

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



“EFECTIVIDAD DE LA NO COMPRESIÓN DIGITAL POST-EXTRACCION
DE REBORDES RESIDUALES PARA IMPLANTOLOGÍA, HOSPITAL
DANIEL ALCIDES CARRION – PASCO - 2017”

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

Bachiller: MANTARI MAGRO, JOSÉ LUÍS

Cerro de Pasco - Perú

2018

PAGINA DE JURADOS

.....
Mg. CD. Manuel ALBINO ESPIRITU
PRESIDENTE

.....
Mg. CD. Carlos CUEVA MORENO
MIEMBRO

.....
Mg. CD. Gilmer SOLIS CONDOR
MIEMBRO

.....
Mg. CD. Eduardo LOPEZ PAGAN
ASESOR

DEDICATORIA

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Ayda Lourdes

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre José Luis.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

AGRADECIMIENTOS:

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y a toda mi familia por estar siempre presentes.

Mi profundo agradecimiento a todas las autoridades y personal del Hospital Daniel Alcides Carrion, por confiar en mí, abrirme las puertas y permitirme realizar todo el proceso investigativo dentro de su establecimiento educativo.

De igual manera mis agradecimientos a la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, a toda la Facultad de Odontología, a mis profesores quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada una de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

ÍNDICE

	Pág.
CARATULA	
CONTRACARATULA	1
PAGINA DE JURADOS	2
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
INDICE	5
RESUMEN	7
SUMARY	10
INTRODUCCION	12

CAPITULO I

MATERIALES Y MÉTODOS

1.1. Tipo de Investigación	15
1.2. Tipo de estudio	15
1.3. Método	16
1.4. Diseño	16
1.5. Ámbito de Estudio	17
1.6. Población y muestra	18
1.7. Variables de estudio	19
1.8. Instrumentos y técnicas de recolección de datos....	19
1.8.1. Técnicas de recolección de datos.....	19
1.8.2. Instrumentos	19
1.9. Procedimientos y prueba de Hipótesis	20

1.10. Procedimiento y análisis estadístico de datos.....	20
--	----

CAPITULO II

RESULTADOS	22
------------------	----

CAPITULO III

DISCUSION	40
-----------------	----

CAPITULO IV

CONCLUSIONES	44
--------------------	----

CAPITULO V

RECOMENDACIONES	45
-----------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	47
----------------------------------	----

ANEXOS	50
--------------	----

CUADROS:

CUADRO N° 01

Distribución del grupo etareo según género de los
pacientes para implantología, Hospital Daniel Alcides

Carrión – Pasco – 2017.....	27
-----------------------------	----

CUADRO N° 02

distribución del ancho óseo vestíbulo – palatino/ lingual del
tercio cervical según grupo de estudio, antes de las extracciones,
de los pacientes para implantología, Hospital Daniel Alcides

Carrión – Pasco – 2017.....	29
-----------------------------	----

CUADRO N° 03

Distribución del ancho óseo vestíbulo – palatino/ lingual del tercio cervical según grupo de estudio, después de las extracciones, de los pacientes para implantología, Hospital Daniel Alcides Carrión – Pasco – 2017..... 31

CUADRO N° 04

distribución del ancho óseo vestíbulo – palatino/ lingual del tercio medio según grupo de estudio, antes de las extracciones, de los pacientes para implantología, Hospital Daniel Alcides Carrión – Pasco – 2017..... 34

CUADRO N° 05

Distribución del ancho óseo vestíbulo – palatino/ lingual del tercio medio según grupo de estudio, después de las extracciones, de los pacientes para implantología, Hospital Daniel Alcides Carrión – Pasco – 2017..... 36

CUADRO N° 06

distribución del ancho óseo vestíbulo – palatino/ lingual del tercio apical según grupo de estudio, antes de las extracciones, de los pacientes para implantología, Hospital Daniel Alcides Carrión – Pasco – 2017..... 39

CUADRO N° 07

distribución del ancho óseo vestíbulo – palatino/ lingual del tercio apical según grupo de estudio, después de las extracciones de los pacientes para implantología, Hospital

Daniel Alcides Carrión – Pasco – 2017.....	41
--	----

GRAFICOS:

GRAFICO N° 01

Distribución del grupo etareo según género de los pacientes para implantología, Hospital Daniel Alcides Carrión

Pasco – 2017.....	28
-------------------	----

GRAFICO N° 02

distribución del ancho óseo vestíbulo – palatino/ lingual del tercio cervical según grupo de estudio, antes de las extracciones, de los pacientes para implantología, Hospital Daniel Alcides

Carrión – Pasco – 2017.....	30
-----------------------------	----

GRAFICO N° 03

Distribución del ancho óseo vestíbulo – palatino/ lingual del tercio cervical según grupo de estudio, después de las extracciones, de los pacientes para implantología, Hospital

Daniel Alcides Carrión – Pasco – 2017.....	33
--	----

GRAFICO N° 04

distribución del ancho óseo vestíbulo – palatino/ lingual del tercio medio según grupo de estudio, antes de las extracciones, de los pacientes para implantología, Hospital

Daniel Alcides Carrión – Pasco – 2017.....	35
--	----

GRAFICO N° 05

Distribución del ancho óseo vestíbulo – palatino/ lingual

del tercio medio según grupo de estudio, después de las extracciones, de los pacientes para implantología, Hospital Daniel Alcides Carrión – Pasco – 2017..... 38

GRAFICO N° 06

distribución del ancho óseo vestíbulo – palatino/ lingual del tercio apical según grupo de estudio, antes de las extracciones, de los pacientes para implantología, Hospital Daniel Alcides Carrión – Pasco – 2017..... 40

GRAFICO N° 07

distribución del ancho óseo vestíbulo – palatino/ lingual del tercio apical según grupo de estudio, después de las extracciones de los pacientes para implantología, Hospital Daniel Alcides Carrión – Pasco – 2017..... 43

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue evaluar la efectividad de la no compresión digital post-extracción de rebordes residuales en implantología, en pacientes del Servicio de Odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión- Pasco 2017, la metodología fue descriptiva, con el método científico, diseño no experimental de corte longitudinal, se contó con 42 pacientes, el género más frecuente fue masculino con 22 pacientes. Resultados: El ancho óseo vestíbulo palatino/lingual del tercio cervical antes de las extracciones es entre 7.1 – 10 mm con 66.67% (28) y después es entre 6 – 7 mm con 52.38% (22). El ancho óseo vestíbulo palatino/lingual a nivel del tercio cervical después de las extracciones, se diferencia si se aplica la no compresión digital post extracción o la compresión digital. $X^2_c = 4.03$. El ancho óseo vestíbulo palatino/lingual del tercio medio antes de las extracciones es entre 7.1 – 10 mm con 71.43% (30) y después es entre 7.1 – 10 mm con 66.67% (28). El ancho óseo vestíbulo

palatino/lingual a nivel del tercio medio se diferencia si se aplica la no compresión digital post extracción o la compresión digital. $X^2_c = 6.12$.

El ancho óseo vestíbulo palatino/lingual del tercio apical antes de las extracciones es entre 6 – 7 mm, con 61.90% (26) y después es entre 6 – 7 mm, con 69.05% (29). El ancho óseo vestíbulo palatino/lingual a nivel del tercio apical se diferencia si se aplica la no compresión digital post extracción o la compresión digital. $X^2_c = 4.10$.

Conclusiones: La efectividad de la no compresión digital post-extracción de rebordes residuales en implantología.

Palabras claves: Compresión digital, exodoncia, reborde residual, implante.

SUMMARY

The objective of the research was to evaluate the effectiveness of the digital non-comprehension post-extraction of residual edges in implantology, in patients of the Dentistry Service of the Daniel Alcides Carrión-Pasco Hospital 2017, the methodology was descriptive, with the scientific method, design not experimental longitudinal cut, there were 42 patients, the most frequent gender was male with 22 patients. Results: Palatal / lingual vestibular width of the cervical third before extractions is between 7.1 - 10 mm with 66.67% (28) and after extractions between 6 - 7 mm with 52.38% (22). The bony width of the palatal / lingual vestibule at the level of the cervical third after extractions differs if digital compression after digital extraction or compression is applied. $X^2C = 4.03$. The palatal / lingual palatal bony width of the middle third before the extractions is between 7.1 - 10 mm with 71.43% (30) and after the extractions between 7.1 - 10 mm with 66.67% (28). Palatal / lingual hallux bone width at the level of the middle third differs if digital non-compression after extraction or digital compression

is applied. $X^2C = 6.12$. The palatal / lingual palatal bony width of the apical third before the extractions is between 6 - 7 mm, with 61.90% (26) and after the extractions it is between 6 - 7 mm, with 69.05% (29). Palatal / lingual hallux bony width at the level of the apical third differs if digital non-compression after extraction or digital compression is applied. $X^2C = 4.10$.
Conclusions: The effectiveness of the digital non-comprehension post-extraction of residual rims in implantology.

