



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Valoración del dolor posoperatorio en extracciones dentarias en pacientes
adultos en la Universidad de las Américas

Trabajo de titulación presentado en conformidad a los requisitos establecidos
para optar por el título de Odontóloga

Profesor Guía
Dr. Pedro Peñón

Autora
Karla Carolina Salinas Palma

Año
2016

DECLARACIÓN PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de sesiones habituales con el estudiante, orientando sus conocimientos y aptitudes para un correcto avance del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

.....

Dr. Pedro Peñón

CI: 1756259469

Especialista en Cirugía Máxilo Facial

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

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

Karla Carolina Salinas Palma

C.C.: 171543058-1

AGRADECIMIENTO

Quiero dar las gracias a Dios por bendecirme y permitir que este sueño tan anhelado se haga realidad. Agradezco muy especial a mis Padres Carlos y Dolores por haberme dado todo el apoyo y la fortaleza para no dejarme caer y seguir con esta meta tan anhelada y estar a mi lado cuando más lo necesito, de la misma manera a mis hermanos Kathy y Carlos, mi cuñado Ramón y mis tesoros Adonis, Génesis y Joaquín y por ultimo a mi hija mi vida entera Nantu, mis fuerzas y mi mayor motivación para salir adelante. Finalmente, a la Universidad de las Américas por acogerme en todo mi periodo estudiantil, a mis profesores por compartir su sabiduría de forma incondicional profesionales, en especial a mi tutor de tesis, Dr. Pedro Peñón quien con su paciencia, conocimientos y experiencia lograron a que este trabajo sea culminado.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi Papá Enrique mi mayor ejemplo inspiración, a mi Mamita Lolita el ser más sublime, mi cómplice mejor amiga; ambos han sido un pilar fundamental en mi vida que gracias a su inmenso amor han fomentado en mí un mejor ser humano y ahora una profesional. A mis hermanos Kathy y Carlos, Cuñado Ramón y mis niños Adonis, Génesis y Joaquín; quienes con su afecto incondicional me dieron las fuerzas necesarias para hacer de esta tesis un excelente trabajo, a mi bebita Nantu la luz de mis ojos esto es para ti mi princesa, a todas estas personas importantes en mi vida les dedico con todo mi corazón.

RESUMEN

La exodoncia es un proceso en el cual el diagnóstico de la pieza tiene un pronóstico desfavorable y el paciente será sometido a un procedimiento con técnicas quirúrgicas para eliminar el foco infeccioso y evitar complicaciones posteriores siendo la principal y más temida el dolor. Es por eso que la finalidad del presente estudio realizado en el quirófano del Centro Odontológico de la Universidad de las Américas es valorar el dolor posoperatorio según la escala de VAS en 44 pacientes de las edades comprendidas entre 18 y 70 años las condiciones a evaluar fueron edad, género, técnica anestésica y ubicación según el cuadrante de la pieza dentaria. Los hallazgos arrojaron que en cuanto la edad se estableció que existe un nivel de dolor leve (escala 3) en pacientes de 18 a 25 años siendo la más representativa ante las demás edades establecidas en el estudio. En la técnica anestésica en la que los pacientes se registraron sentir más dolor es en la infiltrativa, el 32% de los pacientes afirmaron sentir un dolor grado 3 y respecto a la ubicación de la pieza por cuadrante en los cuales se presentó mayor dolor destacaron el 1 con dolor de grado 3 en la escala de VAS.

ABSTRACT

The extraction is a process in which the diagnosis of the piece has a poor prognosis and the patient will undergo a surgical procedure techniques to eliminate the source of infection and avoid further complications being the main and most feared pain. That's why the purpose of this study in the operating room of the Dental Center of the University of the Americas is to evaluate postoperative pain as I scale VAS in 48 patients of ages between 18 and 70 years the conditions evaluated were age , gender, anesthetic technique and location according to the quadrant of the tooth the findings showed that as age was established that there is a level of mild pain (level 3) in patients 18 to 25 years being the most representative at other ages established in the study. In anesthetic technique in which patients reported feeling more pain is in the infiltrative, 32% of patients reported feeling a degree 3 and regarding the location of the piece per quadrant in which greater pain is pain was 1, being 3 which has a greater discomfort in patients with grade 3 VAS scale.

ÍNDICE

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 JUSTIFICACIÓN	3
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	5
2.1 CONCEPTO DE DOLOR	5
2.1.1 Anatomía y fisiología del dolor	5
2.1.2 Fisiopatología del dolor.....	6
2.1.3 Receptores del dolor y estímulos dolorosos	6
2.1.4 Velocidad de lesión tisular estimula el dolor	6
2.1.5 Vía del dolor agudo.....	7
2.1.6 Sustancia – Efecto.....	7
2.1.7 Sensibilidades térmicas	8
2.1.8 Receptores	8
2.1.9 Transmisión de las señales al sistema nervioso.....	8
2.2 ESCALA VAS	8
2.2.1 Escala Numérica.....	9
2.2.2 Escala descriptiva simple.....	9
2.3 TÉCNICAS ANESTÉSICAS.....	10
2.3.1 Técnica troncular	10
2.3.2 La técnica Gow-Gates(TGG)	11
2.3.3 Anestesia locorregional.....	11
2.3.5 Infiltrativa	11
2.3.6 Bloqueo de campo.....	12
2.4 EXODONCIA.....	12
2.4.1 Estudios previos a la exodoncia	12
2.4.1.1 Historia clínica del paciente	13
2.5 INDICACIONES DE LA EXTRACCIÓN DENTARIA.....	13
2.5.1 Patología dentaria.....	13

2.5.2 Patología periodontal	14
2.5.3 Motivos protésicos	14
2.5.4 Motivos ortodóncicos	14
CAPITULO III. OBJETIVOS.....	15
3.1 OBJETIVO GENERAL	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
CAPITULO IV. HIPÓTESIS.....	16
CAPITULO V. METODOLOGÍA.....	17
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	17
5.2 UNIVERSO	17
5.3 MUESTRA.....	17
5.3.1 Criterios de Inclusión	17
5.3.1.1 Criterios de exclusión.....	18
CAPITULO VI. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	19
CAPITULO VII. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	20
7.1 PLAN DE ANÁLISIS	20
7.2 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
CAPITULO VIII. RESULTADOS.....	21
8.1 DATOS DEMOGRÁFICOS	21
8.1.1 Variables Sociodemográficas.....	22
8.1.1.1 Género	22
8.1.1.2 Edad.....	23
8.1.2 Cuadrantes según la ubicación de la pieza.....	27
8.1.2.1 Cuadrante y género femenino.....	28
8.1.2.2 Cuadrante y género masculino	29

8.1.3 Técnica anestésica	30
CAPÍTULO IX. DISCUSIÓN	31
CAPÍTULO X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	33
10.1 CONCLUSIONES	33
10.2 RECOMENDACIONES.....	34
CAPITULO XI. CRONOGRAMA	35
CAPÍTULO XII. PRESUPUESTO	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	39

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Valoración del dolor según Escala de VAS en pacientes examinados	22
Figura 2: Comparativo entre género masculino y femenino según Escala de VAS.....	23
Figura 3: Rango de edad desde 18 a 25 años	24
Figura 4: Rango de edad de 26 a 33 años con Escala de VAS.....	25
Figura 5: Rango de edad de 31 a 41 años con Escala de VAS.....	25
Figura 6: Rango de edad de 42 a 50 años con Escala de VAS.....	26
Figura 7: Rango de edad de 51 a 58 años con Escala de VAS.....	26
Figura 8: Rango de edad de 59 a 70 años con Escala de VAS.....	27
Figura 9: Comparativo entre género femenino entre los cuadrantes según la Escala de VAS.....	28
Figura 10: Cálculo del promedio de valoración del dolor en género femenino según cuadrantes con Escala de VAS.....	29
Figura 11: Escala de VAS en el género masculino según cuadrante.....	30

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de variables.....	19
Tabla 2: Datos demográficos.....	21
Tabla 3: valoración del género masculino y femenino según VAS.....	23
Tabla 4: Edad según la Escala de VAS.....	24
Tabla 5: Ubicación de pieza según cuadrantes con Escala de VAS	27
Tabla 6: Valoración del cuadrante y género femenino según la Escala de VAS.....	28
Tabla 7: Valoración del cuadrante y género masculino según la Escala de VAS	29
Tabla 8: Comparación de la técnica infiltrativa y Técnica troncular según la Escala de VAS	30

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor se define como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, incorporada a una lesión tisular real o potencial”. La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo (nocioceptores) y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nociceptivos tisulares; la nocicepción puede estar influida por otros factores como psicológicos. El dolor sigue unas normas de tratamiento especificadas según las pautas recomendadas por la O.M.S. las cuales podemos asociar con el tipo de valoración del dolor posoperatorio. Curran WJ. (2000)

El dolor puede clasificarse como agudo o crónico, la diferencia entre ambos no es cuestión de temporalidad: El dolor agudo es la consecuencia inmediata de la activación de los sistemas nociceptivos por una noxa. Tiene función de protección biológica (alarma a nivel del tejido lesionado). Los síntomas psicológicos son escasos y limitados a una ansiedad leve. Es un dolor de naturaleza nociceptiva y aparece por la estimulación química, mecánica o térmica de nociceptores específicos. El dolor crónico, no posee una función protectora, y más que un síntoma se considera como una enfermedad. Es un dolor persistente que puede autoperpetuarse por un tiempo prolongado después de una lesión, e incluso, en ausencia de ella. Suele ser refractario a los tratamientos y se asocia a importantes síntomas psicológicos. Curran WJ. (2000)

