	,9	1,0
	con asep. extra. sin alveolitis	Recuento	9	0	9
		Frecuencia esperada	1,0	8,0	9,0
	sin asep. extra. con alveolitis	Recuento	0	5	5
		Frecuencia esperada	,6	4,4	5,0
	sin asep. extra. sin alveolitis	Recuento	0	72	72
		Frecuencia esperada	8,3	63,7	72,0
Total		Recuento	10	77	87
		Frecuencia esperada	10,0	77,0	87,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	87,000[a]	3	,000
Razón de verosimilitudes	62,070	3	,000
Asociación lineal por lineal	74,646	1	,000
N de casos válidos	87		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

Asepsia intraoral

Tabla de contingencia

			Existe alveolitis		
			si	no	Total
Alveolitis según la asepsia intraoral	sin asep.intra. con alveolitis	Recuento	10	0	10
		Frecuencia esperada	1,1	8,9	10,0
	con asep.intra. sin alveolitis	Recuento	0	14	14
		Frecuencia esperada	1,6	12,4	14,0
	sin asep.intra. sin alveolitis	Recuento	0	63	63
		Frecuencia esperada	7,2	55,8	63,0
Total		Recuento	10	77	87
		Frecuencia esperada	10,0	77,0	87,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	87,000[a]	2	,000
Razón de verosimilitudes	62,070	2	,000
Asociación lineal por lineal	61,804	1	,000
N de casos válidos	87		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,15.

Campos operatorios o baberos.

Tabla de contingencia

			Existe alveolitis		
			si	no	Total
Alveolitis segun campo de ojo y baberos	con campo de ojo. con alveolitis	Recuento	5	0	5
		Frecuencia esperada	,6	4,4	5,0
	sin campo de ojo. con alveolitis	Recuento	5	0	5
		Frecuencia esperada	,6	4,4	5,0
	con campo de ojo. sin alveolitis	Recuento	0	40	40
		Frecuencia esperada	4,6	35,4	40,0
	sin campo de ojo. sin alveolitis	Recuento	0	37	37
		Frecuencia esperada	4,3	32,7	37,0
Total		Recuento	10	77	87
		Frecuencia esperada	10,0	77,0	87,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	87,000[a]	3	,000
Razón de verosimilitudes	62,070	3	,000
Asociación lineal por lineal	52,901	1	,000
N de casos válidos	87		

a. 6 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,57.

Frecuencia de alveolitis según los tiempos operatorios de la exodoncia

Anestesia

Tabla de contingencia

			Existe alveolitis		
			si	no	Total
frecuencia de alveolitis segun anestesia	con anestesia; con alveolitis	Recuento	10	0	10
		Frecuencia esperada	1,1	8,9	10,0
	con anestesia; sin alveolitis	Recuento	0	77	77
		Frecuencia esperada	8,9	68,1	77,0
Total		Recuento	10	77	87
		Frecuencia esperada	10,0	77,0	87,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	87,000[a]	1	,000		
Corrección por continuidad[b]	77,448	1	,000		
Razón de verosimilitudes	62,070	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	86,000	1	,000		
N de casos válidos	87				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,15.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Sindesmotomía

Tabla de contingencia

			Existe alveolitis		
			si	no	Total
frecuencia de alveolitis según sindesmotomía	con sindesmotomía; con alveolitis	Recuento	10	0	10
		Frecuencia esperada	1,1	8,9	10,0
	con sindesmotomía; sin alveolitis	Recuento	0	77	77
		Frecuencia esperada	8,9	68,1	77,0
Total		Recuento	10	77	87
		Frecuencia esperada	10,0	77,0	87,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	87,000[a]	1	,000		
Corrección por continuidad[b]	77,448	1	,000		
Razón de verosimilitudes	62,070	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	86,000	1	,000		
N de casos válidos	87				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,15.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Luxación

Tabla de contingencia

			Existe alveolitis		
			si	no	Total
frecuencia de alveolitis según luxación	con luxación; con alveolitis	Recuento	10	0	10
		Frecuencia esperada	1,1	8,9	10,0
	con luxación; sin alveolitis	Recuento	0	77	77
		Frecuencia esperada	8,9	68,1	77,0
Total		Recuento	10	77	87
		Frecuencia esperada	10,0	77,0	87,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	87,000[a]	1	,000		
Corrección por continuidad[b]	77,448	1	,000		
Razón de verosimilitudes	62,070	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	86,000	1	,000		
N de casos válidos	87				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,15.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Aprensión

Tabla de contingencia

			Existe alveolitis		
			si	no	Total
frecuencia de alveolitis segun aprensión	con aprención; con alveolitis	Recuento	8	0	8
		Frecuencia esperada	,9	7,1	8,0
	sin aprención; con alveolitis	Recuento	2	0	2
		Frecuencia esperada	,2	1,8	2,0
	con aprención; sin alveolitis	Recuento	0	77	77
		Frecuencia esperada	8,9	68,1	77,0
Total		Recuento	10	77	87
		Frecuencia esperada	10,0	77,0	87,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	87,000[a]	2	,000
Razón de verosimilitudes	62,070	2	,000
Asociación lineal por lineal	81,455	1	,000
N de casos válidos	87		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

Extracción propiamente dicha.

Tabla de contingencia

			Existe alveolitis		
			si	no	Total
frecuencia de alveolitis segun extraccion	con extracción; con alveolitis	Recuento	9	0	9
		Frecuencia esperada	1,0	8,0	9,0
	sin extracción; con alveolitis	Recuento	1	0	1
		Frecuencia esperada	,1	,9	1,0
	con extracción; sin alveolitis	Recuento	0	77	77
		Frecuencia esperada	8,9	68,1	77,0
Total		Recuento	10	77	87
		Frecuencia esperada	10,0	77,0	87,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	87,000[a]	2	,000
Razón de verosimilitudes	62,070	2	,000
Asociación lineal por lineal	83,644	1	,000
N de casos válidos	87		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

Curetaje

Tabla de contingencia

			Existe alveolitis		
			si	no	Total
frecuencia de alveolitis segun curetaje	con Curetaje; con alveolitis	Recuento	10	0	10
		Frecuencia esperada	1,1	8,9	10,0
	con Curetaje; sin alveolitis	Recuento	0	74	74
		Frecuencia esperada	8,5	65,5	74,0
	sin Curetaje; sin alveolitis	Recuento	0	3	3
		Frecuencia esperada	,3	2,7	3,0
Total		Recuento	10	77	87
		Frecuencia esperada	10,0	77,0	87,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	87,000[a]	2	,000
Razón de verosimilitudes	62,070	2	,000
Asociación lineal por lineal	79,751	1	,000
N de casos válidos	87		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,34.