Keywords: Digital compression, exodontia, residual ridge, implant.

INTRODUCCIÓN

La investigación consta de 5 capítulos; en el capítulo I de los materiales y métodos, en el capítulo II de los resultados, el capítulo III la discusión, el capítulo IV las conclusiones y el capítulo V las recomendaciones.

La no compresión digital es un procedimiento recomendado en la implantología moderna para prevenir la disminución del ancho del reborde alveolar residual. Sin embargo, el insuficiente espacio vestibulo-palatino del hueso alveolar superior en los pacientes que van a ser implantados es un obstáculo con el que se enfrentan muchos especialistas en la práctica diaria.

Existen diferentes situaciones clínicas que pueden hacer necesaria la extracción de un diente ya sea mal pronóstico periodontal, protésico, endodóntico o estético. Después de realizar una exodoncia se produce reabsorción ósea del reborde remanente, dando lugar a una atrofia de la cresta alveolar y a un colapso de los tejidos blandos. Esta situación puede provocar problemas estéticos y funcionales e incluso causar el

impedimento de la colocación de un implante de oseointegración debido a la carencia de volumen óseo adecuado.

Actualmente, el éxito de un implante está determinado no sólo por la supervivencia del mismo, en términos de oseointegración en un lecho receptor, sino además por el resultado estético que se obtenga al ser rehabilitado de manera funcional. Este resultado depende obviamente en gran parte del volumen óseo del lecho receptor, razón por la cual la disminución de la reducción de las dimensiones del reborde alveolar, posterior a la extracción dental, se convierte en un requisito fundamental para un resultado óptimo dentro de un plan de tratamiento que incluya rehabilitación con coronas implantosoportadas.

La razón de realizar la presente investigación fue de demostrar que los pacientes inmediatamente exodonciados y no realizando la compresión alveolar, tienen más probabilidades de ser buenos receptores de los implantes dentales, siendo estos menos traumáticos, el objetivo fue evaluar la efectividad de la no compresión digital post-extracción de rebordes residuales en implantología.

El resultado final conlleva a una reducción en volumen del reborde alveolar que ha sido cuantificada de hasta 5.0 a 7.0 mm en sentido vestíbulo palatino/lingual después de meses de cicatrización. Estos cambios incluyen una pérdida ósea en sentido apicocoronal de hasta 1.5 a 2.0 mm, en promedio, y del 40% al 50% del espesor del reborde alveolar remanente en un período de 6 a 12 meses, con 2/3 de esta reducción ocurriendo durante los primeros 3 meses y sobre todo durante los primeros 30 días. Varios

estudios reportados en la literatura científica internacional coinciden en que la pérdida en sentido horizontal es mayor que la vertical, siendo equivalente al 40% en sentido apicocoronal y al 60% en sentido vestíbulo palatino/lingual durante los primeros 6 meses. La prevención de este proceso de reabsorción y del colapso de los tejidos duros, después de haber realizado una exodoncia, se convierte en un propósito fundamental de la periodoncia moderna, sobre todo cuando se planea rehabilitar el espacio edéntulo con un implante de oseointegración colocado varias semanas después de haber realizado la exodoncia. En tanto existen en la práctica en el servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión , Pasco; la efectividad de la no compresión digital post-extracción de rebordes residuales en implantología constituye un importante de investigación, lo que unido a que existen pocos estudios sobre este tema en el País, nos motivó a realizar esta investigación, que sirva de base para futuros estudios, además para la organización del trabajo docente asistencial y la planificación de los recursos humanos y materiales en los servicios como contribución al ahorro ,es así que se tiene que intervenir en el aspecto de la prevención y de la terapia respectiva a estos pacientes y teniendo como premisa fundamentó el presente estudio y dará lugar a la formulación de la siguiente interrogante: ¿Cuál es la efectividad de la no compresión digital post-extracción de rebordes residuales en implantología, Hospital Daniel Alcides Carrión 2017?

El Autor

CAPITULO I

METODOLOGÍA

1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Por su Finalidad: Fue una investigación fundamental o pura.

Por el Espacio: Fue prospectivo.

Por el Tiempo: Longitudinal

Por el Nivel de profundización: Fue no experimental.

Por la Fuente de información: Fue la investigación primaria In Situ.

Por el Enfoque: Fue una investigación multidisciplinaria, por contener a disciplinas como la anatomía, cirugía, estadística, entre otros.

El estudio fue descriptivo de tipo observacional longitudinal.

Descriptivo porque se logró caracterizar un objeto de estudio o una situación concreta, señalar sus características y propiedades.

Longitudinal.- En los cuales se interroga 2 o más veces a una misma muestra se sujetos se conoce como estudios de seguimiento.

Clínico Observacional, Se evaluó la efectividad de la no comprensión digital post-extracción de rebordes residuales en implantología Hospital Daniel Alcides Carrión, Pasco; 2017 Propuesto en el grupo de estudio de acuerdo a la práctica clínica habitual, siendo por lo tanto el investigador un mero observador de lo que ocurre o ha ocurrido.

1.2 TIPO DE ESTUDIO

En la presente investigación se utilizó el tipo de estudio descriptivo.

1.3. MÉTODO EMPLEADO EN LA INVESTIGACIÓN

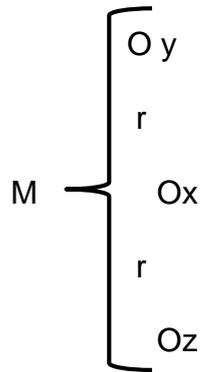
En el presente estudio de investigación se utilizó el método científico, además de métodos generales tales como el método de análisis y síntesis y como método particular se tomó el método descriptivo.

1.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En el presente estudio se empleó el diseño descriptivo y prospectivo, en el servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco 2017 y los valores en que se manifiesta una o más variables.

En el presente estudio estuvo guiado por el diseño según Roberto HERNÁNDEZ SAMPIERI, se aplicó el diseño no experimental que se ajusta a los objetivos de la presente investigación descriptiva correlacional transversal comparativo.

El diseño obedece al siguiente esquema:



Dónde:

M = muestra de estudio.

Oy, Ox, = Subíndices observacionales obtenidas de cada una de las variable

Oz = grupo control

r = indica la posible relación entre las variables estudiadas.

1.5. ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio investigativo se realizó en las instalaciones del servicio de odontológica del Hospital "Daniel Alcides Carrión" es un hospital público, dependiente del Ministerio de Salud, compuesto por más de 200 profesionales encargados de la asistencia sanitaria especializada y directa de un área de salud con aproximadamente 197554 ciudadanos. Somos responsables también del desarrollo de programas asistenciales específicos y muy complejos de los que pueden beneficiarse muchos ciudadanos de todo el país. Disponemos, para ello, de todas las especialidades médicas y quirúrgicas, dotadas de un alto nivel científico y tecnológico. Además, tiene encomendadas

funciones tan importantes como la docencia y la investigación. En el aspecto docente, este hospital contribuye decisivamente a la formación de médicos, y de éstos en especialistas, de enfermeras y enfermeros, y de técnicos especialistas. En el campo de la investigación nuestro hospital es un referente regional por sus aportaciones al conocimiento científico básico y aplicado a la medicina.

Una organización del tamaño de la nuestra evoluciona y se adapta a su entorno o, por el contrario, languidece y pierde la legitimación social exigible. Por ello, el hospital se ha dotado de un Plan de Futuro, diseñado con visión estratégica hasta 2015, en el que se recogen los cambios que debemos afrontar para atender mejor a los ciudadanos.

1.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

1.6.1.- POBLACIÓN:

Estuvo constituido por todos los pacientes con necesidad de exodoncia para implantología que acudieron al servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión.

1.6.2.- MUESTRA:

Tamaño muestral: 42 pacientes con necesidad de exodoncia para implantología que acudieron al servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión 2017.

Tipo de muestreo.

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional ya que

se requería verificar si el paciente cumplía con los criterios de inclusión y exclusión.

Unidad de análisis.

