

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**“PREVALENCIA DE ALVEOLITIS COMO
COMPLICACIÓN POST EXODONCIA EN PACIENTES
ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD
MIRAFLORES ALTO, DISTRITO DE CHIMBOTE,
PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE
ÁNCASH, AÑO 2018.”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA

AUTOR:

GÓMEZ MOGOLLÓN, JULISSA BRENDA

ORCID: 0000-0002-1416-4730

ASESOR

REYES VARGAS, AUGUSTO ENRIQUE

ORCID: 0000-0001-5360-4981

CHIMBOTE – PERÚ

2019

1. Título de la tesis

**“PREVALENCIA DE ALVEOLITIS COMO
COMPLICACIÓN POST EXODONCIA EN PACIENTES
ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD
MIRAFLORES ALTO, DISTRITO DE CHIMBOTE,
PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE
ÁNCASH, AÑO 2018.”**

2. Equipo de trabajo

AUTOR:

Gómez Mogollón, Julissa Brenda

ORCID: 0000-0002-1416-4730

Universidad católica Los Ángeles de Chimbote, estudiante de Pregrado, Chimbote,
Perú

ASESOR

Reyes Vargas, Augusto Enrique

ORCID: 0000-0001-5360-4981

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela Profesional de Odontología, Chimbote, Perú

JURADO

San Miguel Arce, Adolfo Rafael

ORCID: 0000-0002-3451-4195

Canchis Manrique, Walter Enrique

ORCID: 0000-0002-0140-8548

Trinidad Milla, Pablo Junior

ORCID: 0000-0001-9188-6553

3. Hoja de firma del jurado y asesor

Mgtr. San Miguel Arce, Adolfo Rafael
Presidente

Mgtr. Canchis Manrique, Walter Enrique
Miembro

Mgtr. Trinidad Milla, Pablo Junior
Miembro

Mgtr. Reyes Vargas, Augusto Enrique
Asesor

4. Agradecimiento

A Dios, por ser el ser supremo y hacedor de las cosas y porque siempre estará para guiar mi camino.

A mis padres, Julia Mogollón y Miguel Gómez, quienes lejos siempre me apoyan y nunca me dejan de lado y ser mi motor y motivo para seguir adelante.

A Niery Oblitas, que es mi pastor, que estuvo conmigo y me ayudó moralmente en la travesía de mis estudios. A su esposa Yovana Flores por ser confidente durante toda mi carrera profesional.

A José Flores, que me ayudó y me apoyó incondicionalmente, en la formación de mi carrera profesional, estoy agradecida.

A todos mis docentes por brindarme sus conocimientos y ser de ello una buena profesional.

5. Resumen y abstract

Resumen:

Objetivo: El presente trabajo de investigación tiene el objetivo de determinar la prevalencia de alveolitis como complicación post exodoncia en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2018. **Metodología:** Se realizó un estudio transversal, retrospectivo y observacional, en el que se levantaron datos encontrados en las historias clínicas sobre la prevalencia de alveolitis dental.

Resultados: Se evidenció que la prevalencia de alveolitis estuvo presente en el 10% de la población, de los cuales, según el sexo, el 8% fueron mujeres y el 2% varones; según la edad, el 8% tenía entre 29 a 42 años de edad y el 2% entre 15 a 28 años.

Conclusión: La prevalencia de alveolitis dental fue baja, afectando más al sexo femenino y a las personas de 29 a 42 años de edad, que puede estar relacionado a que, la mayoría de los pacientes si siguen las recomendaciones dadas, para evitar que se produzcan complicaciones post exodoncia.

Palabras claves: Alveolitis, complicación, exodoncia.

Abstract:

Objective: To determine the prevalence of alveolitis as a post-extraction complication in patients treated at the Miraflores Alto Health Post, Chimbote District, Santa Province, Ancash Department, 2018. **Methodology:** A cross-sectional, retrospective and observational study was conducted in the data found in the medical records about the prevalence of dental alveolitis. **Results:** It was evidenced that the prevalence of alveolitis was present in 10% of the population, of which, according to sex, 8% were women and 2% were men; according to age, 8% were between 29 and 42 years old and 2% between 15 and 28 years old. **Conclusion:** The prevalence of dental alveolitis was low, affecting more the female sex and the people from 29 to 42 years of age, which may be related to the fact that most patients do follow the recommendations given to avoid complications post exodontia.

Keywords: alveolitis, complication, exodontia.

6. Contenido (Índice)

1. Título de la tesis	i
2. Equipo de trabajo	ii
3. Hoja de firma del jurado y asesor.....	iii
4. Agradecimiento	iv
5. Resumen y abstract.....	v
6. Contenido (Índice).....	vii
7. Índice de gráficos, tablas y cuadros.....	ix
I. Introducción	1
II. Revisión de literatura.....	4
2.1 Antecedentes	4
2.2 Bases teóricas	10
2.2.1 Cicatrización	10
2.2.1.1 Tipos de cicatrización.....	12
2.2.2 Factores que intervienen en la cicatrización	17
2.2.3 Morfofisiología.....	18
2.2.4 Preservación del alveolo.....	21
2.2.5 Cicatrización alveolar post-exodoncia.....	22
2.2.6 Complicaciones en la cicatrización alveolar post exodoncia	23
2.2.6.1 Fracturas	23
2.2.6.2 Permanencia de remanentes dentales.....	24
2.2.6.3 Alveolitis seca.....	24
III Hipótesis	25
IV. Metodología	26
4.1 Diseño de la investigación	26
4.2 Población y muestra.....	27
4.3 Definición y Operacionalización de variables y los indicadores	29
4.4 Técnicas e instrumentos.....	31
4.5 Plan de análisis	31
4.6 Matriz de consistencia.....	33
Principios éticos	35
V. Resultados	37
5.1 resultados	37

5.2 Análisis de resultados	41
VI. Conclusiones y recomendaciones	43
Aspectos complementarios	43
Referencias bibliográficas	45
Anexos	50

7. Índice de gráficos, tablas y cuadros

Tablas

TABLA 1: PREVALENCIA DE ALVEOLITIS COMO COMPLICACIÓN POST EXODONCIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, AÑO 2018.37

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, AÑO 2018.....38

TABLA 3: PREVALENCIA DE ALVEOLITIS COMO COMPLICACIÓN POST EXODONCIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, AÑO 2018, SEGÚN EL SEXO.....39

TABLA 4: PREVALENCIA DE ALVEOLITIS COMO COMPLICACIÓN POST EXODONCIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, AÑO 2018, SEGÚN LA EDAD40

Gráficos

- GRÁFICO 1:** PREVALENCIA DE ALVEOLITIS COMO COMPLICACIÓN POST EXODONCIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, AÑO 2018, AÑO 2018.....37
- GRÁFICO 2:** CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, AÑO 2018.....38
- GRÁFICO 3:** PREVALENCIA DE ALVEOLITIS COMO COMPLICACIÓN POST EXODONCIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, AÑO 2018, SEGÚN SEXO.....39
- GRÁFICO 4:** PREVALENCIA DE ALVEOLITIS COMO COMPLICACIÓN POST EXODONCIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, AÑO 2018, SEGÚN LA EDAD.....40

I. Introducción

En el área de la odontología uno de los procesos más usuales por distintas causas es la extracción dental donde los movimientos y fuerzas que se ejercen, acompañado de muchos más factores, expone a una lesión en el alveolo (1). El único tejido del organismo que puede repararse es el hueso, este, posibilita una regeneración entera luego de un trauma. Dicho proceso de la cicatrización, logra verse afectado por múltiples factores ya sean externos como del propio paciente de modo que la regeneración de los tejidos sea deficiente y cuando la cicatrización no se realiza y los tejidos empiezan a infectarse, se llega a una alveolitis dental (2).

A nivel Latinoamericano, en países como México, realizaron un estudio sobre el riesgo de complicaciones a corto plazo asociadas con extracción dental en pacientes de una unidad de medicina familiar, evidenciando que, según los dientes extraídos, en su mayoría fueron molares con 71,5%; según la frecuencia de complicaciones según sexo, la alveolitis se presentó en el 86% de las mujeres y en el 14% de los varones, el dolor severo se presentó en el 57% de las mujeres y en el 43% de los varones (3). Asimismo, en Cuba, realizaron un estudio sobre la alveolitis dental en pacientes adultos del Policlínico René Bedia, evidenciando que, según el sexo, en su mayoría eran mujeres con 66,84%; según la edad, en su mayoría tenían entre 35 a 59 años con 47,59%; según los factores asociados, en su mayoría estaban relacionadas con las conductas inadecuadas del paciente con 64,70%; según el tipo de alveolitis, en su mayoría fue seca con 61,49% (4).

A nivel nacional, en Trujillo, se realizó un estudio, sobre la incidencia de las complicaciones post exodoncia complejas y cerradas de dientes normalmente implantados, evidenciando que, según las complicaciones, se presentó edema leve en el 73,33%, dolor leve en el 100%, trismus moderado en el 60%, edema moderado en el 80% y 6% de alveolitis (5).

