



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

COMPARACIÓN DE LA CICATRIZACIÓN CON DISTINTOS MATERIALES DE
SUTURA TRAS LA EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES IMPACTADOS
EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS
AMÉRICAS.

Trabajo de Titulación en conformidad con los requisitos establecidos para optar
por el título de Odontólogo

Profesor Guía

Dr. Pedro Ángel Peñón Vivas

Autor

Juan Francisco Ávila Salgado

Año

2019

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo, Comparación de la cicatrización con distintos materiales de sutura tras la extracción de terceros molares impactados en la Clínica Odontológica de La Universidad de Las Américas. del estudiante Juan Francisco Ávila Salgado, en el semestre 2019-2, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

Pedro Ángel Peñón Vivas
Especialista en Cirugía Máxilo Facial
CI: 1756259469

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber dirigido este trabajo, Comparación de la cicatrización con distintos materiales de sutura tras la extracción de terceros molares impactados en la Clínica Odontológica de La Universidad de Las Américas. del estudiante Juan Francisco Ávila Salgado, en el semestre 2019-2, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

José Ignacio Serrano Sancho
Especialista en Cirugía Oral
CI: 1714333455

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las referencias correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

Juan Francisco Ávila Salgado
CI: 1721543617

AGRADECIMIENTOS

Principalmente agradezco a Dios que ha sido mi fuerza y guía durante todos estos años de estudio , por su protección y cuidado. A mis padres Marcelo y Margarita por su apoyo incondicional y largas horas de desvelo y su amor incondicional a lo largo de mi vida. A mi novia Karla por su paciencia, y su amor y apoyo absoluto. Sobre todo, a mi docente tutor Dr. Pedro Ángel Peñón Vivas, por guiarme durante todo el proceso, y buscar el tiempo necesario para instruirme y ayudarme con su gran filosofía para enseñar.

RESUMEN

La cicatrización oral postoperatoria, conlleva a ciertos parámetros que tanto el médico como el paciente deben cumplir a cabalidad para evitar cualquier complicación, dónde también influye el material de sutura empleado. El objetivo de la presente investigación fue identificar el material de sutura con mejores resultados para el cierre de heridas quirúrgicas tras la extracción de terceros molares impactados en la Clínica Odontológica de la Universidad de Las Américas en el periodo 2019-2. Para ello se realizó un estudio, descriptivo, observacional y transversal en el cuál fueron escogidos 15 pacientes que cumplieron con los correspondientes criterios de inclusión y exclusión.

Se realizó con pacientes que eran sometidos a cirugías complejas “extracción de terceros molares”, una vez realizado todos los protocolos, se procedió a la extracción y su respectiva sutura, utilizando hilo de Seda o Nylon. A los pacientes se les indicó que debían acudir a cita control a los 8 días.

Se evaluó, el dolor con una escala EVA “escala visual análoga”.

Se observó que el género femenino acude a la COA con un porcentaje del 53.3% a comparación del género masculino.

EL mejor material de sutura fue la seda con un 28.2% de cicatrización completa, cabe recalcar que hubo un porcentaje mínimo de complicaciones asociadas tras extracción de terceros molares.

Como conclusión, la cicatrización fue mejor cuando se utilizó la seda como material de sutura

ABSTRACT

The postoperative oral healing, leads to certain parameters that both the doctor and the patient must comply fully to avoid any complication, where also influences the suture material used. The objective of the present investigation was to identify the suture material with better results for the closure of surgical wounds after the extraction of impacted third molars in the Dental Clinic of the University of the Americas in the 2019-2 period. To this end, a descriptive, observational and cross-sectional study was carried out in which 15 patients were chosen who fulfilled the corresponding inclusion and exclusion criteria. It was performed with patients who underwent complex "third molar extraction" surgeries, once all the protocols had been carried out, the extraction and its suture were carried out, using Silk or Nylon thread. The patients were told that they should attend a follow-up appointment after 8 days. The pain was evaluated with an EVA scale "visual analogue scale". It was observed that the female gender goes to the COA with a percentage of 53.3% compared to the male gender.

The best suture material was silk with 28.2% complete healing, it should be noted that there was a minimum percentage of complications associated with extraction of third molars.

In conclusion, healing was better when silk was used as suture material

ÍNDICE

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
2. OBJETIVOS.....	3
2.1. Generales.....	3
2.2. Específicos.....	3
3. JUSTIFICACIÓN.....	4
4. MARCO TEÓRICO.....	5
4.1 Dientes impactados.....	5
4.2 Clasificación y diagnóstico de terceros molares (Sole, 2012, p. 2-4).....	6
4.3 Clasificación de terceros molares según Pell y Gregory (Sole, 2012, p. 2).	6
4.4 Clasificación de terceros molares según Winter (Sole, 2012, p. 2).	7
5. Cirugía Oral.....	9
6. Fisiopatología de la inflamación.....	9
6.1Tipos inflamación:.....	10
6.2 Edema posquirúrgico.....	10
6.3 Dolor posquirúrgico.....	10
7. Materiales de Sutura.....	11
8. Técnicas de suturas.....	13
9. Clasificación del material de sutura (Blakey, 2010, p. 5-325).	13
10. Hipótesis.....	14
10.1. Hipótesis de investigación (HI):.....	14
10.2. Hipótesis nula (HO).....	14

11. MATERIAL Y MÉTODO	14
11.1 Universo de la muestra.....	14
11.2 Muestra.....	15
11.3 Criterios de inclusión.....	15
11.4 Criterios de exclusión	15
11.5. Descripción del método.....	15
11.6. Operacionalización de variables.	16
12. Análisis estadístico.....	17
13. RESULTADOS.....	17
14. DISCUSIÓN.....	21
15. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	23
15.1. Conclusiones.....	23
15.2. Recomendaciones.....	23
REFERENCIAS	25
ANEXOS.....	28

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El término sutura se refiere a la reubicación de los tejidos blandos para cerrar una herida. El médico busca sellar y mantener el coágulo por medio de hilos de sutura que permitan la unión de los bordes de la misma y reposicionar los tejidos. Esto facilita la correcta cicatrización para impedir infección, hemorragia o necrosis del tejido. (Goldsmith, De Silva, Love, 2012, p.370).

Se puede describir el uso de distintos tipos de materiales de sutura los cuales provienen de tejidos y órganos de animales, pueden tener origen vegetal, mineral si fuera el caso de metales. El avance de la tecnología ha dado a conocer los siguientes tipos: seda, lino, pelo de caballo, tendones, intestinos de animales, y alambres. En la actualidad la ciencia ha conseguido diseñar suturas sintéticas reabsorbibles para procedimientos específicos dando una mejor atención al paciente sin dolor; este hilo no requiere ser retirado siendo una técnica segura para cualquier procedimiento. (Nieri, 2010, p.757).