Paciente con necesidad de exodoncia para implantología que acude al servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión 2017.

1.6.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes con necesidad de extracción sin comprensión digital ni suturas para luego poner un implante dental
- Pacientes con Historia Clínica completa.

1.6.2.2. CRITERIO DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes con extracción y con comprensión digital
- Pacientes con Historia Clínica incompleta.

1.7. VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE INDEPENDIENTE

NO COMPRESIÓN DIGITAL POST-EXTRACCION

VARIABLE DEPENDIENTE

REBORDES RESIDUALES

1.8. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó:

TÉCNICAS:

- Cirugía de exodoncia
- Observación clínica y Rx.
- Evaluación clínica.
- Análisis documental.

1.8.2. INSTRUMENTOS:

Para la recolección de la información se empleó

- Historia clínica
- Ficha de recolección de datos.

1.9. PROCESAMIENTO Y PRUEBA DE HIPÓTESIS

Para el procesamiento y análisis estadístico de hipótesis y el análisis de datos estadísticos se elaboró cuadros de relación entre las variables y las dimensiones e indicadores establecidos en la matriz de consistencia. Iniciándose el recuento de datos.

El análisis de los datos fue de tipo estructural, relacional y comparativo usando en todo momento el marco teórico y la lógica para evaluar el estado de los rebordes alveolares en relación al tipo de pacientes que acudieron al servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco 2017.

La interpretación de los datos se realizó basándose en los resultados estadísticos empleando gráficos y tablas.

1.10. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

Luego de aplicar los instrumentos de la Historia clínica, ficha de recolección de datos; se procedió a revisar. La presentación de los datos es de tipo semi concreto, mediante la presentación de diapositivas. La presentación de este tipo de datos es de tipo tabular y gráfica secuencialmente que permitirá el sustento y el contraste hipotético.

Para el contraste hipotético por ser hipótesis correlacional se de en un cuadro de contraste con ambas variables se aplicó la prueba estadística no paramétrica de la Chi Cuadrada para establecer la relación entre las variables.

El análisis de los datos fue de tipo estructural, relacional y comparativo usando en todo momento el marco teórico y la lógica para evaluar la efectividad de la no comprensión digital post-extracción de rebordes residuales en implantología que acudirán al servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco durante el año 2017.

Para la discusión de los datos se aplicó los conocimientos del marco teórico y de los antecedentes contrastándolo con los resultados sobre todo aquellos que interfieran el marco teórico suponiendo una explicación probable.

La interferencia científica fue basada en la criticidad del juicio de los expertos y el rigor científico y a las conclusiones en las probabilidades de ocurrencia significativa con error estándar o mínimo.

CAPITULO II

RESULTADOS

CUADRO Nº 01

DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO ETAREO SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES PARA IMPLANTOLOGIA, HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – PASCO – 2017

Grupo Etáreo	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18 – 40 Años	9	21.43	8	19.05	17	40.48
41 – 60 Años	10	23.81	9	21.43	19	45.24
>60 Años	3	7.14	3	7.14	6	14.28
Total	22	52.38	20	47.62	42	100

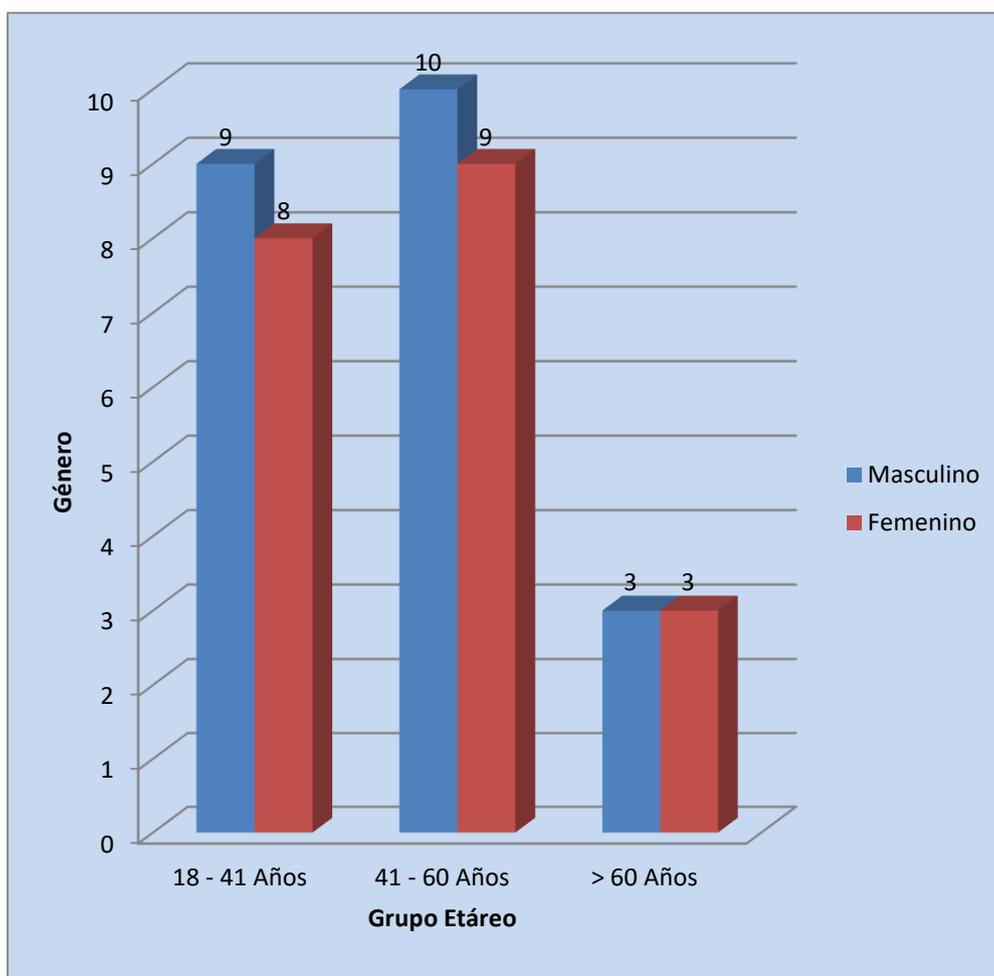
Fuente: Historia Clínica

COMENTARIO Nº 01: En el presente cuadro descriptivo de doble entrada por presentar dos variables: La variable grupo etáreo con sus intervalos de edad en años y la variable genero con sus indicadores de sexo masculino y femenino. Podemos observar que el 45.24% (19) tiene entre 41 y 60 años,

de los cuales el 23.81% (10) corresponde al género masculino y el 21.43% (9) al femenino; el 40.48% (17) tiene entre 18 y 40 años, de los cuales el 21.43% (9) corresponde al género masculino y el 19.05% (8) al femenino; por último el 14.28% (6) tiene más de 60 años, de los cuales el 7.14% (3) corresponde a cada uno de los géneros.

GRAFICO N° 01

DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO ETAREO SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES PARA IMPLANTOLOGIA, HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – PASCO – 2017



Fuente: Cuadro N° 01

CUADRO N° 02

**DISTRIBUCIÓN DEL ANCHO ÓSEO VESTIBULO – PALATINO/
LINGUAL DEL TERCIO CERVICAL SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO,
ANTES DE LAS EXTRACCIONES, DE LOS PACIENTES PARA
IMPLANTOLOGIA, HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – PASCO
– 2017**