La fundamentación de este estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, radica en despejar la duda en relación a los objetivos específicos, sobre la prevalencia de alveolitis como complicación post exodoncia en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, según sexo y edad. Este estudio se realizó con la finalidad de responder la siguiente pregunta ¿Cuál es la prevalencia de alveolitis como complicación post exodoncia en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2018? El objetivo general del presente estudio fue determinar la prevalencia de alveolitis como complicación post exodoncia en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2018.

Obteniendo como resultados que, la prevalencia de alveolitis estuvo presente en el 10% de la población, de los cuales, según el sexo, el 8% fueron mujeres y el 2% varones; según la edad, el 8% tenía entre 29 a 42 años de edad y el 2% entre 15 a 28 años.

Concluyendo que, la prevalencia de alveolitis dental fue baja, afectando más al sexo femenino y a las personas de 29 a 42 años de edad, que podría estar

relacionado, a que la mayoría de los pacientes, si siguen las indicaciones dadas, para poder prevenir que se presenten complicaciones.

El presente estudio explica mediante una introducción, revisión de literaturas, hipótesis, su metodología, los resultados y su interpretación, las bases importantes y los hallazgos del estudio.

II. Revisión de literatura

2.1 Antecedentes

Internacionales

Vega S, Ramírez M, Bernal S, Garduño B, García Y, García G. (México año 2018). “Riesgo de complicaciones a corto plazo asociadas con extracción dental en pacientes de una unidad de medicina familiar”. **Objetivo:** Determinar el riesgo de complicaciones a corto plazo asociadas con extracción dental. **Tipo de estudio:** Estudio prospectivo, descriptivo y observacional. **Población/Muestra:** 112 pacientes. **Método:** Exámenes intraorales. **Resultados:** Al analizar los datos evidenciaron que, según los dientes extraídos, en su mayoría fueron molares con 71,5%; según la frecuencia de complicaciones según sexo, la alveolitis se presentó en el 86% de las mujeres y en el 14% de los varones, el dolor severo se presentó en el 57% de las mujeres y en el 43% de los varones. **Conclusiones:** Concluyendo que el sexo femenino era el más afectado, con la extracción de molares (3).

Guerra Y, Rodríguez A, Alemán E, Valdés L, Valiente B. (Cuba año 2018). “La alveolitis dental en pacientes adultos del Policlínico René Bedia.” **Objetivo:** Determinar la caracterización de la alveolitis dental en pacientes. **Tipo de estudio:** Estudio prospectivo, descriptivo y observacional. **Población/Muestra:** 187 pacientes. **Método:** Exámenes intraorales y medición de alveolos. **Resultados:** Al analizar los datos evidenciaron que,

según el sexo, en su mayoría eran mujeres con 66,84%; según la edad, en su mayoría tenían entre 35 a 59 años con 47,59%; según los factores asociados, en su mayoría estaban relacionadas con las conductas inadecuadas del paciente con 64,70%; según el tipo de alveolitis, en su mayoría fue seca con 61,49%. **Conclusiones:** Concluyendo, que en su mayoría de la población presentó alveolitis seca, relacionado a conductas inadecuadas por parte del paciente (4).

Jach M, González S, García F, Vásquez J. (Cuba año 2017). “Características clínico-epidemiológicas de la osteítis alveolar”. **Objetivo:** Determinar las características clínico-epidemiológicas de la alveolitis seca. **Tipo de estudio:** Estudio prospectivo, descriptivo y observacional. **Población/Muestra:** 94 pacientes. **Método:** Ficha de recolección de datos, exámenes intraorales. **Resultados:** Al analizar los datos evidenciaron que, según el sexo, en su mayoría era del sexo femenino, con 64,89%; según la edad, en su mayoría tenían entre 19 a 34 años con 46.81%; según el tipo de alveolitis, el 69,15% fue seca y el 30,85% fue húmeda; según la arcada, en su mayoría fue en el maxilar inferior con 65,83%; según el grupo dentario, en su mayoría fueron las molares con 50%; según los factores de riesgo, el 26,58% tenía hábito de fumar, el 28,83% higiene bucal deficiente, el 22,52% extracción traumática y el 22,07% uso excesivo de anestésicos locales. **Conclusiones:** Concluyendo, que el sexo femenino es el más predispuesto a tener alveolitis, de tipo seca, en la arcada inferior y en los alveolos de molares (6).

Dallaserra M. (Chile año 2017). “Asociación entre factores de riesgo y complicaciones en cirugía bucal, en pacientes mayores de 12 años.” **Objetivo:** Determinar la asociación entre factores de riesgo y complicaciones en cirugía bucal. **Tipo de estudio:** Estudio prospectivo, descriptivo y observacional. **Población/Muestra:** 522 pacientes. **Método:** Exámenes intraorales. **Resultados:** Al analizar los datos evidenciaron que, según la presencia de complicaciones por procedimiento, estuvo presente en el 5.50% de los que se realizaron extracción de terceros molares, en el 5.66% de los que se realizaron exodoncia simple, en el 6,89% de los que se hicieron exodoncia de remanente radicular; según el tipo de complicación, el 52% presentó alveolitis húmeda, el 8% hemorragia, el 4% hematoma, el 20% absceso de espacios faciales. **Conclusiones:** Concluyendo que hubo una alta prevalencia de alveolitis de tipo húmeda en la población estudiada (7).

Muñoz F. (Ecuador año 2017). “Prevalencia de complicaciones post exodoncia simple en pacientes.” **Objetivo:** Determinar la prevalencia de complicaciones post exodoncia simple. **Tipo de estudio:** Estudio prospectivo, descriptivo y observacional. **Población/Muestra:** 27 pacientes. **Método:** Exámenes intraorales y ficha de recolección de datos. **Resultados:** Al analizar los datos evidenciaron que, según el sexo, el 55,55% eran mujeres; según la edad, en su mayoría tenían entre 40 a 50 años con 22,22%; según los factores de riesgo, en 18,51% presentaba tabaquismo, el 33,32% medicación y el 33,32% enfermedades sistémicas; según la complicación, solo el 4,65% presentó alveolitis, el 11,62% presentó trismus, el 16,27% fractura alveolar y

el 4,65% hematoma. **Conclusiones:** Concluyendo que el sexo más afectado fue el femenino y que la incidencia de alveolitis es baja (8).

González X, Lugo L, Figueroa M, Corrales M. (Cuba año 2017).

“Incidencia de la alveolitis y principales factores asociados en pacientes mayores de 19 años.” **Objetivo:** Determinar la incidencia de alveolitis y principales factores asociados. **Tipo de estudio:** Estudio prospectivo, descriptivo y observacional. **Población/Muestra:** 80 pacientes. **Metodología:** Exámenes intraorales y ficha de recolección de datos. **Resultados:** Al analizar los datos evidenciaron que, según el sexo, en su mayoría eran mujeres con 61,25%; según la edad, en su mayoría tenía entre 35 a 59 años con 68,75%; según los factores de riesgo, el 58,75% tenía hábito de fumar, el 22,5% tenía diabetes mellitus y el 55% conductas inadecuadas por parte del paciente: según el diente extraído, en su mayoría fueron molares inferiores con 26,25%. **Conclusiones:** Concluyendo que el sexo femenino se encuentra más predispuesto a tener alveolitis, de igual forma personas en edad de 35 a 59 años y con antecedente de fumador (9).

León V, Hernández C, Gómez I, Clausell M, Porras D. (Cuba año 2016).

“Frecuencia de alveolitis dentaria y factores que la caracterizan.” **Objetivo:** Determinar la frecuencia de alveolitis dentaria y factores que la caracterizan. **Tipo de estudio:** Estudio prospectivo, descriptivo y observacional. **Población/Muestra:** 140 pacientes **Método:** Exámenes intraorales y ficha de

recolección de datos. **Resultados:** Al analizar los datos evidenciaron que, según el número de exodoncias y edad, en su mayoría tenía entre 35 a 59 años con 41,97%; según la frecuencia de alveolitis, solo el 4,16% realizó alveolitis; según el sexo, en su mayoría eran mujeres con 60%; según la ubicación de la alveolitis, en su mayoría fue en la mandíbula con 51.4%; según la zona del alveolo, en su mayoría el alveolo más afectado fueron las molares con 38,6%; según la frecuencia de trauma alveolar, estuvo presente solo en el 28,57% de los casos; según el hábito de fumar, el 82,28% de los casos fumaba

Conclusiones: Concluyendo que el sexo más afectado fue el femenino, en edad de 25 a 49 años, en la zona de molares inferiores y que las personas más predispuestas a tener alveolitis, son las personas con hábitos de fumar (10).

González X, Córdón M, Rojas S, Cardentey J, Porras Mitjans. (Cuba año 2016). “Comportamiento de la alveolitis en los servicios de urgencias estomatológicas.” **Objetivo:** Determinar el comportamiento de la alveolitis en los servicios de urgencias. **Tipo de estudio:** Estudio prospectivo, descriptivo y observacional. **Población/Muestra:** 80 pacientes **Método:** Exámenes intraorales. **Resultados:** Al analizar los datos evidenciaron que, según la distribución de alveolitis, por sexo y edad, en su mayoría tenían entre 48 a 62 años con 57,50% y eran del sexo femenino mayormente con 60%; según el tiempo de aparición de la alveolitis, en su mayoría fue al tercer día con 38,75%; según la región anatómica, en su mayoría fue en la mandíbula con 61,25%; según los factores predisponentes, el 26,75% tenía diabetes mellitus, el 13,7% tuvo un exceso de anestesia, el 47,5% tuvo una extracción traumática y el

12,25% tenía el hábito de fumar. **Conclusiones:** Concluyendo que el sexo más afectado era el femenino, la región mandibular y las personas que tuvieron una extracción traumática (11).