Lavado

Tabla de contingencia

			Existe alveolitis		
			si	no	Total
frecuencia de alveolitis segun curetaje	con Curetaje; con alveolitis	Recuento	10	0	10
		Frecuencia esperada	1,1	8,9	10,0
	con Curetaje; sin alveolitis	Recuento	0	74	74
		Frecuencia esperada	8,5	65,5	74,0
	sin Curetaje; sin alveolitis	Recuento	0	3	3
		Frecuencia esperada	,3	2,7	3,0
Total		Recuento	10	77	87
		Frecuencia esperada	10,0	77,0	87,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	87,000[a]	2	,000
Razón de verosimilitudes	62,070	2	,000
Asociación lineal por lineal	79,751	1	,000
N de casos válidos	87		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,34.

Colocación de apósito

Tabla de contingencia

			Existe alveolitis		Total
			si	no	
frecuencia de alveolitis segun colocacion de aposito	sin apósito; con alveolitis	Recuento	10	0	10
		Frecuencia esperada	1,1	8,9	10,0
	con apósito; sin alveolitis	Recuento	0	6	6
		Frecuencia esperada	,7	5,3	6,0
	sin apósito; sin alveolitis	Recuento	0	71	71
		Frecuencia esperada	8,2	62,8	71,0
Total		Recuento	10	77	87
		Frecuencia esperada	10,0	77,0	87,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	87,000[a]	2	,000
Razón de verosimilitudes	62,070	2	,000
Asociación lineal por lineal	73,554	1	,000
N de casos válidos	87		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,69.

11.4. CERTIFICADO DE LA TRADUCCIÓN DE ESPAÑOL A INGLES DEL RESUMEN.

BRENTWOOD LANGUAGE CENTER
Making a difference

Lic. Mónica Guarnizo Torres
SECRETARIA DE "BRENTWOOD LANGUAGE CENTER"

C E R T I F I C A:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado ***"FRECUENCIA DE ALVEOLITIS SEGÚN EL PROTOCOLO QUIRÚRGICO DE EXODONCIAS EN PACIENTES DE LA CLINICA INTEGRAL DE ADULTOS DE LA UNL, OCTUBRE 2017-MARZO 2018"***, *del estudiante VÍCTOR MANUEL CASTILLO ALBERCA*, egresado de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 26 de abril de 2018

Lic. Mónica Guarnizo Torres
SECRETARIA DE B.L.C.

Dirección: Macará 12-27 entre Lourdes y Mercadillo. (frente a las oficinas de Fedelibal)
LOJA - ECUADOR

11.5. FOTOGRAFIAS

FOTOS DE PROTOCOLO Y ACTO QUIRÚRGICO A PACIENTES INDICADOS PARA EXODONCIAS.

FIGURA 1: Observación y registro de datos previo a la exodoncia.

FIGURA 2: Datos del paciente para registro.

FIGURA 3: Colocación de barreras de protección del operador. Bata de trabajo.

FIGURA 4: Colocación de barreras de protección del operador. Gorro.

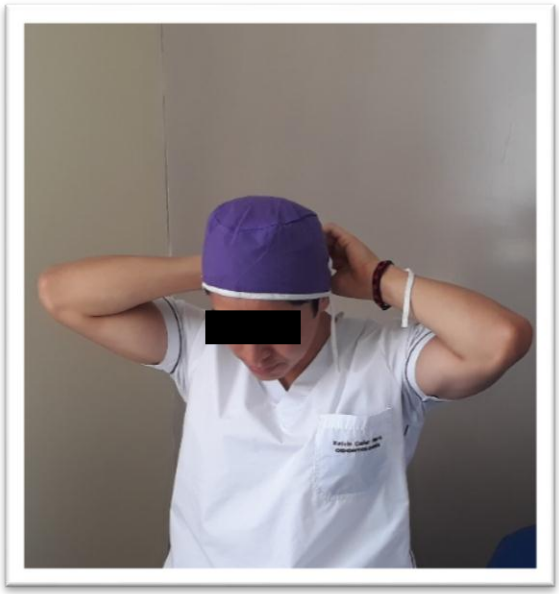

FIGURA 5: Colocación de barreras de protección del operador. Mascarilla.

FIGURA 6: Colocación de barreras de protección del operador. Guantes.

FIGURA 7: Colocación de barreras de protección para el paciente. Campo de ojo y Baberos.

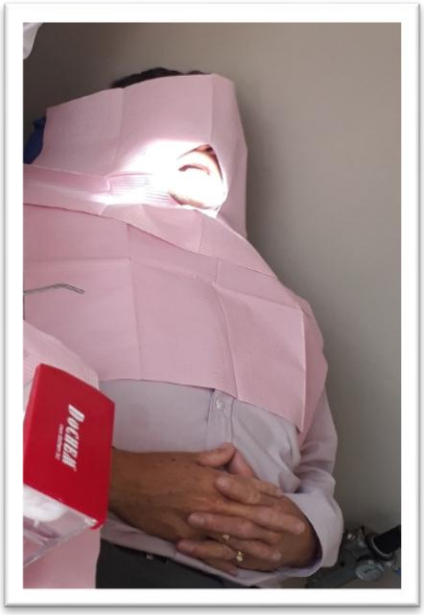

FIGURA 8: Tiempos operatorios de la extracción dental. Anestesia

FIGURA 9: Tiempos operatorios de la extracción dental. Sindesmotomía

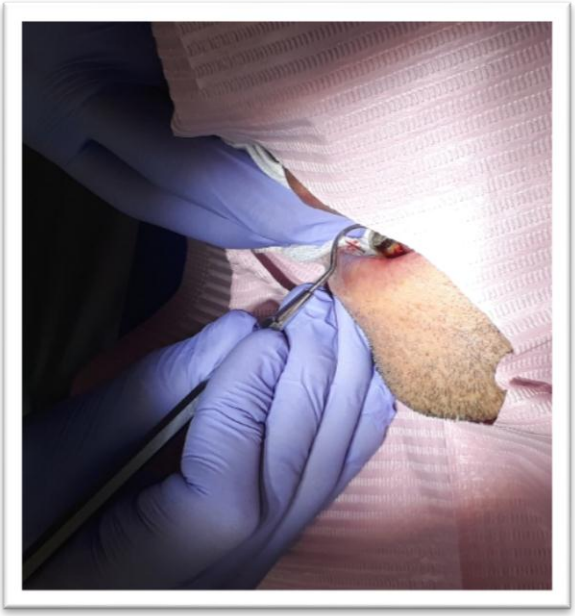

FIGURA 10: Tiempos operatorios de la extracción dental. Luxación.

