

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS- ODONTOLOGÍA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO:

Causas de exodoncia en el servicio clínico odontológico de la UCSG.

Autor (a)

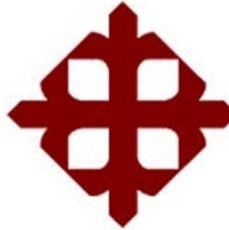
Muñoz Mengual, Fernando José

TUTOR:

Dr. Carlos Xavier Ycaza

Guayaquil, Ecuador

2014



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Fernando José Muñoz Mengual**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Odontólogo**

TUTOR (A)

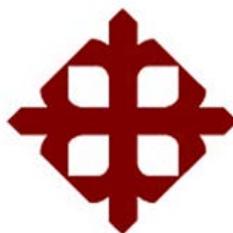
Dr. Carlos Xavier Ycaza

REVISOR(ES)

DIRECTOR DE LA CARRERA

Dr. Juan Carlos Gallardo Bastidas

Guayaquil, al 1 del mes de Septiembre del año 2014



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Fernando José Muñoz Mengual**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **Causas de exodoncia en el servicio clínico odontológico de la UCSG**. Previa a la obtención del Título **de Odontólogo**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al 1 del mes de Septiembre del año 2014

EL AUTOR

Fernando José Muñoz Mengual



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA ODONTOLOGÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, Fernando José Muñoz Mengual

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Causas de exodoncia en el servicio clínico odontológico de la UCSG**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al 1 del mes de Septiembre del año 2014

EL AUTOR:

Fernando José Muñoz Mengual

AGRADECIMIENTO

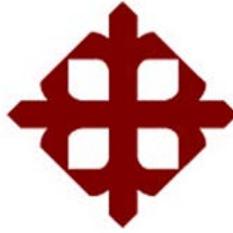
Debo dar gracias a la universidad. Por darme la oportunidad de formarme como un verdadero profesional. A mi madre por ser mi principal apoyo en todo momento. A mi hermana por ser mi ejemplo a seguir. A mi abuela por aconsejarme en todo este camino de formación. Agradezco de forma especial a mi tutor, el Dr. Carlos Xavier Ycaza, por su dedicación y compromiso en este trabajo. Agradezco al Dr. Jorge Barona por permitir realizar parte de mi estudio en sus horas de clase. Al Dr. Giaffar Barquet por el apoyo en el área de estadística. Finalmente agradezco a la Dra. María Angélica Terreros por su preocupación y su apoyo durante todo el periodo de titulación.

Fernando Muñoz

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi padre y a mi abuelo, que han sido mi ejemplo como personas y profesionales. Han demostrado un apoyo incondicional en mi vida y por eso este trabajo es para ellos.

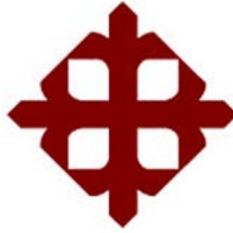
Fernando Muñoz



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dr. Carlos Xavier Ycaza.
PROFESOR GUÍA O TUTOR

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA ODONTOLOGÍA**

CALIFICACIÓN

**Dr. Carlos Xavier Ycaza.
PROFESOR GUÍA O TUTOR**

Índice General

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD	III
AUTORIZACION	IIII
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
TRIBUNAL DE SUSTENTACION	VII
CALIFICACION	VIII
ÍNDICE GENERAL	XV
ÍNDICE DE FIGURAS	XII
ÍNDICE DE TABLAS	XIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XIIII
ÍNDICE DE ANEXOS	XV
RESUMEN	XVI
ABSTRACT	
1. INTRODUCCION	1
1.1 Justificación	1
1.2 Objetivos	2
1.2.1 Objetivo General	2
1.2.2 Objetivos Específicos	2
1.3 Hipótesis	2
1.4 Variables	2
2. MARCO TEÓRICO	3
2.1 Exodoncia Definición	3
2.1.1 Indicaciones de exodoncia	4
2.2 Caries y sus parámetros de exodoncia	4
2.2.1 Caries definición	4
2.2.2 Clasificación de las caries	5
2.2.2.1 Clasificación de Greene Vardiman Black	5

2.2.2.2 Clasificación de Mount y Hume	5
2.2.3 Caries radicular	6
2.2.4 Tratamiento	6
2.3 Fracturas dentales	6
2.3.1 Clasificación de las fracturas dentales según Alejandro rivera palacios, cirujía bucal para pregrado y el odontólogo general	7
2.4 Enfermedad periodontal y sus parámetros de exodoncia	9
2.4.1 Periodontitis	10
2.4.2 Clasificación de la periodontitis	10
2.4.2.1 Periodontitis agresiva	10
2.4.2.2 Periodontitis crónica	11
2.4.3 Diagnostico de la enfermedad periodontal	12
2.4.4 Tratamiento de la enfermedad periodontal	13
2.5 Ortodoncia y sus parámetros de exodoncia	13
2.5.1 Exodoncia de incisivos	14
2.5.2 Exodoncia de caninos	14
2.5.3 Exodoncia de premolares	15
2.5.4 Exodoncia de primeros molares	15
2.5.5. Exodoncia de segundos molares	16
2.6 Parámetros de exodoncia por motivos protésicos	16
2.6.1 Métodos de diagnóstico	16
3. MATERIALES Y METODOS	17
3.1 Materiales	17
3.1.1 Lugar de la investigación	18
3.1.2 periodo de la investigación	18
3.1.3 Recursos empleados	18
3.1.3.1 Recursos humanos	18
3.1.3.2 Recursos físicos	18
3.1.4 Universo	

3.1.5 Muestra	19
3.1.5.1 Criterios de inclusión de la muestra	19
3.1.5.2 Criterios de exclusión de la muestra	19
3.1.4.3 Criterios de eliminación de la muestra	19
3.2 Métodos	19
3.2.1 Tipo de investigación	19
3.2.2 Diseño de la investigación	20
3.2.2.1 Procedimientos	20
4. RESULTADOS	20
4.1 Distribución de pacientes por edad y género	20
4.1.1 Distribución de pacientes por edad	20
4.1.2 Distribución de pacientes por género	21
4.2 Causas de exodoncia y cumplimiento de parámetros	22
4.2.1 Causas de exodoncia	22
4.2.2 Cumplimiento de parámetros	23
4.3 Causas de exodoncia por género	24
4.4 Causas de exodoncia por edad	25
4.5 Distribución por sector	26
4.5.1 Total de exodoncias por sector	26
4.5.2 Causas de exodoncia por sector	27
4.6 Presencia de dolor	28
4.6.1 Presencia de dolor por causas de exodoncia	28
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	29
5.1 Conclusiones	29
5.2 Recomendaciones	30
6. BIBLIOGRAFÍA	31
7. ANEXOS	34

Índice de Figuras

Figura N°1	
Fractura dental no complicada	7
Figura N° 2	
Fractura dental no complicada	7
Figura N°3	
Fractura dental complicada	8
Figura N°4	
Fractura dental complicada	8
Figura N°5	
Fractura radicular	9
Figura N°6	
Fractura radicular	9
Figura N°7	
Periodontitis agresiva	10
Figura N°8	
Periodontitis agresiva localizada	11
Figura N°9	
Periodontitis crónica	11

Índice de tablas

Tabla N°1	
Distribución de pacientes por edad	21
Tabla N°2	
Distribución de pacientes por género	21
Tabla N°3	
Causa de exodoncia	22
Tabla N°4	
Cumplimiento de parámetros	23
Tabla N°5	
Causas de exodoncia por género	24
Tabla N°6	
Causas de exodoncia por edad	25
Tabla N°7	
Total de exodoncias por sector	26
Tabla N°8	
Causas de exodoncia por sector	27
Tabla N°9	
Presencia de dolor por causas de exodoncia	28

Índice de gráficos

Grafico N°1	
Distribución por edad	21
Grafico N°2	
Distribución por género	21
Grafico N°3	
Causas de exodoncia	22
Grafico N°4	
Cumplimiento de parámetros	23
Grafico N°5	
Causas de exodoncia por género	24
Grafico N°6	
Causas de exodoncia por edad	25
Grafico N°7	
Total de exodoncias por sector	26
Grafico N°8	
Causas de exodoncia por sector	27
Grafico N°9	
Presencia de dolor por causas de exodoncia	28

Índice de anexos

N°1.- Hoja de registro de datos	34
N°2.- Consentimiento informado	35
N°3.- Tabla madre estadística	36