El material de sutura es un cuerpo extraño instaurado en el cuerpo humano, el cual provocará una resistencia o la exposición dependiendo del tamaño o el grado de amplitud de cada herida, también dependerá del tipo que este elaborado cada material y la cantidad de sutura que estará en la herida para que pueda cerrar fácilmente. (Sridharan, 2010, p.110). El objetivo de esta investigación es revisar detenidamente los diferentes materiales de sutura valorando la viabilidad del material para cerrar heridas y así poder determinar su uso intraoperatorio en procedimientos de cirugía oral.

Entre los procedimientos de cirugía oral más comunes, se encuentra la extracción de terceros molares, debido a la falta de espacio en las arcadas dentarias, por caries, por daños a estructuras dentales adyacentes y a causa del dolor irradiado hacia estructuras orales y faciales; razón por la que la exodoncia es requerida, las diferentes acciones quirúrgicas dependen la ubicación de la pieza dental, existiendo un punto en común que es la acción de

la sutura para mejorar la hemostasia, evitar la invasión de objetos extraños y conservar la asepsia en la cavidad alveolar (Pérez, 2010, p.2.).

El mejor tratamiento de la cirugía es el cierre primario, y lo principal de esto es que no exista alguna contraindicación para la realización del procedimiento. En esta investigación se pretende determinar que material de sutura tiene mejor resultado en la cicatrización de la mucosa oral tras la extracción de terceros molares. Cada método de sutura tiene sus indicaciones, ventajas y desventajas, consideraciones específicas, creando tensión adecuada en los tejidos y un cierre espontaneo en poco tiempo, sin apoyo mecánico. (Hernández, 2016, p.270).

Tras la extracción de piezas dentales hay que tomar en cuenta el manejo farmacológico, para evitar la inflamación, edema y dolor post operatorio esto corresponde al cierre de la herida de cada paciente, considerando que hay ciertos medicamentos los cuales sirven como: antiinflamatorios, antibióticos y analgésicos; interviniendo para mejorar los resultados postoperatorios. (Aguana, 2011, p.46).

2. OBJETIVOS

2.1. Generales

1. Identificar el material de sutura con mejores resultados para el cierre de heridas quirúrgicas tras la extracción de terceros molares impactados en la Clínica Odontológica de la Universidad de Las Américas en el periodo 2019-2.

2.2. Específicos

1. Determinar la distribución de paciente según variables sociodemográficas y cicatrización de la herida quirúrgica tras la extracción de terceros molares impactados.
2. Identificar el comportamiento del dolor según escala visual análoga en relación a la pieza extraída, así como el estado de cicatrización teniendo en cuenta el grado de afrontamiento de los bordes de la herida quirúrgica.
3. Determinar la presencia de complicaciones postoperatorias según el tipo de material de sutura.

3. JUSTIFICACIÓN

En la práctica médica es de vital importancia que el médico cirujano adquiera destreza y agilidad para lograr perfeccionar los procedimientos quirúrgicos basándose en la realización de una buena técnica de sutura para poder lograr una correcta cicatrización de la herida, sin edema y sin infección local. Es importante recalcar que solo con la asepsia y antisepsia se puede evitar un proceso de cicatrización lento y doloroso, preservando la función de la zona lesionada y recuperando la estética. Sin embargo, se debe considerar la zona anatómica, las características de la herida y del paciente para poder determinar el tipo de hilo de sutura más adecuado, garantizando una rápida y satisfactoria recuperación. Teniendo en cuenta que la extracción del tercer molar es actualmente uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes dentro de la práctica clínica de la Odontología, es importante conocer el manejo correcto del instrumental quirúrgico y la técnica de sutura más eficaz en el proceso de cicatrización.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Dientes impactados

Se considera diente incluido cuando el mismo se encuentra dentro del hueso totalmente envuelto por tejido óseo y mucosa. Las diferentes posiciones que adquieren los terceros molares hacen que exista una controversia, con trastornos mecánicos, impidiendo el desarrollo en los tejidos blandos y duros. El área donde se encuentra ubicado y que no exista espacio suficiente para la erupción del diente permanente es una de las razones más importantes en la Odontología para poder definir respectivamente su tratamiento. (Nieri, 2010, p. 760).

Estos problemas de erupción se presentan comúnmente en la mandíbula y existen diferentes factores locales que afectan al crecimiento total del germen dentario como pueden ser: problemas en desarrollo dental como la fusión de los dientes con el hueso subyacente y síndromes asociados, traumatismos, quistes, tumores o el espacio insuficiente en el arco dentario. Las consecuencias de no extraer estas piezas pueden ocasionar infecciones, caries, y en ocasiones llegar a producir reabsorción ósea. Esto dientes se clasifican en tres tipos: impactación, inclusión ectópica, heterotópica. (Sadler, 2012, p. 260)

Impactación: Detención de la erupción de un diente, el cual impide el crecimiento del germen dentario que aún no existe en cavidad bucal esta se denomina retención primaria.

Al no existir ninguna barrera física en el transcurso eruptivo de cada diente se lo denomina retención secundaria o también conocida como reimplantación.

Inclusión Ectópica: Es cuando se encuentra el diente ubicado de manera anómala cerca del lugar habitual.

Heterotópica: Es cuando se encuentra el diente ubicado de manera anómala lejos del lugar habitual.

4.2 Clasificación y diagnóstico de terceros molares (Sole, 2012, p. 2-4).

(Pell, Gregory, 2012, p. 2-4). Se basa esta clasificación con respecto al tercer, segundo molar y la rama ascendente de la mandíbula y la profundidad del tercer molar en el hueso.

- Posición: En el cual se describe el sitio exacto donde se encuentra la corona retenida con relación al diente vecino, según los tercios cervicales, medio y apical, estableciendo que cada tercio mide aproximadamente 5 mm.
- Dirección: Es la tendencia del diente retenido, según la inclinación de la corona, la misma que se puede observar, tanto en vestibular, lingual distal, palatino o lingual.
- Estado radicular: Se reconoce ciertas características morfológicas radiculares, por ejemplo: se dan claramente en raíz curva, o raíz incompleta.

4.3 Clasificación de terceros molares según Pell y Gregory (Sole, 2012, p. 2).

Estos autores determinan la situación de los terceros molares inferiores, y la profundidad con relación al plano oclusal (A, B, C) también es la distancia mesiodistal del diente retenido en relación con el espacio del segundo molar y la rama mandibular (Clase I, II, III).

- Con relación a la distancia

Clase I: Hay suficiente espacio anteroposterior para que haya exfoliación del tercer molar entre la rama y distal del segundo.