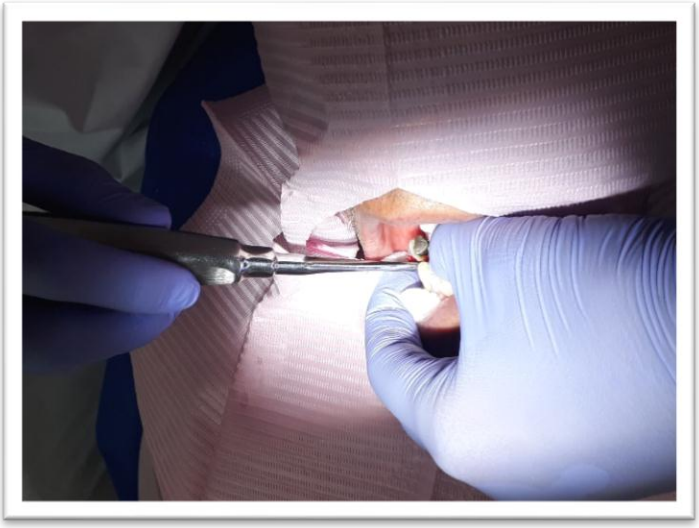

FIGURA 11: Tiempos operatorios de la extracción dental. Aprensión

FIGURA 12: Tiempos operatorios de la extracción dental. Extracción propiamente dicha.

FIGURA 13: Tiempos operatorios de la extracción dental.

Curetaje

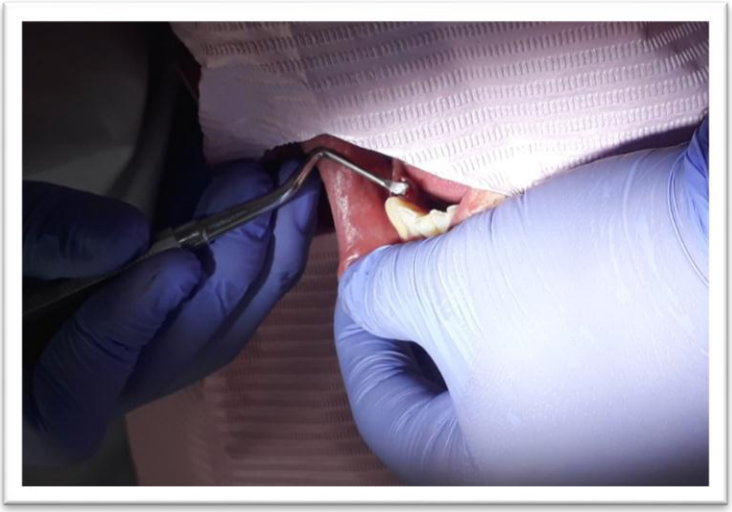

FIGURA 14: Tiempos operatorios de la extracción dental.

Lavado del alvéolo

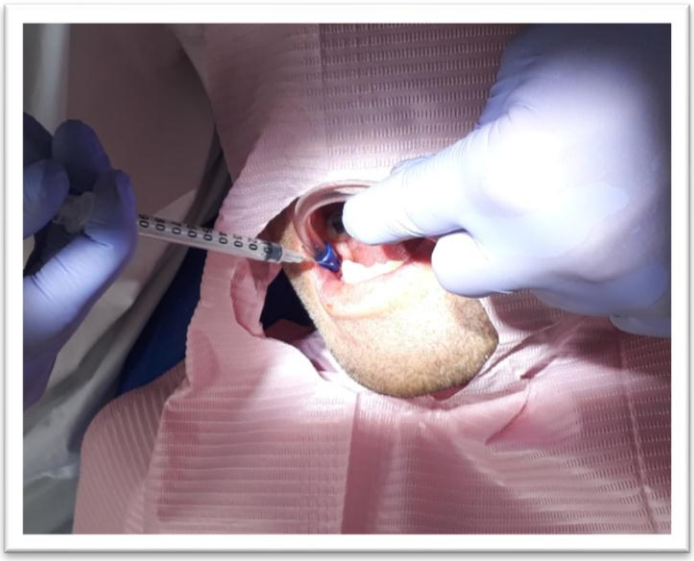

FIGURA 15: Tiempos operatorios de la extracción dental.

Colocación de apósito.

FOTOS DE LA PRESENCIA DE ALVEOLITIS Y SU TRATAMIENTO.

FIGURA 16: Identificación y diagnóstico de una alveolitis.

FIGURA 17: Anestesia local.

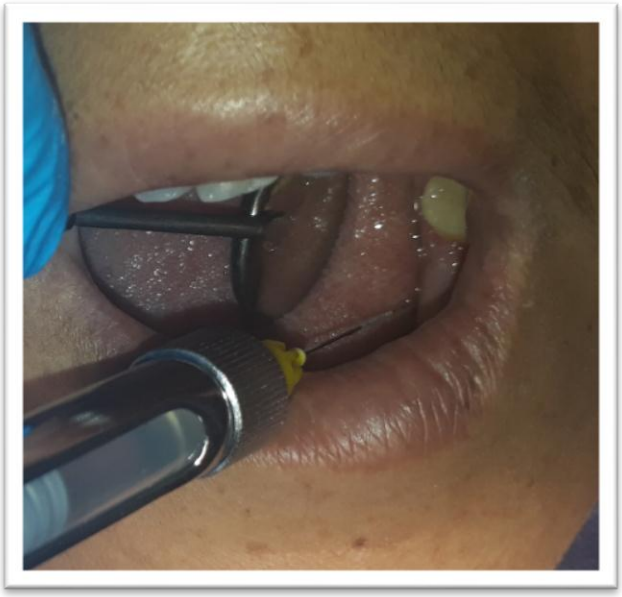

FIGURA 18: Curetaje alveolar.

FIGURA 19: Retiro del tejido necrótico.

FIGURA 20: Irrigación del alveolo.

FIGURA 21: Uso de pastas con filamentos de algodón.

FIGURA 22: Colocación de apósito en alvéolo.

11.6. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TEMA

FRECUENCIA DE ALVEOLITIS SEGÚN EL PROTOCOLO QUIRÚRGICO DE EXODONCIAS EN PACIENTES DE LA CLÍNICA INTEGRAL DE ADULTOS DE LA UNL, OCTUBRE 2017 - MARZO 2018.