RESUMEN

*Debido a las estadísticas mundiales de la salud bucodental y los estudios hechos acerca de causas de exodoncia en varias universidades de diferentes países. Se realiza este estudio para obtener de manera sencilla una prevalencia de las enfermedades que están afectando a los pacientes que acuden a la clínica odontológica de la UCSG. **Objetivo:** Establecer las causas de exodoncia en el servicio clínico odontológico de la UCSG. **Método:** Estudio de tipo transversal y descriptivo con una muestra de 102 pacientes que se realizan exodoncias por diferentes causas como caries, enfermedad periodontal, fractura, motivos protésicos y motivos ortodónticos en las clínicas de cirugía de la UCSG y que cada causa cumpla con los parámetros para ser considerada un motivo de exodoncia real. **Resultados:** Se realizaron 131 exodoncias en total. Con un 34.45% prevalecieron las exodoncias por fracturas. La mayor cantidad de exodoncias fueron realizadas en pacientes del género masculino con un 60.30%. Se observó la prevalencia del 57.25% de exodoncias en el sector posterior. **Conclusión:** la causa de exodoncia prevalente es por fracturas dentales. La mayoría de exodoncias si cumplieron los parámetros. La caries dental obtuvo un porcentaje elevado en pacientes jóvenes.*

Palabras clave: Exodoncia. Parámetros. Caries. Enfermedad Periodontal. Fractura dental

ABSTRACT

*Due to global oral health statistics and studies done about causes of extraction at various universities in different countries, this study was performed to obtain easily a prevalence of diseases that are affecting patients attending the UCSG dental clinic. **Objective:** To establish the causes of dental extraction in UCSG dental clinical service. **Methods:** A descriptive study with a sample of 102 patients. Extractions were performed for various reasons such as caries, periodontal disease, and fracture, prosthetic and orthodontic motives in UCSG surgery practice. Each cause and meets the parameters to be considered a cause actual extraction.*

***Results:** 131 extractions were performed in total. With a 34.45% prevailed extractions fractures. Most extractions were performed in male patients with 60.30%. Prevalence of 57.25% in the posterior extractions was observed.*

***Conclusion:** The cause of extraction is prevalent dental fractures. Most extractions if met the parameters. Tooth decay obtained a high percentage of young patients.*

Keywords: Extraction. Parameters. Caries. Periodontal Disease. tooth fracture

1. Introducción

La enfermedad periodontal y la caries dental son enfermedades multifactoriales que afectan a la mayoría de la población del mundo, según la OMS del 60% al 90% de los estudiantes de colegio tienen caries dental y la enfermedad periodontal afecta de un 5% a un 20% de la población adulta. Estos datos pueden variar según la región geográfica. La caries dental es una enfermedad que afecta directamente a los tejidos dentarios, esta puede llevar a la extracción del diente por la extensión de la caries o principalmente por el dolor causado por una pulpitis.¹²³

La enfermedad periodontal afecta a los tejidos de soporte del diente produciendo a largo plazo la movilidad del mismo. En nuestro medio, hay una decreciente salud oral por el poco nivel de educación o por la poca importancia que se le da a la higiene bucal, por esta razón se producen estas 2 enfermedades y como consecuencia la extracción, asimismo otras causas de exodoncia pueden ser por motivos protésicos, ortodónticos y por fracturas o trauma dental. Cardona et al; 2002 presentaron como resultados en un estudio después de 4259 extracciones dentales, que la principal causa con un 49% fue por caries dental, mientras que la segunda causa con un 33.7% fue por enfermedad periodontal, en tercer lugar se encuentran razones ortodónticos con el 1,6% y finalmente por fracturas con el 0,7%. En otro estudio, Nikolaos Andr, 2011 demostró que la enfermedad periodontal era la principal causa de extracciones en general con un 45.6% y en segundo lugar la caries dental con un 32.1%, también se demostró que las extracciones realizadas por enfermedad periodontal era más común en hombres y las realizadas por caries dental eran más comunes en mujeres.⁴

Por lo tanto es necesario saber cuáles son las causas que llevan al paciente a la extracción dentaria más frecuentemente en nuestro medio para así poder tomar medidas para concientizar sobre la importancia de la salud oral.^{5,6}

1.2Justificación

La pérdida de piezas dentarias por enfermedad periodontal o caries dental es una de las causas más comunes para la extracción dentaria debido a su alta prevalencia en nuestra sociedad, es por eso necesario realizar un estudio clínico para determinar cuál es la causa más frecuente en la pérdida de piezas dentarias.

1.2 Objetivos.

1.2.1 Objetivo general.

- Establecer las causas de exodoncia en el servicio clínico de la UCSG.

1.2.2 Objetivos específicos.

- Determinar el grado de destrucción del tejido dental causado por caries que conlleve a la extracción del mismo.
- Evaluar el grado de la enfermedad periodontal que indique la extracción del mismo.
- Establecer la indicación de exodoncia por motivos protésicos.
- Establecer la necesidad de exodoncia por motivos ortodónticos.

1.3 Hipótesis.

- Los procedimientos quirúrgicos de exodoncia están asociados a patologías y a procesos restaurativos.

1.4 Variables.

Variable dependiente:

Proceso quirúrgico de la exodoncia.- Procedimiento en el cual se realiza la extracción de una pieza dentaria en mal estado, sin posibilidad de restauración que produce malestar al paciente.

Variable independiente:

Procesos patológicos y restaurativos.- Procesos patológicos son los que producen alteraciones en las piezas dentarias que causan su deterioro haciendo que la pieza quede imposible de restaurar, siendo la exodoncia el tratamiento adecuado. Los procesos restaurativos son los que devuelven la funcionalidad a la cavidad bucal, algunos mediante el tratamiento de exodoncia.

Dimensiones de la variable independiente:

- Caries
- Enfermedad periodontal
- Fractura
- Motivos protésicos
- Motivos ortodónticos

Variables intervinientes

- Edad
- Genero
- Radiografía

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Exodoncia definición.

Se conoce como exodoncia al procedimiento en el cual se extirpa la pieza dentaria, separándola de los tejidos circundantes como lo son el alveolo, ligamento periodontal y encía. Es un procedimiento irreversible e invasivo, por lo tanto se debe agotar toda otra posibilidad de tratamiento antes de indicar la exodoncia.⁷

2.1.1 Indicaciones de exodoncia.

Son muchas las indicaciones para realizar una exodoncia; el profesional debe de realizar un proceso de diagnóstico claro que justifique el tratamiento para que de ese modo se le explique al paciente que ese es el tratamiento adecuado.⁷



2.2 Caries y sus parámetros de exodoncia.

2.2.1 Caries definición.

La caries dental es un proceso que ocurre en cualquier superficie del diente donde se forma el biofilm. Es causado por la placa cariogénica. Esta tiene la capacidad de fermentar carbohidratos como la glucosa o la sacarosa, al momento de degradarlos estas producen ácidos provocando una disminución del pH, estas pueden provocar una desmineralización en el diente y si no se previene la desmineralización se comienzan a desarrollar las lesiones visibles como lo son las caries.^{7,8}

Las superficies que favorecen la retención de placa bacteriana son las más propensas a desarrollar lesiones cariosas como:

- Fosas y fisuras de dientes posteriores
- Cúspides vestibulares de molares
- Superficie palatina de dientes incisivos superiores
- En la zona interproximal
- En el margen cervical de los dientes
- Restauraciones con márgenes irregulares
- Dientes que tengan contacto con prótesis

2.2.2 Clasificación de caries.

2.2.2.1 Clasificación de Greene Vardiman Black.

Clase 1: lesión en fosas y fisuras de superficies oclusales en premolares y molares, también en las caras vestibulares de incisivos y caninos premolares y molares.

Clase 2: lesiones en las caras proximales de premolares y molares.

Clase 3: lesiones en superficie proximales de incisivos y caninos que no afectan el borde incisal.

Clase 4: lesiones en superficies proximales de incisivos y caninos que afectan el borde incisal.

Clase 5: lesiones ubicadas por el tercio cervical en la superficie vestibular, palatino o lingual de los dientes.

2.2.2.2 Clasificación de Mout y Hume de acuerdo a la profundidad de la lesión cariosa.

Tamaño 1: lesión con una mínima invasión

Tamaño 2: lesión con una moderada destrucción del tejido pero con suficiente estructura sana para su restauración.

Tamaño 3: lesión que afecta gran parte a la estructura dentaria pero no compromete cúspides o bordes incisales.

Tamaño 4: lesión avanzada que afecta cúspides y bordes incisales. Cavidad de gran extensión que requiere un tratamiento restaurador indirecto. ^{7.8}

2.2.3 Caries radicular.

También se conoce como caries de cemento. Este tipo de caries se desarrolla en el límite amelocementario por causas que permiten el acceso a las bacterias a esa zona como enfermedades que afectan al periodonto. Este tipo de caries se divide en:

Activa: se presenta en pacientes con retracción gingival, se observa una lesión amplia que sobrepasa el cemento y dentina llegando a la pulpa produciendo dolor.

Detenida: lesión extensa pero poco profunda, no produce dolor, se observa un color marrón con superficie lisa. ^{7.8}

2.2.4 Tratamiento.

El grado de destrucción que provoca la lesión cariosa determina el tratamiento a seguir, si la del tejido dentario no permite la restauración del mismo, es indicada la exodoncia de la pieza.