Podemos mencionar también que el dolor es una experiencia meramente subjetiva del paciente, influida por varios factores como la edad, nivel cultural y educacional, experiencias dolorosas previas, umbral doloroso y tolerancia, que hacen que su objetivación sea difícil. M. Victoria Olmedo Gaya, Manuel Vallecillo Capilla Rafael Gálvez Mateos. (2002)

La exodoncia como tal es una de las actividades más frecuentes que realiza el Odontólogo en su práctica diaria. Por lo general, este procedimiento es seguido de efectos secundarios, como son el dolor, la inflamación y en ocasiones el trismus. El dolor que se provoca posterior al tratamiento quirúrgico suele ser de corta duración y alcanza su máxima intensidad en el período postoperatorio temprano (primeras 24 horas), M. Victoria Olmedo Gaya, Manuel Vallecillo Capilla Rafael Gálvez Mateos. (2002)

Si en estas 24 primeras horas se presenta el pico del dolor, para comprobar esto, se utiliza la escala visual analógica (VAS) como la más específica del dolor siendo hoy en día la más empleada en la evaluación de dolor postoperatorio y específicamente en el dolor tras la exodoncia. Esta escala es utilizada por la mayoría de profesionales, aunque presente ciertas limitaciones. M. Victoria Olmedo Gaya, Manuel Vallecillo Capilla Rafael Gálvez Mateos. (2002)

Por tanto, con este estudio se valorará el dolor postoperatorio en adultos por exodoncias

1.2 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio es esencial pues valoraremos que, tras una extracción dental, el dolor alcanza su máxima intensidad aproximadamente las primeras 24 horas después del procedimiento, y llevará consigo inflamación (calor, rubor), pero con la ayuda de la farmacoterapia podemos controlarlo, también dependerá del umbral del dolor de cada persona, nivel cultural y tolerancia. En consecuencia, debemos seguir los protocolos necesarios de la técnica anestésica y la técnica de la exodoncia que van de la mano con la farmacoterapia antes mencionada y las recomendaciones prescritas por el clínico.

En todo procedimiento de cirugía oral es fundamental realizar un buen plan de tratamiento antes de la cirugía; pues el postoperatorio va a estar determinado por el grado de manipulación quirúrgica y este a su vez va ligado al nivel de destreza del operador. De aquí que en el presente estudio tomemos en cuenta el nivel de destreza y habilidad del estudiante que realizó el procedimiento según el semestre cursado.

Este procedimiento se llevará a cabo según los protocolos de exodoncia de la Universidad de las Américas, con un adecuado control y seguimiento del posoperatorio del paciente.

El dolor es el síntoma más frecuente que refieren los pacientes, se considera que si dura más de 24 horas o comienza a los 3 o 5 días de la intervención casi siempre se debe a una infección. El dolor, cuando no persiste más allá del tiempo antes descrito, no es una complicación sino un proceso normal que puede presentarse después de una exodoncia, como consecuencia de técnicas cruentas o invasivas (VELASQUEZ QUIÑONES, 2015)

Según un estudio sistemático de la evolución del estado físico de estos pacientes durante el periodo postoperatorio que permitan establecer el patrón

de comportamiento, esto quiere decir, como se van modificando las variables afectadas a lo largo del período crítico de los primeros siete días, así como las posibles causas de las complicaciones. Finalmente, los resultados del presente estudio, contribuyen a enriquecer la línea de investigación de Cirugía Oral en el quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas. (Torres Oriana, 2013)

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 CONCEPTO DE DOLOR

Según (Guyton y Hall 2011) Dolor es un mecanismo de protección, que aparece siempre que cualquier tejido resulta dañado, en el cual hace que el individuo reaccione retirando el estímulo doloroso. Un ejemplo de esto es estar sentado por un periodo largo sobre el isquion puede producir destrucción tisular debido a la ausencia de flujo sanguíneo en la piel que queda comprimida por el peso del cuerpo.

Tenemos una definición propuesta por (Ibarra, 2006) la cual manifiesta que: Es experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma, y si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad por sí misma. La cual es bastante concreta y nos quiere encerrar el concepto de dolor que es muy complejo y a la vez lo explica de manera efímera y clara.

2.1.1 Anatomía y fisiología del dolor

Los Receptores nerviosos o receptores nociceptivos, son terminaciones libres de fibras nerviosas localizadas en tejido cutáneo, localizadas en articulaciones, músculos y en las paredes de las vísceras que captan los estímulos dolorosos y los transforman en impulsos. Entre estos constan tres tipos:

Mecanorreceptores: que son estimulados por presión de la piel.

Termorreceptores: que son estimulados por temperaturas extremas.

Receptores polimodales: responden de forma variada a estímulos nociceptivos, mecánicos, térmicos y químicos.

2.1.2 Fisiopatología del dolor

Es así como el mecanismo del dolor se inicia con la activación y sensibilización periférica iniciando así la transducción por la cual un estímulo nociceptivo se transforma en impulso eléctrico. La fibra nerviosa estimulada inicia un impulso nervioso denominado potencial de acción que es conducido hasta la segunda neurona localizada en la asta dorsal de la médula, estamos hablando de la transmisión. En el proceso de modulación, en la asta dorsal de la médula, intervienen las proyecciones de las fibras periféricas y las fibras descendentes de centros superiores. La transmisión de los impulsos depende de la acción de los neurotransmisores. Por último, tiene lugar el reconocimiento por parte de los centros superiores del SNC (Sistema nervioso central) o integración. (Forniés, 2006)

2.1.3 Receptores del dolor y estímulos dolorosos

Son terminaciones nerviosas libres en la piel, tejidos internos, periostio, paredes arteriales, superficies articulares, hoz del cerebro y tienda del cerebelo. Los estímulos que los excitan pueden ser: (Hall, 2012)

Mecánicos

Térmicos

Químicos

(Bradicinina, serotonina, histamina, iones potasio, ácidos, acetilcolina, enzimas proteolíticas, prostaglandinas y sustancia P). (Hall, 2012)

2.1.4 Velocidad de lesión tisular estimula el dolor

La persona comienza a sentir dolor cuando la temperatura alcanza los 45°C. La lesión tisular libera químicos que estimulan el dolor. La isquemia tisular (interrupción del flujo sanguíneo) causa dolor, por la acumulación de grandes

acumulaciones de ácido láctico. El espasmo muscular también, porque aumenta el metabolismo del tejido, lo que incrementa la isquemia relativa, creando condiciones ideales para la liberación de sustancias químicas inductoras de dolor. (Hall, 2012)

2.1.5 Vía del dolor agudo

Se compone de Fibras A, a velocidades de 6-30m/s, mediante un estímulo térmico o mecánico un haz Neoespinalámico termina en tálamo y tronco encefálico.

Tiene Buena Capacidad de Localización, también hay Neurotransmisor: Glutamato Fibras C, entre 0.5-2m/s que mediante un estímulo químico el Haz Paleoespinalámico termina en láminas I y II de las astas dorsales, tiene poca capacidad de localización con neurotransmisor: Sustancia P (Hall, 2012)

El sistema bloquea las señales de dolor a su entrada en la médula espinal. En el sistema de analgesia intervienen distintas sustancias transmisoras estas son: (Hall, 2012)

2.1.6 Sustancia – Efecto

Encefalina y Serotonina Inhibición pre y postsináptica de fibras C y A, en el lugar donde establecen sinapsis las astas dorsales. Bloquea el dolor. Estas son: Sustancias opiáceas, β -Endorfina, Met-Encefalina, Leu-Encefalina, Dinorfina.

Todas derivan de la proopiomelanocortina proencefalina y prodinorfina. (Hall, 2012)

2.1.7 Sensibilidades térmicas

Los seres humanos perciben distintos grados de frío y calor: frío de calor, frío fresco, templados o ardientes. Normal, tibieza, calor, calor abrasador. (Hall, 2012)

2.1.8 Receptores

Las fibras de dolor estimuladas por frío, fibras de frío, fibra de calor, fibra de dolor estimulada por calor. Es importante destacar la respuesta a cambios de temperatura, y la adaptación casi total a la temperatura. (Hall, 2012)

2.1.9 Transmisión de las señales al sistema nervioso.

Por lo general son transmitidas por el fascículo de Lissauer, termina en láminas I, II y III de las astas dorsales. Sistema Anterolateral. (Hall, 2012)

2.2 ESCALA VAS

La “Escala Visual Analógica” (VAS), ideada por Scott Huskinson en 1976, es el método de medición empleado con más frecuencia para la evaluación del dolor. El método consiste en una línea de 10 cm que representa el espectro continuo de la experiencia dolorosa. La línea puede ser vertical u horizontal y termina en ángulo recto en sus extremos. Sólo en los extremos aparecen descripciones, “no dolor” en un extremo y “el peor dolor imaginable” en el otro, sin ninguna otra descripción a lo largo de la línea. Su trascendental ventaja está en el hecho de que no contienen números o palabras descriptivas. Al paciente no se le pide que describa su dolor con palabras específicas, sino que es libre de indicarnos sobre una línea continua la intensidad de su sensación dolorosa en relación con los dos extremos de la misma. La VAS es un instrumento simple, sólido, sensible y reproducible, siendo útil para reevaluar el dolor en el mismo paciente en diferentes ocasiones. Su validez para la medición del dolor

experimental ha sido demostrada en numerosos estudios y su fiabilidad también ha sido recientemente evaluada, encontrándose satisfactoria. (M. S. Serrano - Atero*, 2002)

También existen otros tipos de escala que son:

2.2.1 Escala Numérica

La “Escala Numérica”, introducida por Downie en 1978 (79), es una de las más comúnmente empleadas. El paciente debe asignar al dolor un valor numérico entre dos puntos extremos (0 a 10). Aunque al sujeto se le pide que utilice valores numéricos para indicar el nivel de su dolor, la utilización de palabras claves, así como unas instrucciones previas, son necesarias si esperamos que el paciente conceptualice su dolor en términos numéricos. Con este tipo de escala el dolor se considera un concepto unidimensional simple y se mide sólo según su intensidad. La escala es discreta, no continua, pero para realizar análisis estadísticos pueden asumirse intervalos iguales entre categorías. Es útil como instrumento de medida para valorar la respuesta a un tratamiento seleccionado. (M. S. Serrano - Atero*, 2002)

2.2.2 Escala descriptiva simple

La “Escala Descriptiva Simple” (EDS) o de valoración verbal, fue descrita por Keele en 1948. Representa el abordaje más básico para medir el dolor, y generalmente es útil para el investigador, debido a lo fácil de su aplicación. También considera el dolor de un modo unidimensional (p.ej., no dolor / leve moderado/ intenso). A cada uno de estos términos se les asigna una puntuación entre 0: no dolor, y 4: dolor intenso, de cara al tratamiento estadístico de los resultados y a la valoración práctica del mismo. El paciente medio no suele encontrar gran dificultad en utilizar esta escala para indicar el nivel de su dolor, pero plantea el problema de que una misma palabra puede tener diferente significado para distintos pacientes. Las palabras utilizadas son

descripciones relativas y no tienen aceptación universal, son conceptos que varían de una persona a otra, así como de tiempo en tiempo, incluso para un mismo paciente. Aunque cada palabra tiene asignado un valor numérico en la escala, no podemos asumir intervalos iguales entre los diferentes puntos. Los números ayudan a determinar niveles relativos de dolor, pero el investigador no debe olvidar estas limitaciones a la hora de realizar análisis estadísticos. Aunque se emplea en numerosos ensayos clínicos sobre dolor, es inespecífica, no muy sensible y no siempre reproducible.

2.3 TÉCNICAS ANESTÉSICAS

2.3.1 Técnica troncular

La técnica troncular convencional directa (TCD) consiste en la aplicación del líquido anestésico de forma directa sobre el nervio dentario inferior previo a su entrada al agujero mandibular, usando referencias intraorales. La jeringa y la aguja van en dirección de línea recta de la comisura bucal opuesta sobre los premolares y se van al punto donde está ubicado el dedo índice, atravesando así la mucosa y el músculo buccinador. En ocasiones, es necesario el uso de un complemento de anestesia, como el bloqueo por separado, del nervio bucal largo, que inerva la encía y mucosa vestibular del tercer molar al primer premolar de la cavidad bucal. (Proaño D, 2015)

La también llamada técnica troncular a la espina de Spix o conocida como "Técnica de Spix", se utiliza en maxilar inferior casi en forma exclusiva. La literatura dice que, entre sus características, un porcentaje importante de fallas en la técnica lo que origina un efecto anestésico insuficiente y, en segundo término, la posibilidad de una inyección intravascular. Situación que también se presenta con frecuencia en la atención odontológica. Por estos saberes se hace esencial conocer y manejar otras técnicas alternativas que mencionaremos más adelante. (Beiner Mangiamarchi, 2010)

2.3.2 La técnica Gow-Gates(TGG)

En 1973, George A. Gow-Gates , anuncia mediante una publicación esta técnica de bloqueo anestésico mandibular, empleando puntos de referencias anatómicas intraorales, referencias extraorales ; la que consiste en aplicar el líquido anestésico en un punto más elevado que en el método convencional; es decir, a nivel del cuello del proceso condilar para anestesiar las principales ramas del nervio mandibular como son los nervios: alveolar inferior, lingual, bucal y suplementarios es una alternativa que mejora la aceptación a la aplicación anestésica al evitar la inyección accesoria del nervio Bucal Largo en un elevado porcentaje de pacientes y obtener resultados satisfactorios tanto para el paciente como para el odontólogo. (Proaño D, 2015)

2.3.3 Anestesia locorreional

Su procedimiento corresponde al bloquear la transmisión a diferentes niveles; ello posibilita que se hable de variedades o tipos de anestesia locorreional entre estas tenemos: (Escoda & Berini Aytés, 2004)

2.3.4 Tópica

Ciertos anestésicos locales que se aplican en los tegumentos en especial las mucosas tienen la capacidad de atravesarlos y actuar sobre las terminaciones sensoriales. (Escoda & Berini Aytés, 2004)

2.3.5 Infiltrativa

El protocolo a seguir es que, el anestésico local se introduce alrededor de las terminaciones nerviosas o de aquellas fibras nerviosas que no son clínicamente no son visibles; comúnmente llamada "anestesia local. (Escoda & Berini Aytés, 2004)

2.3.6 Bloqueo de campo

En este tipo de técnica se impide la propagación de los impulsos de las fibras nerviosas terminales con la condición de que éstas sean vean en cavidad bucal a veces, cuando se realiza sobre partes blandas, suele requerir varios puntos de inyección alrededor de la zona donde se va a intervenir (Escoda & Berini Aytés, 2004)

2.4 EXODONCIA

Es el procedimiento quirúrgico bucal que se lleva a cabo con más frecuencia en la cual se extrae el órgano dentario. La exodoncia propiamente dicha es una maniobra cuyos fines separar estos elementos, desgarrando el periodonto en su totalidad, para conseguir luxar y extraer el diente debemos distender y dilatar el alveolo a expensas de la elasticidad del hueso. (Escoda & Berini Aytés, 2004)

En tiempo pasado la exodoncia fue un procedimiento temido y traumático para los pacientes en general, por esto existe temor o miedo, y en época actuales esto para el odontólogo es difícil de entender, ya que las técnicas anestésicas y terapéuticas son eficaces, dejando de al pasado como un mito. Pues hoy en día lo que se busca es la extirpación total del diente o del resto radicular sin dolor y con un mínimo daño a los tejidos adyacentes. (Escoda & Berini Aytés, 2004)

2.4.1 Estudios previos a la exodoncia

Para una correcta evaluación preoperatoria nos marcará las dificultades que pueden hallarse o las complicaciones que pueden ocurrir, y es por tanto la base del éxito en una técnica de extracción dentaria. Antes de hacer una extracción dentaria, al igual que cualquier maniobra quirúrgica, debemos completar: (Escoda & Berini Aytés, 2004)

2.4.1.1 Historia clínica del paciente

Debemos realizar de forma precisa la anamnesis logrando que sea amplia y exhaustiva, profundizaremos y analizaremos cualquier detalle con la finalidad de detectar antecedentes o procesos patológicos sistémicos graves (alergias, enfermedades cardíacas, etc.) que puedan alterar el curso de la exodoncia o incluso llegar a contraindicarla. (Escoda & Berini Aytés, 2004)

2.5 INDICACIONES DE LA EXTRACCIÓN DENTARIA

El valor o importancia de un diente siempre se tiene que tomar en cuenta, ya que su pérdida es siempre lamentable, por motivos ya sean estéticos o funcionales. Los dientes son un componente importante del cuerpo humano, pero esto solo en casos concretos y con indicaciones precisas, será pertinente extraer dientes permanentes o temporales. (Escoda & Berini Aytés, 2004)

Las indicaciones que se han enseñado durante muchos años para la extracción dentaria eran las consideradas como "el fracaso de la odontología conservadora"; esta afirmación es bastante controvertible. De igual manera es muy arriesgado decidir cuáles pueden calificarse de relativas o absolutas, puesto que en numerosas ocasiones intervienen múltiples factores a la vez, lo que hace muy difícil y arriesgado ser muy categóricos en las indicaciones. (Escoda & Berini Aytés, 2004)

Las indicaciones de la extracción dentaria se agrupan de la siguiente manera:

2.5.1 Patología dentaria

Caries que ha destruido total o parcialmente la corona dentaria con afectación pulpar (necrosis pulpar, pulpitis irreversible, etc.) Destrucción del tejido dentario

radicular (rizolisis, lesión cementodentinaria, etc.), que impida el tratamiento conservador

La terapéutica dental dispone actualmente de numerosos métodos y tratamientos conservadores que disminuyen extraordinariamente el número de dientes que deben ser extraídos (Escoda & Berini Aytés, 2004)

Y por motivos socioeconómicos en pacientes que presentan alteraciones de distintos tipos quizá tributarios de tratamiento conservador, por motivos socioeconómicos, podrá indicarse la exodoncia cuya finalidad es, evitar los problemas derivados de focos infecciosos. (Escoda & Berini Aytés, 2004)

2.5.2 Patología periodontal

Enfermedades periodontales avanzadas que no puedan ser dependientes de las distintas técnicas conservadoras de la periodoncia en la actualidad se dice que, el motivo de extracción dentaria más frecuente es la caries (alrededor del 50%), siguiéndole en frecuencia la enfermedad periodontal con un 40% de los pacientes estudiados y que requirieron extracción.

(Escoda & Berini Aytés, 2004)

2.5.3 Motivos protésicos

Pueden existir motivos de extracción razonados en función de la colocación de una prótesis (por su diseño o estabilidad) o de una rehabilitación oral, también se extraen dientes muy inclinados o en mala posición para facilitar la construcción de una prótesis. (Escoda & Berini Aytés, 2004)

2.5.4 Motivos ortodóncicos

En ocasiones el Ortodoncista puede indicar la extracción de dientes permanentes (primeros o segundos premolares o terceros molares). Para ganar espacio en la arcada, evitar la inclusión del segundo molar, o como

medida coadyuvante en la retención del tratamiento ortodóncico. (Escoda & Berini Aytés, 2004)

CAPITULO III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Valorar el dolor postoperatorio en adultos después de extracciones dentarias en el centro odontológico de la universidad de las Américas durante el periodo abril- septiembre 2016

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer los niveles de dolor después de las exodoncias simples.
- Determinar el comportamiento del dolor según variables sociodemográficas (sexo y edad)
- Determinar la relación existente entre la magnitud del dolor y la técnica anestésica troncular e infiltrativa en relación con la ubicación de la pieza dentaria extraída según el cuadrante en la arcada

CAPITULO IV. HIPÓTESIS

En aquellos pacientes donde se realicen procedimientos de exodoncia bajo anestesia local, los valores de dolor se encontrarán por debajo de 5 en la escala de VAS; en tanto no deberían existir grandes diferencias entre el género femenino y masculino. Debería ser mayor la autopercepción de dolor según la escala VAS, cuando se realizan técnicas tronculares en relación a técnicas infiltrativas.