Clase II: Se encuentra introducida en la rama de la mandibular por la porción distal del segundo molar lo cual es mucho mas pequeño que la distancia mesiodistal de la parte de la corona del tercer molar.

Clase III: El tercer molar se encuentra localizado profundamente entre la rama mandibular.

- Con relación a la profundidad

Nivel A: Esta en el mismo punto del plano oclusal del segundo molar.

Nivel

B: Ubicado así el punto mas sobresaliente del diente por debajo de la línea oclusal, pero aún alcanza por arriba de la línea cervical del segundo molar.

Nivel C: Es lo mas sobresaliente que está localizado por debajo de la corona del segundo molar.

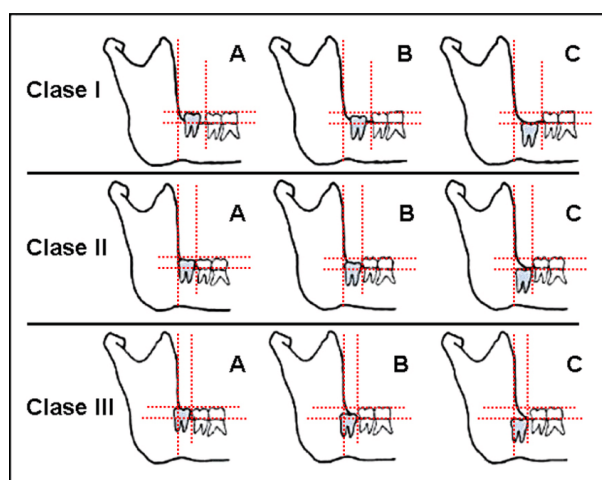


Figura 1. Clasificación Pell Gregory

Tomado de: (Sole, 2012, p. 2-4).

4.4 Clasificación de terceros molares según Winter (Sole, 2012, p. 2).

Estableció la clasificación basándose en la angulación axial del tercer molar con respecto al eje axial del segundo molar.

- 1) Inclusión Mesioangular: El diente incluido esta direccionando hacia el segundo molar en sentido mesial.
- 2) Inclusión Horizontal: El eje longitudinal del tercer molar se encuentra horizontal.
- 3) Inclusión Vertical: El tercer molar inferior es paralelo al eje longitudinal del segundo molar superior.
- 4) Inclusión Distoangular: Se encuentra el tercer molar en ángulo distal lejos del segundo molar.
- 5) Invertido: Se encuentra en sentido contrario a la erupción dentaria.
- 6) Vertical: El eje longitudinal es paralelo al segundo molar.
- 7) Horizontal: La longitud del tercer molar se encuentra posicionado horizontalmente.
- 8) Distoangular: La longitud del tercer molar está posicionado de distal sin ocluir con el segundo molar inferior.

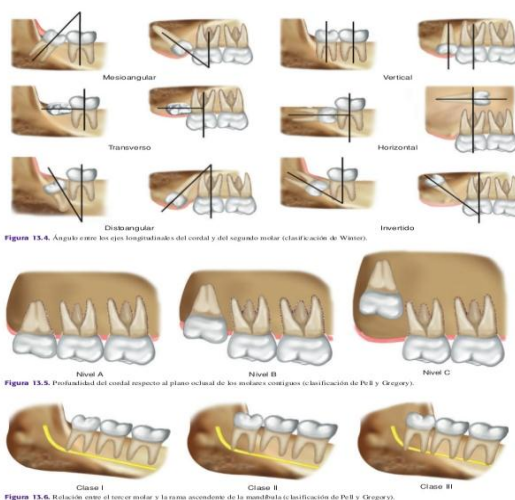


Figura 2. Clasificación según Winter

Tomado de: (Sole, 2012, p. 2-4).

4.5 Diagnóstico

En el diagnóstico de los dientes retenidos o incluidos se debe tomar en cuenta los factores hereditarios como la principal etiología. En el paciente pediátrico, la ausencia de los dientes deciduos es un factor determinante para sospechar de una anomalía en la exfoliación de la pieza dentaria. Como profesionales de la

salud, iniciaremos con una correcta anamnesis y exámenes complementarios dentro de ellos, la radiografía panorámica es el estudio de imagen ideal para poder observar las estructuras de la cavidad oral en una sola toma y poder concluir en un tratamiento certero.

Existen casos donde emerge la pieza dentaria donde se observa inflamación y sensibilidad de las encías, esto se podría evaluar para que los pacientes con dichos problemas puedan tener un diagnóstico previo a dolencia alguna y prevenir malestar. (Coulthard,2014, p. 9 - 45).

5. Cirugía Oral

La cirugía oral cumple un papel importante en el ámbito de la odontología, consiste en el diagnóstico, tratamiento y manejo de las enfermedades sistémicas y autoinmunes de cada paciente, también se encarga del estudio de patologías que existen en diferentes partes de la boca, los maxilares y los tejidos adjuntos a cabeza y cuello. Cumple la función más invasiva debido a que necesita eliminar completamente las causas de molestias que afecten a dichas regiones, realizando incisiones y colgajos para acceder fácilmente a las piezas dentales. (Pérez, et al., 2011, p. 1-3).

6. Fisiopatología de la inflamación

Es el proceso de respuesta inmediata ante un estímulo que genera el cuerpo humano frente, a infecciones, traumatismos. Está producida por medio de la vasodilatación y aumento de la permeabilidad capilar. En la inflamación intervienen algunos mediadores como, por ejemplo: histamina, bradicinina, serotonina, leucotrienos. La sobre producción de citocinas se presenta frente a circunstancia de estrés, infecciones, lesiones; enviando señales de acción de los linfocitos T y B, que se emplean en el proceso inflamatorio (Goodman & Gilman, 2012).

6.1 Tipos inflamación:

La inflamación puede ser de tipo agudo y crónico. La aguda se refiere a un tiempo mínimo, caracterizándose por un inicio rápido la mayor parte por células leucocitarias que migran por el torrente sanguíneo hacia el área afectada, influyen factores tales como quimiotácticos, estos ayudan a eliminar el agente que ocasionó problema alguno. La inflamación crónica continua por algunas semanas hasta meses, existiendo infiltración de algunas células: macrófagos, linfocitos y plasmáticas (Villalba Herrera, 2014, p. 2261-2265).