2.3 Fracturas dentales.

Las fracturas dentales son generalmente indicaciones para la exodoncia del mismo dependiendo del tipo de fractura, el lugar y el sentido en el cual se presenta. Existen situaciones que predisponen al paciente a sufrir un trauma dental y este se divide en 2 grupos de acuerdo a edades.^{9,10}

- En niños y adolescentes como resultado de una caída ya sea de bicicleta patines o por algún deporte
- En adultos como resultado de accidentes, peleas, caries, restauraciones con tratamiento endodóntico o por accidentes deportivos.

2.3.1 Clasificación de las fracturas dentarias según Alejandro Rivera Palacios, cirugía bucal para pregrado y odontólogo general

Las fracturas dentarias pueden ser clasificadas según su complejidad y su localización, el tratamiento dependerá de la extensión de la fractura y su dirección.

Fractura coronaria no complicada

Fractura que afecta al esmalte o al esmalte y dentina combinados que no afecta al tejido pulpar. Se observa la falta del tejido dental pero sin compromiso pulpar, no produce dolor ni movilidad dentaria. Radiográficamente se observa la fractura de tipo horizontal sin compromiso de la raíz ni la zona periapical.

El tratamiento consiste en restaurar la pieza afectada con técnicas adhesivas.

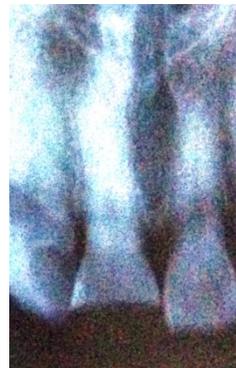


Figuras N°1y2 Fractura dental no complicada. Fuente: Fernando Solé; cirugía bucal para pregrado y odontólogo general.

Fractura coronaria complicada

Fractura que afecta al esmalte y dentina que afecta al tejido pulpar. Se observa la fractura en la corona con compromiso pulpar, produce dolor pero no produce movilidad. Radiográficamente se observa la fractura de tipo horizontal que llega al tejido pulpar.

El tratamiento consiste en realizar un tratamiento endodóntico seguido por la restauración del diente afectado.



Figuras N°3 y 4 Fractura dental complicada. Fuente: Fernando Solé; cirugía bucal para pregrado y odontólogo general.

Fractura corono-radicular

Fractura que afecta el esmalte dentina y cemento, que puede o no puede afectar la pulpa. Se observa que sobrepasa el límite gingival, puede existir movilidad y dolor. Radiográficamente se observa el rasgo de la fractura en la porción coronal y en algunas ocasiones en la porción apical.

El tratamiento depende de la extensión de la fractura, de la cantidad de porción radicular que queda para una posible restauración. Si no es así, está indicada la exodoncia.

Fractura radicular

Fractura de la raíz del diente que afecta al cemento dentina y pulpa. Se observa radiográficamente la dirección de la fractura. Puede haber desplazamiento de la porción coronaria. Se puede presentar dolor y sensibilidad.

El tratamiento depende de la localización de la fractura así como la dirección, si es de tipo horizontal se debe analizar si la pieza es restaurable, si la fractura se encuentra en tercio apical, la restauración es muy complicada por lo que se procede a realizar la extracción de la pieza. En el caso de fractura de tipo vertical, el pronóstico del diente afectado es desfavorable ya que el tratamiento habitual es la extracción.¹¹



Figuras N°5 y 6 Fractura radicular. Fuente: Fernando Solé; cirugía bucal para pregrado y odontólogo general.

2.4 Enfermedad periodontal y sus parámetros de exodoncia

La enfermedad periodontal afecta a los tejidos de soporte del diente, esta puede ser tratada a base de terapias periodontales para evitar la pérdida excesiva de tejido de soporte ya que eso puede llevar a la pérdida de las piezas afectadas. Las enfermedades periodontales se dividen en 2 grandes grupos: gingivitis y periodontitis. La gingivitis se caracteriza por la inflamación de los tejidos blandos que rodean al diente. Puede haber cambios de color y de tamaño en las encías no produce pérdida ósea.^{12,13}

2.4.1 Periodontitis.

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria que afecta a todos los componentes del periodonto. Se produce pérdida ósea, provocando la desinserción de la pieza causando su movilidad.¹²

2.4.2 Clasificación de la periodontitis.

2.4.2.1 Periodontitis agresiva

La periodontitis agresiva es una enfermedad de origen bacteriano que se caracteriza por la pérdida avanzada de hueso alveolar y la rápida formación de bolsas periodontales. Esta se divide en 2 grupos: periodontitis agresiva localizada y periodontitis agresiva generalizada.¹²

Figura N°7. Periodontitis agresiva

Fuente: Sociedad española de Periodoncia y osteointegración;

Manual de sepa.



Periodontitis agresiva localizada.

Se inicia entre los 11 y 15 años. Clínicamente se observan los tejidos normales, sin señales de inflamación o sangrado. Al momento del sondaje y el análisis radiográfico, se observan lesiones óseas y bolsas periodontales generalmente en la zona de molares.¹²



Figura N°8 Periodontitis agresiva localizada (secuestros óseos en zona de molares)

Fuente: Sociedad española de periodoncia y osteointegración; Manual de sepa.

Periodontitis agresiva generalizada.

Se inicia en la pubertad y entre los 30 y 35 años. Se caracteriza por una destrucción rápida de los tejidos periodontales. Presenta periodos de exacerbación y de remisión. En los periodos de exacerbación se pueden observar las lesiones como enrojecimiento de las encías y también agrandamiento. En los periodos de remisión, la enfermedad puede pasar desapercibida. Esta se diferencia con la periodontitis agresiva localizada porque afecta a toda la dentición.^{12 13}

2.4.2.2. Periodontitis crónica.

La periodontitis crónica es una enfermedad bacteriana que afecta a los tejidos de soporte del diente. Es de avance lento y moderado, pero algunas veces se pueden presentar zonas con grandes destrucciones. Clínicamente se observan cambios de color, volumen y tamaño en los tejidos gingivales, también se observa sangrado y bolsas periodontales al momento de realizar el sondaje. Generalmente se produce en adultos pero también puede presentarse en niños.^{12.13}



Figura N°3. Paciente con periodontitis crónica

Fuente: Sociedad española de periodoncia y osteointegracion

2.4.3 Diagnóstico de la enfermedad periodontal.

Para diagnosticar la enfermedad periodontal se deben de seguir una serie de procedimientos clínicos y exámenes que determinaran el grado y la presencia de la misma.

Exploración clínica

Se observan los tejidos que rodean al diente, la encía y la mucosa. Se observa el color de los tejidos y su tamaño, se analiza el margen gingival para localizar recesiones y para diagnosticar crecimientos gingivales.

Periodontograma

Es un examen que se realiza para diagnosticar la enfermedad periodontal y su severidad, en él se anotan medidas de profundidad de sondaje, nivel de inserción

clínica, recesiones o hiperplasias gingivales, movilidad, furcas, sangrado y supuraciones.

Profundidad de sondaje

Se realiza mediante el uso de la sonda periodontal milimetrada, se mide desde el margen gingival hasta el punto final de la sonda periodontal.

Nivel de inserción clínica

La distancia que se mide desde el límite amelocementario al fondo de la bolsa periodontal

Movilidad

Se mide en grados:

- Grado 1 movimiento de 0 a 1 mm en sentido horizontal
- Grado 2 movilidad de más de 1 mm en sentido horizontal
- Grado 3 movilidad de más de 2 mm y movimiento de intrusión.

2.4.4 Tratamiento de la enfermedad periodontal

Una vez realizado el diagnóstico de la enfermedad y su severidad se procede con el tratamiento a base terapias periodontales que incluyen detartraje, raspado y alisado y en algunos casos tratamiento quirúrgico como raspado y alisado a campo abierto y gingivectomías.^{13.14}

Uno de los factores más importantes que determina el tratamiento de exodoncia en caso de la enfermedad periodontal es el grado de movilidad. Si la pieza

afectada presenta movilidad grado 3 con intrusión, la pieza se encuentra desinsertada por lo que se indica su extracción.^{13.14}

2.5 Ortodoncia y sus parámetros de exodoncia

El tratamiento de exodoncia ha sido un tema controversial a dentro de la especialidad de ortodoncia por varios años. Autores como Angle, se referían a un tratamiento de ortodoncia exitoso sin realizar exodoncias; ahora no es posible tratar todas las maloclusiones sin necesidad de extraer piezas dentarias. La extracción de ciertas piezas durante el tratamiento de exodoncia es necesaria para corregir anomalías como: apiñamientos, longitud de arco reducida y maloclusiones clase I II Y III.¹⁵

La decisión de extraer una pieza dentaria, depende de factores como:

- La colaboración del paciente a lo largo del tratamiento
- La higiene oral del paciente
- El riesgo de caries del paciente