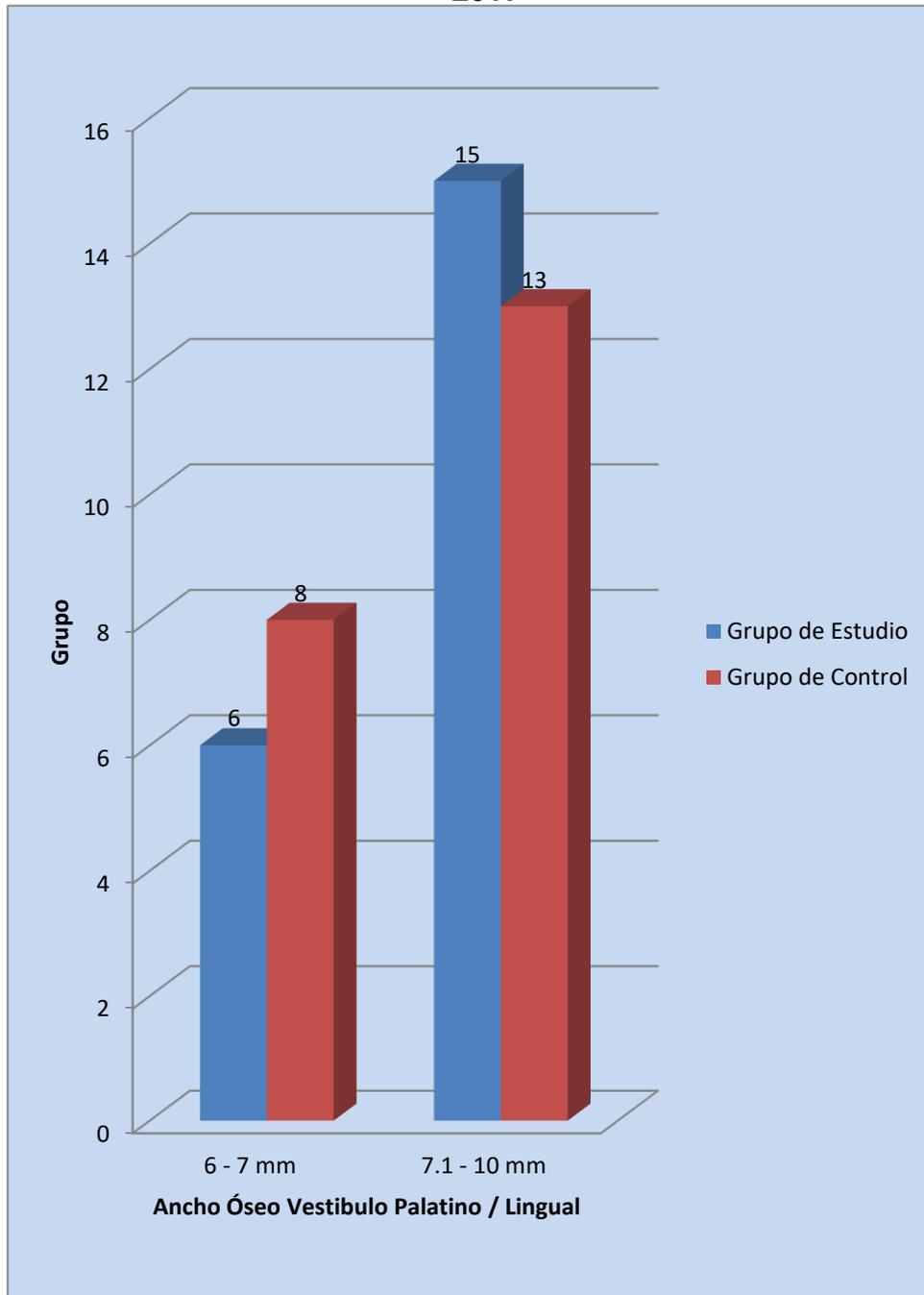
Ancho Óseo Vestíbulo Palatino/ Lingual	Grupo				Total	
	Grupo de Estudio		Grupo de Control			
	N°	%	N°	%	N°	%
6 – 7 mm	6	14.29	8	19.05	14	33.33
7.1 – 10 mm	15	35.71	13	30.95	28	66.67
Total	21	50	21	50	42	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

COMENTARIO N° 02: En el presente cuadro descriptivo de doble entrada por presentar dos variables: La variable ancho óseo vestíbulo palatino/lingual con sus intervalos de 6 a 7 mm, de 7.1 a 10 mm y la variable grupo con sus indicadores grupo de estudio de la no compresión digital y el grupo control donde se aplicó la compresión digital. Podemos observar que antes de las extracciones el 66.67% (28) tiene un ancho óseo vestíbulo palatino/lingual en cervical entre 7.1 – 10 mm, de los cuales el 35.71% (15) corresponde al grupo de estudio y el 30.95% (13) al grupo control; el 33.33% (14) tiene un ancho óseo vestíbulo palatino /lingual en cervical entre 6 – 7 mm, de los cuales el 19.05% (8) corresponde al grupo de control y el 14.29 (6) al grupo de estudio.

GRÁFICO N° 02

**DISTRIBUCIÓN DEL ANCHO ÓSEO VESTIBULO – PALATINO/
LINGUAL DEL TERCIO CERVICAL SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO,
ANTES DE LAS EXTRACCIONES, DE LOS PACIENTES PARA
IMPLANTOLOGIA, HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – PASCO
– 2017**



Fuente: Cuadro N° 02

CUADRO N° 03

**DISTRIBUCIÓN DEL ANCHO ÓSEO VESTIBULO – PALATINO/
LINGUAL DEL TERCIO CERVICAL SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO,
DESPUES DE LAS EXTRACCIONES, DE LOS PACIENTES PARA
IMPLANTOLOGIA, HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – PASCO
– 2017**

Ancho Óseo Vestíbulo Palatino/ Lingual	Grupo				Total	
	Grupo de Estudio		Grupo de Control			
	N°	%	N°	%	N°	%
6 – 7 mm	9	21.43	13	30.95	22	52.38
7.1 – 10 mm	12	28.57	8	19.05	20	47.62
Total	21	50	21	50	42	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

ANALISIS ESTADISTICO

DECISIÓN ESTADISTICA

$X^2_c = 4.03 > X^2_t (00.5, 5\% \& 1 \text{ g.l.}) = 3.84 \rightarrow$ Se Rechaza Ho

\rightarrow Se Acepta Ha

COMENTARIO N° 03: En el presente cuadro estadístico de doble entrada por presentar dos variables: La variable ancho óseo vestíbulo palatino/lingual con sus intervalos de 6 a 7 mm, de 7.1 a 10 mm y la variable grupo con sus indicadores grupo de estudio de la no compresión digital y el grupo control donde se aplicó la compresión digital. Podemos observar que después de las extracciones el 52.38% (22) tiene un ancho óseo vestíbulo palatino/lingual en cervical entre 6 y 7 mm, de los cuales el 30.95% (13) corresponde al grupo de control y el 21.43% (9) al grupo de estudio; el

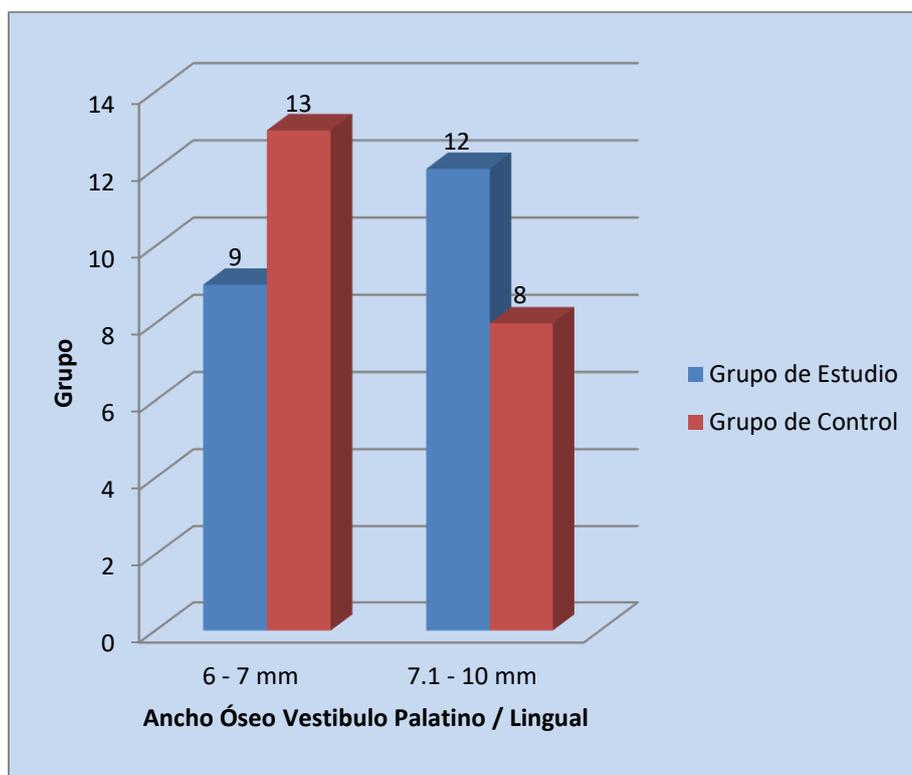
47.62% (20) tiene un ancho óseo vestíbulo palatino/lingual en cervical entre 7.1 – 10 mm, de los cuales el 28.57% (12) corresponde al grupo de estudio y el 19.05% (8) al grupo control.