Ochoa C, Portilla F. (Ecuador año 2016). “Incidencia de la alveolitis como una comparación post exodoncia quirúrgica en pacientes de Ecuador año 2016.” **Objetivo:** Determinar la incidencia de alveolitis como comparación post exodoncia. **Tipo de estudio:** Estudio prospectivo, descriptivo y observacional. **Población/Muestra:** 1602 extracciones. **Método:** Exámenes intraorales. **Resultados:** Al analizar los datos evidenciaron que, el 2,74% presentaron alveolitis, de los cuales el 1.49% eran mujeres y el 1,25% eran varones. **Conclusiones:** Concluyendo, que la complicación de alveolitis no fue muy frecuente y que mayormente afecto a mujeres (12).

Nacionales

Díaz M. (Trujillo año 2016). “Incidencia de las complicaciones post exodoncia complejas y cerradas de dientes normalmente implantados.” **Objetivo:** Determinar la incidencia de complicaciones post exodoncia compleja y cerradas de dientes normalmente implantados. **Tipo de estudio:** Estudio prospectivo, descriptivo y observacional. **Población/Muestra:** 30 pacientes. **Método:** Exámenes intraorales. **Resultados:** Al analizar los datos evidenciaron que, según las complicaciones, se presentó edema leve en el 73,33%, dolor leve en el 100%, trismus moderado en el 60%, edema moderado

en el 80% y 6% de alveolitis. **Conclusiones:** Concluyendo en su mayoría las complicaciones eran de leves a moderadas (5).

2.2 Bases teóricas

En área del cuidado de los dientes y demás estructuras que forman el sistema estomatognático, uno de los procesos con más frecuencia por distintas causas es la extracción dental. En ocasiones, las lesiones presentes en tejidos duros, como hueso trabeculado y cortical ósea, o, en tejidos blandos, como carrillo, labios, mucosa desatando el desarrollo fisiológico de la cicatrización ⁽¹⁾. El hueso, tiene las características de reparación, siendo el único con posibilidad de regenerarse, se debe tener mucho cuidado con el trauma en los demás tejidos presentes. El cierre o proceso de cicatrización, del espacio al extraer el diente es un desarrollo que se produce de forma normal, como defensa del organismo, de forma multifactorial. Dicho suceso logra igualmente verse interrumpido o imposibilitado, por diversos factores innumerables, por ejemplo, fumar, beber bebidas alcohólicas, tener problemas de coagulación, etc (2).

2.2.1 Cicatrización

Es consecuencia de la restitución del conjunto de células, permitiendo la unión de las paredes de las heridas. El desarrollo se encuentra limitado por la secuencia de muchas causas. Que afectan la persistencia en solución, donde se simboliza la lesión (13).

La cicatrización en las heridas en personas normales reside en un proceso sistemático de eventos celulares, humorales y bioquímicos, que empiezan con inflamación aguda y termina con la creación de fibras compuestas de colágeno, derivadas por células con funciones especializadas, tales como los fibroblastos que dominan en el lugar de la herida e inclusive en todos sus alrededores (14).

El comienzo de la cicatrización es muy brusco; comúnmente los eventos suceden y superponen rápidamente, extendiendo la duración de todo el proceso por muchos meses (15).

La cicatrización es el resultado, de la respuesta del organismo ante la injuria, expresada en pérdida de la continuidad del tejido o solución de continuidad fisiológica de las estructuras, en los individuos se muestra como un grupo de procesos celulares, como también bioquímicos que se acontecen de forma encadenada, sobreponiéndose uno sobre si, los diversos de estos procesos de cicatrización, sabiendo que todas ellas se producen y se superponen hasta culminar la cicatrización del individuo, fenómeno, con finalidad de perseguir toda lesión accidental o quirúrgico (16).

En estudios realizados por Mellonig, detalla que la cicatrización se logra dar a través de dos procesos (17).

- Reparación:

El tejido es sustituido por células, que no desempeñan una función similar a las de sustitución.

- Regeneración:

Respuesta con finalidad de reponer la salud de la piel o tejido que haya poseído anteriormente, por medio de la renovación de las células lesionadas que conformaban el tejido antes sano, sustituyéndose o aumentando en volumen para lograr un semejante al perdido.

2.2.1.1 Tipos de cicatrización

Puesto que los factores primordiales de todo el proceso por el que pasa la cicatrización siempre son los mismos pasos, sus características si pueden variar, según el tejido lesionado, la amplitud de la herida, las cualidades cicatrizares de la persona (18).

Esencialmente se identifican los siguientes tipos:

a) Cicatrización por primera intención

Se da cuando se ha unido las paredes de la herida, lo más exacto posible con suturas, como de forma quirúrgica, la cicatrización es llamada cicatrización por primera intención; donde, la fibroplasia es el primordial componente que participa, junto con la moderada regeneración epitelial (19).

Gay-Escobeda C. En este tipo de cicatrización, donde los bordes o paredes de la herida permanecen en la posición como estaban anteriormente a la injuria, ya sea por unión de los tejidos de forma simple, o utilizando sutura, donde, no se muestra pérdida de los bordes o tejidos. Normalmente este proceso no ocurre frecuentemente pues luego de una lesión constantemente los tejidos pierden proporciones de la masa que antes

ocupaban, pero, hace referencia a la herida en el momento que la cicatrización se origina con un acercamiento de los bordes permaneciendo la herida cerrada y subsanando el proceso con una cicatriz minúscula. En el desenlace, se origina una disminución de la repitelización, disminución de la contracción, menor acúmulo de colágeno y disminuida remodelación en comparación con las heridas que no se han cerrado. El riesgo de contraer una infección es mínimo y se remedian con mayor prisa, como ejemplo tenemos los colgajos (20).

Los márgenes de la herida permanecen en fricción o contacto, dicho de otro modo, posee los planos cerrados, consecuentemente los bordes que no han sufrido lesiones extensas y se pueden unir sus paredes, son ubicados con postura estructural y anatómica correcta previa a la lesión. Esta etapa de la cicatrización demanda de una disminución de la epitelización. En este tipo de reparación tenemos algunos ejemplos como: disminución oportuna de fracturas de hueso (21).

Hupp J. et al. Actualmente en la cicatrización, cuando es por primera intención, los bordes de una herida por pérdida tisular mínima se sitúan y fijan aproximadamente en la misma postura anatómica en que se hallaban antes de la lesión. Seguidamente, la herida pasará a restaurarse con la formación de tejido cicatricial mínimo, ya que los tejidos no distinguen que haya ocurrido una lesión. Realmente, la cicatrización por primera intención es precisamente un concepto ejemplar, pero la expresión frecuentemente se emplea para denominar a aquellas heridas en las que los bordes se han re-aproximado de manera ajustada o estrecha. Este sistema

de reparación reduce la cantidad de repitelización, depósito de colágeno, depósito de colágeno, contracción y remodelación necesaria¹⁷. Por ende, la cicatrización asume parte con mayor rapidez, a la vez menor riesgo de infección y con una mínima creación de cicatriz, en comparación a las heridas que se curan por segunda intención, tenemos ejemplos: laceraciones, las fracturas óseas bien reducidas (22).

b) Cicatrización por segunda intención

Al permanecer una herida abierta, ese espacio tiene que ser ocupado por un tejido nuevo, el tejido de granulación, en el cual la neogénesis (neoangiogénesis) y la fibroplasia son primordiales. Además, debe haber una regeneración epitelial de cuantía mayor, que, en la cicatrización por primera intención, y del mismo modo se asiste a un desarrollo particular de este tipo de herida, que es la contracción espontánea de los bordes. A proceso se le denomina cicatrización por segunda intención o cicatrización sobre espacio muerto (19).

Gay-Escobeda C. menciona que sucede en ocasiones en los que los márgenes de la herida no se unieron o en el caso de apertura de los tejidos luego de una sutura que produce una cicatrización espontánea. Aparece un tejido de granulación produciendo que la epitelización se vuelva más lento. Este tipo de cicatrización se produce pérdida de tejido y queda una abertura entre los márgenes de la herida. Existe un riesgo mayor de infección y origina una cicatriz de tamaño más grande, en comparación de la

cicatrización por primera intención. En el área de la odontología se distingue como ejemplo la cicatrización del alveolo post exodoncia (19).

Shafer G. hace mención que la cicatrización por segunda intención se produce al momento en que los bordes de la herida no han sido unidos, o bien en el momento en que se ha ocasionado luego de la sutura una dehiscencia de la misma permitiendo que resulte un cierre espontáneo. Se manifiesta un tejido de granulación que es la proliferación conjuntiva y vascular. Se da frecuentemente en tejidos escasamente flexibles, cuyos bordes o márgenes no logran aproximarse, entonces se requiere de la migración de gran cuantía de epitelio, deposición de colágeno, contracción y remodelación (23).