2.5.1 Exodoncia de incisivos.

Los incisivos superiores raramente son extraídos en el tratamiento de ortodoncia, sin embargo, en clases II subdivisión I de Angle, los pacientes presentan un overjet muy aumentado, lo que se convierte en un riesgo de trauma para los incisivos superiores. En caso de que el trauma es prolongado y el diente está afectado y su pronóstico es desfavorable, se considera la exodoncia como parte del tratamiento ortodóntico.^{15.16}

La exodoncia de incisivos inferiores es evitada por la disminución que se produce en el arco inferior, produciendo apiñamiento. Hay excepciones en las que los incisivos inferiores se encuentran en muy mala posición como por ejemplo: incisivos ectópicos, en los cuales la exodoncia es indicada.^{15 16}

2.5.2 Exodoncia de caninos.

La exodoncia de caninos es poco común, ya que es un diente que sirve como guía durante todo el tratamiento ortodóntico. Se realiza la extracción de esta pieza cuando se encuentran en mala posición extrema como caninos ectópicos en el paladar e inferiores.^{15 16 17}

2.5.3 Exodoncia de premolares.

La exodoncia de premolares es la más realizada en los procedimientos ortodonticos. Al realizar la extracción de premolares junto con el tratamiento de ortodoncia, se consigue aliviar el apiñamiento dentario anterior y posterior. Los primeros y segundos premolares poseen cúspides y coronas similares por lo tanto el punto de contacto adecuado entre el canino y el primer molar sigue siendo adecuado en el caso la extracción de alguno de los premolares. Para determinar cuál premolar extraer, se debe de considerar la severidad del apiñamiento dentario, el tamaño del arco dentario, el overbite y el overjet.¹⁷

En pacientes con clase I de Angle con apiñamiento dentario y caninos mesializados, la pérdida de primeros molares puede provocar un mejoramiento espontaneo en cuanto al alineamiento de los caninos.

Los segundos premolares pueden impactarse por la pérdida prematura de los molares deciduos o por un apiñamiento severo. Los segundos premolares

ectópicos que erupcionan por lingual o por el paladar que se encuentran fuera del arco deben de ser extraídos.¹⁷

2.5.4 Exodoncia de primeros molares.

Generalmente, los primeros molares son los primeros dientes permanentes en erupcionar. Su morfología los hace susceptibles a la formación de caries y en combinación con una salud oral deficiente del paciente puede causar la pérdida de los mismos.¹⁷

Se debe de analizar detenidamente la exodoncia de primeros molares por motivos ortodonticos. Su posición en el arco dentario logra el alivio del apiñamiento de los premolares. En la dentición permanente, la pérdida del primer molar causa problemas, sobre todo en la zona inferior ya que los segundos molares y los segundos premolares no forman un punto de contacto adecuado. Se observa alivio del apiñamiento incisivo inferior. La pérdida del primer molar inferior produce una extrusión del molar superior lo que causa una mal posición del segundo molar inferior, por esto, si se realiza una exodoncia del primer molar inferior, se debería realizar la del superior para compensar la extracción y prevenir la extrusión del molar superior para que el segundo molar pueda erupcionar de forma correcta.¹⁷

2.5.5. Exodoncia de segundos molares.

Existen múltiples indicaciones para la exodoncia de segundos molares por motivos ortodonticos de los cuales se destacan los siguientes:

- Facilitar la erupción de terceros molares
- Aliviar el apiñamiento en la zona de premolares
- Prevenir apiñamiento en arcos bien alineados

2.6 Parámetros de exodoncia por motivos protésicos.

La necesidad de reemplazar dientes se ha convertido en prioridad para los pacientes, sobre todo si se trata del sector anterior. Existen muchas formas de reemplazar las piezas dentarias perdidas como son:

- Prótesis totales
- Prótesis parciales
- Prótesis fija (coronas y pónicos)
- Implantes
- Prótesis sobre implantes ¹⁸

2.6.1 Métodos de diagnóstico.

Existen varios métodos de diagnóstico para determinar qué tipo de restauración necesita el paciente. Así como también la disposición del paciente para realizarlo.

Historia clínica y dental

Se realiza la anamnesis básica para tener antecedentes de salud en general del paciente para determinar qué tipo de tratamiento es el más adecuado en base a su estado de salud en general.

La historia dental se realiza mediante exploración de la cavidad oral, examinando el estado de los dientes y de las demás estructuras que forman parte de la cavidad oral. Es en esta parte de la examinación que se determina en primera instancia un diagnóstico presuntivo.¹⁹

Examen radiográfico

Se analiza presencia de lesiones apicales, pérdida ósea, engrosamiento del ligamento periodontal y la proporción corona-raíz.¹⁹

3. Materiales y métodos

3.1 Materiales.

- Mandil
- Mascarilla
- Guantes
- Películas periapicales
- Babero
- Espejo bucal
- Pinza algodонера
- Lápiz bicolor
- Explorador

3.1.1. Lugar de la investigación.

- Universidad católica Santiago de Guayaquil

3.1.2 Periodo de la investigación.

Actividad	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Revisión bibliográfica	<u>X</u>				
Actividad de prueba piloto	<u>X</u>				
Examen clínico		<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	
Registro y tabulación de datos		<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	
Resultados				<u>X</u>	

3.1.3 Recursos empleados.

3.1.3.1 Recursos humanos.

Pacientes que asisten a las clínicas de cirugía de la UCSG.

Asesor de tesis.- Dr. Carlos Ycaza

Asesora de metodología de la investigación.- Dra. María Angélica Terreros

3.1.3.2 Recursos físicos.

Este estudio se realizara en la clínica odontológica de la universidad católica Santiago de Guayaquil.

3.1.4 Universo.

Todos los pacientes que asistan a la clínica de cirugía de 5to y 6to ciclo de la UCSG, entre las edades de 18-80 años.

3.1.5 Muestra

100 exodoncias que se realicen en las clínicas de cirugía entre 5to y 6to ciclo de la UCSG.

3.1.5.1 Criterios de inclusión de la muestra

- Pacientes que se realicen exodoncias por causa de caries
- Pacientes que se realicen exodoncias por causa de enfermedad periodontal
- Pacientes entre las edades 18-80 años
- Pacientes que se realicen exodoncias por motivos protésicos

- Pacientes que se realicen exodoncias por motivos ortodonticos
- Pacientes que se realicen exodoncias por fractura.

3.1.5.2 Criterios de exclusión de la muestra

- Pacientes que se realicen extracciones de terceros molares.
- Pacientes que no estén en el rango de edades

3.1.5.3 Criterios de eliminación de la muestra

- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio

3.2 Métodos.

3.2.1 Tipo de investigación.

Esta investigación será un estudio clínico de tipo transversal.

3.2.2 Diseño de la investigación.

El diseño de esta investigación es descriptivo.

3.2.2.1 Procedimientos.

- Firmar consentimiento informado
- Llenar datos del paciente
- Se examinó clínicamente al paciente con el instrumental necesario y esterilizado para cada paciente
- Se analizó la radiografía tomada para determinar si es un paciente que requiere extracción
- Se realizó la extracción de la pieza con el material e instrumental necesario y esterilizado para cada paciente

4. Resultados

4.1 Distribución de pacientes por edad y género

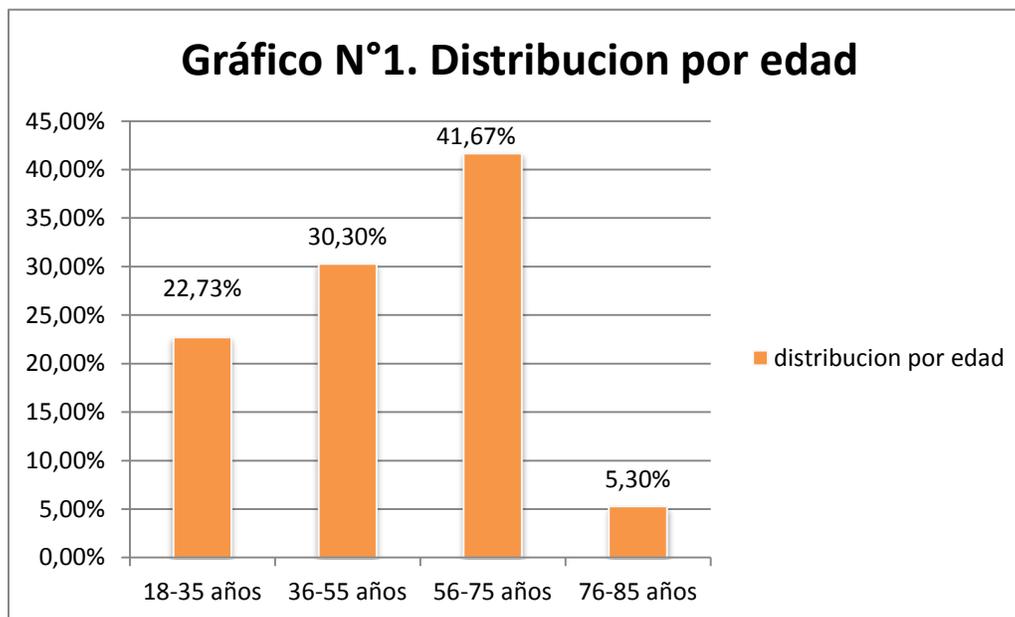
4.1.1 Distribución de pacientes por edad

Grupo de edades	Frecuencia	Porcentaje
18-35	30	22.73%
36-55	40	30.30%
56-75	55	41.67%
76-85	7	5.30%
Total	131	100%

Tabla N°1. Distribución de pacientes por edad.