CONCLUSION ESTADISTICA

Ambas variables se relacionan significativamente, es decir el ancho óseo vestíbulo palatino/lingual a nivel del tercio cervical se diferencia si se aplica la no compresión digital post extracción o la compresión digital.

GRÁFICO Nº 03

DISTRIBUCIÓN DEL ANCHO ÓSEO VESTIBULO – PALATINO/ LINGUAL DEL TERCIO CERVICAL SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO, DESPUES DE LAS EXTRACCIONES, DE LOS PACIENTES PARA IMPLANTOLOGIA, HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – PASCO – 2017



CUADRO N° 04

**DISTRIBUCIÓN DEL ANCHO ÓSEO VESTIBULO – PALATINO/
LINGUAL DEL TERCIO MEDIO SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO, ANTES
DE LAS EXTRACCIONES, DE LOS PACIENTES PARA
IMPLANTOLOGIA, HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – PASCO
– 2017**

Ancho Óseo Vestíbulo Palatino/ Lingual	Grupo				Total	
	Grupo de Estudio		Grupo de Control			
	N°	%	N°	%	N°	%
6 – 7 mm	2	4.76	3	7.14	5	11.90
7.1 – 10 mm	16	38.10	14	33.33	30	71.43
>10 mm	3	7.14	4	9.53	7	16.67
Total	21	50	21	50	42	100

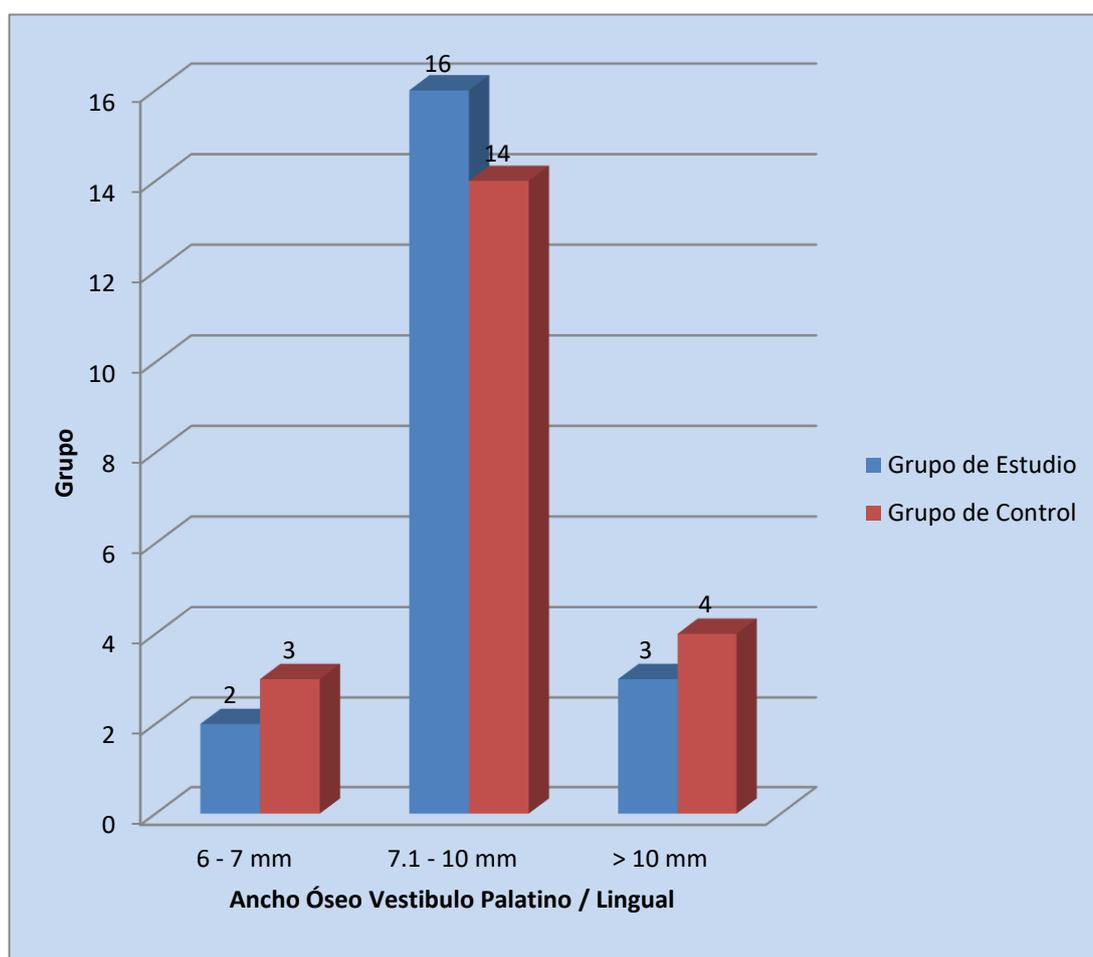
Fuente: Ficha de Recolección de Datos

COMENTARIO N° 04: En el presente cuadro descriptivo de doble entrada por presentar dos variables: La variable ancho óseo vestíbulo palatino/lingual con sus intervalos de 6 a 7 mm, de 7.1 a 10 mm, >10mm y la variable grupo con sus indicadores grupo de estudio de la no compresión digital y el grupo control donde se aplicó la compresión digital. Podemos observar que antes de las extracciones el 71.43% (30) tiene un ancho óseo vestíbulo palatino/lingual en el tercio medio entre 7.1 – 10 mm, de los cuales el 38.10% (16) corresponde al grupo de estudio y el 33.33% (14) al grupo de control; el 16.67% (7) tiene un ancho óseo vestíbulo palatino/lingual en el tercio medio mayor a 10 mm, de los cuales el 9.53% (4) corresponde al grupo control y el 7.14% (3) al grupo de estudio; por último el 11.90% (5) tiene un ancho óseo vestíbulo palatino/lingual en el tercio medio entre 6 –

7 mm, de los cuales el 7.14% (3) corresponde al grupo control y el 4.76% (2) al grupo de estudio.

GRAFICO N° 04

DISTRIBUCIÓN DEL ANCHO ÓSEO VESTIBULO – PALATINO/ LINGUAL DEL TERCIO MEDIO SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO, ANTES DE LAS EXTRACCIONES, DE LOS PACIENTES PARA IMPLANTOLOGIA, HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – PASCO – 2017



Fuente: Cuadro N° 04

CUADRO N° 05

DISTRIBUCIÓN DEL ANCHO ÓSEO VESTIBULO – PALATINO/ LINGUAL DEL TERCIO MEDIO SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO,

**DESPUÉS DE LAS EXTRACCIONES, DE LOS PACIENTES PARA
IMPLANTOLOGIA, HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – PASCO
– 2017**

Ancho Óseo Vestíbulo Palatino/ Lingual	Grupo				Total	
	Grupo de Estudio		Grupo de Control			
	N°	%	N°	%	N°	%
6 – 7 mm	3	7.14	5	11.90	8	19.05
7.1 – 10 mm	15	35.71	13	30.95	28	66.67
>10 mm	3	7.14	3	7.14	6	14.28
Total	21	50	21	50	42	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

ANALISIS ESTADISTICO

DECISIÓN ESTADISTICA

$X^2_c = 6.12 > X^2_t (0.05, 5\% \& 2 \text{ g.l.}) = 5.99 \quad \rightarrow \text{Se Rechaza } H_0$

$\rightarrow \text{Se Acepta } H_a$

COMENTARIO N° 05: En el presente cuadro estadístico de doble entrada por presentar dos variables: La variable ancho óseo vestibulo palatino/lingual con sus intervalos de 6 a 7 mm, de 7.1 a 10 mm, >10mm y la variable grupo con sus indicadores grupo de estudio de la no compresión digital y el grupo control donde se aplicó la compresión digital. Podemos observar que después de las extracciones el 66.67% (28) tiene un ancho óseo vestibulo palatino/lingual en el tercio medio entre 7.1 – 10 mm, de los cuales el 35.71% (15) corresponde al grupo de estudio y el 30.95% (13) al grupo control; el 19.05% (8) tiene un ancho óseo vestibulo palatino/lingual en el tercio medio entre 6 – 7 mm, de los cuales el 11.90% (5) corresponde