Según López J, el proceso la epitelización se desarrolla de forma más lenta a través de dos vías: centrípeto, es decir, de los bordes de la herida en dirección del centro iniciando en los islotes epiteliales y centrífugos hasta la periferia¹⁵. Su progreso es muy lento y origina una cicatriz de considerable tamaño, permitiendo un riesgo mayor de infección en la herida. Para este tipo de cicatrización los ejemplos son: cicatrización alvéolo dentario posterior a una exodoncia, fracturas escasamente reducidas y heridas muy ostentosas con pérdida de tejido (13).

En síntesis, indistintamente de la proximidad o no de los bordes, el desarrollo de reparación es el mismo, se puede sintetizar como la formación y maduración del tejido de granulación con migración de los bordes epiteliales, la diferencia reside en que la cicatrización por primera

intención se apresura o acelera el proceso en cuanto al tiempo de curación, ya que el espacio es menor entre los bordes de la herida (13).

c) Cicatrización por tercera intención

El tercer tipo de cicatrización, sucede en una herida que se deja abierta unos pocos días y luego se cierra, en un apropiado cierre; y en el momento en que se recurre a injertos o trasplantes hísticos para lograr cerrar la herida. En estos casos en que se recurre al apoyo quirúrgico se hace mención de cicatrización por tercera intención (13).

Algunos cirujanos emplean la expresión de cicatrización por tercera intención o cierre primario diferido, para describir la cicatrización que sucede cuando se cierra una herida luego de un período de cicatrización por segunda intención. El cierre se realiza al estar seguro que no hay riesgo de infección. En resumen, indistintamente del acercamiento o no de los bordes, el procedimiento de reparación es igual, se consigue sintetizar como la formación y maduración del tejido de granulación con migración de los bordes o márgenes epiteliales, la discrepancia reside en que por primera intención se apresura el curso en cuanto al tiempo de curación, al ser un mínimo el espacio entre los bordes de la herida (24).

Hupp J. et al. La expresión cicatrización por tercera intención describe a la cicatrización de heridas que se curan por medio de injertos tisulares para revestir grandes heridas y salvar el espacio entre sus bordes.

2.2.2 Factores que intervienen en la cicatrización

La cicatrización se puede encontrar alterada, por múltiples factores, pero también, factores puntuales pueden llegar a alterar este proceso de una cicatrización correcta y a la vez minimizar los riesgos de lesión de los tejidos. Estos factores se dividen en dos, factores relacionados a la zona, la persona o el medio y los factores ajenos a ellos (25).

a) Factores locales.

Son aquellos factores que se pueden controlar por la persona que realiza la extracción, depende del proceso, el conocimiento, la limpieza, los cuidados.

- Cuerpos extraños; se refiere a todo tipo de material, instrumental o microorganismos, que puedan alojarse y generar una reacción del organismo por medio del sistema inmune.
- Tejido necrótico. Obstaculiza por la falta de oxígeno, la recuperación pronta del alveolo, considerando que, al descomponerse, es un hábitat adecuado para los microorganismos y puede generar mayor gravedad en el paciente; puede desencadenarse, cuando el colgajo realizado no es el adecuado.
- Isquemia: Esto inducirá a la necrosis, cuando falta el oxígeno, los tejidos mueren y se descomponen, dando igualmente el hábitat adecuado para la supervivencia de los microorganismos.

- Tensión: Cuando forzamos demasiado los puntos de sutura que se han realizado, nos exponemos a que se produzca isquemia en el tejido, provocando la muerte de ello.
- Manejo inapropiado de las paredes y bordes de la herida.
- Irradiación o haber recibido dosis de radiación altas previas a la extracción dental.

b) Factores generales

Son aquellos factores, en los que el cirujano dentista, debe de realizar una buena inspección y manejo, se encuentra relacionado, a la salud general del individuo que se someterá al procedimiento quirúrgico.

- Carencia de proteínas y/o vitaminas.
- Trastornos relacionados al metabolismo.
- Trastornos medicinales y/o que tengan que ver con problemas hormonales.
- La edad de las personas.
- Exposición a radiación por motivos terapéuticos.
- Arteriopatías.
- Alteraciones sanguíneas

2.2.3 Morfofisiología

García A. considera etapas morfológicas (26).

a) Fase Inflamatoria celular:

La inflamación, es la reacción y respuesta del organismo, ante una injuria, donde existe liberación de ciclooxigenasas y su función, es mediar la inflamación. Cuando se arruina la integridad, la inflamación siguiente va a completar la cavidad, asimismo ayudará a la eliminación de restos celulares y de componentes desconocidos en la misma área. El sistema inmunológico, de forma celular, aporta las células para eliminar todo tejido dañado, en este caso, los macrófagos, se encargan de fagocitar (26).

b) Fase de neovascularización o angiogénesis

Reemplaza los vasos destruidos y perdidos en la herida y prospera las condiciones metabólicas del lecho o campo cicatrizal. Todos los vasos recientes se producen a partir de los preexistentes.

c) Fase de fibroplasia

Es el paso más significativo del complejo proceso de la cicatrización. La formación de fibroblastos en la herida, inicio de la formación de fibras colágenas, es un suceso primordial que acontece en la mayoría de los tejidos heridos que se hallan en la etapa de cicatrización reparadora.

d) Fase de colagenización

Esta fase es primordial; las células encargadas de sintetizar el colágeno son especialmente los fibroblastos. Estructuralmente, el colágeno o colágena engloba diversos aminoácidos como prolina, hidroxiprolina, hidroxilisina y la glicina. Luego del quinto o séptimo día ocurrido la herida, la síntesis de colágeno incrementa rápidamente y adquiere el valor máximo en el lapso de la segunda semana, en el momento cuando reduce el número de fibroblastos. La señal más visible en la herida es que la cicatriz adquiere el mayor volumen en vías de formación, mostrando una apariencia exuberante, con márgenes o bordes hipertrofiados, la llamada cresta de cicatrización. Conjuntamente se obtiene la unión estable de los bordes de la herida. El colágeno compone la parte fundamental de la real cicatriz (21).

e) Fase de contracción

Sucede principalmente en la segunda intención, se determina con el acercamiento de toda la espesura de la herida, consecuentemente hay disminución del tamaño lesionado, debido al movimiento de tejidos de la próximos (26).

f) Fase de formación de epitelio

La proliferación conjuntiva, es el proceso que permite, la formación del tejido epitelial, considerando, que su formación, cuando la herida no

cierra o cicatriza, en su totalidad, la epitelización pasa a convertirse en un hecho trascendental.

g) Fase de remodelación

Sucede alrededor de la 12^{va} semana, donde la herida disminuye en función a su volumen no obstante la resistencia a la tracción continua y aumenta. La cicatriz presenta por un tiempo determinado colágeno en su matriz, aconteciendo la lisis del colágeno, por la colagenasa, para poder alcanzar la estructura más adecuada. Reside eliminar el colágeno que se encuentra mal situado, para alcanzar patrones de distribución pertinentes. La lisis conduce a la pérdida de todo el colágeno, pero se muestra aumento en resistencia de la cicatriz, ya que las fibras constituyentes quedan mejor dispuestas y orientadas.

2.2.4 Preservación del alveolo

Solis C. et al. Consideró 5 estadios en la cicatrización de un alvéolo óseo pos extracción (27):

- Primer estadio: Se da inicio a la formación del coágulo, cuando se da la aparición de células blancas y sanguíneas, dando inicio a la lisis.
- Segundo estadio: el tejido que permite la granulación sustituye el coágulo hacia el 4^o o 5^o día. Se produce el inicio de la formación de los vasos sanguíneos, desde la formación de capilares.
- Tercer estadio: se sustituye progresivamente el tejido de granulación en un periodo de 2 semanas, El revestimiento del epitelio de la herida es

completo (28).

- Cuarto estadio: se da inicio a la calcificación, iniciando por el centro y se dirige hacia afuera. El hueso trabeculado se rellena aproximadamente de forma total a las 6 semanas. Inicia su máxima labor de formación de tejido óseo, dentro de la 4ª y 6ª semana posterior a la extracción. Luego de la 8ª semana, el proceso osteogénico desciende 22.
- Quinto estadio: El completo cierre del alvéolo sucede luego de 4 o 5 semanas. El relleno óseo sustancial sucede entre la 5ª y 10ª semana. Y a las 16 semanas, se ha completado el relleno óseo. Sin embargo, se podrá evidenciar relleno de carácter óseo 22.

Estas fases han sido determinadas por medio de estudios histológicos, donde los cambios morfológicos fueron explicados por medio de estudios complementarios 22.

2.2.5 Cicatrización alveolar post-exodoncia

La exodoncia extracción dentaria orienta el mismo proceso o fases de curación de herida que el de tejido blando por segunda intención, adicionado a que se coloca sustancia ósea; por lo tanto, es preciso de varios meses para su cicatrización. Lo dicho se corrobora con la compleja distinción radiográfica entre el hueso circundante y el alveolo post exodoncia (17).

Luego extraer el diente, el alveolo termina comprometido con remanente del ligamento periodontal a lo largo del hueso cortical del alveolo (nombrado radiográficamente como lámina dura); y en la zona más coronal residuos de

encia y externamente el epitelio oral. El alveolo se rellena de sangre originando un tapón de coagulo sellado por el medio oral (17).