6.2 Edema posquirúrgico

El edema es el aumento de líquido en el intersticio que se observa clínicamente por un hueco al presionar la piel. Distintamente cada persona tiene un peso promedio si es excesivamente mayor al tamaño de la persona el volumen de líquido que se requiere para poder observar al edema será 2.3 a 4.5 kg. El comienzo original del edema es ocasionado por el descenso de la presión oncótica o aumento de la presión hidrostática extravascular, esto ocasiona la retención de agua y sodio. Es el crecimiento de la zona por incremento de líquido en las estructuras mucosas/dermicas, se manifiesta clínicamente en lo más profundo de la piel en forma de hendidura. Es ocasionado por la manipulación de tejido, esto es un proceso normal en el cual se localizan prostaglandinas que actúan como mediadores físicos frente a un proceso quirúrgico promoviendo así la cicatrización lo que ocasiona el aumento de la masa en la zona afectada. (Flores, Flores & Lazcan, 2014, p.52-55).

6.3 Dolor posquirúrgico

Se trata de una mala experiencia de carácter sensorial y emocional que se asocia en una lesión tisular real. Existen dos signos clínicos específicos para la identificación del dolor posquirúrgico: inflamación y dolor se manifiestan

conjuntamente para la estimulación de nociceptores (terminaciones de fibras aferentes que captan el dolor), que son los resultados de acometimientos quirúrgicos, lesiones de nervios, espasmos musculares, todos estos son manipulaciones de los tejidos durante la operación. (Lago, 2008).

Existen algunos factores que afectan al postoperatorio de cada cirugía estos son; el lugar quirúrgico, naturaleza, el tipo de trauma, duración, tipo de anestesia, uso incorrecto de analgésicos y antibióticos, estos son trastornos que afectan al paciente tanto físicamente como psicológicamente.(Guarín,2013,p.443)

7. Materiales de Sutura

Es importante la utilización de un buen material para las suturas, pues de ello depende la protección de la mucosa bucal. En la antigüedad se utilizaban suturas que provenían de restos biológicos, como: catgut y seda. Con los avances tecnológicos podemos encontrar que el ser humano ha fabricado suturas con distintas sustancias las cuales son el ácido poliglicólico y polidioxanona, el nylon y el polipropileno, que son sustancias no absorbibles (Patino, 2011, p.2-4).

Para realizar diferentes tipos de suturas en cirugía oral es necesario estar al tanto del manejo adecuado de todo el instrumental quirúrgico, de igual forma el conocimiento, adecuado de la técnica de sutura para realizar correctamente una cirugía, garantizando un cierre de todos los bordes de la herida. Según la región anatómica de cada herida se empleará distinto tipo de hilo de sutura, dependiendo así el tipo de grosor y material y según el grado de amplitud de la cicatrización se recomendará cierto tipo de material.

Tabla 3. Indicaciones de tipos de sutura y tiempo de retirada de los puntos			Retirada de puntos	
Región anatómica	Sutura cutánea	Sutura subcutánea*	Adultos	Niños
			Cuero cabelludo	Grapas Seda 2/0
Párpados	Monofilamento 6/0 Seda 6/0	–	3-5	3-5
Orejas	Monofilamento 4/0-5/0	–	4-5	3-5
Nariz	Monofilamento 4/0 Seda 4/0-5/0	Vicryl® o Dexon 4/0	4-6	3-5
Labios	Monofilamento 4/0 Seda 4/0	Vicryl® o Dexon 4/0	4-6	4-5
Fronte/resto de la cara	Monofilamento 4/0-5/0	Vicryl® o Dexon 4/0	4-6	3-5
Cuello	Seda 4/0-5/0			
Tronco/abdomen	Monofilamento 3/0-4/0	Vicryl® o Dexon 3/0	7-12	7-9
Espalda	Monofilamento 3/0-4/0	Vicryl® o Dexon 3/0	12-14	11-13
Extremidad superior/mano	Monofilamento 4/0	Vicryl® o Dexon 3/0	8-10	7-9
Pulpejo	Monofilamento 4/0	–	10-12	8-10
Extremidad inferior	Monofilamento 3/0	Vicryl® o Dexon 3/0	8-12	7-10
Pie	Grapas Monofilamento 4/0	Vicryl® o Dexon 3/0	10-12	8-10
Pene	Monofilamento 4/0	Vicryl® o Dexon 3/0	7-10	6-8
Mucosa oral, nasal y lengua	Vicryl® 3/0	–	–	–

*Cuando sea preciso.
Modificado de Arribas JM, con permiso del autor.

Figura 3. Indicaciones de tipos de sutura y tiempo de retirada de los puntos

Tomado de: (Arribas. B 2012, p.89-99)

Silkam

Es una sutura natural y no absorbible, considerándose uno de los principales materiales de sutura en cirugía bucal, su uso se caracteriza por ser cómoda con la presencia de multifilamento, produciendo de esta manera una mayor complicación en desatar los nudos de sutura, ya que, al usar como material, la seda de sutura la misma que facilita el ajuste necesario dentro de los tejidos bucales lo que podemos observar claramente que no irrita a los tejidos porque los nudos no resultan muy grandes.

Dafilon

Es usado propiamente en la microcirugía, facilitando de esta manera la unión de dos bordes abiertos en una herida, esto se emplea dentro de cualquier rama de medicina que se requiera el uso del nylon por la tolerancia en los tejidos creando una mínima resistencia tisular, debido a que no absorbe líquidos y se considera una de las mejores por conservar la asepsia. (Arribas, B. 2012, p.89-99).

8. Técnicas de suturas

- Punto simple

Esta técnica de sutura es la más utilizada para cerrar una herida en la piel o mucosa, también se puede emplear sola o en combinación con otros puntos. Este punto de sutura es el más sencillo de realizar abarcando la piel y una mínima parte de la dermis. Los puntos de entrada y salida de la aguja deben respetar de 3-5 mm con respecto los bordes de la herida dando así una asimetría total entre los puntos.

- Punto continuo

Es una continuación de puntos que ensamblan los bordes propiamente de la herida.

- Punto colchonero vertical.

Se ejecuta propiamente, iniciando, como si de un punto simple se tratase, solo que más profundo, logrando llegar hasta tejido subcutáneo, y dejando un espacio en los bordes de la herida, más o menos 7-8 mm.

- Punto colchonero horizontal

Este punto se inicia introduciendo la aguja en la herida, saliendo por el lado contrario de la herida respetando una distancia aproximada de 3-5 mm de cada borde. Para finalizar nuevamente se introduce la aguja a una distancia de 5 mm de lado del punto de salida inicial, dejando una separación para no tener dificultad cuando sea de retirarlo.(Santamaria,G 2012, p. 22-40).

9. Clasificación del material de sutura (Blakey, 2010, p. 5-325).

- Suturas Absorbibles

Animal: Catgut simple y Catgut crómico.

Sintético: Acido poliglicólico, poliglactina 910, Glycomer 631, poligliconato, poliglicaprone 25, polidioxana.