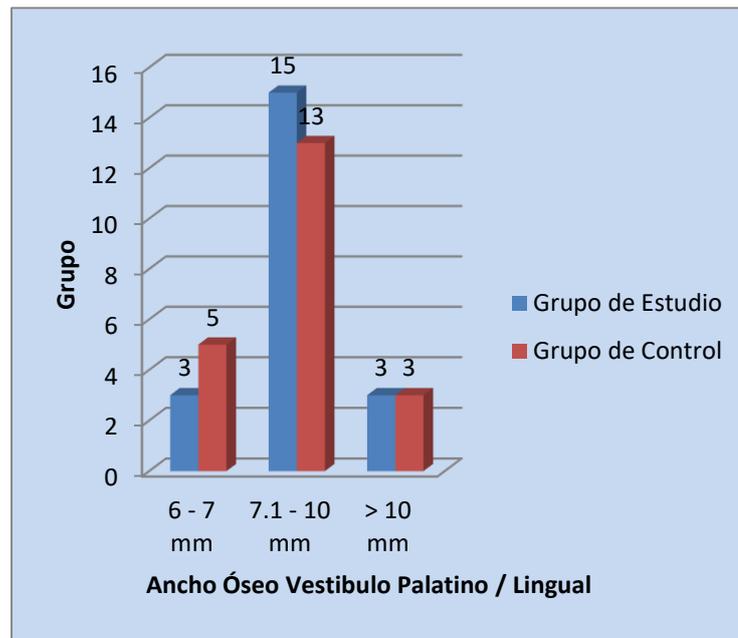
al grupo control y el 7.14% (3) al grupo de estudio; por último el 14.28% (6) tiene un ancho óseo vestíbulo palatino/lingual en el tercio medio mayor de 10 mm, de los cuales el 7.14% (3) corresponde a cada uno de los géneros.

CONCLUSION ESTADISTICA

Ambas variables se relacionan significativamente, es decir el ancho óseo vestíbulo palatino/lingual a nivel del tercio medio se diferencia si se aplica la no compresión digital post extracción o la compresión digital.

GRÁFICO N° 05

DISTRIBUCIÓN DEL ANCHO ÓSEO VESTIBULO – PALATINO/ LINGUAL DEL TERCIO MEDIO SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO, DESPUÉS DE LAS EXTRACCIONES, DE LOS PACIENTES PARA IMPLANTOLOGIA, HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – PASCO – 2017



Fuente: Cuadro N° 05

CUADRO N° 06

**DISTRIBUCIÓN DEL ANCHO ÓSEO VESTIBULO – PALATINO/
LINGUAL DEL TERCIO APICAL SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO, ANTES
DE LAS EXTRACCIONES, DE LOS PACIENTES PARA
IMPLANTOLOGIA, HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – PASCO
– 2017**

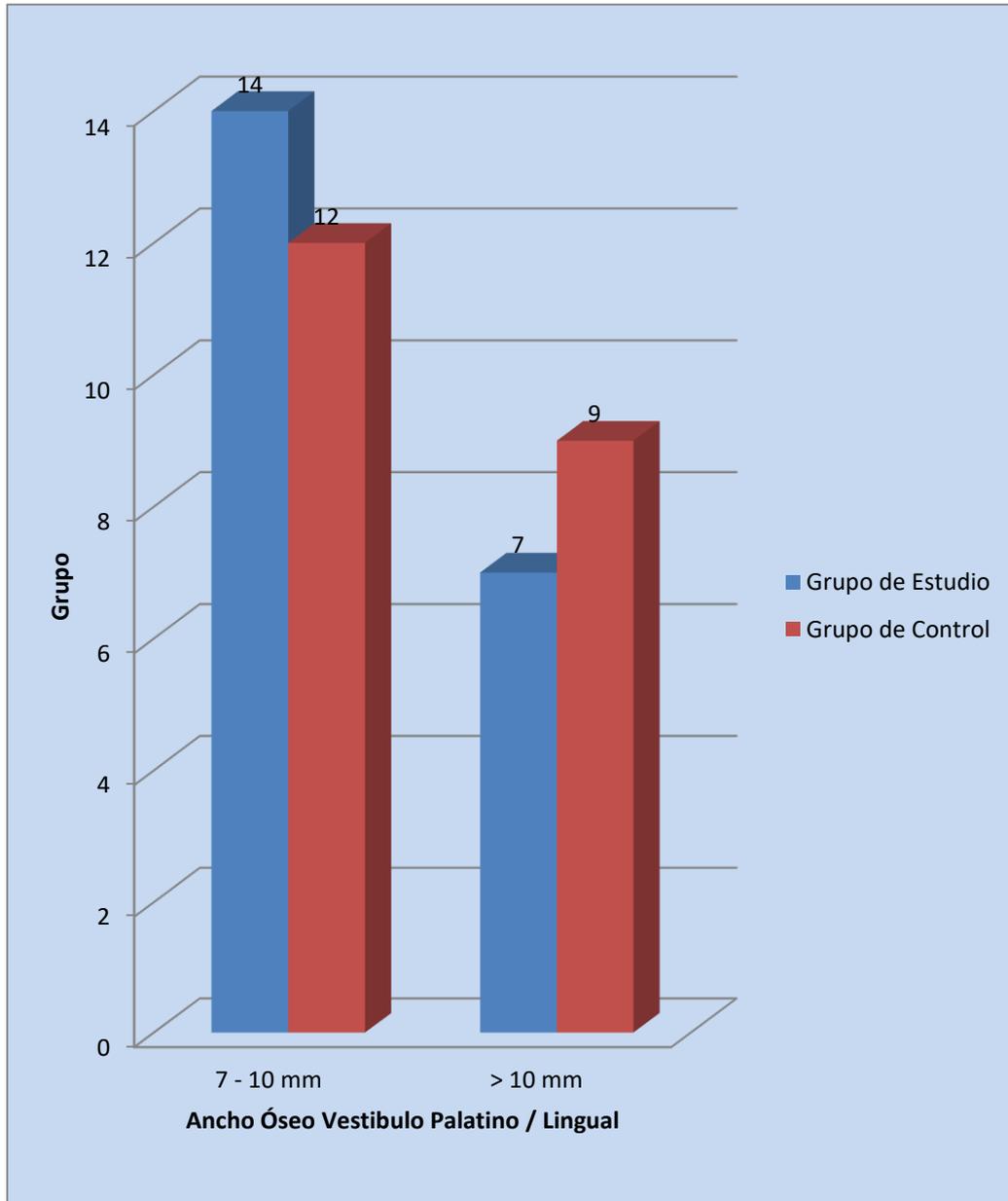
Ancho Óseo Vestíbulo Palatino/ Lingual	Grupo				Total	
	Grupo de Estudio		Grupo de Control			
	N°	%	N°	%	N°	%
6 – 7 mm	14	33.33	12	28.57	26	61.90
7.1 – 10 mm	7	16.67	9	21.43	16	38.10
Total	21	50	21	50	42	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

COMENTARIO N° 06: En el presente cuadro descriptivo de doble entrada por presentar dos variables: La variable ancho óseo vestíbulo palatino/lingual con sus intervalos de 6 a 7 mm, de 7.1 a 10 mm, y la variable grupo con sus indicadores grupo de estudio de la no compresión digital y el grupo control donde se aplicó la compresión digital. Podemos observar que antes de las extracciones el 61.90% (26) tiene un ancho óseo vestíbulo palatino/lingual en el tercio apical entre 6 – 7 mm, de los cuales el 33.33% (14) que corresponde al grupo de estudio y el 28.57% (12) al grupo control; el 38.10% (16) tiene un ancho óseo vestíbulo palatino/lingual en el tercio apical entre 7.1 – 10 mm, de los cuales el 21.43% (9) corresponde al grupo control y el 16.67% (7) al grupo de estudio.