A lo largo de la primera semana empieza la etapa inflamatoria y proliferativa de la cicatrización. Las células de defensa ingresan al alveolo para eliminar contaminantes y residuos de desecho. La etapa proliferativa se inicia con el crecimiento de células fibroblásticas. El epitelio del alveolo logra profundidad sobre el alveolo que en la segunda semana se termina contactando de ambos lados con un techo de tejido de granulación. Los hechos sucedidos en el curso de la semana continúan hasta la cuarta semana, iniciando la reabsorción del hueso cortical y depósito de hueso trabecular en el alveolo. Luego de los 4 a 6 meses se demuestra radiográficamente la cicatrización ósea con la eliminación de la lámina dura y relleno de hueso trabecular (17,23).

2.2.6 Complicaciones en la cicatrización alveolar post exodoncia

Las complicaciones presentes en la cicatrización del alveolo más frecuentes son: (24,25)

2.2.6.1 Fracturas

Se originan casualmente durante la extracción para conseguir extracciones poco asequibles a las maniobras normales. Es forzoso la formación de hueso nuevo, que demora la cicatrización. Desde el aspecto patológico, los procesos son semejantes a la cicatrización alveolar (17,23).

2.2.6.2 Permanencia de remanentes dentales

Se origina al fracturarse los ápices dentarios en el transcurso del proceso en que se retira el alveolo. Estos residuos cuando de tamaño diminuto, no son perjudicados por infecciones en el peri ápice, consiguen ser progresivamente reabsorbidos y únicamente demoran por un momento la cicatrización (17,23).

2.2.6.3 Alveolitis seca

La complicación más frecuente es denominada alveolo seco, que aparece luego de extracciones complejas, el 95% se realiza en el sector de los premolares inferiores y molares. El alveolo se muestra muy dolorido y el paciente posee aliento fétido. Los exámenes muestran un alveolo deficiente de coágulo y su pared ósea desnuda alcanza estar al descubierto. Fracciones histológicas demuestran que la pared alveolar está compuesta por hueso necrótico (revela osteoblastos maduros). Se muestra una notable inflamación en la medula circundante y el denominado alveolo seco constituye una osteítis localizada. El hueso necrótico debe ser suprimido por los osteoclastos previos a que la cicatrización pueda empezar, la restauración del alveolo seco es gradual, lenta (17,23).

Al mismo tiempo el proceso de cicatrización logra verse perjudicado por distintos factores locales y generales que a su vez logran generar complicaciones. Seguido se muestran las más comunes.

- **Infección:** que se produce a la exposición de microorganismos que ingresan a los tejidos expuestos y al propagarse, aumentan la carga de daño y producen infección.

- Dehiscencia: falta de confrontación de los márgenes o bordes de una herida, resultado de la rotura de los puntos de sutura por una mala técnica o por producirse considerables tensiones sobre la herida.
- Hemorragia: extravasación de sangre por motivo de un traumatismo.

III Hipótesis

El presente estudio por ser de tipo descriptivo no plantea una hipótesis de investigación, descripción que se presenta en la literatura de Metodología de la investigación de Sampieri R, Collado C, Lucio P y Pérez M (29).

IV. Metodología.

4.1 Diseño de la investigación

Tipo:

De acuerdo al enfoque: cuantitativa

Según Supo, en su libro sobre los tipos de investigación, considera que un estudio es cuantitativo, cuando el investigador obtendrá resultados finales numéricos y porcentuales (30).

De acuerdo a la intervención: observacional

Según Supo, en su libro sobre los tipos de investigación, considera que un estudio es observacional, cuando el investigador no va a realizar una intervención que pueda modificar los eventos naturales (30).

De acuerdo a la planificación: retrospectivo

Según Supo, en su libro sobre los tipos de investigación, considera que un estudio es retrospectivo, porque se utilizaron datos en los cuales el investigador no tuvo intervención (30).

De acuerdo al número de ocasiones: transversal

Según Supo, en su libro sobre los tipos de investigación, considera que un estudio es transversal, porque se hizo el levantamiento de las variables en una sola fecha (30).

De acuerdo al número de muestras a estudiar: descriptivo

Según Supo, en su libro sobre los tipos de investigación, considera que un estudio es descriptivo, porque tiene una sola variable de estudio a medir (30).

Nivel: descriptivo

Según Supo, en su libro sobre los tipos de investigación, considera que un estudio es descriptivo, porque tiene como finalidad medir parámetros en función a una descripción (30).

Diseño: no experimental.

Según Supo, en su libro sobre los tipos de investigación, considera que un estudio es no experimental, cuando no existe intervención o modificación por parte del investigador (30).

4.2 Población y muestra

Población: 57 historias clínicas de los pacientes atendidos en el área de dental del Puesto de Salud Miraflores Alto en el año 2018; que fueron el número de historias clínicas encontradas en el Puesto de Salud, las cuales permitían realizar la fórmula para hallar la muestra.

Criterios de inclusión

- Historias clínicas del año 2018.
- Historias clínicas de pacientes que recibieron exodoncias como tratamiento realizado en el área de dental del Puesto de Salud Miraflores Alto.
- Historias clínicas llenadas por completo en las cuales se verificaba la edad y el sexo.
- Historias clínicas de pacientes que acuden a cita control.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas que no sean del año 2018.
- Historias clínicas de pacientes que no hayan recibido tratamiento de exodoncia dental.
- Historias clínicas incompletas.

Muestra:

50 historias clínicas de los pacientes atendidos en el área de dental del Puesto de Salud Miraflores Alto en el año 2018.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2(N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de muestra

N = Total de la población (57 historias clínicas)

$Z_{1-\alpha/2}$ = valor de confianza (1.96 para el 95% de confiabilidad)

p = proporción esperada

d = precisión (0.05 para una precisión del 95%)

Reemplazando en la ecuación:

$$n = \frac{57 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (57 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{57 * 3.8416 * 0.25}{0.0025 * (56) + 3.8416 * 0.25}$$

$$n = \frac{54.7428}{0.14 + 0.9604}$$

$$n = \frac{54.7428}{1.1004}$$

n = 50 historias clínicas

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, ya que se tuvo el número de población, que permitió realizar la fórmula de muestra finita y la selección de las historias clínicas que ingresaban en el estudio, primero fueron seleccionadas por medio de los criterios de inclusión y exclusión, para luego elegir las que ingresarían en el estudio.

4.3 Definición y Operacionalización de variables y los indicadores

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTO	INDICADORES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES FINALES
Alveolitis	Unión de dos paredes mucosas con la finalidad de cubrir y regenerar el espacio creado al retirar la pieza dental (11).	Historia Clínica	Categorico	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Co-variables					
Sexo	Característica sexual de carácter diferencial entre dos individuos de una misma especie (31).	Historia Clínica / DNI	Categorico	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. Masculino
Edad	Tiempo que ha transcurrido un individuo desde su nacimiento hasta el momento (31).	Historia Clínica / DNI	Cuantitativo	Razón	Edad en años

4.4 Técnicas e instrumentos

Técnica: Mediante la observación de las historias clínicas en los pacientes atendidos.

Instrumento: Se utilizó un instrumento de recolección de datos, consistente en un formato de ficha elaborada para la investigación (Anexo1) y la historia clínica.

Procedimiento:

1. Para el permiso de la ejecución del estudio:

Por medio de la Dirección de Escuela de Odontología, se obtuvo una carta de presentación, la cual fue entregada al Director del Puesto de Salud Miraflores Alto, especificando el motivo y el objetivo del trabajo de investigación.

2. Para la ejecución del estudio:

Posteriormente, se revisaron las historias clínicas de los pacientes atendidos en el área de dental que recibieron exodoncias dentales, apuntando los datos hallados en la hoja de recolección de datos, para poder realizar los análisis estadísticos y obtener los resultados.

4.5 Plan de análisis

Para el análisis univariado de variables cuantitativas se utilizó medidas de tendencia central, el análisis univariado de variables categóricas fue

representado a través de frecuencias absolutas y relativas. Además, se presentó tablas de distribución de frecuencias y gráficos de barras y seccionales.

Se utilizó el programa estadístico Excel 2016 para la realización de la tabla principal, con el paso de toda la información recolectada; posteriormente, en el programa estadístico IBM SPSS Statistics 24.

4.6 Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGIA
¿Cuál es la prevalencia de alveolitis como complicación post exodoncia en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de	<p>GENERAL</p> <p>Determinar la prevalencia de alveolitis como complicación post exodoncia en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2018.</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2018. Determinar la prevalencia de alveolitis como complicación post exodoncia en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote, 	<ul style="list-style-type: none"> Alveolitis 	<p>Tipo: transversal, retrospectivo y observacional, descriptivo.</p> <p>Nivel: descriptivo.</p> <p>Diseño: no experimental, epidemiológico.</p> <p>POBLACION</p> <p>57 historias clínicas de los pacientes atendidos en el área de dental del Puesto de Salud Miraflores Alto en el año 2018.</p>

<p>Áncash, año 2018?</p>	<p>Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2018, según sexo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la prevalencia de alveolitis como complicación post exodoncia en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2018, según edad. 		<p>Muestra:</p> <p>50 historias clínicas.</p>
--------------------------	---	--	---

Principios éticos

Para la realización del presente estudio se tuvo en cuenta los principios éticos basados en la Declaración de “Helsinki” (de los participantes involucrados en la investigación). No se tomó en cuenta los nombres y apellidos, solo el sexo, la edad y en caso de haber presentado alveolitis dental, se anotó en hoja de la ficha de recolección de datos (32).