CAPITULO V. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo observacional prospectivo con corte transversal.

Se realizó un estudio para evaluar el dolor posoperatorio por extracciones dentarias, en el Centro odontológico de la Universidad de las Américas en el periodo mayo-septiembre 2016.

5.2 UNIVERSO

Para este estudio fueron tomadas todas las personas que acudieron al Centro Odontológico de la Universidad de las Américas con edades comprendidas entre 18 y 70 años.

5.3 MUESTRA

Se tomó una muestra de 44 personas adultas que acudieron al Centro Odontológico de la Universidad de las Américas para realizarse una exodoncia simple y que cumplieron los criterios de inclusión

5.3.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes hombres y mujeres de 18 a 70 años
- Pacientes en los que se realicen procedimientos de extracciones dentarias por patología dentaria, por razones ortodóncicas, protésicas o exodoncia por enfermedad periodontal
- Pacientes que deseen formar parte del estudio.

5.3.1.1 Criterios de exclusión

- Pacientes hombres y mujeres con enfermedades sistémicas
- Pacientes fuera del rango de edad establecido
- Pacientes con enfermedad sistémica que contraindique el procedimiento o en estado de gravidez
- Pacientes que no deseen participar en el estudio

CAPITULO VI. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1: Operacionalización de variables

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	VALOR
Dolor postoperatorio	Independiente Cualitativa		Escala Vas: 0 no hay dolor 10 dolor máximo
Género	Cualitativa		– masculino – femenino
Edad	Cualitativa		
Pieza dentaria según cuadrante en la arcada	Cualitativa		1. hemiarcada maxilar derecha. 2. hemiarcada maxilar izquierda 3. hemiarcada mandibular izquierda 4. hemiarcada mandibular derecha.
Técnica anestésica	Cualitativa		– infiltrativa – troncular – ambas – otras

CAPITULO VII. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Con la debida autorización del decano y los directivos del Centro de Atención Odontológica de la UDLA, a través de una solicitud en la cual se detalla todo el trabajo que se realizaría en pacientes de 18 a 70 años y con la entrega de los consentimientos informados a cada uno de los pacientes atendidos.

Se recolectó los datos en formularios de análisis, los mismos que contaban con datos de filiación, número de historia clínica, pieza dental, tipo de técnica anestésica y sextante de la pieza dental.

- Se aplicó el instrumento de recolección de los datos (formularios) mediante observación clínica.
- Tabulación de resultados, se utilizó cuadros y gráficos en consideración de los objetivos expuestos.

7.1 PLAN DE ANÁLISIS

Los datos obtenidos fueron analizados según las variables de la investigación, tabulados en el programa Microsoft Excel. Se realizó de cada uno de los datos alcanzados un análisis manual y visual donde fueron procesados y se obtuvo porcentajes que están graficados y presentados en tablas/pasteles, relacionando las variables con su respectivo análisis.

7.2 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se acogió a las normas éticas básicas, por lo que la información recabada de los pacientes a través del formulario desarrollado, se manejó exclusivamente para la presente investigación, y únicamente por el investigador participante calificado, con carácter de confidencial, por lo que la identidad de los pacientes fue de absoluta reserva.

CAPITULO VIII. RESULTADOS

En el mes de abril del 2016 de los pacientes que acudieron al quirófano del centro de Atención odontológica de la Universidad de las Américas, se evaluaron 44 pacientes los cuales presentaron diferentes grados de dolor posoperatorio en extracciones dentarias según las Escala de VAS.

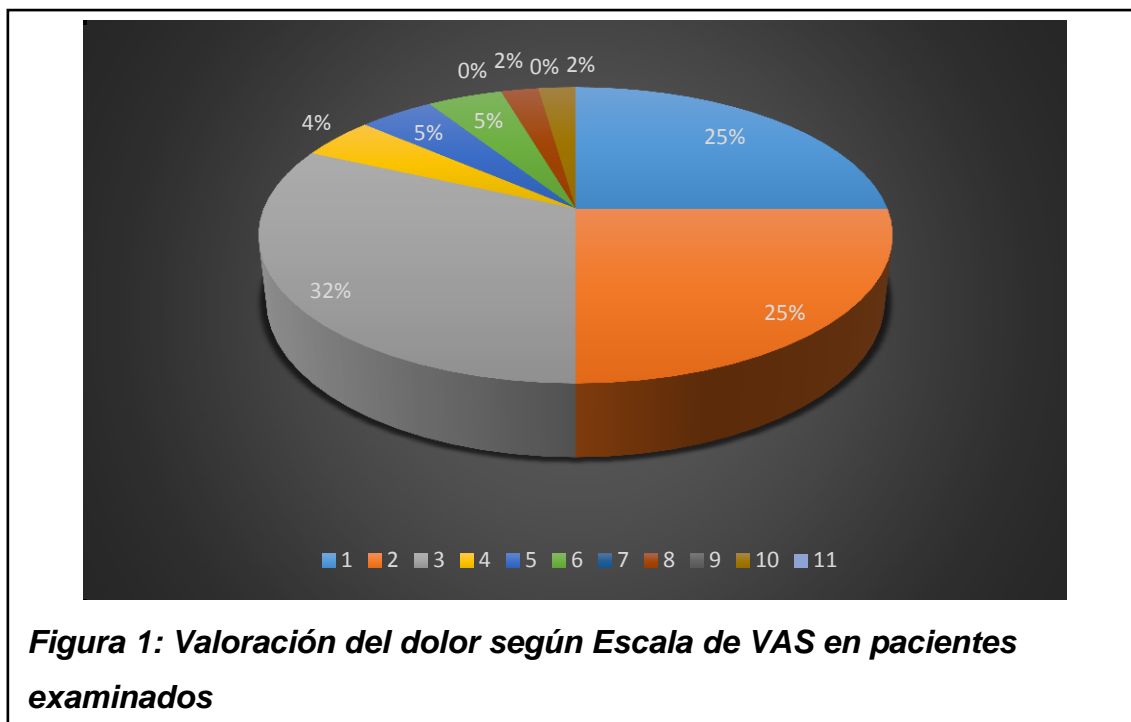
8.1 DATOS DEMOGRÁFICOS

La muestra incluyó pacientes a los cuales se les diagnosticaron patologías con indicación de extracción dentaria, la comparación se hizo según los niveles de dolor

En el total de los casos tanto incluyendo hombres como mujeres según la escala de VAS el dolor posoperatorio que predominó fue 3, que determina un (dolor leve) y representa aproximadamente el 32% de pacientes atendidos. Seguido del 25 % de los pacientes que registraron igual cantidad con nivel 1 y 2.

Tabla 2: Datos demográficos

VAS	N PACIENTES	%
1	11	25,00%
2	11	25,00%
3	14	31,82%
4	2	4,55%
5	2	4,55%
6	2	4,55%
7	0	0,00%
8	1	2,27%
9	0	0,00%
10	1	2,27%



8.1.1 Variables Sociodemográficas

8.1.1.1 Género

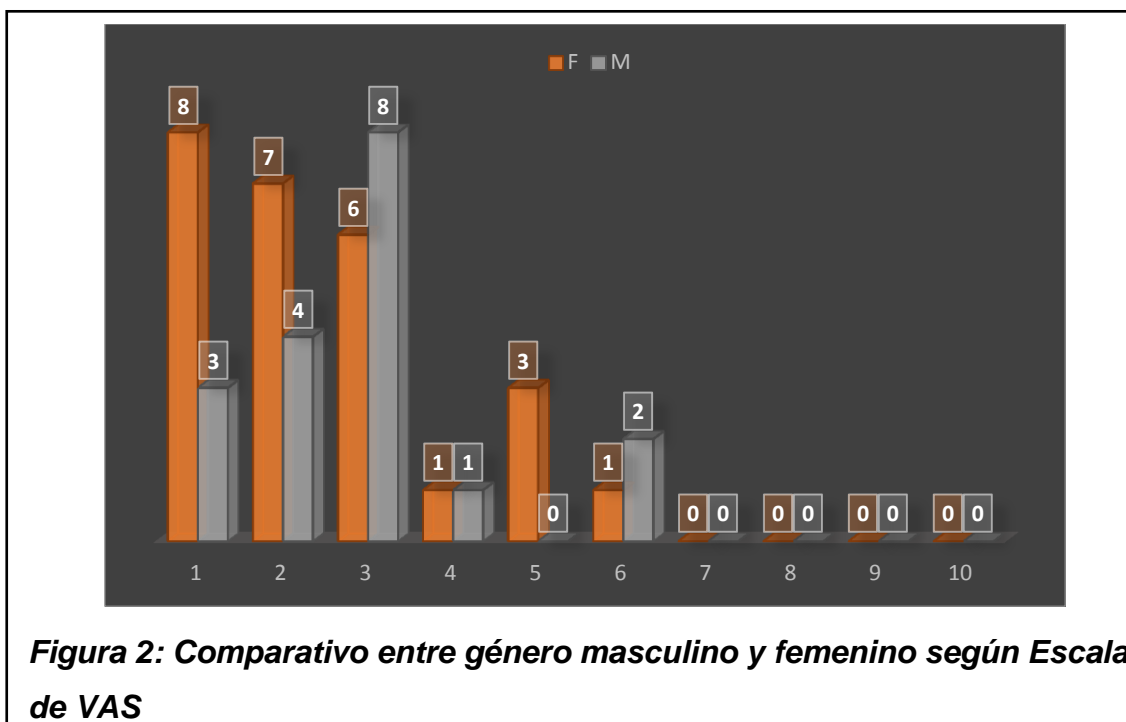
De acuerdo al estudio realizado y usando la Escala de VAS para agrupar el grado de dolor en los pacientes:

Se obtuvo que en los pacientes evaluados la mayor representación es para el dolor de grado 3 según la escala de VAS con relevancia en pacientes de 18 a 25 años y con similitud de valores en pacientes de 59 a 70 años.