GRÁFICO N° 06

**DISTRIBUCIÓN DEL ANCHO ÓSEO VESTIBULO – PALATINO/
LINGUAL DEL TERCIO APICAL SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO, ANTES
DE LAS EXTRACCIONES, DE LOS PACIENTES PARA
IMPLANTOLOGIA, HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – PASCO
– 2017**



Fuente: Cuadro N° 06

CUADRO N° 07

**DISTRIBUCIÓN DEL ANCHO ÓSEO VESTIBULO – PALATINO/
LINGUAL DEL TERCIO APICAL SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO,
DESPUÉS DE LAS EXTRACCIONES, DE LOS PACIENTES PARA
IMPLANTOLOGIA, HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – PASCO
– 2017**

Ancho Óseo Vestíbulo Palatino/ Lingual	Grupo				Total	
	Grupo de Estudio		Grupo de Control			
	N°	%	N°	%	N°	%
6 – 7 mm	14	33.33	15	35.71	29	69.05
7.1 – 10 mm	7	16.67	6	14.29	13	30.95
Total	21	50	21	50	42	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

ANALISIS ESTADISTICO

DECISIÓN ESTADISTICA

$$X^2_c = 4.10 > X^2_t (5\% \& 1 \text{ g.l.}) = 3.84$$

➔ Se Rechaza Ho

➔ Se Acepta Ha

COMENTARIO N° 07: En el presente cuadro estadístico de doble entrada por presentar dos variables: La variable ancho óseo vestíbulo palatino/lingual con sus intervalos de 6 a 7 mm, de 7.1 a 10 mm, y la variable grupo con sus indicadores grupo de estudio de la no compresión digital y el grupo control donde se aplicó la compresión digital. Podemos observar que después de las extracciones el 69.05% (29) tiene un ancho óseo vestíbulo palatino/lingual en el tercio apical entre 6 – 7 mm, de los cuales el 35.71% (15) corresponde al grupo de control y el 33.33% (14) al grupo de estudio;

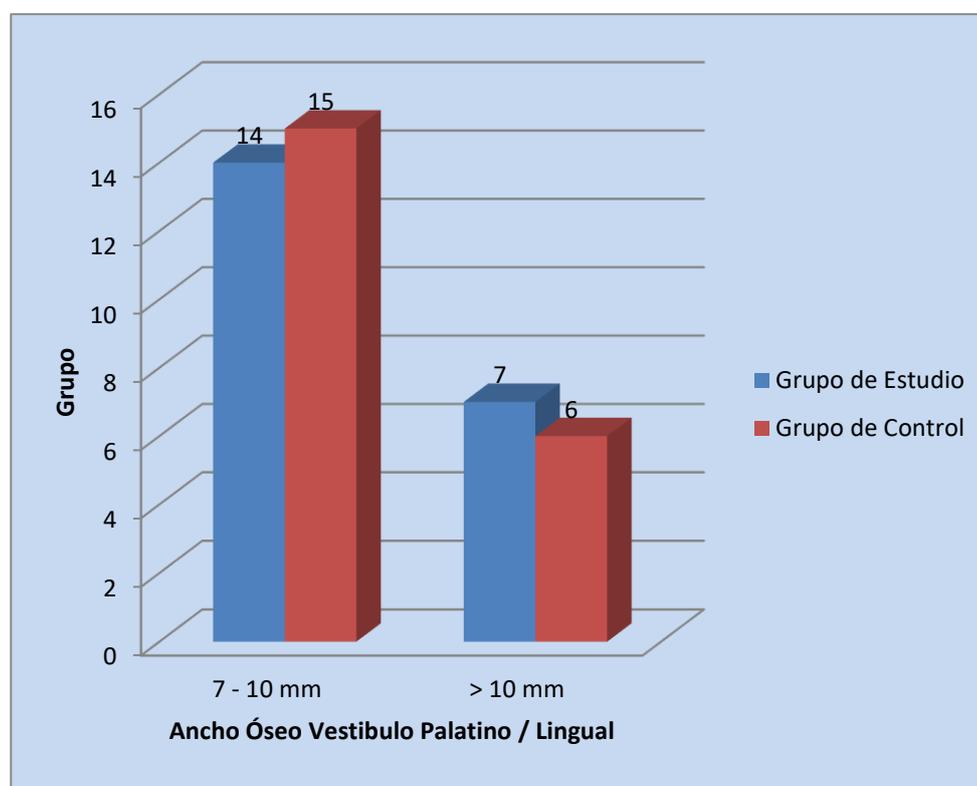
el 30.95% (13) tiene un ancho óseo vestíbulo palatino/lingual en el tercio apical entre 7.1 – 10 mm, de los cuales el 16.67% (7) corresponde al grupo de estudio y el 14.29% (6) al grupo de control.

CONCLUSION ESTADISTICA

Ambas variables se relacionan significativamente, es decir el ancho óseo vestíbulo palatino/lingual a nivel del tercio apical se diferencia si se aplica la no compresión digital post extracción o la compresión digital.

GRÁFICO N° 07

DISTRIBUCIÓN DEL ANCHO ÓSEO VESTIBULO – PALATINO/ LINGUAL DEL TERCIO APICAL SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO, DESPUÉS DE LAS EXTRACCIONES, DE LOS PACIENTES PARA IMPLANTOLOGIA, HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – PASCO – 2017



Fuente: Cuadro N° 07

CAPITULO III

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio indican que la efectividad de la no compresión digital post-extracción de rebordes residuales en implantología es considerada en una elevada efectividad de éxito.

La evidencia científica demuestra que los protocolos quirúrgicos de la exodoncia con la no compresión de los rebordes residuales e inmediata de la preparación del lecho quirúrgico para la cirugía de los implantes, ofrecen importantes beneficios para el paciente. En este sentido, la sustitución de dientes que van a ser extraídos por razones dentales o periodontales, con la inserción inmediata de implantes y su correspondiente provisionalización protésica inmediata puede además de reducir la pérdida ósea, ofrecer unos buenos resultados funcionales y estéticos para el paciente.

En nuestro estudio encontramos que la no compresión digital post extracción mantiene mejor el ancho óseo vestíbulo palatino /lingual. En el resumen de Ramos, **Ramos Loucraft, Ariadna**, el 2009 En Cuba presenta

la revisión clínica de Eficacia de la no compresión digital post-extracción en ancho de rebordes residuales superiores para implantología, nos refiere la clave para el éxito de un tratamiento implantológico es la cantidad y calidad del hueso donde se colocará el implante. Luego de la extracción dental ocurre la reducción fisiológica de las apófisis alveolares, quedando una brecha desdentada denominada reborde alveolar residual que constituye el tejido de sostén sobre el que se confeccionará la prótesis que rehabilitará funcional y estéticamente al paciente.

En nuestro estudio no utilizamos ningún tipo de injerto, pero a nivel de los tres tercios el ancho óseo vestíbulo palatino/lingual se conserva mejor con la no compresión post extracción, como también lo demuestra el estudio de Rodriguez Pizarro, cuentan con la membrana de polipropileno versus técnica convencional con aloinjerto óseo. Siendo su Objetivo: Comparar las técnicas de preservación alveolar con membrana de polipropileno y con aloinjerto óseo a nivel volumétrico e histológico 9 meses posterior a la exodoncia. Determinar eficacia de membrana de polipropileno y del injerto óseo en la reducción de reabsorción ósea del proceso alveolar, Conclusión: Entre las técnicas de preservación alveolar estudiadas no hay diferencias significativas a los 9 meses de observación por lo que se observa una relevancia clínica en el uso de la membrana Bone Heal® en comparación con aloinjerto óseo, ya que los costos de un procedimiento versus el otro son significativamente menores.

En nuestro trabajo solo hicimos una medición a los tres meses, donde evaluamos el ancho óseo vestíbulo palatino/lingual. Siendo sus

conclusiones de Levano a las que se llegan en su trabajo de investigación son: De manera general el paso del tiempo post-exodoncia modifica las dimensiones del reborde alveolar, donde se encontró que esta influencia tiene un carácter negativo sobre los tejidos de protección y soporte.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

De acuerdo a la hipótesis de investigación, después de recogido, analizado y probado la hipótesis, el estudio arriba a las siguientes conclusiones:

- a) La efectividad de la no compresión digital post-extracción de rebordes residuales en implantología.
- b) El grupo etáreo preponderante en el estudio es de 41 - 60 años con 45.24% (19), El género más frecuente en el estudio es el masculino con 52.38% (22).
- c) La influencia de la no compresión digital del ancho óseo vestíbulo palatino/lingual del tercio cervical post-exodoncias mayormente en el ancho del reborde residual es entre 6 – 7 mm con 52.38% (22) y la influencia del ancho óseo vestíbulo palatino/lingual del tercio cervical antes de las extracciones es entre 7.1 – 10 mm con 66.67% (28) , después de las extracciones, se diferencia si se aplica la no compresión digital post extracción o la compresión digital. $X^2_c = 4.03$

- d) La influencia de la no compresión digital post exodoncia del ancho óseo vestíbulo palatino/lingual del tercio medio antes de las extracciones mayormente es entre 7.1 – 10 mm con 71.43% (30), después de las extracciones mayormente es entre 7.1 – 10 mm con 66.67% (28), El ancho óseo vestíbulo palatino/lingual a nivel del tercio medio se diferencia si se aplica la no compresión digital post extracción o la compresión digital. $X^2_C = 6.12$, El ancho óseo vestíbulo palatino/lingual del tercio apical antes de las extracciones mayormente es entre 6 – 7 mm, con 61.90% (26), después de las extracciones mayormente es entre 6 – 7 mm, con 69.05% (29), El ancho óseo vestíbulo palatino/lingual a nivel del tercio apical se diferencia si se aplica la no compresión digital post extracción o la compresión digital. $X^2_C = 4.10$
- e) La ubicación del reborde residual del maxilar superior o el maxilar inferior se encuentra de acuerdo con el maxilar para implantología.