La investigación toma en cuenta todos los principios y valores éticos estipulados por la Universidad ULADECH católica.

- Protección a las personas. Se respetó la dignidad humana, la identidad, la diversidad, la confidencialidad y la privacidad.
- Beneficencia y no maleficencia. Asegura el bienestar de las personas que participan en las investigaciones. La conducta del investigador responde a las siguientes reglas generales: no causar daño, disminuir los posibles efectos adversos y maximizar los beneficios.
- Justicia. El investigador ejerce un juicio razonable, ponderable y tomar las precauciones necesarias para asegurarse de que sus sesgos. Se reconoce que la equidad y la justicia otorgan a todas las personas que participan en la investigación derecho a acceder a sus resultados.
- Integridad científica. La integridad del investigador resulta especialmente relevante cuando, en función de las normas deontológicas de su profesión, se evalúan y declaran daños, riesgos y beneficios potenciales que puedan afectar a quienes participan en una investigación.
- Consentimiento informado y expreso. Se cuenta con la manifestación de voluntad, informada, libre, inequívoca y específica; mediante la cual las

personas como sujetos investigadores o titular de los datos consienten el uso de la información para los fines específicos establecidos en el proyecto (33).

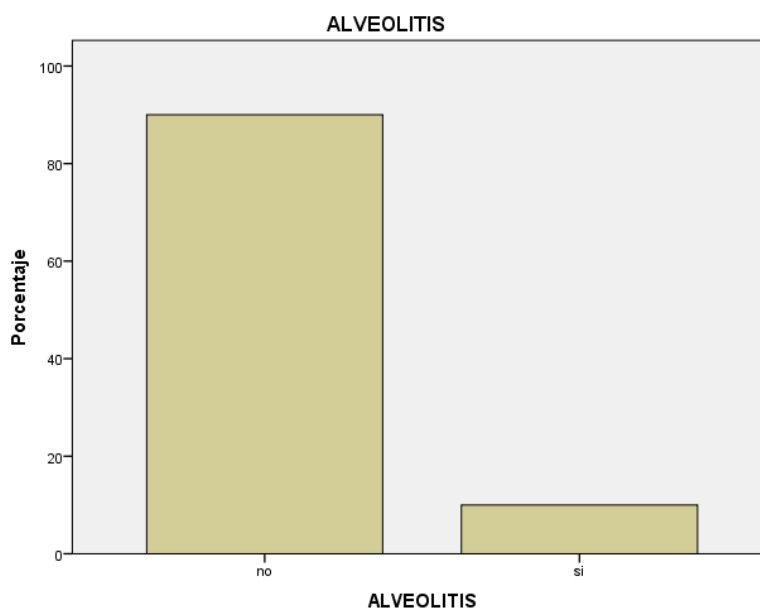
V. Resultados

5.1 resultados

TABLA 1: PREVALENCIA DE ALVEOLITIS COMO COMPLICACIÓN POST EXODONCIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, AÑO 2018.

ALVEOLITIS					
Válido		Recuento	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
				válido	acumulado
	No	45	90,0	90,0	90,0
	Si	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0%	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Ficha de recolección de datos / tabla 1

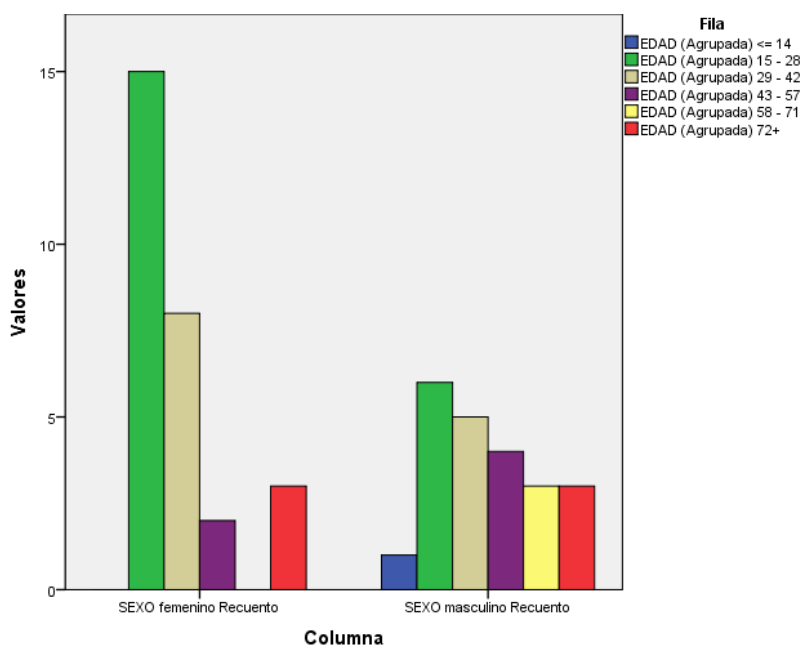
GRÁFICO 1: Prevalencia de alveolitis como complicación post exodoncia en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2018.

Interpretación: La prevalencia de alveolitis como complicación post exodoncia, tuvo un porcentaje de 10%, ya que estuvo ausente en el 90% de la población estudiada.

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, AÑO 2018

		SEXO			
		femenino		Masculino	
EDAD (Agrupada)		Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
<= 14		0	0%	1	2%
15 - 28		15	30%	6	12%
29 - 42		8	16%	5	10%
43 - 57		2	4%	4	8%
58 - 71		0	0%	3	6%
72+		3	6%	3	6%
total		28	56%	22	44%

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Ficha de recolección de datos / tabla 2

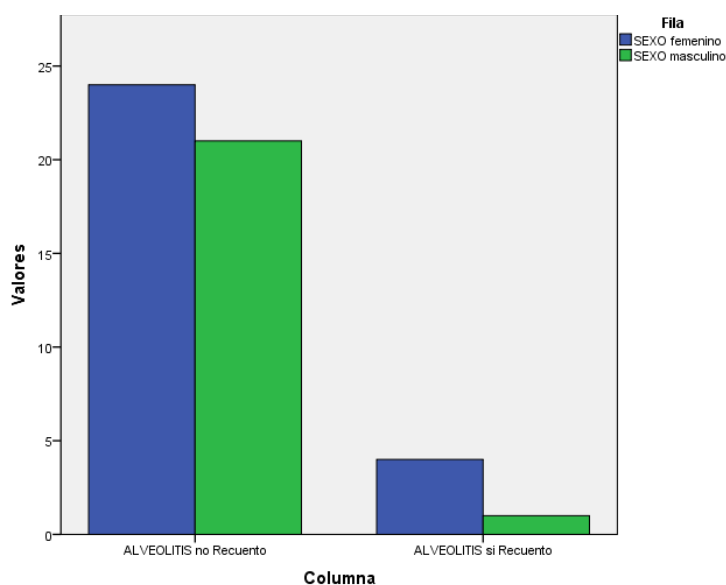
GRÁFICO 2: Características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2018.

Interpretación: De las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, en relación al sexo y la edad, el 56% fue del sexo femenino, donde el 30% tenía entre 15 a 28 años, el 16% tenía entre 29 a 42 años y el 4% tenía entre 43 a 57 años; y el 44% del sexo masculino, donde, el 2% tenía menos de 14 años, el 12% tenía entre 15 a 28 años, el 10% tenía entre 29 a 42 años, el 8% tenía entre 43 a 57 años, el 6% tenía entre 58 a 71 años como también los mayores de 72 años.

TABLA 3: PREVALENCIA DE ALVEOLITIS COMO COMPLICACIÓN POST EXODONCIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, AÑO 2018, SEGÚN EL SEXO.

		ALVEOLITIS			
		No		Si	
		Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
SEXO	femenino	24	48%	4	8%
	masculino	21	42%	1	2%
Total		45	90%	5	10%

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Ficha de recolección de datos / tabla 3

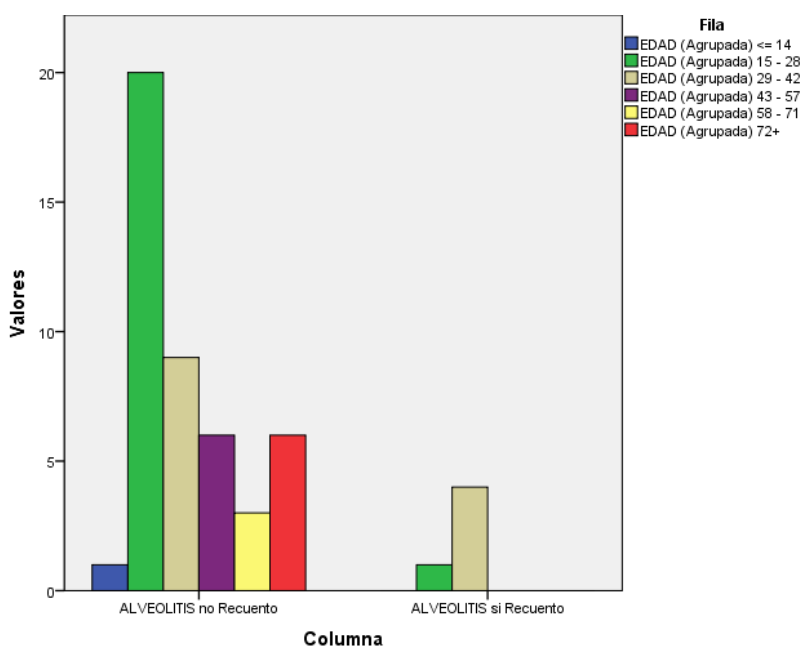
GRÁFICO 3: Prevalencia de alveolitis como complicación post exodoncia en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2018, según sexo.