PROBLEMATIZACIÓN

La alveolitis es la complicación postoperatoria más frecuente después de una extracción dental. La alveolitis constituye una urgencia estomatológica en la cual existe una alteración en el mecanismo de cicatrización alveolar, donde el alveolo está deshabitado o contiene restos de coágulo necrótico y se asocian con mayor frecuencia al trauma quirúrgico, a las extracciones complejas, exceso de anestesia local, a la infección, factores bacterianos entre otras que influyen en su incidencia. (course_default, 2007)

La causa de la alveolitis es multifactorial. Se plantea que algunos factores aumentan su frecuencia como el aporte vascular disminuido del hueso, pacientes con hueso esclerótico, traumas excesivos de los bordes del alvéolo, de la encía y aplastamiento óseo, elevación de la temperatura del hueso debido al uso sin medida de las fresas, extracción de dientes con procesos periodontales o periapicales agudos, mala higiene bucal, permanencia de cuerpos extraños en el alvéolo, restos radiculares, quistes, granulomas, localización de la extracción y la saliva. (González & Zaldívar, Incidencia de la alveolitis, 2009)

En los últimos 5 años, en el Caribe esta enfermedad se ha presentado en un 9,1%, Asia 7,6%, América Latina en un 10,5%, Europa 5,4%, y en América del Norte 7,3%. La frecuencia de la aparición de la alveolitis se ha referido en un margen muy amplio, varía entre el 1% hasta el 70 % de todos los casos y generalmente se acepta que la mayor incidencia acontece tras la extracción de terceros molares retenidos en la que la aparición de esta complicación se tasa de un 20 a un 30% de las extracciones, diez veces más que en el resto de extracciones dentales. La

cifra promedio de aparición de la alveolitis en el conjunto de todas las exodoncias es, según distintos autores, el 3 -4%. (Jach Ravelo Marila, 2017)

Otro punto importante a considerar es la inexperiencia del operador, que podría relacionarse con un mayor trauma producido durante la extracción, ha sido altamente documentado y en ello coinciden ampliamente varios autores, un mayor trauma produciría un retraso en la curación alveolar, y puede dar lugar a trombosis en los vasos subyacentes, y a una menor resistencia a la infección por parte del hueso alveolar. (Castro, 2011)

Existe la posibilidad que el uso excesivo de vasoconstrictores podría retardar la cicatrización al disminuir el sangrado y la tensión del oxígeno aumentando la fibrinólisis. El uso y número de cartuchos ejercería también un papel importante en el desarrollo de la alveolitis. Además, el condicionamiento anatómico vascular mandibular predispone a un mayor riesgo de infección. (Buenaventura, 2014)

El dolor constituye el síntoma más llamativo clínicamente, el dolor que sufre el paciente puede ser moderado, casi siempre es constante, perturbador, de carácter insoportable, con irradiaciones, persiste por varios días e impide, en la mayoría de los casos, la actividad normal del paciente, por lo que limita su desenvolvimiento laboral y social, en algunos casos, hasta por 20 días. lo cual requiere de una terapia urgente para su alivio. Además, si la alveolitis no se trata correctamente desde el principio, pueden aparecer complicaciones, como la osteomielitis maxilar. (Odalys Martín Reyes, 2001)

En la clínica integral de la UNL, se atienden diariamente a múltiples pacientes con diferentes estados de salud y condiciones socioeconómicas, a los cuales se les realiza diversos tratamientos, entre ellos extracciones dentales. La alveolitis es una consecuencia a veces impredecible de la exodoncia, que provoca dolor agudo en el sitio de la extracción en la que se ha perdido la coagulación sanguínea.

El objetivo de este estudio será encontrar la frecuencia de alveolitis según el protocolo quirúrgico de exodoncias en técnica serrada, se aplica fichas de observación en los pacientes que estén indicados para exodoncias y acudan a la Clínica Integral de Adultos de la Universidad Nacional De Loja (UNL), con los resultados obtenidos podremos conocer el número de casos de alveolitis, con lo que se propondrá un protocolo y las medidas necesarias para disminuir la frecuencia de esta patología.

Con lo expuesto surge la inquietud de investigar. ¿Cuál es la frecuencia de alveolitis según el protocolo quirúrgico de exodoncias en pacientes de la Clínica Integral de Adultos de la Universidad Nacional De Loja (UNL), periodo Octubre 2017- Marzo 2018?

JUSTIFICACIÓN

Hasta la actualidad los pacientes refieren, dolor entre el segundo y quinto día después de la exodoncia, esto motiva seguir investigando dicha urgencia odontológica. El presente estudio será beneficioso a un sin número actores sociales, especificamos las más importantes:

El estudio servirá de gran aporte ya que describirá en forma detallada las causas que propician una alveolitis después de una extracción, teniendo en cuenta que la enfermedad es multifactorial, y aún no cuenta con una etiología definida, por lo que la principal arma para evitar que aparezca es la prevención. (Lagares & Figallo, 2007)

En lo que respecta a la formación profesional, se aspira contribuir, con quienes cursan la carrera de odontología, generando una más amplia conciencia sobre el rol fundamental que cumple el odontólogo en su práctica profesional, garantizando tratamientos de calidad, efectivos y libres de infecciones. El odontólogo como el paciente serán beneficiados ya que la labor de esta investigación es dar un cambio en el manejo de las distintas maniobras que se hacen durante la extracción dentaria y en el cuidado del paciente luego de ella.

De lo anteriormente señalado, se deriva la importancia de la investigación en el ámbito social, para el cumplimiento del art. 362 de la Constitución del Ecuador “Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes” (Constitución del Ecuador, 2008). Con el conocimiento de dicho estudio, el personal que acude a los centros de salud odontológica, tiene el derecho de exigir el uso de todas las medidas de asepsia y antisepsia

pertinentes para la realización de su tratamiento odontológico, y concienciar al paciente de los cuidados post-operatorios que debe cumplir para garantizar un trabajo eficaz y disminuir cualquier tipo de riesgo.

De igual forma, constituye un aporte teórico y metodológico significativo para futuras investigaciones, así como estímulo para estudiantes y profesionales en las áreas de Odontología y demás ciencias de la salud, al abordar un tema de tanto interés como lo es la relación de incidencia de alveolitis según el protocolo quirúrgico de exodoncias en pacientes de la clínica integral de adultos de la UNL.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de alveolitis según el protocolo quirúrgico de exodoncias de pacientes en la Clínica Integral de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja.

OBJETIVO ESPECIFICO

Identificar la frecuencia de alveolitis en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja.

Relacionar la frecuencia de alveolitis según, el protocolo de exodoncias de la Clínica Integral de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja.

MARCO TEÓRICO

ESTRUCTURA DEL LEVANTAMIENTO DE LITERATURA

CAPITULO I

1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS.

CAPITULO II

1. EXODONCIA

1.1.DEFINICIÓN

1.2.TIPOS

1.3.PROTOCOLO

CAPITULO III

2. ALVEOLITIS

2.1. TIPOS DE ALVEOLITIS.

2.1.1. ALVEOLITIS SECA.

2.1.2. ALVEOLITIS HÚMEDA.

3. DIAGNÓSTICO DE LA ALVEOLITIS.

4. ETIOLOGÍA DE LA ALVEOLITIS.

4.1.FACTORES GENERALES.