Fuente: Clínica de Cirugía UCSG.

Análisis y discusión: Se formaron grupos de edades para la muestra de 131 exodoncias de las cuales el 41.67% fueron entre 56 y 75 años, el 30.30% entre 36 y 55 años, el 22.73% entre 18 y 35 años y el 5.30% entre los 76 y 85 años.

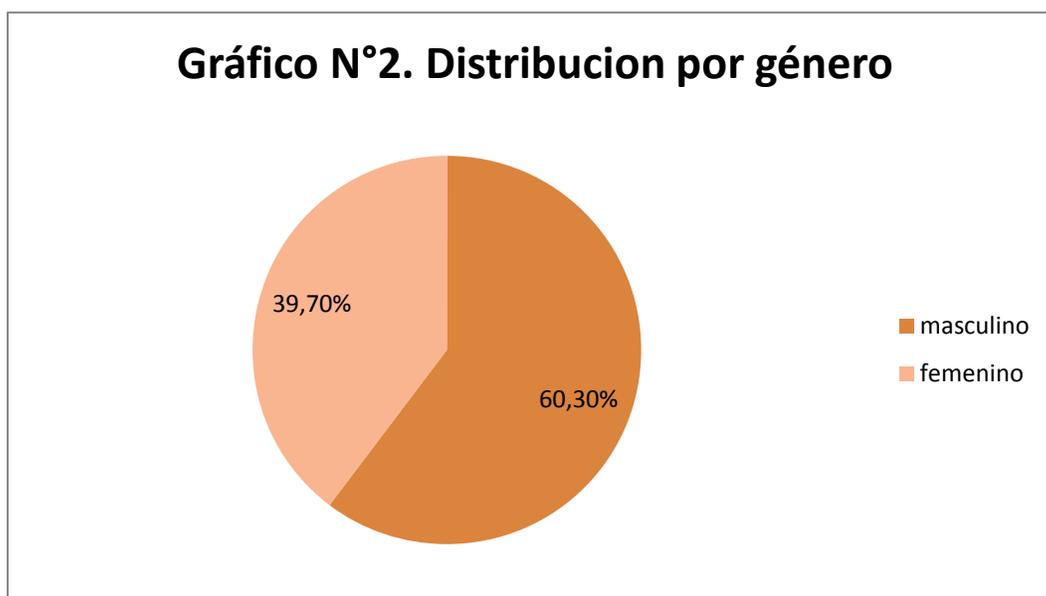


4.1.2 Distribución de pacientes por género

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	79	60,30%
Femenino	52	39,70%
Total	131%	100%

Tabla N°2. Distribución de pacientes por género. Fuente: Clínica de Cirugía UCSG

Análisis y discusión: De la muestra de 131 exodoncias, el 60.30% fueron realizadas en pacientes del género masculino y el 39.70% fueron realizadas en pacientes del género femenino.



4.2 Causas de exodoncia y cumplimiento de parámetros.

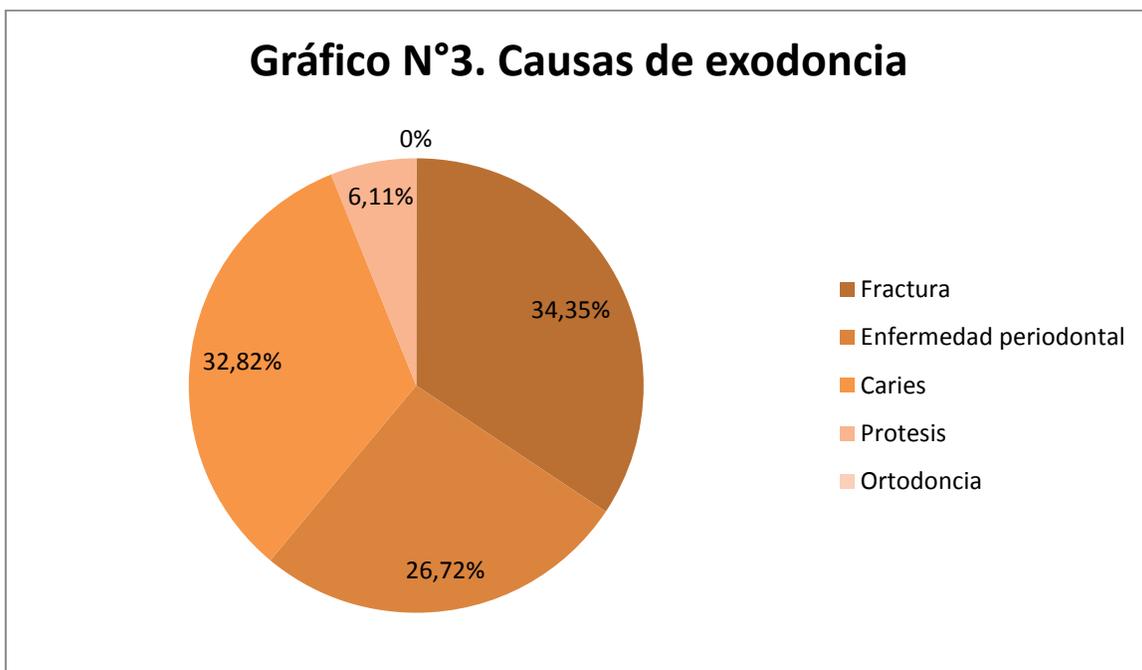
4.2.1 Causas de exodoncia.

Causas de exodoncia	Frecuencia	Porcentaje
Caries	43	32.82%
Enfermedad Periodontal	35	26.72%
Fractura	45	34.45%
Prótesis	8	6.11%
Ortodoncia	0	0%
Total	131	100%

Tabla N°3. Causas de exodoncia.

Fuente: Clínica de Cirugía UCSG.

Análisis y discusión: De las 131 exodoncias realizadas, prevaleció con un 34.45% por fractura seguido por caries con un 32.82%, enfermedad periodontal con un 26.72%, motivos protésicos con un 6.11% y finalmente por motivos ortodónticos con un 0% (no hubieron casos).



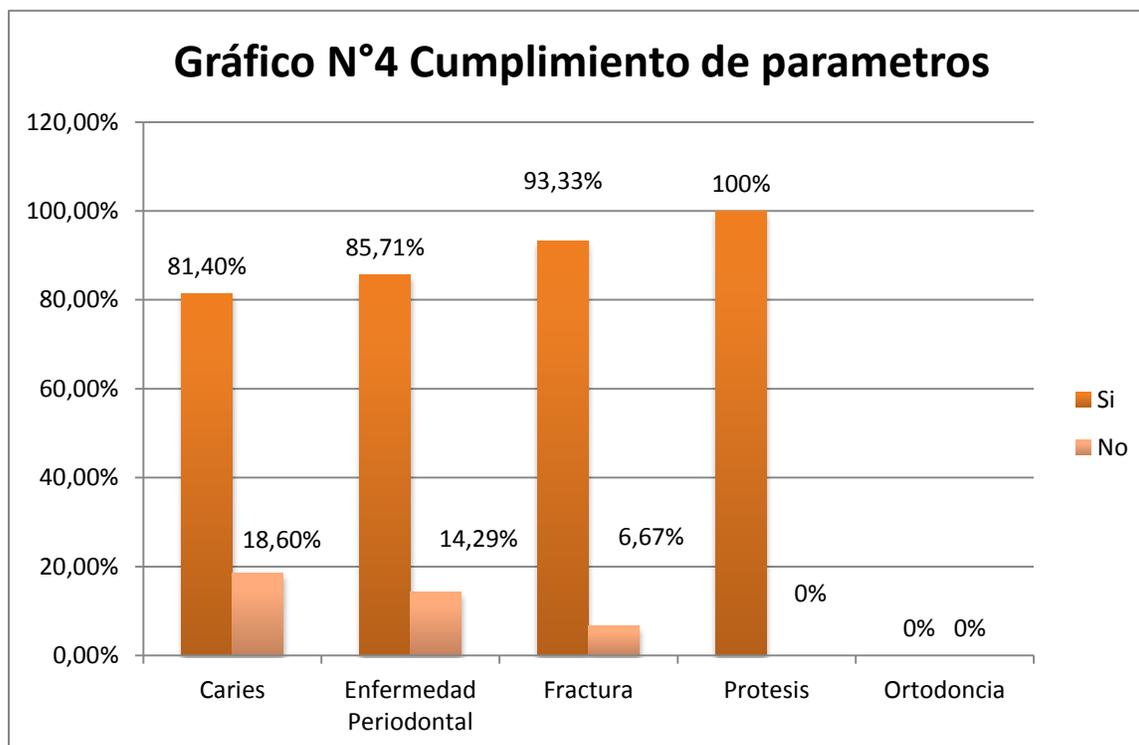
4.2.2 Cumplimiento de parámetros.