Interpretación: la prevalencia de alveolitis como complicación post exodoncia, según el sexo, estuvo presente en el 8% del sexo femenino y en el 2% del sexo masculino.

TABLA 4: PREVALENCIA DE ALVEOLITIS COMO COMPLICACIÓN POST EXODONCIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD MIRAFLORES ALTO, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, AÑO 2018, SEGÚN LA EDAD.

		ALVEOLITIS			
		No		Si	
		Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
EDAD (Agrupada)	<= 14	1	2%	0	0,0%
	15 - 28	20	40%	1	2%
	29 - 42	9	18%	4	8%
	43 - 57	6	12%	0	0,0%
	58 - 71	3	6%	0	0,0%
	72+	6	12%	0	0,0%
total		45	90%	5	10%

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Ficha de recolección de datos / tabla 3

GRÁFICO 4: Prevalencia de alveolitis como complicación post exodoncia en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2018, según edad.

Interpretación: La prevalencia de alveolitis como complicación post exodoncia, según la edad, estuvo presente en el 8% de las personas que tenían entre 29 y 42 años y en el 2% de los que tenían entre 15 a 28 años.

5.2 Análisis de resultados

En el presente estudio se realizó revisión de historias clínicas de pacientes que fueron sometidos a extracción dental, donde, se evidenció que hubo una prevalencia de alveolitis de 10%, de los cuales fueron 8% mujeres y 2% varones; según la edad, estuvo presente en el 8% de las personas que tenían entre 29 y 42 años y en el 2% de los que tenían entre 15 a 28 años.

En un estudio realizado en México, por Vega S, Ramírez M, Bernal S, Garduño B, García Y, García G., sobre el riesgo de complicaciones a corto plazo asociadas con extracción dental, evidenciaron que, según la frecuencia de complicaciones según sexo, la alveolitis se presentó en el 86% de las mujeres y en el 14% de los varones; resultado que no concuerda, con respecto a la alta prevalencia de alveolitis, pero, si concuerda con que el sexo más afectado sea el sexo femenino (3). Asimismo, en Cuba, en un estudio realizado por Guerra Y, Rodríguez A, Alemán E, Valdés L, Valiente B., sobre la alveolitis dental en pacientes adultos del Policlínico René Bedia, donde evidenciaron que, según el sexo, en su mayoría eran mujeres con 66,84%; según la edad, en su mayoría tenían entre 35 a 59 años con 47,59%; según los factores asociados, en su mayoría estaban relacionadas con las conductas inadecuadas del paciente con 64,70%; según el tipo de alveolitis, en su mayoría fue seca con 61,49%. Resultado que no concuerda, con respecto a la alta prevalencia de alveolitis, puesto que en este estudio la prevalencia fue de 10% (4). Por otro lado, en un estudio realizado en Chile, por Dallaserra M., sobre la asociación entre factores de riesgo y complicaciones en cirugía bucal, en pacientes mayores de 12 años, evidenciaron que, según el tipo de complicación, el 52% presentó alveolitis húmeda, el 8% hemorragia, el 4%

hematoma, el 20% absceso de espacios faciales. Resultado que no concuerda con los hallazgos de este estudio, puesto que la prevalencia de alveolitis fue mayor (7). De la misma forma, en Ecuador, en un estudio realizado por Muñoz F., sobre la prevalencia de complicaciones post exodoncia simple en pacientes, evidenció que, según la complicación, solo el 4,65% presentó alveolitis, el 11,62% presentó trismus, el 16,27% fractura alveolar y el 4,65% hematoma; resultado que concuerda con los hallazgos de este estudio, puesto que el porcentaje de personas con alveolitis fue baja (8). En otro estudio realizado en Cuba, por González X, Lugo L, Figueroa M, Corrales M., sobre la incidencia de la alveolitis y principales factores asociados en pacientes mayores de 19 años, evidenciaron que, según el sexo, en su mayoría eran mujeres con 61,25%; según la edad, en su mayoría tenía entre 35 a 59 años con 68,75%; resultado que concuerda con respecto, a que en su mayoría eran mujeres; asimismo, la edad establecida en este estudio, está relacionada con la establecida por el autor y se encuentra dentro del intervalo (9). Finalmente, en Trujillo – Perú, por Díaz M., en un estudio sobre la incidencia de las complicaciones post exodoncia complejas y cerradas de dientes normalmente implantados, evidenciando que, según las complicaciones, se presentó edema leve en el 73,33%, dolor leve en el 100%, trismus moderado en el 60%, edema moderado en el 80% y 6% de alveolitis. Resultado que concuerda, con la baja prevalencia de alveolitis hallada en este estudio (5).

VI. Conclusiones y recomendaciones

Aspectos complementarios

En el presente estudio se realizó mediante el levantamiento de datos encontrados en historias clínicas, donde:

1. Según la prevalencia de alveolitis estuvo presente solo en el 10%, que puede estar relacionado a que la mayoría de la población, si sigue las indicaciones dadas, con la finalidad de prevenir complicaciones.
2. De las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, en el sexo femenino, la mayoría de las personas tenían entre 15 a 28 años de edad con 30% y en el sexo masculino, también la mayoría de las personas tenían entre 15 a 28 años de edad con 12%; esto puede estar relacionado a las facilidades y autodependiente para poder realizar sus cosas
3. Según el sexo y la prevalencia de alveolitis, estuvo presente en el 8% de las mujeres y en el 2% de los varones, esto puede deberse, a que en las mujeres se suma el factor hormonal y esto puede alterar la cicatrización.
4. Según la edad y la prevalencia de alveolitis, estuvo presente en el 8% de las personas que tenían entre 29 y 42 años y en el 2% de los que tenían entre 15 a 28 años, esto se relaciona a que la mayoría de la población tratada se encontraba en ese rango de edad.

Recomendaciones:

Al director de la entidad donde se realizó el estudio, exigir como control de tratamiento, el regreso del paciente, para verificar que se haya realizado el cierre completo del alveolo del diente extraído; asimismo, pedir que haya un control posterior a la realización de la extracción dental, para evitar y solucionar las posibles complicaciones.

A los pacientes, tener en cuenta, que la alveolitis es una complicación, que incluye la falta de cuidados por parte del paciente, cuando este se ha realizado una extracción dental, evitar fumar, tomar bebidas alcohólicas y realizarse su higiene normal.

Referencias bibliográficas

1. Herrera M, Solís C, Bermeo N, Sánchez M, Sánchez C, Carrillo E, et al. Consulta por extracción dental en niños nicaragüenses: una aproximación a las necesidades de atención bucal. *Pediatría (Asunción)*. 2017;44(3):239-44.
2. Herrera M, Medina-Solís C, Robles-Bermeo N, Minaya-Sánchez M, Alonso-Sánchez C-C, Lara-Carrillo E, et al. Consultation for dental extraction in Nicaraguan children: an approach to oral care needs. *Pediatría (Asunción)*. 2017;44(3):239-44.
3. Vega S, Ramírez M, Bernal S, Garduño B, García Y, García G. Riesgo de complicaciones a corto plazo asociadas con extracción dental en pacientes de una unidad de medicina familiar de Acapulco, Guerrero, México. *Atención Familiar*. 2018;25(4):151-4.
4. Guerra Y, Rodríguez A, Alemán Hernández E, Valdés L, Valiente B. La alveolitis dental en pacientes adultos del Policlínico René Bedia Morales. Municipio Boyeros. *Revista Médica Electrónica*. 2018;40(6):1856-74.
5. Diaz M. Incidencia de las complicaciones post-exodoncias complejas y cerradas de dientes normalmente implantados en la Clínica Estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo en el periodo de Marzo a Julio 2016. 2016.
6. Jach M, González S, García F, Vázquez C. Clinical-epidemiological characteristics of alveolar osteitis. *Medimay*. 2017;24(1):95-107.
7. Dallaserra M. Asociación entre factores de riesgo y complicaciones en cirugía bucal, de pacientes mayores de 12 años en la Unidad de Cirugía Maxilofacial del Complejo Hospitalario San Borja Arriarán de la Región Metropolitana. 2017.