Como dato importante y de gran relevancia se pudo encontrar que solo un paciente obtuvo grado 10 según la escala establecida y que corresponde al grupo de edad de 26 a 33 años.

Tabla 3: valoración del género masculino y femenino según VAS

FEMENINO			MASCULINO		
VAS	F	%	VASS	M	%
1	8	18,18%	1	3	6,82%
2	7	15,91%	2	4	9,09%
3	6	13,64%	3	8	18,18%
4	1	2,27%	4	1	2,27%
5	3	6,82%	5	0	0,00%
6	1	2,27%	6	2	4,55%
7	0	0,00%	7	0	0,00%
8	0	0,00%	8	0	0,00%
9	0	0,00%	9	0	0,00%
10	0	0,00%	10	0	0,00%

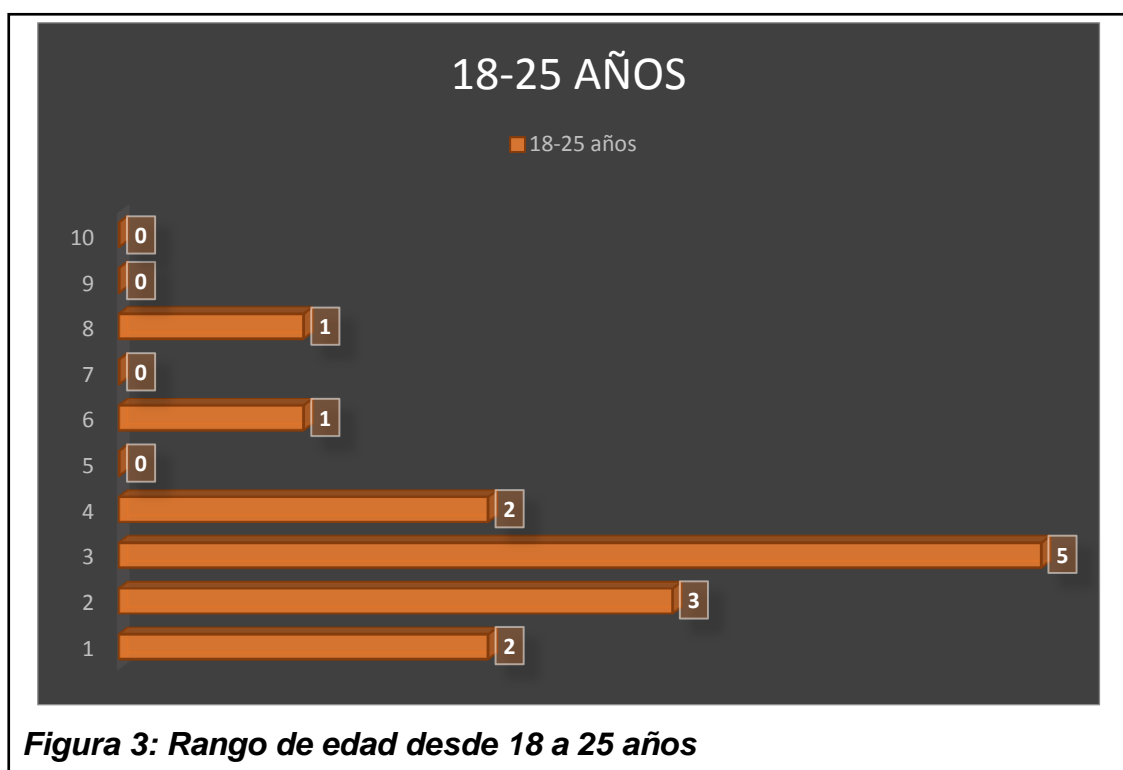


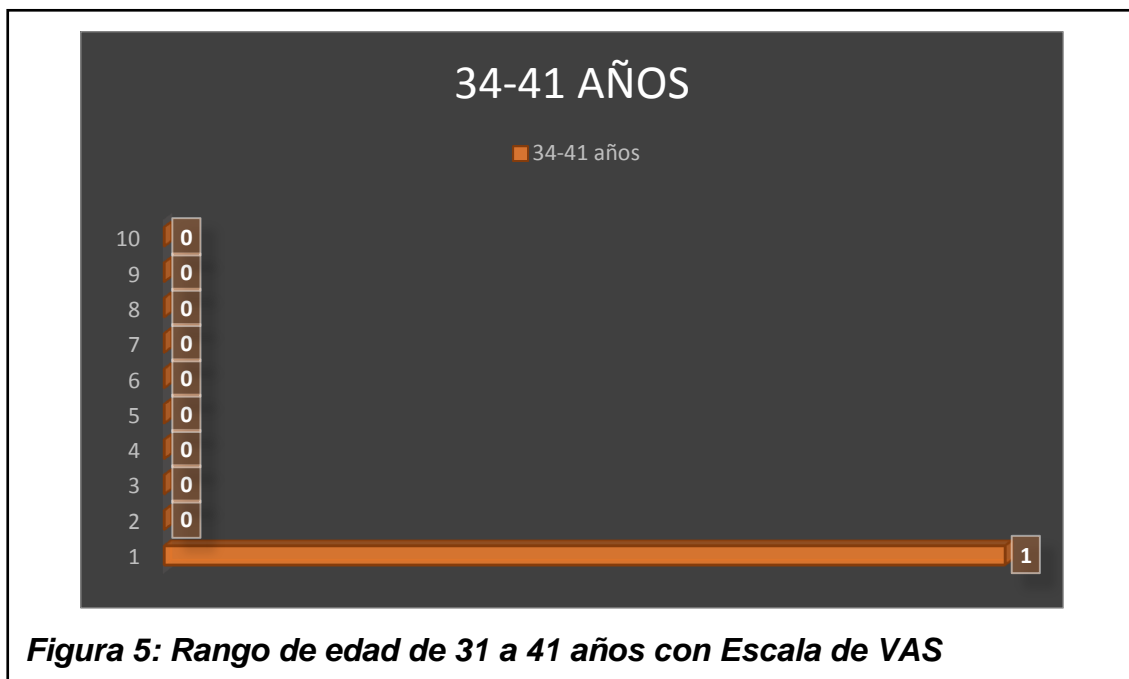
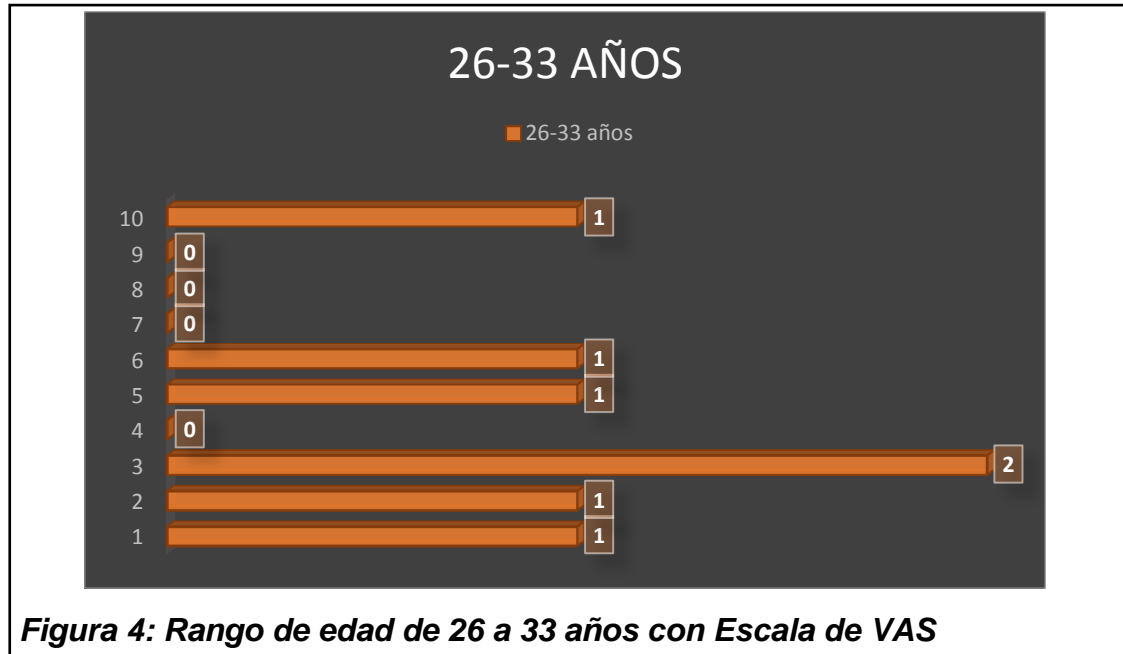
8.1.1.2 Edad