- Suturas No Absorbibles:
Vegetal: Hilo de algodón, lino
Animal: Seda
Mineral: Acero quirúrgico
Sintético: Nylon, poliéster, polopropileno

10. Hipótesis

10.1. Hipótesis de investigación (HI):

Existe una alta prevalencia de pacientes que asisten a la clínica odontológica de la Universidad de Las Américas para extracción de terceros molares los cuáles son suturados con dos materiales de sutura llamados seda y nylon.

10.2. Hipótesis nula (HO)

Existe una baja prevalencia de pacientes que asisten a la clínica odontológica de la Universidad de Las Américas para extracción de terceros molares los cuáles son suturados con dos materiales de sutura llamados seda y nylon.

11. MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Descriptivo, observacional y transversal

- Descriptivo y observacional: No hay intervención por parte del investigador y se limita a medir las variables que define en el estudio.
- Transversal: Se describe la frecuencia de una exposición en una cierta población seleccionada.

11.1 Universo de la muestra

El universo estuvo constituido por todos los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas

11.2 Muestra

Se seleccionaron 15 individuos según los criterios de inclusión y exclusión.

11.3 Criterios de inclusión

- Pacientes con presencia de terceros molares impactados
- Pacientes de 16 años hasta los 60 años.
- Pacientes que requieren levantamiento de colgajo y suturas.

11.4 Criterios de exclusión

- Pacientes que presenten infecciones
- Embarazadas
- Adultos de alto riesgo

11.5. Descripción del método

Para el presente estudio se solicitó la autorización por la coordinación del CAO, y una vez aprobado por el comité de ética de la Universidad, se procedió hablar con los pacientes a los cuales se les entregó un consentimiento informado, para la ejecución de la comparación de los materiales de sutura tras la extracción de los terceros molares y se tomó en cuenta a los pacientes que firmen este consentimiento. A continuación, se procedió a tomar la presión arterial, peso y se dio asepsia y antisepsia (enjuague bucal, se realizó la asepsia y antisepsia de la cara del paciente con yodo de adentro hacia afuera), se puso un campo de ojo y se procedió a realizar la cirugía de terceros molares, después de cada exodoncia se suturó de acuerdo al gusto del docente la técnica de sutura más adecuada, los 8 días se avalúo por medio de la escala de dolor llamada EVA y se observó la cicatrización, los datos fueron registrados en un formulario, cuál tiene preguntas tales como: número de

piezas extraídas, defina del 1 al 10 cuál es el dolor en las piezas extraídas, material de sutura correspondiente, complicaciones asociadas cicatrización.

11.6. Operacionalización de variables.

Tabla 1
Operacionalización de variable

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADOR	INSTRUMENTO
Edad	Tiempo de una persona que ha vivido desde su nacimiento.	Biológica	Años	16 a 60 años.
Género	Características anatómicas y físicas que diferencia entre un hombre y una mujer.	Biológica	-Femenino. -Masculino. -LGBTI.	Anamnesis.
Materiales de Sutura	Esto favorece a la cicatrización de una herida manteniendo así los bordes unidos disminuyendo la tensión entre ellos.	Tipo de sutura	-Mayor 2.5 cm AE elongada. -2.5 cm o menos AE normal.	Seda y Nylon.
Dolor	Apreciación localizada que refiere el paciente, que puede ser intensa, molesta o desagradable.	Visual análoga	Escala de EVA	1 al 10
Cicatrización	Es un proceso biológico que tiene como objetivo reparar correctamente heridas en todos los tejidos vivos.	Sensorial.	-Presente. -Ausente.	Completa Parcial No cicatrizó

12. Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el programa spps 22 y la prueba chi cuadrado de Pearson, para la elaboración y presentación de las tablas se utilizó Excel del paquete office del 2013

13. RESULTADOS

Tabla 2

Distribución de pacientes según grupos de edad y género sexual

EDAD	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
16-20 años	1	6,7%	5	33,3%	6	40,0%
21-30 años	5	33,3%	3	20,0%	8	53,3%
41-50 años	1	6,7%	0	0,0%	1	6,7%
Total	7	46,7%	8	53,3%	15	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,118	2	0,128

En la tabla se observó la distribución de pacientes, en la que es posible diferenciar que el género femenino tiene un mayor porcentaje con 53.3%, en la muestra predominó el grupo de edad de 21- 30 años del género masculino con un 33.3% del total y el grupo de 16-20 años en el género femenino con un porcentaje del 33.3%

Tabla 3
Distribución de pacientes según edad y cicatrización

Edad	Cicatrización						Total	
	Completa		Parcial		No cicatrizó			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
16-20 años	4	10,3%	15	38,5%	-	0,0%	19	48,7%
21-30 años	8	20,5%	10	25,6%	-	0,0%	18	46,2%
41-50 años	2	5,1%	-	0,0%	-	0,0%	2	5,1%
Total	14	35,9%	25	64,1%	-	0,0%	39	100,0%

PIEZA		Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Total	Chi-cuadrado de Pearson	5,962	2	,051
	Razón de verosimilitud	6,633	2	,036
	Asociación lineal por lineal	5,783	1	,016
	N de casos válidos	39		

En la tabla se observó la distribución de pacientes según edad y cicatrización, en la que se puede diferenciar que el grupo de 16-20 años de edad tuvo mayor representación con un 48.7%. En la muestra predominó el índice de cicatrización parcial con un porcentaje mayor del 64.1% seguido de la cicatrización completa con un porcentaje del 35.9%. Ningún paciente presentó problemas en la cicatrización.

Tabla 4
Distribución de pacientes según género y su cicatrización

Cicatrización	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Completa	8	20,5%	6	15,4%	14	35,9%
Parcial	10	25,6%	15	38,5%	25	64,1%
No Cicatrizó	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	18	46,2%	21	53,8%	39	100,0%

PIEZA		Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Total	Chi-cuadrado de Pearson	1,061	1	,303
	Corrección de continuidad	,484	1	,487
	Razón de verosimilitud	1,062	1	,303
	Prueba exacta de Fisher			
	Asociación lineal por lineal	1,034	1	,309
	N de casos válidos	39		

En la tabla se observó la distribución de pacientes, en la que se puede diferenciar que el género femenino tuvo mayor porcentaje con un 53.8%, en la muestra predominó el índice de cicatrización parcial con un porcentaje del 64.1% seguido de la cicatrización completa con un porcentaje del 35.9%.