4.2.FACTORES LOCALES.

4.3.SALIVA.

4.4.ANESTESIA LOCAL.

4.5.TRAUMA OPERATORIO.

4.6.FACTORES POST OPERATORIOS.

4.7.HÁBITOS

4.7.1. TABACO

4.7.2. ALIMENTACIÓN

4.7.3. HIGIENE

CAPITULO IV

5. TRATAMIENTO DE LA ALVEOLITIS.

6. EVOLUCIÓN DE LA ALVEOLITIS.

7. PREVENCIÓN DE LA ALVEOLITIS.

VARIABLES

INDEPENDIENTE:

Protocolo quirúrgico de exodoncia.

DEPENDIENTE:

Alveolitis.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Alveolitis	Infección más frecuente asociada a una extracción dental, en la cual existe una alteración en el mecanismo de cicatrización alveolar.	Ámbito biológico.	Escala categórica del dolor. Halitosis Estabilidad del coágulo. Clasificación de la alveolitis.	0 = Nada 4 = Poco 6 = Bastante 10 = mucho Si/No Si/No Alveolitis húmeda Si/No Alveolitis seca Si/No Alveolitis crónica Si/No
Protocolo quirúrgico de exodoncia (MSP)	Acto quirúrgico que se ocupa de la avulsión o extracción de un diente o porción de este (resto radicular), del lecho óseo donde se alberga, mediante la aplicación de	Quirúrgica	Preparación del campo operatorio. Sello de esterilización. Profesional.	Si/No. Si/No. BARRERAS DE PROTECCIÓN: Guantes estériles si/no Gorro si/no. Bata descartable si/no. Mascarilla si/no.

	técnicas e instrumental adecuado para este fin.		Paciente. Técnica de extracción propiamente dicha.	Lavado de manos si/no. Profilaxis antibiótica (de acuerdo a cada caso) Antisepsia extra oral con agente químico si/no. Desinfección de la cavidad bucal Colocación de campos. Anestesia si/no. Sindesmotomía Si/No Luxación Si/No. Aprensión Si/No. Extracción propiamente dicha Si/No. CUIDADOS DE LA CAVIDAD: Curetaje Si/No. Lavado Si/No. Colocación de apósito Si/No.

DISEÑO METODOLOGICO

- **ÁREA DE ESTUDIO:**

Esta investigación se realizará en la Clínica Odontológica de Adultos de la Universidad Nacional De Loja.

- **TIPO DE ESTUDIO**

Este estudio es de tipo relacional, corte transversal.

Relacional: No son estudios de causa y efecto; solo demuestra dependencia probabilística entre eventos.

Transversal: Estudia las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

- **UNIVERSO**

Pacientes que acuden a la clínica de adultos de la Universidad Nacional De Loja.

- **MUESTRA**

Pacientes indicados para extracción dental en la clínica de adultos de la Universidad Nacional de Loja.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Técnica cerrada

Pacientes indicados para extracción dental.

Pacientes entre los 15 hasta los 90 años

Paciente ASA I

Pacientes ASA II

Cicatrización por segunda intención

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes menores de 15 años

Pacientes con afecciones sistémicas.

Pacientes con un grado de discapacidad mental.

- **MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

MÉTODO:

Observacional: en este estudio observaremos a través de fichas si se cumplen o no los protocolos de extracción dental y si existen alveolitis después de dicha extracción.

INSTRUMENTOS:

Fichas de observación, ficha de control

- **PLAN DE TABULACION Y ANALISIS**

Excel

Word

Técnica estadística

METODOLOGÍA

Este estudio se realizará en la clínica integral de adultos de la UNL, la muestra escogida serán pacientes que estuvieron indicados para extracción dental, se observaran si se cumplen los protocolos quirúrgicos y de bioseguridad en el anexo adjunto, para la comprobación de estos protocolos comenzaremos verificando a través de fichas de observación

El análisis de la información se la realizará con el programa Excel.

CRONOGRAMA

TIEMPO / ACTIVIDAD	Noviembre 2017 – Marzo 2018	Noviembre 2017				Diciembre 2017				Enero 2017				Febrero 2017				Marzo 2018			
		1se	2se	3se	4se	1se	2se	3se	4se	1se	2se	3se	4se	1se	2se	3se	4se	1se	2se	3se	4se
Elaboración del proyecto de investigación	X																				
Ejecución del trabajo en campo		X	X	X	X	X	X	X													
Revisión de literatura									X	X	X										
Levantamiento de literatura												X	X	X							
Tabulación de datos															X	X					
Análisis de datos																	x				
Conclusiones y recomendaciones																		X			
Presentación del borrador de la investigación																			X		
Correcciones en el proyecto de investigación																				X	
Presentación del proyecto finalizado																					X

RECURSOS

- **TALENTO HUMANO**

Director del Área de la Salud Humana

Coordinadora de la Carrera de Odontología

Docente Tutor Dra. Tannya Valarezo Bravo

Investigador (autor) Víctor Manuel Castillo A.

- **RECURSOS FISICOS**

Infraestructura:

Clínica de adultos de la Universidad Nacional De Loja

Insumos: Cámara fotográfica, papel, esferos, copias.

- **RECURSOS FISICOS Y FINANCIAMIENTO**

RECURSOS FISICOS Y FINANCIAMIENTO					
DETALLE	**CANTIDAD**	**DESCRIPCIÓN**	**COSTO**	**TOTAL**	**FINANCIAMIENTO**
GUANTES	1	CAJA	8	8	
PALEL	1	RESMA	4	4	
COMPUTADORA	1	PORTATIL	400	400	
IMPRESORA	1		300	300	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

García González, V. (2014). Incidencia de la alveolitis dental en pacientes con afecciones reumáticas. *Revista Cubana de Reumatología*. Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/320/485

López,D, Z. (2012). *COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LA EXODONCIA.* Obtenido de URGENCIAS POSTEXTRACCIÓN DENTARIA.: http://uvsfajardo.sld.cu/unidad-iv-complicaciones-mas-frecuentes-en-la-exodoncia

Alven, J., & Arreaza,I. (2007). Manejo odontológico del paciente hipertenso. *Sielo*.