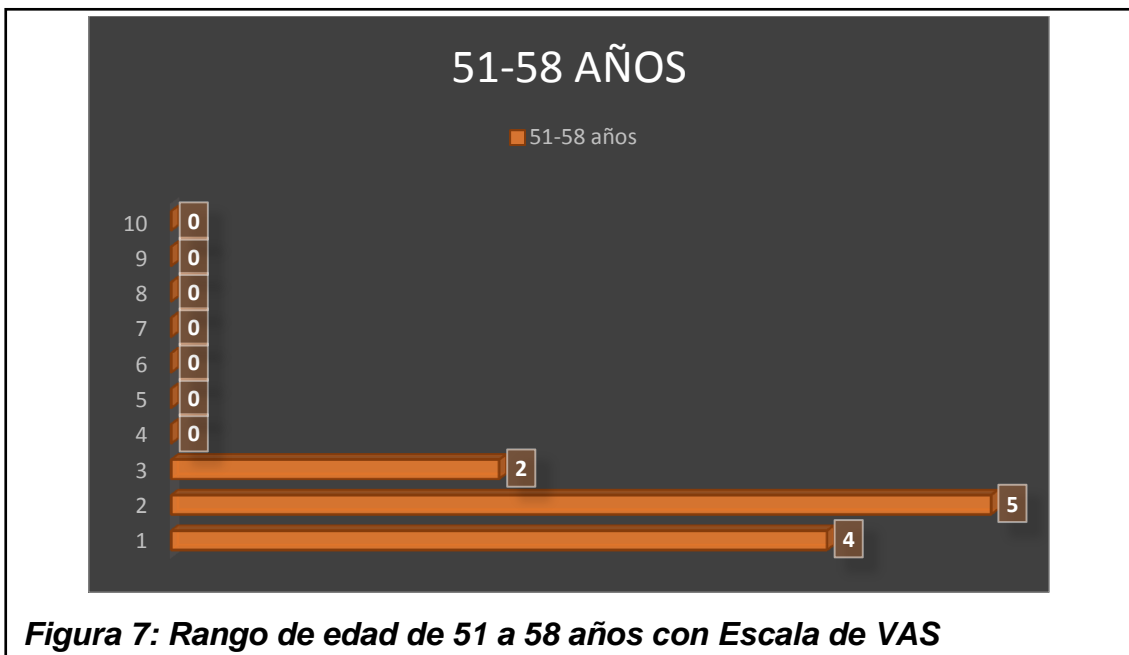
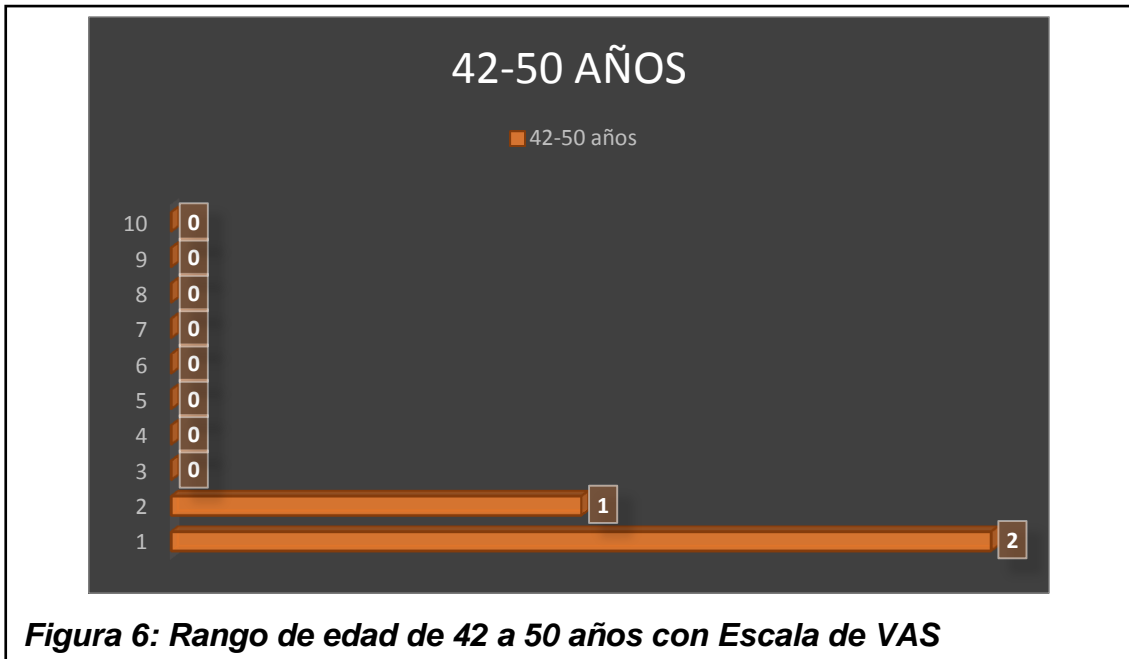
Se estableció que existe un predominio para el nivel de dolor leve (escala 3) en pacientes de 18 a 25 años y en pacientes de 59 a 70, siendo los grupos de edades con mayor representación en el estudio, junto al de 51 a 58 años donde a diferencia de los anteriores el nivel de dolor fue 2.

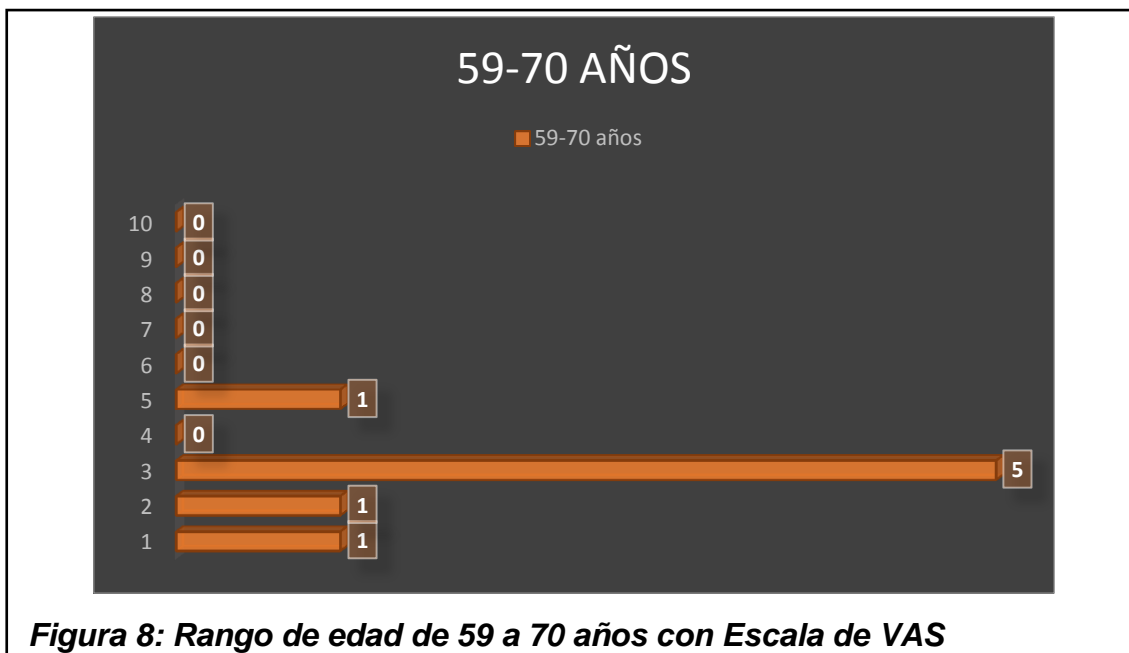
Tabla 4: Edad según la Escala de VAS

VASS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18-25 años	2	3	5	2	0	1	0	1	0	0
26-33 años	1	1	2	0	1	1	0	0	0	1
34-41 años	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
42-50 años	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
51-58 años	4	5	2	0	0	0	0	0	0	0
59-70 años	1	1	5	0	1	0	0	0	0	0