Tabla 5

Distribución de pacientes según la pieza dentaria y EVA

DOLOR	Pieza dentaria								Total	
	Pieza 18		Pieza 28		Pieza 38		Pieza 48			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cero	2	5,1%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	2	5,1%
Uno	-	0,0%	1	2,6%	1	2,6%	-	0,0%	2	5,1%
Dos	-	0,0%	1	2,6%	4	10,3%	6	15,4%	11	28,2%
Tres	4	10,3%	2	5,1%	2	5,1%	3	7,7%	11	28,2%
Cuatro	2	5,1%	2	5,1%	3	7,7%	3	7,7%	10	25,6%
Cinco	-	0,0%	-	0,0%	3	7,7%	-	0,0%	3	7,7%
Total	8	20,5%	6	15,4%	13	33,3%	12	30,8%	39	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	23,470	15	0,075

En la tabla se observó la distribución de pacientes, según la pieza más extraída; siendo esta la número 38 con un porcentaje del 33.3%. En relación a la escala de dolor predominó con igual porcentaje de 28,2% los valores 2 y 3.

Tabla 6

Distribución de pacientes según piezas y su cicatrización

Piezas	Cicatrización						Total	
	Completa		Parcial		No Cicatrizó			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pieza 18	2	5,1%	6	15,4%	0	0,0%	8	20,5%
Pieza 28	2	5,1%	4	10,3%	0	0,0%	6	15,4%
Pieza 38	5	12,8%	8	20,5%	0	0,0%	13	33,3%
Pieza 48	5	12,8%	7	17,9%	0	0,0%	12	30,8%
Total	14	35,9%	25	64,1%	0	0,0%	39	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,641	3	,887
Razón de verosimilitud	,661	3	,882
Asociación lineal por lineal	,599	1	,439
N de casos válidos	39		

En la tabla se observó la distribución de pacientes, según la pieza más extraída que fue la número 38 con un porcentaje del 33.3%, con un índice predominante de cicatrización parcial con un porcentaje del 64.1%, seguida de la cicatrización completa con un porcentaje del 35.9%.

Tabla 7

Distribución de pacientes según material de sutura y su cicatrización

Cicatrización	Material de sutura				Total	
	Seda		Nylon			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Completa	11	28,2%	3	7,7%	14	35,9%
Parcial	3	7,7%	22	56,4%	25	64,1%
No Cicatrizó	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	14	35,9%	25	64,1%	39	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

PIEZA	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
T Chi-cuadrado de Pearson	17,284	1	,000		
ot Corrección de	14,512	1	,000		
al continuidad	18,026	1	,000		
Razón de verosimilitud				,000	,000
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por	16,841	1	,000		
lineal					
N de casos válidos	39				

En la tabla se observó la distribución de pacientes según el material de sutura; el Nylon predominó con un número de 25 piezas suturadas que representan el 64.1%, de las cuales el 56,4 % tuvo una cicatrización parcial. La seda fue el material de sutura con mejores resultados de cicatrización completa con un 28.2% (11 piezas) en relación a 35,9% de heridas dónde se empleó este material de sutura .

Tabla 8

Distribución de pacientes según materiales de sutura y complicaciones asociadas

Complicaciones asociadas	Materiales de Sutura					
	Seda		Nylon		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Infección	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Hemorragia	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Edema	11	28,2%	13	33,3%	24	61,5%
Fiebre	-	0,0%	-	0,0%		0,0%
No hubo complicaciones	3	7,7%	12	30,8%	15	38,5%
Total	14	35,9%	25	64,1%	39	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,677	1	0,102

En la tabla se observó la distribución de pacientes, el material de sutura más utilizado fue el Nylon con un porcentaje del 64.1%, y con un 33.3% de complicaciones asociadas.

14. DISCUSIÓN

Este estudio se realizó en los quirófanos de la Facultad de Odontología de La Universidad de las Américas, con el propósito de verificar cual fue el material de sutura más usado tras la extracción de terceros molares, su cicatrización con relación al género, edad, pieza extraída.

Morejón, F.Alvarez, del año (2014) menciona que fueron tomados alrededor de 60 pacientes para una investigación, que trataba de observar el procedimiento tras la extracción de los terceros molares a las 72 horas del procedimiento todos presentaron dolor, en 48 horas un porcentaje de 80% de dolor moderado y en 12 horas un porcentaje del 20% de dolor intenso. También evaluaron las complicaciones asociadas a la cirugía según el tiempo como: a las 72 horas en 54 de los operados, con cierre de la herida por segunda intención era ligero y solo en 6 pacientes fue el edema moderado, a los 15 días había 5 pacientes con edema ligero. (Morejón, F.Alvarez, Y 2014,p. 2-6.

En el presente estudio, se logró evaluar las discrepancias, entre la formación ósea y los tejidos blandos en todos los pacientes que han sido sometidos a cirugías de terceros molares. Se realizó con la ayuda de instrumental rotatorio para que facilite la osteotomía de los molares incluidos.

Las edades que participaron en dicho estudio fluctúan entre 16 y 24 años, con un promedio aproximado de 19,2 años, predominando con el 75% el género femenino, según lo encontrado en la literatura estudios como el de Beatriz,Z. del año (2014). Con un mayor índice de consulta odontológica, quienes acuden para realizarse una extracción son propiamente las mujeres con un rango de edad, entre los 18 y 25 años. (Beatriz,Z.2014).

Las edades variaron entre los 16 y 24 años, con un promedio de 18.93%. El sexo predominante fue el masculino con un 60%. A la vez se realizó la medición del dolor lo que utilizaron EVA que a las 48 horas obtuvieron un 4%. (Casas, V y Cols. 2011,p.185-192).

Haug Rh, y Cols explica que la agudización del dolor postoperatorio o permanencia del mismo pasadas las primeras 48-72 horas son generalmente índices de la existencia de una infección que trastorna el proceso de cicatrización de tejidos blandos coincidiendo con el presente estudio en el cual no se agudizó el dolor, se mantuvo leve y no se evidenciaron signos de infección. (Haug Rh, y Cols. 2008, p. 1106-14).

15. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

15.1. Conclusiones

- Existió un predominio del género femenino que acudió a la consulta odontológica para extracción de terceros molares en comparación al género masculino.
- Con relación a la edad, de todos los pacientes que fueron atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad de Las Américas se presentó mayor número de pacientes entre los 16-20 años del género femenino, mientras que para el género masculino predominaron los pacientes con edades entre 21-30 años.
- La pieza más extraída fue el número 38, con mayor porcentaje de cicatrización parcial.
- Fue bajo el número de complicaciones asociadas tras la extracción de terceros molares.
- El material de sutura más empleado fue el nylon en comparación con la seda. Sin embargo, los resultados de la cicatrización fueron mejores cuando se utilizó la seda como material de sutura.

15.2. Recomendaciones

Con los resultados del presente estudio, requerimos obtener un mayor plazo de tiempo para lograr conseguir un porcentaje favorable de pacientes para valorar a fondo y minuciosamente cada situación o problema que presente nuestra recolección de datos, así podemos ayudar a fomentar a todos los pacientes que entran a la Facultad mas grande y prestigiosa de América “UDLA” que es importante y necesario una buena salud oral para una vida plena.