Angeles,G, k. (2013). *Alveolitis Humeda*. Obtenido de https://es.scribd.com/doc/145470574/Alveolitis-Humeda-Expo

Arrafat, T., & MIravete, E. (13 de Junio de 2013). *ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL SANITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA.* Obtenido de https://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/ServicioAragonesSalud/Documentos/docs2/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20profesional%20del%20SALUD/Calidad/I%20JornadaTrabajoEsterilizacionSalud/04-2-Taller_4.pdf

Barahona, S. K. (2014). *"Tratamiento farmacológico en pacientes con alveolitis".* Obtenido de http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5610/1/BARAHONAkatty.pdf

Botetano, V, R. O. (s.f.). *Urgencias en Odontología.* Obtenido de http://ons.pe/libros/08%20Urgencias_en_Odontologia.pdf

Buenaventura, A. V. (2014). Alveolitis seca: una revisión de la literatura. *Revista Española de Cirugia oral y Maxilofacial*.

Calabria, J., Grau,d, Silvestre , J., & Hernández,M, A. (2003). *Manejo del paciente con insuficiencia suprarrenal en la.* Obtenido de http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv8_i3_p207.pdf

Carpio, C. (2013). *Estudio de la alveolitis como complicación en la Exodoncia.* Obtenido de file:///C:/Users/Acer/Desktop/proyecto%20de%20investigacion%20victor/alveolitis%20tesis%20guayaquil.pdf

Castro, C. d. (Noviembre de 2011). Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes con alveolitis pos extraccion, que asisten a la clinica dental del establecimiento educativo Casa Central, determinacion del tratamientomas recomendado para resolver dicha edentidad . Guatemala . Obtenido de http://www.repositorio.usac.edu.gt/

Cevallos, C. Á. (Junio de 2013). Estudio de la alveolitis como complicación en la Exodoncia. Guayaquil, Ecuador. Obtenido de http://repositorio.ug.edu.ec/

Cosme, G., & Berini, A,l. (2013). *Principios básicos de la exodoncia.* Ergon.

course_default. (2007). *Copyright*. Obtenido de http://ocwus.us.es/

Cuz, G. O., & Colovoradores, Y. (1997). Aplicación de la ozonoterapia en el tratamiento de la alveolitis. *Revista Cubana de Estomatología*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75071997000100004&script=sci_arttext&tlng=en

Del Valle,A., S. C. (2002). NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL CONSULTORIO ODONTOLOGICO. *Scielo*. Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652002000200020

Delgado, E., Berini, L , & Gay, E. (1998). *El paciente diabético en la práctica odontoestomatológica.Consideraciones y situaciones de emergenciaen la clínica dental.* Obtenido de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/67836/1/130605.pdf

DOLCI, E., GAY,E, C., & ARNABAT,D, J. (s.f.). -*LA PREVENCION DE LA ALVEOLITIS SECA.* Obtenido de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/97305/1/079225.pdf

Eyda,N , A. B. (2013). *Protocolo Quirúrgico odontológico de cirugía bucal aplicable a las mujeres embarazadas.* Obtenido de http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3262/1/647%20Eyda%20Nieve%20Alc%C3%ADvar%20Bazurto.pdf

Fer, P. (s.f.). *Cómo alimentarse después de una extracción de dientes*. Obtenido de https://www.vix.com/es/imj/salud/4032/como-alimentarse-despues-de-una-extraccion-de-dientes

García, C., & Segundo, J. V. (2011). *ALVEOLITIS SECA DOLOROSA.* Obtenido de http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/JOSEVICTORSEGUNDOGARCIACHAVEZ.pdf

González, I. d., & Zaldívar, X. B. (2009). Incidencia de la alveolitis. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/

González, I. d., & Zaldívar, X. B. (2009). Incidencia de la alveolitis. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/

González,G, X. (2017). Incidencia de la alveolitis y principales factores asociados en pacientes mayores de 19 años. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200003

Jach Ravelo Marila, G. R. (2017). caracteristicas clinico-epidemiologicas de la osteitis alveolar. *LA HABANA*.

Lagares, D. T., & Figallo, A. S. (2007). Alveolitis seca. Actualización de conceptos. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/

Lago, M. (s.f.). *Exodoncia del tercer molarinferior: Factores anatómicos, Quirúrgicos y ansiedad dental en el postoperatorio.* Obtenido de https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/2360/9788497509503_content.pdf?sequence=1

Lima, A, M., & Martín,R, O. (1999). Eficacia de la acupuntura en el tratamiento de las alveolitis. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02551999000100011

Linero, I., & Daza, L. M. (2013). *Guia de atención en cirugia oral basica.* Obtenido de http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/guia_cirugia_oral_basica_abril_2013.pdf

LLena, P. C. (2006). *La saliva en el mantenimiento de la salud oral y como ayuda.* Obtenido de http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v11i5/medoralv11i5p449e.pdf

MANUAL Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD. (s.f.). Obtenido de UNIVERSIDAD DEL NOROESTE FACULTAD DE ODONTOLOGIA: http://odn.unne.edu.ar/manbio.pdf

Maria. (2014). *Alveolitis* . Obtenido de https://issuu.com/lupita63/docs/alveolitis.pptx

Martín,R, O., & Lima,A, M. (2001). Alveolitis, Revición de la Litertura y Actualización. *Rev Cubana Estomatol*.

Medina,S, C. E., & Pontigo,L, A. P. (2013). *Principales razones de extracción de dientes permanentes en una muestra de adultos mexicanos.* Obtenido de http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn132d.pdf

Melzack, R., & Katz,J. (2012). *El papel de la compensación en el dolor crónico: análisis utilizando un nuevo método*. Obtenido de ESCALAS DE VALORACION DEL

DOLOR: www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf

Millones-Gómez, P., & Huamaní-Munoz, W. (2014). Efectividad de la antibioticoterapia en la reducción de la frecuencia de alveolitis seca postexodoncia. *Cirugía Oral y Maxilofacial*. Obtenido de http://ac.els-cdn.com/

Millones-Gómez, P., & Huamaní-Munoz, W. (2014). Efectividad de la antibioticoterapia en la reducción de la frecuencia de alveolitis secapostexodoncia simple. *Cirugía Oral y Maxilifacial*. Obtenido de http://ac.els-cdn.com/

Moyano, C. (2015). *Prevenir y tratar la alveolitis*. Obtenido de https://www.propdental.es/blog/odontologia/prevenir-y-tratar-la-alveolitis/

Nápoles,G, I., & Batista,Z, X. B. (2009). Incidencia de la alveolitis. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000200004&lng=es

Odalys Martín Reyes, M. L. (2001). Alveolitis de la revisión de literatura y actualización . *Cubana Estomatol* .