Cumplimiento de parámetros	SI		NO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Caries	35	81.40%	8	18.40%
E. periodontal	30	85.71%	5	19.29%
Fractura	42	93.88%	3	6.67%
Prótesis	8	100%	0	0%
Ortodoncia	0	0%	0	0%

Tabla N°4. Cumplimiento de parámetros.

Fuente: Clínica de Cirugía UCSG.

Análisis y discusión: De la muestra de 131 exodoncias 45 fueron por fractura, 43 por caries, 35 por enfermedad periodontal 8 por prótesis y no se realizaron extracciones por motivos ortodónticos. Las exodoncias cumplieron con los parámetros establecidos. 93.88% por fracturas, 81.40% por caries, 85.71% por enfermedad periodontal y 100% por motivos protésicos.



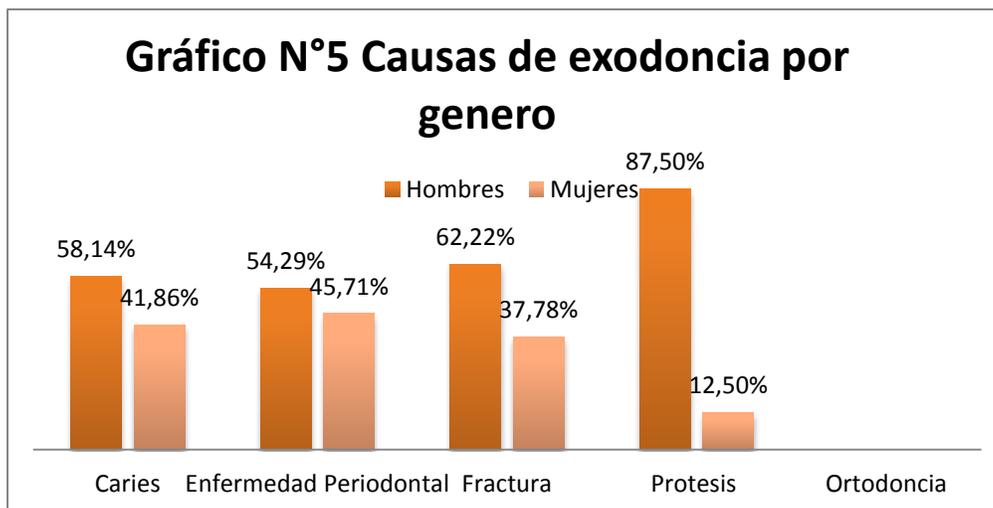
4.3 Causas de exodoncia por género

Causas de exodoncia por genero	HOMBRES		MUJERES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Caries	25	58.14%	18	41.86%
E. Periodontal	19	54.29%	16	45.71%
Fractura	28	62.22%	17	37.78%
Prótesis	7	87.50%	1	12.50%
ortodoncia	0	0%	0	0%

Tabla N°5. Causas de exodoncia por género

Fuente: Clínica de Cirugía UCSG

Análisis y discusión: De las 45 exodoncias por fracturas el 62.22% fueron realizadas en pacientes del género masculino mientras que el 37.78% fueron realizadas en pacientes del género femenino. De las 43 exodoncias por caries, el 58.14% fueron realizadas en pacientes del género masculino mientras que el 41.86% fueron realizadas en pacientes del género femenino. De las 35 exodoncias por enfermedad periodontal, el 54.29% fueron realizadas en pacientes del género masculino mientras que el 45.71% fueron realizadas en pacientes del género femenino. De las 8 exodoncias realizadas por motivos protésicos, el 87.5% fueron realizadas en pacientes del género masculino, mientras que el 12.5% fueron realizadas en pacientes del género femenino.



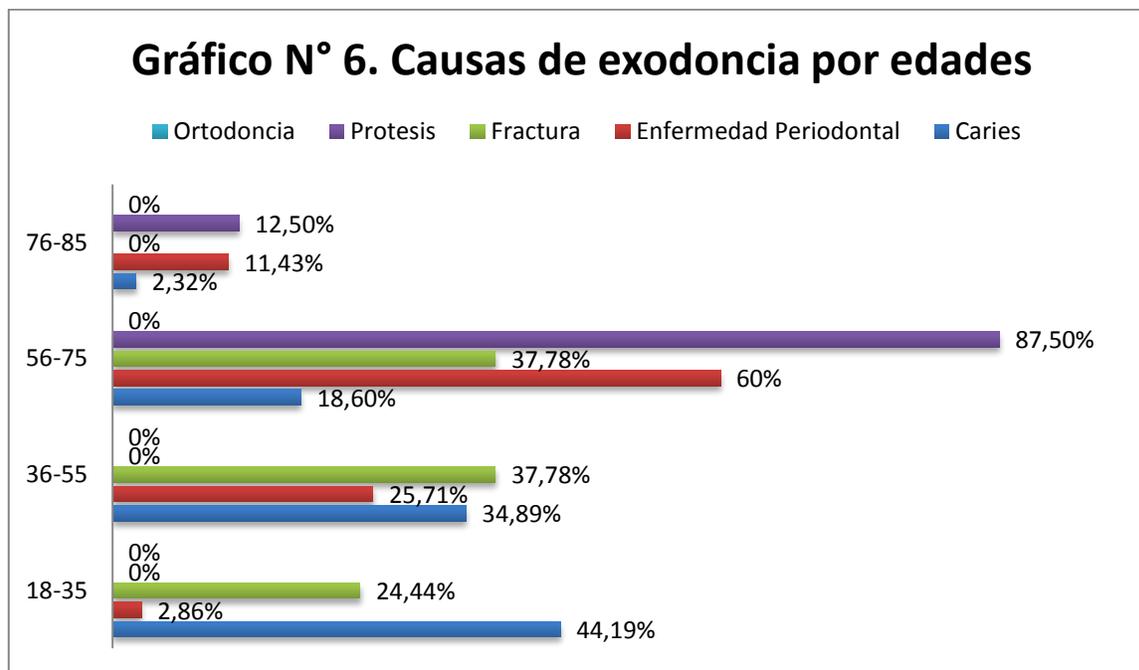
4.4 Causas de exodoncia por edad.

	Caries		Enfermedad Periodontal		Fractura		Prótesis		Ortodoncia	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
18-35	19	44.19%	1	2.86%	11	24.44%	0	0%	0	0%
36-55	15	34.89%	9	25.71%	17	37.78%	0	0%	0	0%
56-75	8	18.60%	21	60%	17	37.78%	7	87.5%	0	0%
76-85	1	2.32%	4	11.43%	0	0%	1	12.5%	0	0%
Total	43	100%	35	100%	45	100%	8	100%	0	0%

Tabla N°6 Causas de exodoncia por edad.

Fuente Clínica Cirugía UCSG

Análisis y discusión: De las 131 exodoncias realizadas se formaron 4 grupos de edades con diferente rango. Entre los 18 y 35 años prevaleció la caries como causa de exodoncia con un 44.19%, entre los 36 y 55 años prevaleció la fractura como causa de exodoncia con un 37.78%, entre los 56 y 75 años prevaleció el motivo protésico como causa de exodoncia con un 87,5%.