Se recomienda tomar en consideración a edades mas tempranas como variable de importancia ya que existen estudios que hay mas prevancia de

cicatrización tras extracción de terceros molares, esto influye el hilo de sutura que se vaya a implementar.

Se recomienda con este estudio en un universo más grande, para obtener una muestra más certera con mayor datos que brinde más información sobre la cicatrización con los dos materiales de sutura que se utilizan en La Facultad de Odontología de la Universidad de Las Américas.

REFERENCIAS

- Aguana, K. (2011). Diagnóstico de Caninos retenidos y su importancia en el tratamiento Ortodóncico. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatriar*. 1(4), pg 46 Recuperado de: www.ortodoncia.ws. Consultada.
- Beatríz,Z.(2014). Diferencias en la cicatrización ósea y de tejidos blandos en pacientes sometidos a osteotomía con instrumental rotatorio, para exodoncias de terceros molares incluidos
- Blakey GH, Gelesko S, Marciani RD, Haug RH, Offenbacher S, Phillips C, et al. Third molars and periodontal pathology in american adolescents and young adults: A prevalence study. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010; 68:325-9.
- Blanco, A.Fortet, C.Olaso, S. (2012) Suturas básicas y avanzadas en cirugía menor. *Medicina de Familia*; 28(2) pág. 89-99.
- Casas del Valle Laissle y Cols. Compararon el postoperatorio de dos colgajos en la cirugía de terceros molares incluidos *rev esp cirugía oral maxilofac* 2011; 31,3 (mayo-junio):185-192.
- Coulthard P, Bailey E, Esposito M, Furness S, Renton TF, Whorthington HV. Surgical techniques for the removal of mandibular wisdom teeth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014, 7:CD004345.
- Fernando Sole B, Francisco Muñoz T.Cirugía bucal para pregrado y el odontólogo general bases de la cirugía bucal. N°Edición: 1/2012.
- Flores, B., Flores, L., &Lazcano. (2014).Edema. Enfoque Clínico. *Medicina Interna de México*, 30 (1) ,51-60.
- Goldsmith SM, De Silva RK, Tong DC, Love RM. (2012). Influence of a pedicle flap design on acute postoperative sequelae after lower third molar removal. *Int J Oral Maxillofac Surg*; 41: 371-375. Recuperado <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22033341>
- Goodman, & Gilman. (2012).Las bases farmacológicas de la terapéutica (Doceava ed.).(L.Bruton,B.Chabner,& Knollman Bjorn,Edits.)Mexico D.F., Mexico: Mc Graw-Hill.

- Guarín, C.Q. (2013).Proceso de cicatrización de heridas de piel, campos endógenos y su relación con las heridas crónicas. Scielo, 61,443.
- HAUG RH, Y COLS. The American Association of oral and maxillofacial surgeons age-related third molar study. J Oral Maxillofac Surg. 2008; 63(8): 1106-14.
- Hernandez, P (2016).Substitution of retained canines with rst maxillary premolars. *Case report.revista mexicana de Ortodoncia*. 1 (4), pg 269-275. Recuperado <http://www.sco.com.co/Files/magazine/16/23082017040837.pdf>
- Lago, L. (2008). Exodoncia del tercer molar inferior factores anatómicos quirúrgicos y ansiedad dental en el postoperatorio. Obtenido de Universidad de Santiago de Compostela: https://dspace.usc.es/bitstream/10347/2360/1/9788497509503_content.pdf
- Morejón, F.Alvarez, Y (2014). Evolución postquirúrgica del cierre de la herida quirúrgica por segunda intención en terceros molares. Revista de ciencias médicas de Pinar Del Rio vol. (18)6, pág. 2-6.
- Nieri,A.(2010).Factors affecting the clinical approach to impacted maxillary canines: a bayesian network analysis.*Am j Orthod Detofacial*. 1 (6), pg 755- 762.Recuperado <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20685530>
- Nieri,A.(2010)Factors affecting the clinical approach to impacted maxillary canines: a bayesian network analysis.*Am j Orthod Detofacial*. 1 (6), pg 755-762.
- Ortiz, C. (2014) Todo sobre odontología (1), pg.1-3.
- Pascual, B. (2012) the long-behavior of lightweighd and heavywisht used to repair addominal wall defects is determined by the host tissue repair process prosoked by the wish (152), pg. 886-895.
- Patino, K. (2011) Tipos de Suturas. Actualización Clínica Investiga. (15), pg. 2-4.
- Pérez, J. (2011). Cirugía de cordales incluidos superiores. Propuesta de modificación de la técnica para simplificar la sutura.*Gaceta Dental*. Recuperado de:<https://www.gacetadental.com/2010/03/ciruga-de>

cordales-incluidos- superiores-propuesta-de-modificacin-de-la-tnica-
para-simplificar-la-sutura- 31612/#.

Sadler, T (2012). Embriología médica. Lagman. (Doceava ed.). p 260.

Santamaria, G (2012). Incisiones y suturas en Odontología. OpenCourse Ware
pág. 22-40.

Sridharan, K. (2010). Prevalence of impacted maxillary canines in patients
attending outpatient department of Sri Siddhartha Dental College and
Hospital of Sri Siddhartha University, Tumkur, Karnataka. *J Dent Sci
Res*; 1(10), pg 109- 17. Recuperado fecha
[https://www.researchgate.net/publication/313282557_Prevalence_of_M
axillary_
Canine_Impaction_in_Orthodontics_At_Eastern_Riyadh_Specialized_D
ental_C enter](https://www.researchgate.net/publication/313282557_Prevalence_of_Maxillary_Canine_Impaction_in_Orthodontics_At_Eastern_Riyadh_Specialized_Dental_Center)

Villalba Herrera, E. (2014). Inflamación I. Revista de actualización Clínica
Médica, 43(8) ,2261-2265.

ANEXOS

Anexos 1.Solicitud para realizar recolección de datos



Quito, 15 de abril de 2019

Estimada Dra. Pilar Gabela
Coordinadora del Centro de Atención Odontológica de la UDLA

Yo, Juan Francisco Ávila Salgado, con CI: 172154361-7, estudiante de pregrado de Odontología de noveno semestre, me dirijo a usted para solicitarle autorización de ingresar a la Clínica Odontológica de la Facultad específicamente al área de Quirófanos para desarrollar la comparación de materiales de sutura en el estudio de campo para el desarrollo de la tesis que lleva el título de “Comparación de la cicatrización con distintos materiales de sutura tras la extracción de terceros molares impactados en la Clínica Odontológica de la Universidad de Las Américas en el periodo 2019-1.”