Otero,M, J., & Otero,I, J. I. (2001). *MANUAL DE BIOSEGURIDAD EN ODONTOLOGIA.* Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de http://www.odontomarketing.com/BIOSEGURIDAD.pdf

Papone,Y, V. (200). *NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN LA PRÁCTICA ODONTOLOGICA.* Recuperado el 18 de MARZO de 2018, de http://files.sld.cu/protesis/files/2011/09/normas-de-bioseguridad-en-la-practica-odontologica.pdf

PUBLICA, M. D. (2011). *GUÍA CLINICA URGENCIAS ODONTOLOGICAS AMBULATORIAS.* CHILE- SANTIAGO. Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222b6448161ecb1e04001011f013f94.pdf

Pública, M. d. (2014). *Protocolos Odontologicos.* Obtenido de http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Protocolos-Odontol%C3%B3gicos.pdf

Ramirez, S. (2008). *Complicaciones de la extracción dentaria en pacientes atendidos en el Consultorio odontológico INCE.* Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/tesis_moyra.pdf

Rey, Y. B., & Ávila, M. E. (2013). Factores asociados a la alveolitis en mayores de 18 años. *Scielo, 17*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/

Reyes, M., Lima,A, M., & Zulueta.I, M. M. (2003). Alveolitis. Revisión de la literatura y actualización. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552003000200009

Reyes,V, J. O., & Jiménez,C, N. (2009). *Accidentesy complicaciones en cirugiabucal.* Obtenido de file:///C:/Users/Acer/Downloads/Mo093-02.pdf

Rodríguez, D. (2014). *Accidentes y Complicaciones en la Exodoncia*. Obtenido de https://es.slideshare.net/feita123/accidentes-y-complicaciones-en-la-exodoncia

Santiago, B. R., & Colaboradores, y. (2009). Evaluación de pacientes afectados de Alveolitis: uso del Metronidazol tópico en dosis única. *GACETA MÉDICA ESPIRITUANA*. Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.%281%29_03/p3.html

Silverstein, L. (2003). *Principios de la sutura em Odontología.* Santos .

Siret, M. d. (2008). Complicaciones de la extraccion dentaria en pacientes atendidos en el Concultorio odontologico INCE. San felipe Yaricuy. Curacuy , Venezuela.

Torres,L, D., Serrera, F, A., Romero,R, M. M., Infante,C, P., García,C, M., & Gutiérrez,P, J. L. (2005). Alveolitis seca. Actualización de conceptos. *Scielo*, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472005000100011.

Valdeavellano, P. R. (2005). *Manuel de Exodoncia.* Obtenido de https://odonto42012.files.wordpress.com/2011/01/manual_de_exodoncia2.pdf

VEGA, B. J. (2010). *Instrumental en Odontología.* Obtenido de http://eprints.ucm.es/11826/1/INSTRUMENTACION.pdf

Vergara ,B, A. (Octubre de 2014). Alveolitis seca: una revisión de la literatura. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*. Recuperado el 19 de Marzo de 2018, de https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130055814000604

Vieira , D. (19 de Noviembre de 2015). *Que es la alveolitis*. Obtenido de PROPDENTAL: https://www.propdental.es/blog/odontologia/que-es-la-alveolitis/

(s.f.).

(s.f.).

García González, V. (2014). Incidencia de la alveolitis dental en pacientes con afecciones reumáticas. *Revista Cubana de Reumatología*. Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/320/485

López,D, Z. (2012). *COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LA EXODONCIA.* Obtenido de URGENCIAS POSTEXTRACCIÓN DENTARIA.: http://uvsfajardo.sld.cu/unidad-iv-complicaciones-mas-frecuentes-en-la-exodoncia

Alven, J., & Arreaza,I. (2007). Manejo odontológico del paciente hipertenso. *Sielo*.

Angeles,G, k. (2013). *Alveolitis Humeda*. Obtenido de https://es.scribd.com/doc/145470574/Alveolitis-Humeda-Expo

Arrafat, T., & MIravete, E. (13 de Junio de 2013). *ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL SANITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA.* Obtenido de https://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/ServicioAragonesSalud/Documentos/docs2/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20profesional%20del%20SALUD/Calidad/I%20JornadaTrabajoEsterilizacionSalud/04-2-Taller_4.pdf

Barahona, S. K. (2014). *"Tratamiento farmacológico en pacientes con alveolitis".* Obtenido de http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5610/1/BARAHONAkatty.pdf

Botetano, V, R. O. (s.f.). *Urgencias en Odontología.* Obtenido de http://ons.pe/libros/08%20Urgencias_en_Odontologia.pdf

Buenaventura, A. V. (2014). Alveolitis seca: una revisión de la literatura. *Revista Española de Cirugia oral y Maxilofacial*.

Calabria, J., Grau,d, Silvestre , J., & Hernández,M, A. (2003). *Manejo del paciente con insuficiencia suprarrenal en la.* Obtenido de http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv8_i3_p207.pdf

Carpio, C. (2013). *Estudio de la alveolitis como complicación en la Exodoncia.* Obtenido de file:///C:/Users/Acer/Desktop/proyecto%20de%20investigacion%20victor/alveolitis%20tesis%20guayaquil.pdf

Castro, C. d. (Noviembre de 2011). Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes con alveolitis pos extraccion, que asisten a la clinica dental del establecimiento educativo Casa Central, determinacion del tratamientomas recomendado para resolver dicha edentidad . Guatemala . Obtenido de http://www.repositorio.usac.edu.gt/

Cevallos, C. Á. (Junio de 2013). Estudio de la alveolitis como complicación en la Exodoncia. Guayaquil, Ecuador. Obtenido de http://repositorio.ug.edu.ec/

Cosme, G., & Berini, A,l. (2013). *Principios básicos de la exodoncia.* Ergon.

course_default. (2007). *Copyright*. Obtenido de http://ocwus.us.es/

Cuz, G. O., & Colovoradores, Y. (1997). Aplicación de la ozonoterapia en el tratamiento de la alveolitis. *Revista Cubana de Estomatología*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75071997000100004&script=sci_arttext&tlng=en

Del Valle,A., S. C. (2002). NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL CONSULTORIO ODONTOLOGICO. *Scielo*. Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652002000200020

Delgado, E., Berini, L , & Gay, E. (1998). *El paciente diabético en la práctica odontoestomatológica.Consideraciones y situaciones de emergenciaen la clínica dental.* Obtenido de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/67836/1/130605.pdf

DOLCI, E., GAY,E, C., & ARNABAT,D, J. (s.f.). *-LA PREVENCION DE LA ALVEOLITIS SECA.* Obtenido de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/97305/1/079225.pdf

Eyda,N , A. B. (2013). *Protocolo Quirúrgico odontológico de cirugía bucal aplicable a las mujeres embarazadas.* Obtenido de http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3262/1/647%20Eyda%20Nieve%20Alc%C3%ADvar%20Bazurto.pdf

Fer, P. (s.f.). *Cómo alimentarse después de una extracción de dientes*. Obtenido de https://www.vix.com/es/imj/salud/4032/como-alimentarse-despues-de-una-extraccion-de-dientes

García, C., & Segundo, J. V. (2011). *ALVEOLITIS SECA DOLOROSA.* Obtenido de http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/JOSEVICTORSEGUNDOGARCIACHAVEZ.pdf

González, I. d., & Zaldívar, X. B. (2009). Incidencia de la alveolitis. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/

González, I. d., & Zaldívar, X. B. (2009). Incidencia de la alveolitis. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/

González,G, X. (2017). Incidencia de la alveolitis y principales factores asociados en pacientes mayores de 19 años. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200003

Jach Ravelo Marila, G. R. (2017). caracteristicas clinico-epidemiologicas de la osteitis alveolar. *LA HABANA*.