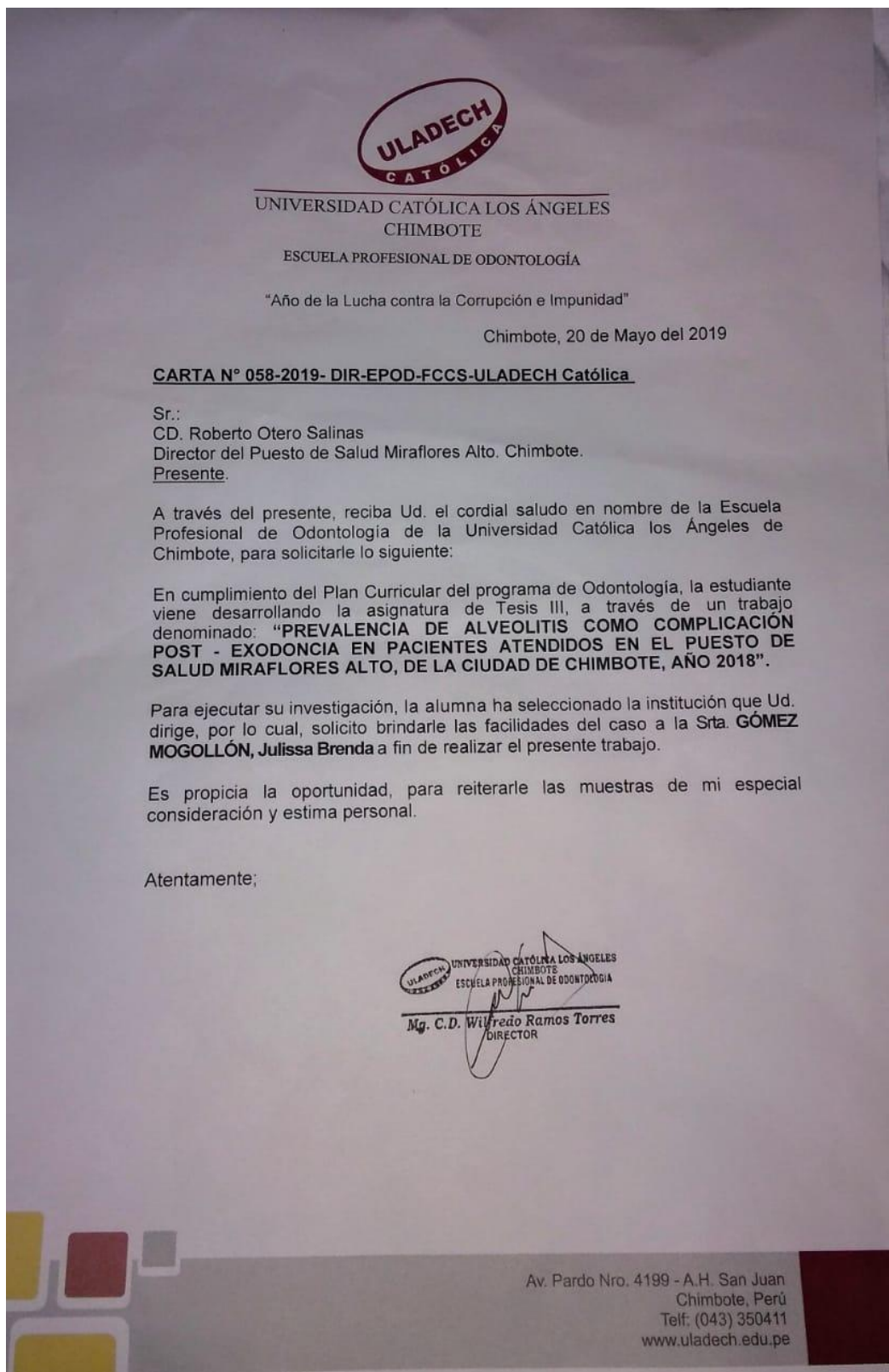
8. Muñoz F. Prevalencia de complicaciones post exodoncia simple en pacientes intervenidos en el servicio de cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas en el periodo marzo-abril 2017: Quito: Universidad de las Américas, 2017.; 2017.
9. González X, Lugo L, Figueroa M, Corrales M. Incidencia de la alveolitis y principales factores asociados en pacientes mayores de 19 años. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2017;21:11-8.
10. León V, Hernández C, Gómez I, Clausell M, Porras M. Frecuencia de alveolitis dentaria y factores que la caracterizan. Revista Médica Electrónica. 2016;38(1):1-13.
11. González X, Cordon M, González R, Maraydee S, Cardentey J, Porras O. Alveolitis in emergency dental services. MediSur. 2016;14(4):404-9.
12. Ochoa C, Portilla F. Incidencia de la Alveolitis como una Complicación Post Extracción Quirúrgica en Pacientes Tratados en la Clínica Odontológica de la Universidad San Francisco de Quito. OdontoInvestigación. 2016;2(1).
13. Zavala G, Michell K. Control Post Quirúrgico en Cirugías Dentales con la Aplicación de Plasma Rico en Factores de Crecimiento: Universidad de Guayaquil Facultad de Odontología; 2018.
14. Martín N. Cambios en los tejidos blandos y duros tras la reconstrucción de la cresta ósea y tras el uso de implantes dentales con diferente geometría: Universidad Complutense de Madrid; 2017.
15. Guzmán G, Miranda P, Elizabeth M, Bojorque B, Andrés J, Núñez Barragán K, et al. Cicatrización de tejido óseo y gingival en cirugías de terceros molares inferiores. Estudio comparativo entre el uso de fibrina rica en plaquetas

- versus cicatrización fisiológica. *Revista odontológica mexicana*. 2017;21(2):114-20.
16. Cárdenas F, Daguer M, Mesa N, Ricardo J. Regeneración ósea en alvéolos dentarios de terceros molares mandibulares empleando plasma rico en plaquetas en pacientes fumadores. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*. 2018;40(2):71-7.
17. Sculean A, Gruber R, Bosshardt D. Cicatrización y regeneración periodontal. *Periodoncia y Osteointegración*. 2014;24(2):131-6.
18. Salem C, Pérez J, Henning E, Uherek F, Schultz C, Butte J, et al. Heridas. Conceptos generales. *Cuadernos de Cirugía*. 2018;14(1):90-9.
19. Gallego M, Hincapié M, Tobaría J. Comparación en la cicatrización de tejidos blandos por cierre primario y cierre secundario en exodoncia de terceros molares incluidos del maxilar superior en la Clínica Integral del Adulto de la Universidad Antonio Nariño. Séptimo Encuentro Interinstitucional de Semilleros de Investigación EAM. 2014:284-7.
20. Pereira Á, Oliva P. Eficacia de la hidroxiapatita en la cicatrización de injertos óseos e implantes dentales: una revisión sistemática de la literatura. *International journal of odontostomatology*. 2016;10(3):373-80.
21. Solorzano C, Damian J. Resultados post-Exodoncia de terceros molares con y sin aplicación de plasma rico en plaquetas: Universidad de Guayaquil, Facultad Piloto de Odontología; 2018.
22. Ochoa A. Proceso de cicatrización post exodoncia de los terceros molares mandibulares mediante la utilización de plasma rico en plaquetas: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2018.

23. Sosa A. Estudio experimental de desarrollo de gel de extracto de propóleo como coadyuvante en el control de dolor y el proceso de cicatrización post extracción dental: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2015.
24. López J, Alarcón M, Sacsquispe S. Utilización de sulfato de calcio hemihidratado como material de relleno y barrera en un alveolo post-exodoncia: Una observación clínica, tomográfica e histológica comparativa a 4 meses antes de la colocación de implantes. Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral. 2014;7:29-31.
25. Martínez-Rodríguez N, Rubio-Alonso L, Leco-Berrocal I, Barona-Dorado C, Martínez-González J. Exodoncia en pacientes geriátricos con bifosfonatos. Avances en Odontoestomatología. 2015;31(3):173-9.
26. Guerrero C. Factores Prequirúrgicos Determinantes del Pronóstico Dental en Microcirugía Endodóntica a Diferentes Intervalos de Tiempo. 2015.
27. Gavilanes Y. Comprobación de la eficacia clínica del extracto de matico (*Piperangustifolium*) en la evolución de la cicatrización de heridas de la mucosa bucal en pacientes que acuden a la unidad de atención odontológica Uniandes 2017.
28. González D. Análisis del comportamiento bioregulatorio de la cicatrización ósea en alvéolo humano pos-exodoncia y con implante inmediato. 2016.
29. Sampieri R, Collado C, Lucio P, Pérez M. Metodología de la investigación: Mcgraw-hill México; 1998.
30. Supo J. Tipos de investigación. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/362085671/Tipos-de-Investigacion-JOSESUPO-ppt>. 2014.

31. Española R. Diccionario de la lengua Española. Vigésimotercera edición. Versión normal. Grupo Planeta Spain; 2016.
32. De Helsinki D. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la. 2004;18:20-3.
33. Católica U. Código de ética para la investigación. Universidad Católica Los Ángeles–Chimbote Perú Aprobado con Resolución. 2016(0108-2016).

ANEXO 1
CARTA DE AUTORIZACIÓN



ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA

“Prevalencia de alveolitis como complicación post exodoncia en pacientes atendidos en el Puesto de Salud Miraflores Alto, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2018.”

Autor: Gómez Mogollón, Julissa Brenda

1. DATOS GENERALES

- SEXO

FEMENINO	
MASCULINO	

- EDAD

2. DATOS ESPECÍFICOS

- Alveolitis como complicación post exodoncia

SI	
NO	

ANEXO 3

OTROS