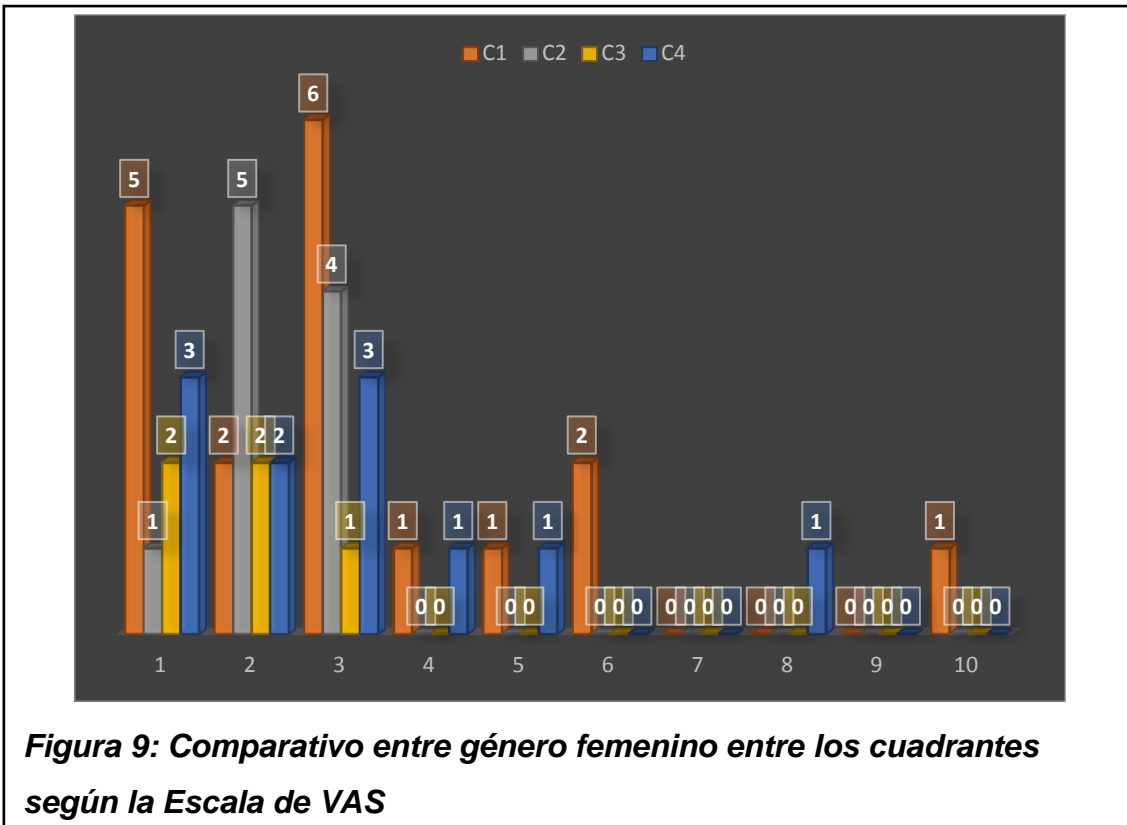


8.1.2 Cuadrantes según la ubicación de la pieza

Se observó que en el cuadrante 1 se halló la mayor representación de pacientes con valor de 3 en la VAS que se corresponde con el 13,64 % de los pacientes estudiados. Seguido del propio cuadrante 1 y el cuadrante 2 con la misma cantidad de pacientes (11,36%) y con valores en la VAS de 1 y 2 respectivamente. Como dato relevante en el cuadrante 4 se observó un paciente con un grado 8 según la escala antes mencionada.

Tabla 5: Ubicación de pieza según cuadrantes con Escala de VAS

VAS	C1		C2		C3		C4	
1	5	11,36%	1	2,27%	2	4,55%	3	6,82%
2	2	4,55%	5	11,36%	2	4,55%	2	4,55%
3	6	13,64%	4	9,09%	1	2,27%	3	6,82%
4	1	2,27%	0	0,00%	0	0,00%	1	2,27%
5	1	2,27%	0	0,00%	0	0,00%	1	2,27%
6	2	4,55%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
7	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
8	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	2,27%
9	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
10	1	2,27%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

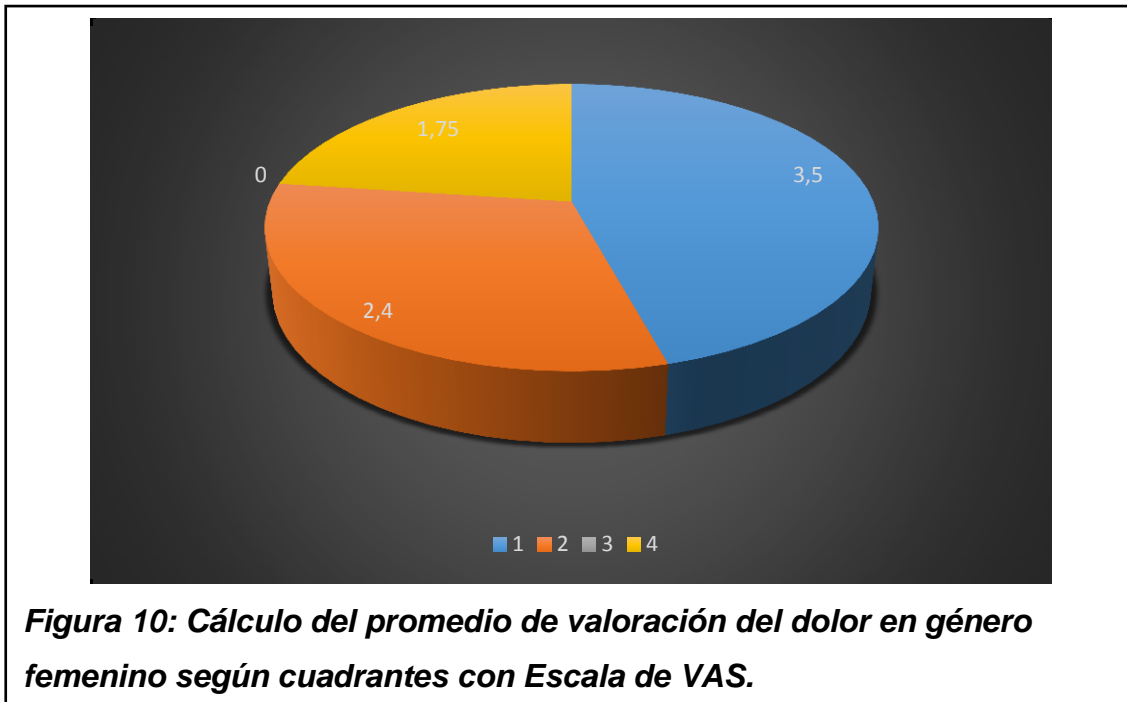


8.1.2.1 Cuadrante y género femenino

En promedio el cuadrante en el que se presenta mayor dolor según la Escala de VAS en el género femenino es el 1 CON 3,5 %.

Tabla 6: Valoración del cuadrante y género femenino según la Escala de VAS

FEMENINO	
CUADRANTE	PROMEDIO
1	3,5
2	2,4
3	0
4	1,75

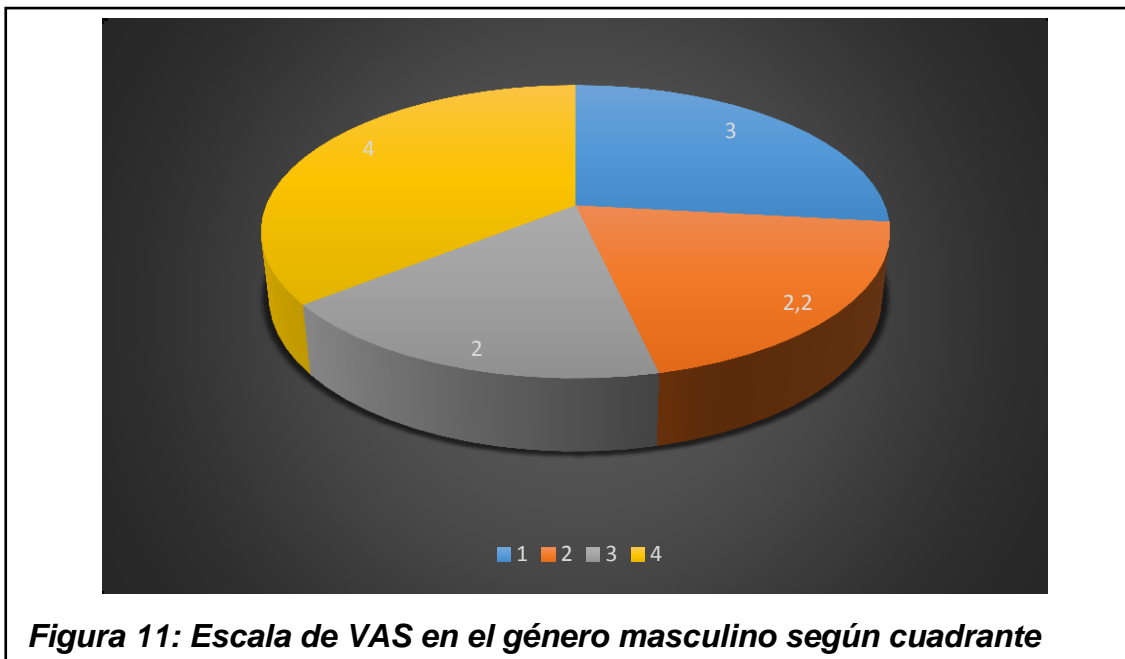


8.1.2.2 Cuadrante y género masculino

En promedio el cuadrante en el que mayor molestia presentan los pacientes de género masculino es el 4 con 4% según la Escala de VAS.

Tabla 7: Valoración del cuadrante y género masculino según la Escala de VAS

MASCULINO	
CUADRANTE	PROMEDIO
1	3
2	2,2
3	2
4	4



8.1.3 Técnica anestésica

La técnica anestésica en la que los pacientes registraron sentir más dolor fue en la técnica infiltrativa, donde el 32% de los pacientes evaluados afirmaron sentir un dolor grado 3 según la Escala de VAS. Cabe mencionar que hubo un paciente con 10 según la escala de VAS en la técnica infiltrativa y en la troncular resalta también con grado de 8 según VAS.

Tabla 8: Comparación de la técnica infiltrativa y Técnica troncular según la Escala de VAS

VAS	INFILTRATIVA		TRONCULAR	
1	6	13,64%	5	11,36%
2	7	15,91%	4	9,09%
3	9	20,45%	5	11,36%
4	1	2,27%	1	2,27%
5	1	2,27%	1	2,27%
6	2	4,55%	0	0,00%
7	0	0,00%	0	0,00%
8	0	0,00%	1	2,27%
9	0	0,00%	0	0,00%
10	1	2,27%	0	0,00%

CAPÍTULO IX. DISCUSIÓN

Para el presente estudio se evaluaron 44 pacientes a los cuales se les realizó extracción dentaria y donde se observó que predominó el nivel 3 de dolor posoperatorio, el cual determina un (dolor leve) y representa aproximadamente el 32% de pacientes atendidos. Seguido del 25 % del nivel 2 y 25% del nivel 5 Coincidiendo con un estudio hecho por Orellana, A., & Salazar, E. (2007) donde manifiestan que para evaluar el dolor se utilizó la Escala Visual Análoga y se determinó mediante interrogatorio las siguientes características del mismo: intensidad, extensión, causa desencadenante, tiempo de aparición y necesidad de medicación adicional. Reportando lo siguiente: en el grupo A a las 6 horas: 10 pacientes manifestaron dolor leve, 4 dolor moderado y 1 dolor severo. A las 12 horas: 10 pacientes manifestaron dolor leve, 3 dolor moderado y 2 dolor severo. A las 18 a 24 horas 11 pacientes manifestaron dolor leve, 3 pacientes dolor moderado y 1 paciente dolor severo. En el Grupo B a las 6 horas 12 pacientes manifestaron dolor leve, 3 pacientes dolor moderado y ningún paciente dolor severo. A las 12 horas 11 pacientes manifestaron dolor leve, 1 dolor moderado y 3 dolor severo. (A las 18 a 24 horas 11 pacientes manifestaron dolor leve, 2 pacientes dolor moderado y 1 paciente dolor severo.