Lagares, D. T., & Figallo, A. S. (2007). Alveolitis seca. Actualización de conceptos. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/

Lago, M. (s.f.). *Exodoncia del tercer molarinferior: Factores anatómicos, Quirúrgicos y ansiedad dental en el postoperatorio.* Obtenido de https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/2360/9788497509503_content.pdf?sequence=1

Lima, A, M., & Martín,R, O. (1999). Eficacia de la acupuntura en el tratamiento de las alveolitis. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02551999000100011

Linero, I., & Daza, L. M. (2013). *Guia de atención en cirugia oral basica.* Obtenido de http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/guia_cirugia_oral_basica_abril_2013.pdf

LLena, P. C. (2006). *La saliva en el mantenimiento de la salud oral y como ayuda.* Obtenido de http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v11i5/medoralv11i5p449e.pdf

MANUAL Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD. (s.f.). Obtenido de UNIVERSIDAD DEL NOROESTE FACULTAD DE ODONTOLOGIA: http://odn.unne.edu.ar/manbio.pdf

Maria. (2014). *Alveolitis* . Obtenido de https://issuu.com/lupita63/docs/alveolitis.pptx

Martín,R, O., & Lima,A, M. (2001). Alveolitis, Revición de la Litertura y Actualización. *Rev Cubana Estomatol*.

Medina,S, C. E., & Pontigo,L, A. P. (2013). *Principales razones de extracción de dientes permanentes en una muestra de adultos mexicanos.* Obtenido de http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn132d.pdf

Melzack, R., & Katz,J. (2012). *El papel de la compensación en el dolor crónico: análisis utilizando un nuevo método*. Obtenido de ESCALAS DE VALORACION DEL DOLOR: www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf

Millones-Gómez, P., & Huamaní-Munoz, W. (2014). Efectividad de la antibioticoterapia en la reducción de la frecuencia de alveolitis seca postexodoncia. *Cirugía Oral y Maxilofacial*. Obtenido de http://ac.els-cdn.com/

Millones-Gómez, P., & Huamaní-Munoz, W. (2014). Efectividad de la antibioticoterapia en la reducción de la frecuencia de alveolitis secapostexodoncia simple. *Cirugía Oral y Maxilifacial*. Obtenido de http://ac.els-cdn.com/

Moyano, C. (2015). *Prevenir y tratar la alveolitis*. Obtenido de https://www.propdental.es/blog/odontologia/prevenir-y-tratar-la-alveolitis/

Nápoles,G, I., & Batista,Z, X. B. (2009). Incidencia de la alveolitis. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000200004&lng=es

Odalys Martín Reyes, M. L. (2001). Alveolitis de la revisión de literatura y actualización . *Cubana Estomatol* .

Otero,M, J., & Otero,I, J. I. (2001). *MANUAL DE BIOSEGURIDAD EN ODONTOLOGIA.* Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de http://www.odontomarketing.com/BIOSEGURIDAD.pdf

Papone,Y, V. (200). *NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN LA PRÁCTICA ODONTOLOGICA.* Recuperado el 18 de MARZO de 2018, de http://files.sld.cu/protesis/files/2011/09/normas-de-bioseguridad-en-la-practica-odontologica.pdf

PUBLICA, M. D. (2011). *GUÍA CLINICA URGENCIAS ODONTOLOGICAS AMBULATORIAS.* CHILE- SANTIAGO. Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222b6448161ecb1e04001011f013f94.pdf

Pública, M. d. (2014). *Protocolos Odontologicos.* Obtenido de http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Protocolos-Odontol%C3%B3gicos.pdf

Ramirez, S. (2008). *Complicaciones de la extracción dentaria en pacientes atendidos en el Consultorio odontológico INCE.* Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/tesis_moyra.pdf

Rey, Y. B., & Ávila, M. E. (2013). Factores asociados a la alveolitis en mayores de 18 años. *Scielo, 17*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/

Reyes, M., Lima,A, M., & Zulueta.I, M. M. (2003). Alveolitis. Revisión de la literatura y actualización. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552003000200009

Reyes,V, J. O., & Jiménez,C, N. (2009). *Accidentesy complicaciones en cirugiabucal.* Obtenido de file:///C:/Users/Acer/Downloads/Mo093-02.pdf

Rodríguez, D. (2014). *Accidentes y Complicaciones en la Exodoncia*. Obtenido de https://es.slideshare.net/feita123/accidentes-y-complicaciones-en-la-exodoncia

Santiago, B. R., & Colaboradores, y. (2009). Evaluación de pacientes afectados de Alveolitis: uso del Metronidazol tópico en dosis única. *GACETA MÉDICA ESPIRITUANA*. Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.%281%29_03/p3.html

Silverstein, L. (2003). *Principios de la sutura em Odontología.* Santos .

Siret, M. d. (2008). Complicaciones de la extraccion dentaria en pacientes atendidos en el Concultorio odontologico INCE. San felipe Yaricuy. Curacuy , Venezuela.

Torres,L, D., Serrera, F, A., Romero,R, M. M., Infante,C, P., García,C, M., & Gutiérrez,P, J. L. (2005). Alveolitis seca. Actualización de conceptos. *Scielo*, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472005000100011.

Valdeavellano, P. R. (2005). *Manuel de Exodoncia.* Obtenido de https://odonto42012.files.wordpress.com/2011/01/manual_de_exodoncia2.pdf

VEGA, B. J. (2010). *Instrumental en Odontología.* Obtenido de http://eprints.ucm.es/11826/1/INSTRUMENTACION.pdf

Vergara ,B, A. (Octubre de 2014). Alveolitis seca: una revisión de la literatura. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*. Recuperado el 19 de Marzo de 2018, de https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130055814000604

Vieira , D. (19 de Noviembre de 2015). *Que es la alveolitis*. Obtenido de PROPDENTAL: https://www.propdental.es/blog/odontologia/que-es-la-alveolitis/