Razón por la cual, de la manera más respetuosa, solicito la autorización correspondiente para extraer información sobre pacientes que presenten terceros molares impactados.

Esperando su comprensión me despido.

Atentamente,

Juan Francisco Ávila Salgado
Estudiante

Anexo2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

**FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD
DE LAS
AMÉRICAS
CONSENTIMIEN
TO INFORMADO**

Comparación de la cicatrización con distintos materiales de sutura tras la extracción de terceros molares impactados en la Clínica Odontológica de la Universidad de Las Américas.

Responsables

:

Dr. Pedro Ángel Peñón Vivas

Estudiante: Juan Francisco Ávila

Institución: Universidad de Las Américas Facultad de Odontología

Email: pedro.penon@udla.edu.ec, juan.avila.salgado@udla.edu.ec

Título del proyecto: Comparación de la cicatrización con distintos materiales de sutura tras la extracción de terceros molares impactados en la Clínica Odontológica de la Universidad de Las Américas.

Invitación a participar:

Está usted invitado a participar como paciente voluntario, en una evaluación supervisada por un profesional y un estudiante,

en la cual se determinará cual es el material de sutura con mejores resultados tras la extracción de terceros molares.

PROCEDIMIENTOS

Para participar como paciente voluntario de esta investigación, usted debe tener entre 16 años a 60 años de edad, no presentar infecciones, no estar embarazada, no presentar enfermedad sistémica.

Se realizarán extracción de los terceros molares impactados y se procederá a suturar (cerrar la herida), con su respectivo material de sea Seda o Nylon se llamará a la cita de control a los 8 días.

PRIMERA SESIÓN

- ✓ Se realizará interconsulta en quirófano para obtener su turno respectivo y se mandará exámenes de sangre y su respectiva radiografía.
- ✓ El estudiante ingresará con la bioseguridad respectiva y procederá a colocar.
- ✓ Se obtendrá peso y talla del paciente y a la vez su presión arterial, temperatura.
- ✓ Se procederá a realizar asepsia y antisepsia del paciente y su respectiva anestesia troncular.
- ✓ Procederá el Docente a realizar la extracción de la pieza impactada.
- ✓ Se colocará el material de sutura dependiendo de la decisión del docente.
- ✓ Deberá venir a la cita control después de los 8 días, para evaluar el dolor y la cicatrización con su respectiva escala de dolor EVA (escala visual análoga)

2) SEGUNDA SESIÓN

- ✓ Se preguntará al paciente cuanto le duele del 1 al 10 antes de retirar el material de sutura.
- ✓ Se eliminará el material y procederemos a observar cuan cicatrizado esta la herida y que tan doloroso es después que eliminar todo material.
- ✓ Daremos de alta al paciente si no hubiera alguna complicación.

Iniciales del nombre del voluntario

RIESGOS

El presente estudio no pondrá en riesgo su vida, los procedimientos son altamente calificados y realizados por docentes de La Facultad de Odontología, utilizando todas las medidas de bioseguridad para resguardar la integridad de cada paciente.

CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE INFORMACIÓN

Usted debe entender que todos sus datos generales y médicos, serán resguardados por la Facultad de Odontología de La UDLA, en dónde se mantendrán en estricta confidencialidad y nunca serán compartidos con terceros. Su información, se utilizará únicamente para realizar evaluaciones, usted no será jamás identificado por nombre. Los datos no serán utilizados para ningún otro propósito.

RENUNCIA

Usted debe saber que su participación en el curso es totalmente voluntaria y que puede decidir no participar si así lo desea, sin que ello represente perjuicio alguno para su atención odontológica presente o futura en la Facultad de Odontología de la Universidad de Las Américas. También debe saber que los responsables del curso tienen la libertad de excluirlo como paciente voluntario del curso si es que lo consideran necesario.

DERECHOS

Eh leído toda la información con respecto a la investigación que será realizada por la Facultad de odontología de la Universidad de Las Américas cuyo título es: **Comparación de la cicatrización con distintos materiales de sutura tras la extracción de terceros molares impactados en la Clínica Odontológica de la Universidad de Las Américas.**

Se me ha explicado todo el procedimiento que se realizará durante la investigación, de obtener información en base al material que sutura que se utilizará de acuerdo al criterio del especialista. También se me ha explicado los riesgos y beneficios que adquiriré al entrar a este estudio. Luego de analizar toda la información, estoy totalmente de acuerdo en participar como paciente voluntario y aceptó todas las condiciones y parámetros que se me ha explicado previamente.

Anexo3. Formulario para la identificación de distintos materiales de sutura tras la extracción de terceros molares impactados

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos: _____

Edad: _____

Género: _____

Número de Historia Clínica: _____

1. ¿Piezas extraídas?

18 _____

28 _____

38 _____

48 _____

2. ¿Dolor escala visual análoga por piezas extraídas?

18

28

48

38

3. ¿Cuál fue el material de sutura que se utilizó?

Seda _____

Nylon _____

4. ¿La cicatrización fue?

_____ Completa

_____ Parcial

_____ No cicatrizó

5. ¿Complicaciones asociadas a la Cicatrización?

_____ Infección

_____ Hemorragias

_____ Otras

BASE DE DATOS

Nº	Número de historia Clínica	Edad	Género	Dolor EVA				Complicaciones asociadas				Cicatrización				Materiales de sutura					
				18	28	38	48	18	28	38	48	18	28	38	48	Silkam	Dafilon				
1	38725	20	F	3	1	5	4	E	NO	E	E	E	E	P	P	P	P			X	
2	50848	16	F	0	4	2	2	NO	E	NO	NO	NO	NO	P	P	P	P			X	
3	44341	24	M			1				NO						P					X
4	43369	18	F	0		2		NO		NO				P		P					X
5	1288	21	M	3	4	2	3	E	E	NO	E	NO	E	P	P	P	P				X
6	51507	18	M	3		5	2	E		E	NO	NO	E	P	P	P	P				X
7	49267	25	F			4	3				E		E			P					X
8	40348	22	F		3		2		E		NO	NO	NO		P		P				X
9	51213	20	F	3		4	2	E		E	NO	NO	E	P	P	P	P		X		
10	51082	19	F	4		3	4	E		E	E	E	E	C	C	C	C		X		
11	35134	23	M	4	3	2	2	E	E	NO	NO	NO	NO	C	C	C	C		X		
12	38520	30	M			4	3				E	E	E			C	C				X
13	31652	23	F		2				NO										X		
14	41672	30	M			5	2			E	NO	NO	E			C	C				X
15	44250	48	M			3	4			E	E	E	E			C	C				X

Cicatrización	C: Completa	P: Parcial	No: No cicatrizó
Complicaciones asociadas	F: Fiebre	E: Edema	NO