Como aporte también podemos decir según Olmedo, Victoria Gaya, (2002) que, en las personas de más edad, en procedimientos de exodoncias al suturar se presenta mayor inflamación a las 48 horas y el dolor alcanzará valores más altos. El dolor está también condicionado, aunque ya con una menor incidencia, por el sexo y las dimensiones de la personalidad, como la inestabilidad y la extroversión, de tal modo que las mujeres y los pacientes extrovertidos en el inicio del dolor (0 horas), y los de mayores niveles de inseguridad emocional (neuroticismo) a partir de las siguientes mediciones (dolor 8, 24, 43 y 48 horas), marcaron puntuaciones más altas en la escala VAS. En este estudio nos muestra que los niveles del dolor pueden elevarse mientras comienza el posoperatorio desde las 0 horas y varían según el género y otros factores.

Se realizó un estudio ciego en el cual participaron 38 pacientes, estos fueron sometidos a dos aplicaciones de anestesia local con temperaturas diferentes: 37°C y temperatura ambiente. Se empleó la técnica de bloqueo troncular del nervio dentario inferior con duración de 1 minuto, posterior a la aplicación los pacientes realizaron el llenado de las fichas de recolección de datos donde incluía la Escala Visual Análoga y Escala de respuesta verbal, asimismo se registró el tiempo de inicio de acción. Concluida la ejecución del trabajo se procedió al análisis estadístico. A continuación, se detallan los resultados de la presente investigación. Existió diferencia significativa en relación con la EVA con la aplicación de anestesia local a temperatura corporal (37°C); se obtuvo una media de 6.63 ± 5.037 mm, que temperatura corporal, obteniéndose una media de 201.66 ± 85.336 segundos, que fue menor en comparación con la aplicación de anestesia local a temperatura ambiental, la cual mostró una media de 286.66 ± 84.292 segundos, utilizando la prueba t de Student para muestra relacionadas.

CAPÍTULO X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

10.1 CONCLUSIONES

- En pacientes mayores de 18 años de edad que acudieron al Quirófano del Centro de Atención Odontológica de la Universidad de las Américas en el mes de Abril del 2015, se estableció que incluyendo hombres y mujeres, predominó el nivel de dolor 3 según la escala de VAS.
- Prevalció el número de pacientes masculinos con valor 3 según la escala de VAS en comparación con el género femenino.
- En cuanto a la edad se estableció que predominó el nivel de dolor leve (escala 3) en pacientes de 18 a 25 años y de 59 a 70 años; siendo el grupo de edad de 18 a 25 años el más representado en comparación al resto de grupos de edades establecidas en el estudio.
- De acuerdo a la técnica anestésica en la que los pacientes registraron sentir más dolor fue la infiltrativa, con un grado 3 según la Escala de VAS.
- Respecto a la ubicación de la pieza dentaria por cuadrante en la cual se presentó mayor dolor, se destacó el cuadrante 1 con un valor de 3 en la escala VAS.

10.2 RECOMENDACIONES

- Realizar un protocolo para una correcta técnica anestésica; ya que de ello depende, en la mayoría de pacientes, poder reducir el dolor y las complicaciones posoperatorias.
- Realizar una adecuada valoración de la técnica anestésica, en lo que se refiere a tiempos operatorios.
- Los monitoreos del dolor tanto para técnica anestésica como técnica quirúrgica deben ser constantes utilizando las diversas escalas que miden el dolor, para así conocer y corregir las fallas de ambas técnicas.
- Promover la realización de investigaciones más profundas sobre este tema donde se pueda tomar en cuenta la autopercepción del dolor en distintos momentos del postoperatorio.

CAPÍTULO XII. PRESUPUESTO

RUBROS	VALOR
Equipos	0
Materiales y Suministros	20
Internet	20
Copias del formulario	25
Recursos Bibliográficos y Software	30
Estadístico	50
Entrega final de la tesis (borradores y empastado)	20
Total	\$165

REFERENCIAS

- Beiner Mangiamarchi, C. (2010). Estudio Comparativo entre las Técnicas Anestésicas. *Revista dental de Chile*, 26-30.
- Eduardo, I. (2006). Una Nueva Definición de “Dolor”. Un Imperativo de Nuestros Días. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*.
- Escoda, C., & Berini Aytés, L. (2004). *Tratado de Cirugia Bucal*. Ergon.
- Forniés, A. L. (2006). *Tratado de geriatría para residentes*. Madrid: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C).
- Hall, G. y. (2012). *Fisiología Medica*. España: Elsevier.
- M. S. Serr a n o - A t e r o*, J. C.-S.-Á. (2002). Valoración del dolor (I). *R e v. Soc. Esp. Dolor*, 59.
- Orellana , A., & Salazar, E. (2007). VALUACIÓN CLÍNICA DE LA TERAPIA CON DEXAMETASONA E IBUPROFENO EN LA. *Acta Odontológica Venezolana - VOLUMEN 45 Nº 1*, 54-60.
- Pozo Guillen , A., Aguirre Bañuelos, P., & Pérez Urizar, J. (2008). Manejo Clínico-farmacológico del dolor dental. *medigrafic Artemisa*.
- Proaño D, G. M. (2015). Comparación de las técnicas anestésicas de bloqueo mandibular troncular. *Rev Estomatol*, 30-35.
- R Poveda ,, R., & Bagán, J. (2007). Uso de antiinflamatorios no esteroides en Odontología. *Revista: Medicina oral, patología oral y cirugía bucal*.
- Torres Oriana, V. L. (2013). ESTADO FÍSICO DE LOS PACIENTES POST – EXODONCIA DE 3ROS.
- VELASQUEZ QUIÑONES, S. (2015). *Frecuencia de complicaciones intra y postquirúrgicas en exodoncias*.
- Rakhshan, V. (2015). Common risk factors for postoperative pain following the extraction of wisdom teeth. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 41(2), 59-65.
- Williams, D. A., & Arnold, L. M. (2011). Measures of fibromyalgia: Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Brief Pain Inventory (BPI), Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20), Medical Outcomes Study (MOS) Sleep

- Scale, and Multiple Ability Self-Report Questionnaire (MASQ). *Arthritis care & research*, 63(S11), S86-S97.
- Kumar, A., Khanna, R., Srivastava, R. K., Ali, I., & Wadhvani, P. (2014). Mannitol an Adjuvant in Local Anaesthetic Solution: Recent Concept & Changing Trends (Review). *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 8(11), GE01.
- Haghighat, A., Jafari, Z., Hasheminia, D., Samandari, M. H., Safarian, V., & Davoudi, A. (2015). Comparison of success rate and onset time of two different anesthesia techniques. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*.
- Ishikawa, K., Fukamizu, H., Takiguchi, T., Ohta, Y., & Tokura, Y. (2015). Application of a three-microneedle device for the delivery of local anesthetics. *Patient preference and adherence*, 9, 585.
- Venkateshwar, G. P., Padhye, M. N., Khosla, A. R., & Kakkar, S. T. (2011). Complications of exodontia: a retrospective study. *Indian Journal of Dental Research*, 22(5), 633.
- Curran WJ. Phase III comparison of sequential versus concurrent chemoradiation for patients with unresected stage III non-small-cell lung cancer (NSCLC): initial report of radiation therapy oncology group. RTOG 9410. *Proc Am Clin Oncol* 2000; 19:484 (abstr 1891)
- Taneja, P., Pattni, A., & Pearson, D. (2015). What's new in... the management of post-operative pain in dentistry. *SAAD digest*, 31, 3-7.
- Forniés, A. L., de Diego, F. I. G., Sierra, M. C., & de Landázuri, J. G. O. Concepto de dolor. *Tratado de geriatría para residentes*. Capítulo, 71, 721-731.

ANEXOS

ANEXOS

Consentimiento Informado

Fecha

Estudio: VALORACIÓN DEL DOLOR POSOPERATORIO EN EXTRACCIONES DENTARIAS EN PACIENTES ADULTOS EN LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

Investigador: *Karla Carolina Salinas Palma*
0996300122

Tutor: Dr. Pedro Peñón

Yo,....., doy mi consentimiento para participar en el siguiente estudio, bajo mi propia voluntad y sin haber sido obligado(a).

Consiento que el investigador pueda realizar el estudio correspondiente y a examinar mi cavidad bucal; como paciente acepto en brindar información en relación a la percepción del dolor postoperatorio.

Declaro que el investigador me ha explicado de forma clara y concisa el propósito de este estudio, como se desarrollará y los pasos a seguir; así como la finalidad que tendrán los resultados del mismo.

Declaro que tuve la oportunidad de realizar todas las preguntas que consideré necesarias antes de consentir mi participación.

Soy consciente que es mi decisión si la información médica será utilizada en el estudio, puesto que en todo momento se mantendrá la confidencialidad en relación con mis datos personales; así mismo que puedo renunciar al estudio cuando desee, sin que ello repercuta en mi atención médica.

Firma del Participante
C.I.:

Firma del Investigador
C.I.: 1715430581