CAPITULO V

RECOMENDACIONES

- 1) A la Universidad brindar más apoyo a la investigación en odontología.
- 2) A los Docentes, que inculquen la investigación a los alumnos para que se puedan desarrollar trabajos de mayor trascendencia.
- 3) Se recomienda al cirujano dentista, hacer una historia clínica detallada, y un seguimiento periódico de la preparación para los implantes.
- 4) Se recomienda optimizar el manejo de datos, para poder elaborar mejores protocolos de atención.
- 5) Que se amplíen los estudios con una muestra más grande.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

1. Donato M. Extracción Dentaria en Cirugía Bucal. Patología y Técnica. Editorial Masson, 2002.
2. Guarinos J, M. Peñarrocha, J. M. Sanchís, Gay, M. S. Sánchez. La cresta alveolar atrófica en implantología oral. Revista Anales de Odontoestomatología - 4/95
3. Hernández Sampieri, Fundamentos de la investigación, Edit. Mc Graw Hill, México. 2006.
4. Tamayo, M. El Proceso de Investigación. Colombia: 2006.
5. Calatayud J, Martín G. Principios Básicos de Investigación y Estadística. En Bioestadística en la Investigación Odontológica. Madrid: Editorial Pues S.L. Madrid España 2003 4: 142-145.
6. Dawson Saunders Beth, bioestadística médica, editorial el Manual Moderno México 2005.

7. Boucher L. Rehabilitación del desdentado parcial. México: Interamericana; 1984.
8. Cutoli C. García N. Carga Inmediata de implantes dentales. Rev Esp Cirugía Oral y Maxilofacial 2005; 27:34-42.
9. Gay C, Berini L. Principios Básicos de la exodoncia en Cirugía Bucal. Madrid. Editorial Cergon; 2002.
10. Guzmán, H. Biomateriales Odontológicos de uso clínico. Bogotá: Ecoe Ediciones. 2013.
11. Levano Huamán, Dante, presenta la tesis Cambios dimensionales en los rebordes alveolares post exodoncia en pacientes atendidos en el centro de salud militar – Rímac en el año 2013, el 2016 en Perú.
12. Mezzomo, E., Suzuki, R., & colaboradores. Rehabilitación Oral Contemporánea. Sao Paulo: Amolca. 2010.
13. Olate S, Rabelo G, Jaimes, Miguel Albergaria J R. Recuperación Ósea en Procedimientos de Reconstrucción y Colocación de Implantes 2007; 25(3):649-657.
14. Ramos Loucraft, Ariadna, presenta la revisión clínica de Eficacia de la no compresión digital post-extracción en ancho de rebordes residuales superiores para implantología, Cuba 2008
15. Raspall, Guillermo. Cirugía Oral e Implantología. Segunda Edición. Capítulo 13. Cirugía Periodontal. España: Editorial Médica Panamericana. 2007.

16. Rodríguez Pizarro, Ignacio, presenta la tesis Comparación entre técnicas de preservación alveolar post extracción: membrana de polipropileno versus técnica convencional con aloinjerto óseo, 2017 Chile.
17. Seibert JS. Reconstrucción de deformidades en crestas parcialmente desdentadas. Parte I. La técnica y la cicatrización de heridas. Compendio Continua Educación Dental 1983; 4: 437-53
18. Shafer Willian G, Tratado de Patología Bucal, Editorial Interamericana, Edición Cuarta México D.F.2000
19. Shillinburg, H., Hobo, S., Whitsett, L., Jacobi, R., & Brackett, S. Fundamentos Esenciales en Prótesis Fija. Barcelona: Quintessence S.L. 2006
20. Tamayo, M. El Proceso de Investigación. Colombia: 2006.
21. Trombelli, Roberto Modelado y remodelación de los alvéolos de extracción humanos. J. Clin Periodontología 2008; 35: 630–639
22. Vargas Leonardo, presenta la tesis Preservación de alveolos postexodoncia mediante el uso de diferentes materiales de injerto, Colombia 2011.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la efectividad de la no comprensión digital post-extracción de rebordes residuales en implantología, Hospital Daniel Alcides Carrión – Pasco 2017?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Evaluar la efectividad de la no comprensión digital post-extracción de rebordes residuales en implantología.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Categorizar a los pacientes post-extracción de acuerdo con el género y edad, que acuden al servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión – Pasco durante el año 2017. 2. Determinar la influencia de la no comprensión digital post extracción en el ancho del reborde residual. 3. Determinar la influencia de la no comprensión digital post extracción en el alto del reborde residual 4. Describir la ubicación del reborde residual de acuerdo con el maxilar para implantología. 	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>La efectividad de la no comprensión digital post-extracción de rebordes residuales muestra un nivel significativo en implantología.</p>

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

ANEXO Nº 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. ANAMNESIS

Nº de paciente:.....

Edad:..... Sexo.....

**EFFECTIVIDAD DE LA NO COMPRESIÓN DIGITAL POST-
EXTRACCIÓN DE REBORDES RESIDUALES EN IMPLANTOLOGÍA**

			SI	NO
Cambios de los Rebordes alveolares con no compresión digital	Cambio dimensional en espesor. Cambio dimensional en altura	Milímetros		
	Cambio dimensional en espesor. Cambio dimensional en altura	Milímetros		
	Ubicación del reborde residual	Maxilar superior		
		Maxilar inferior		
Ubicación del reborde residual de acuerdo con el maxilar para implantología.	Maxilar superior			
	Maxilar inferior			

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

ANEXO N° 03

CONSENTIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN

N° Paciente: _____

El que suscribe _____ está de acuerdo en participar en el estudio para evaluar la efectividad de la no comprensión digital post-extracción de rebordes residuales en implantología. Así mismo estoy de acuerdo que se me practique el examen estomatológico que se requiera. Para dar este consentimiento he recibido una amplia explicación del

Dr. _____ Quien me ha informado que:

Se me realizarán todos los estudios, en la cavidad bucal, necesarios de acuerdo con los síntomas que presente.

Mi consentimiento con participar en el estudio es absolutamente voluntario y el hecho de no aceptar no tendría consecuencias en mis relaciones con los Odontólogos del servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco, que me atienden, los que me continuaran atendiendo según las normas de conducta habituales en esta institución de nuestra sociedad, donde tendré el mismo derecho a recibir el máximo de posibilidades de atención.

En cualquier momento puedo retirarme del estudio, sin que sea necesario explicar las causas y esto tampoco afectará mis relaciones con los Odontólogos del servicio de odontología del Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco Y para que así conste y por mi libre voluntad, firmo el presente consentimiento, junto con el profesional que me ha dado las explicaciones pertinentes,

A los ____ días de mes de _____ del _____

Nombre del Paciente: _____ Firma:

Nombre del Profesional: _____ Firma:

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES		INSTRUMENTOS	TÉCNICAS	ESCALA DE MEDIDA
VARIABLE INDEPENDIENTE NO COMPRESIÓN DIGITAL POST-EXTRACCION	Paciente	Género: Sexo	Masculino		Historia clínica	Observación Entrevista	Cualitativa nominal
			Femenino				
		Cronología: Edad	Años		Historia clínica	Entrevista Observación	Nominal Numérica
	Cambios de los Reborde alveolares con no comprensión digital	Cambio dimensional en espesor.	Milímetros		Ficha de recolección de datos	Cirugía de exodoncia Observación clínica	Nominal numérica
		Cambio dimensional en altura	Milímetros				
Ubicación del reborde residual		Maxilar superior					
		Maxilar inferior					
			SI	NO			
VARIABLE DEPENDIENTE REBORDES RESIDUALES	Ubicación del reborde residual de acuerdo con el maxilar para implantología.	Maxilar superior			Ficha de recolección de datos.	Cirugía de exodoncia Observación clínica	Cualitativa Nominal
Maxilar inferior				Evaluación clínica Evaluación documental			