4.5 Distribución por sector

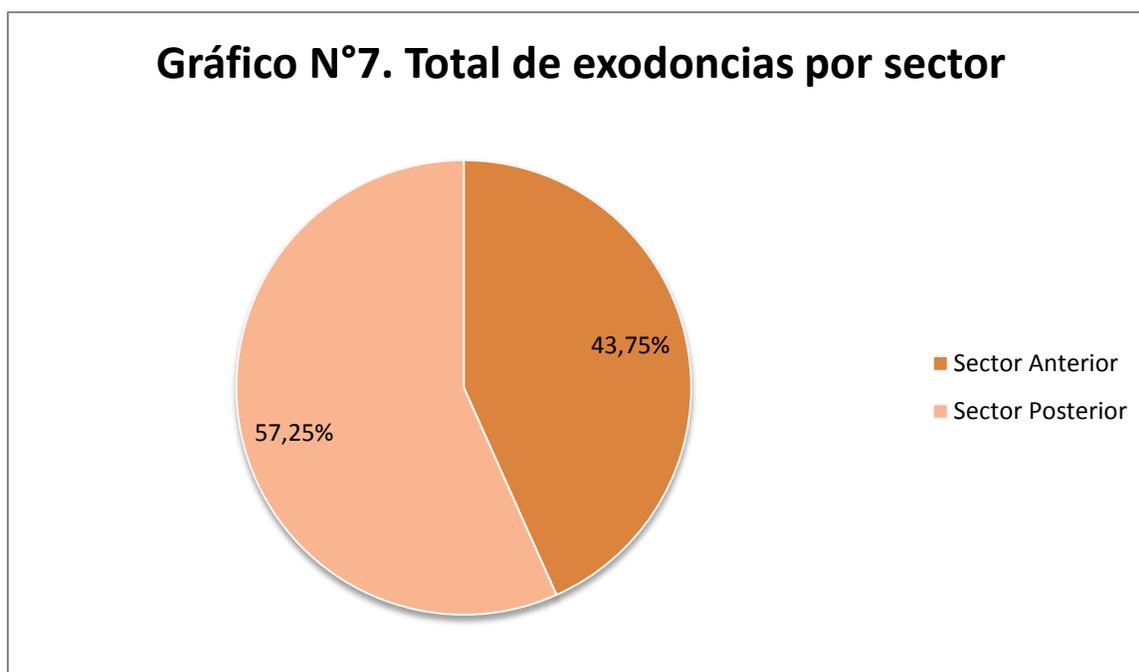
4.5.1 Total de exodoncias por sector.

Sector	Frecuencia	Porcentaje
Sector Anterior	56	42.75%
Sector Posterior	75	57.25%
Total	131	100%

Tabla N°7. Total de exodoncias por sector.

Fuente: Clínica de Cirugía UCSG.

Análisis y discusión: De las 131 exodoncias realizadas, 56 (42.75%) fueron en el sector anterior mientras que 75 (57.25%) fueron en el sector posterior.



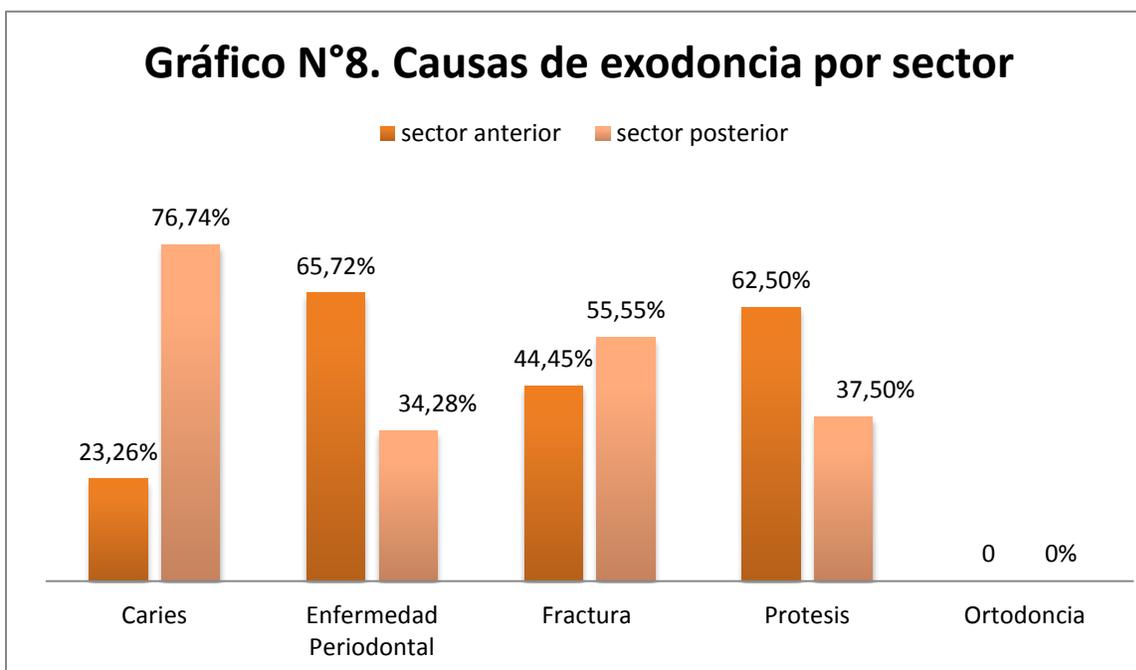
4.5.2 Causas de exodoncia por sector.

Causa de exodoncia por sector	Sector anterior		Sector posterior	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Caries	10	23.36%	33	76.74%
E. periodontal	23	65.72%	12	34.28%
Fractura	20	44,45%	25	55.55%
Prótesis	5	62,50%	3	37.5%
Ortodoncia	0	0%	0	0%

Tabla N°8. Causas de exodoncia por sector.

Fuente: Clínica de Cirugía UCSG.

Análisis y discusión: En el sector anterior predominó como causa de exodoncia la enfermedad periodontal con un 65.72% seguida por motivos protésicos con un 62.5%, fracturas con un 44.45% y caries con un 23.36%. En el sector posterior predominó como causa de exodoncia la caries con un 76.74% seguido por fracturas con un 55.55%, motivos protésicos con un 37.5% y enfermedad periodontal con un 34.28%. (No hubo exodoncias por motivos ortodónticos).



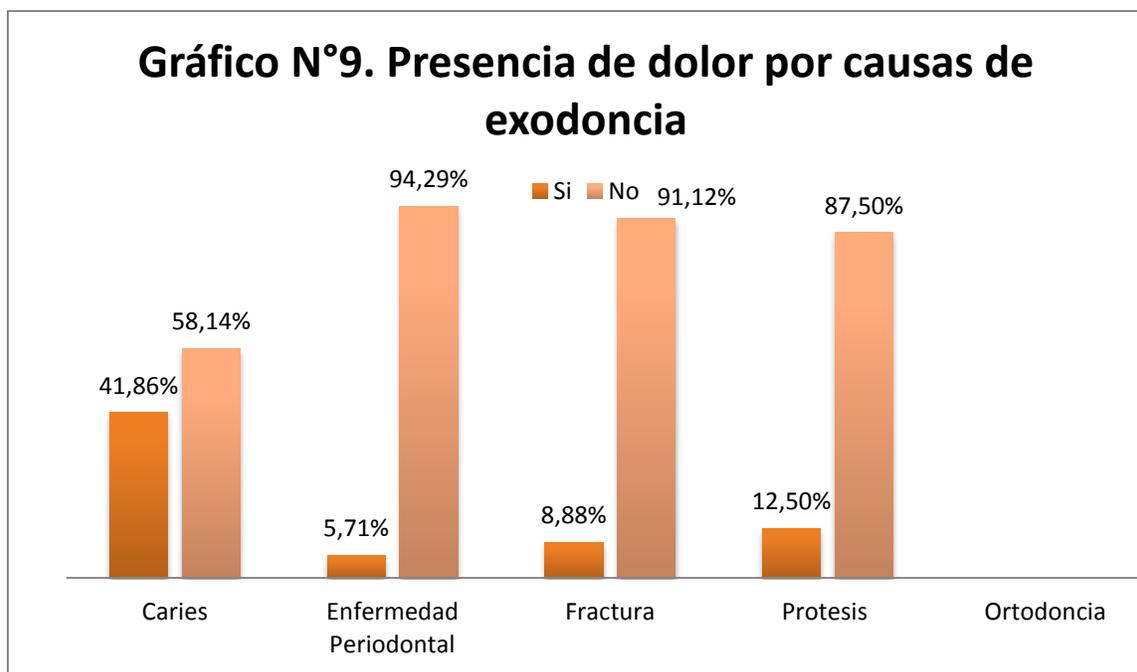
4.6 Presencia de dolor

4.6.1 Presencia de dolor por causas de exodoncia.

Presencia de dolor	SI		NO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Caries	18	41.86%	25	58.14%
E. periodontal	2	5.71%	33	94.29%
Fractura	4	8.88%	41	91.12%
Prótesis	1	12.50%	7	87.50%
Ortodoncia	0	0%	0	0%

Tabla N°9. Presencia de dolor por causas de exodoncia. Fuente: Clínica Cirugía UCSG.

Análisis y discusión: De las 45 exodoncias realizadas por fracturas, 4 presentaron dolor (8.88%) mientras que 41 no presentaron dolor (91,12%). De las 43 exodoncias realizadas por caries, 18 presentaron dolor (41.86%) mientras que 25 no presentaron dolor (58.14%). De las 35 exodoncias realizadas por enfermedad periodontal, 2 presentaron dolor (5.71%) mientras que 33 no presentaron dolor (94.29%). De las 8 exodoncias realizadas por motivos protésicos, 1 presento dolor (12.5%) mientras que 7 no presentaron dolor (87.5%).



5. Conclusiones y recomendaciones.

5.1 conclusiones

Causas de exodoncia:

Luego de analizar los resultados se concluyó que la causa de exodoncia por un mínimo de diferencia fue por fracturas seguida por caries, enfermedad periodontal y motivos protésicos respectivamente. No se realizaron exodoncias por motivos ortodónticos. Se observó que la mayoría de los pacientes fueron del sexo masculino, también la mayoría de exodoncias se realizaron en pacientes entre los 56 y 75 años.

Se observó que la mayoría de las exodoncias se realizaron en el sector posterior, siendo su mayor causa la caries seguido por fracturas, enfermedad periodontal y motivos protésicos respectivamente. En el sector anterior se realizaron más exodoncias por enfermedad periodontal seguido por motivos protésicos, fractura y caries.

Es importante destacar la cantidad de exodoncias realizadas por caries y por enfermedad periodontal, que si no fueron la causa principal, tuvieron porcentajes elevados de acuerdo a la muestra por rango de edades. Se observó que la caries fue el motivo de exodoncia predominante en el rango de edades de 18 y 35 años y la enfermedad periodontal tuvo un porcentaje alto en pacientes de 56 a 75 años. Lo que demuestra que son 2 enfermedades con una prevalencia alta.

Cumplimiento de parámetros y presencia de dolor:

Con los resultados obtenidos, se concluyó que la mayoría de las exodoncias cumplieron los parámetros establecidos. Las exodoncias que no cumplieron los parámetros establecidos se realizaron por requerimiento del paciente. El dolor tomo un papel importante en la decisión de los pacientes para realizarse la

exodoncia sobre todo en pacientes con caries, motivo que predominó en la presencia de dolor. En cuanto a la enfermedad periodontal las exodoncias que no cumplieron los parámetros fueron por requerimiento del paciente, un porcentaje de ellos fueron motivados por dolor mientras que otros fueron por molestias causadas por movilidad. En exodoncias por fracturas que no cumplieron los parámetros de exodoncia también fueron motivados por el dolor.

5.2 Recomendaciones:

De acuerdo a la investigación realizada se recomienda realizar una investigación con una muestra mayor y con un periodo más prolongado. Se debería realizar el estudio en conjunto con otras clínicas para poder tener una prevalencia no solo de la universidad. Se recomienda ser más preciso con el proceso de diagnóstico del paciente para lograr un tratamiento adecuado.

6. Bibliografía:

1. Nikolaus Andr. Reasons for dental extraction of permanent teeth in Greece a five-year follow up study. International dental journal; [revista online]; 2011; [accesado 2014 Mayo 5]. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/50303209_Reasons_for_extraction_of_permanent_teeth_in_Greece_a_five-year_follow-up_study.
2. Andrés Gómez Delgado, Mauricio Montero Aguilar. Razones para la extracción de piezas dentales en la facultad de odontología, universidad de costa rica. UCR; N°13; [revista online] 2013; [accesado 2014 Mayo 7]. Disponible en: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos/article/view/4767>.
3. Khalaf F. Al-Shammari, Jassem M. Al-Ansari, Manal Abu Al-Meh, Areej K. Al-Khabbaz. Reasons for tooth extraction in Kuwait. Medical principles and practice; [revista online] 2006; [accesado 2014 Mayo 10]. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/6748992_Reasons_for_tooth_extraction_in_Kuwait.
4. W. Richards, J. Ameen, A.M. Coll and G. Higgs. Reasons for tooth extractions in four general dental practices in south wales. British dental journal; [revista online] 2005; [accesado 2014 mayo 12]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15870746>.
5. F. Cardona, J. Figuerido, A. Morte, J. Garisoain, E. Sainz. Causas de exodoncia en el servicio Navarro de salud-osasunbidea, estudio epidemiológico. Anales Sis San Navarra; [revista online] 2002; [accesado 2014 mayo 12]. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/242191482_Causas_de_exodoncia_en_el_Servicio_Navarro_de_Salud-Osasunbidea_estudio_epidemiológico_Causes_of_exodontia_in_the_Navarr_a_Health_Service-Osasunbidea_epidemiological_study.
6. Edwina A. M. Kidd. Essentials of dental caries, 3era Ed. Reino Unido: Oxford; 2005.

7. Barrancos Mooney. Operatoria dental: integración clínica, 4ta Ed. Argentina: panamericana; 2006.
8. Cubas Diez Cesar. Fluor y Caries, 1era Ed. España: visión libros; 2005. [accesado 2014 julio 5]. Disponible en: <http://books.google.es/books?id=vipMiICFSjMC&pg=PA20&dq=caries&hl=es&sa=X&ei=G2ADVObvOYORgwTG7YCwBA&ved=0CCAQ6AEwAA#v=onepage&q=caries&f=false>.
9. Baratieri Luis/et al. Estética: restauraciones adhesivas directas en dientes anteriores fracturados, 2da Ed. Brasil: santos; 2004.
10. Besoain Solé Fernando/et al. Cirugía bucal para pregrado y el odontólogo general bases de la cirugía bucal, 1era Ed. Chile: amolca; 2012
11. Hupp R. James/et al. Contemporary oral and maxillofacial surgery, 5ta Ed. Estados Unidos: mosby Elsevier; 2008.
12. Sociedad Española de periodoncia y osteointegración. Manual sepa de periodoncia y terapéutica de implantes, 1era Ed. España: panamericana; 2005.
13. Reddy Shantipriya. Essentials of clinical periodontology and periodontics, 2da Ed. Delhi: Jaypee; 2008. [accesado Julio 16]. Disponible en: <http://books.google.es/books?id=WM67jyzXrAUC&printsec=frontcover&dq=periodontics&hl=es&sa=X&ei=nWcDVO3DA4mQgwSlooGwCQ&ved=0CDgQ6AEwAw#v=onepage&q=periodontics&f=false>.
14. Travess H. Roberts and Sandy. Orthodontics: extractions in orthodontics. British dental journal; [revista online] 2004; [accesado 2014 Julio 29]. Disponible en: <http://www.nature.com/bdj/journal/v196/n4/full/4810979a.html>.
15. R. L. Keddy. Indications and contra-indications for extraction in orthodontic treatment. [revista online]. 2002; [accesado 2014 Julio 29]. Disponible en: <http://www.angle.org/doi/pdf/10.1043/00033219%281956%29026%3C0243:IACFEI%3E2.0.CO%3b2>.

16. Prakash Amit/ et al. Orthodontic extraction- when, where, what? Orthodontic cyber journal; [revista online] 2010; [accesado 2014 Julio 30]. Disponible en: <http://orthocj.com/2012/07/orthodontic-extraction-when-where-what/>
17. Ruellas De Oliveira Antonio/ et al. Tooth extraction in orthodontics: an evaluation of diagnostics elements. [accesado 2014 Julio 30]. Disponible: http://www.scielo.br/pdf/dpjo/v15n3/en_17.pdf
18. Coneicao Nocchi. Odontología restauradora, 2da Ed. Argentina: panamericana; 2007
19. Chimenos Eduardo. Radiología en medicina bucal, 1era Ed. México: masson; 2005.

7. Anexos

HOJA DE REGISTRO DE DATOS

FECHA.....

NOMBRE Y APELLIDO.....

EDAD.....

GENERO

 F

 M

PIEZA #.....

MOTIVO DE EXODONCIA	CUMPLIMIENTO DE PARAMETROS	
	SI	NO
CARIES		
ENFERMEDAD PERIODONTAL		
FRACTURA		
ORTODONCIA		
PROTESIS		

CARIES		
SUBGINGIVAL	RADICULAR	

ENFERMEDAD PERIODONTAL	
MOVILIDAD 3	

FRACTURA		
HORIZONTAL	VERTICAL	

ORTODONCIA			
1ER PREMOLAR		2DO PREMOLAR	

PROTESIS	
DIENTE PILAR	

USO DE RADIOGRAFIA

SI NO

PRESENCIA DE DOLOR

SI NO

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este consentimiento informado es informar a los participantes del desarrollo de esta investigación y su rol en ella como colaboradores

Este trabajo de investigación está a cargo del estudiante Fernando José Muñoz Mengual de la Carrera de Odontología, Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. El objetivo de este estudio es determinar las causas de exodoncia en el servicio clínico odontológico de la UCSG. Si usted accede a ser parte de este estudio, se le pedirá llenar los datos de filiación en la hoja de registro. Luego se procederá a examinar al participante clínicamente, con material e instrumental de diagnóstico esterilizado para cada participante, con todas las normas de bioseguridad, sin que esto cause riesgo alguno. Ocasionalmente se tomaran fotos intraorales para documentar el estado de la cavidad bucal, en el caso de tomar fotos faciales se le aplicara censura para guardar su identidad. Finalmente se le realizará dos radiografías dentales, utilizando las debidas barreras de protección, para con ellas hacer un estudio de diagnostico

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y no tendrá costo alguno, la información que se recaude será confidencial y no se utilizara para ningún otro propósito que para él antes expuesto.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto puede hacer preguntas durante su participación, igualmente puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Yo, _____, de ____ años de edad, acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto, en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al teléfono 0998401109 de Fernando Muñoz.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento informado se me será entregada.