



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

IMPACTO DE LA AUSENCIA DE UN PROGRAMA
EDUCATIVO EN LA RECUPERACIÓN DE PACIENTES
INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE TERCEROS
MOLARES RETENIDOS.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ANDREA NOEMI OLMOS ALARCÓN.

TUTORA: MTRA. MARÍA CRISTINA SIFUENTES VALENZUELA.

ASESORA: ESP. DAYANIRA LORELAY HERNÁNDEZ NAVA.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

Antes que nada agradezco a Dios por darme las fuerzas para seguir adelante hoy y siempre, por hacer posibles mis sueños y permitirme llegar al final de una meta más en mi vida.

A mi padre Florencio Olmos Luna por ser mi guía, mi fortaleza, mi ejemplo, mi héroe y el hombre que más admiro y quiero en este mundo.

Dirijo mis agradecimientos a mi madre Margarita Alarcón Navarrete por ser el pilar más importante de mi existencia, por darme la vida, por ser la mejor madre y amiga, por su apoyo incondicional y entereza.

A mis dos locas y malas hermanas, Nancy Olmos e Ivon Olmos por escucharme siempre, apoyarme, darme ánimos y porque a pesar de los buenos y malos momentos siempre estamos juntas, las quiero.

Me enorgullece poner énfasis en agradecer no sólo a una gran académica si no a una gran persona y una mujer emprendedora, comprometida y admirable, mi tutora la Mtra. María Cristina Sifuentes Valenzuela por su apoyo, empeño, paciencia y por enseñarme que la perfección debe ser parte de nuestro trabajo.

A mi asesora la Esp. Dayanira Lorelay Hernández Nava por su orientación, apoyo y guía durante todo este proceso.

Mis agradecimientos a la Dra. María del Carmen Villanueva Vilchis por compartir generosamente sus conocimientos, su experiencia y consejos, pero sobre todo por la dedicación para conmigo y mi trabajo.

De igual manera agradezco a la Dra. Rosy Vera, por su ayuda, preocupación, por ser tan linda y escucharme.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Juan Carlos Cuevas por brindarme su apoyo y ayuda para realizar este proyecto, es un excelente profesor y gran ser humano.

Mención especial para mi entrañable profesor el CD. Alfonso Bustamante Bécame, por formar parte de mi desarrollo y formación académica, por ser tan entregado y profesional con su trabajo, pero sobre todo por las enseñanzas que me deja en el ámbito profesional y personal.

Con mucho cariño agradezco a la CD. Ybett Muzule Chavez por sus enseñanzas, su dedicación, entusiasmo y afecto.

Mi más sinceros agradecimiento para quien contribuyo de manera significativa para conocer la pasión por mi carrera la Esp. Guadalupe Marcela Ramírez Macías y por ofrecerme no solo sus conocimientos si no su amistad.

Agradezco a la Esp. Alama García Calderón por la ayuda y motivación para la conclusión satisfactoria de mi trabajo

A una gran profesionista y mejor amiga la Esp. Laura Díaz Vázquez, gracias por los consejos, apoyo y enseñanzas.

Finalmente pero no el menos importante agradezco infinitamente a Victor Pérez Rodríguez por aguantarme siempre, por su apoyo incondicional, por alentarme y acompañarme tomados de la mano en este largo camino, me siento afortunada y agradecida con Dios por juntar nuestras vidas y permitirme compartir los mejores momentos a tu lado, eres un hombre admirable e inigualable y este triunfo también es tuyo.

Me honra tener la dicha de poder agradecer a la máxima casa de estudios la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme grandes logros personales y académicos y porque hoy gracias a ella tengo la oportunidad de desarrollarme como una excelente profesionista-

ÍNDICE.

1. INTRODUCCIÓN.	6
2. ANTECEDENTES.	8
2.1. Programa educativo.	8
2.1.1 Etapas de un programa educativo.	9
I.- Justificación de programa.	9
II.- Objetivos (mediatos e inmediatos).	9
III.- Limitación del Programa.	9
IV.- Organización.	9
V.- Evaluación.	9
2.1.2 Educación para la salud.	12
2.1.3 Promoción de la salud.	13
2.1.4 Niveles de salud.	14
a) Prevención Primaria.	14
b) Prevención Secundaria.	14
c) Prevención Terciaria.	14
2.2. Terceros molares.	16
2.2.1. Clasificación.	18
2.2.2 Procedimiento.	23
2.2.3 Complicaciones.	23
2.2.4 Indicaciones postoperatorias.	28
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	31
4. JUSTIFICACIÓN.	32
5. OBJETIVOS.	34
5.1. Objetivo general.	34
5.2. Objetivo específicos.	34

6. MATERIALES Y MÉTODOS.	35
6.1. Tipo de estudio.	35
6.2. Población de estudio.	35
6.3. Selección y tamaño de muestra.	35
6.4. Criterios de inclusión.	35
6.5. Criterios de exclusión.	35
6.6. Variables.	36
6.6.1. Operacionalización de variables.	36
6.7. Método de recolección de la información.	40
6.8. Método de procesamiento.	42
6.9. Análisis estadístico.	42
6.10 Consideraciones éticas.	42
6.11 Recursos.	42
6.11.1. Humanos	42
6.11.2 Materiales.	42
7. RESULTADOS.	43
8. DISCUSIÓN.	58
9. CONCLUSIONES.	60
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	61
11. ANEXOS.	64
11.1. Anexo 1	64
11.2. Anexo 2	65
11.3. Anexo 3	66
11.4. Anexo 4	67

1. INTRODUCCIÓN.

Un programa educativo permite instruir y motivar a los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente acerca de la importancia que tiene la realización puntual de las medidas de prevención para minimizar la respuesta del organismo después de haberse sometido a una cirugía, dado que para el restablecimiento y/o mejoría, es el paciente quien deberá responsabilizarse del cuidado de su salud, por lo que el cirujano dentista debe asegurarse a través de este proceso que el paciente comprenda las indicaciones.

La educación para la salud es una actividad que forma parte de las acciones que debe realizar el cirujano dentista en su práctica profesional cotidiana. Esta acción demanda por lo tanto la consideración de los aspectos que intervienen en el aprendizaje de los pacientes para poder asegurar que reciben la información adecuada, completa y la comprenden, esto es, que se planeen como parte de un programa educativo, a partir de lo que saben, hacen y sienten. Con la consideración de estos elementos se podrá atender los objetivos cognitivos, procedimentales y actitudinales, así como elegir las estrategias más apropiadas para contribuir al aprendizaje significativo que se pretende; actuando como facilitadores para asegurar en este proceso la comprensión de su estado de salud, las consecuencias de la intervención profesional, así como los beneficios que obtendrá en la recuperación o mantenimiento de la misma.

Ante tal circunstancia, el cirujano dentista o maxilofacial debe explicar minuciosamente al paciente y/o al familiar, al término de cualquier tratamiento, las indicaciones que requiere de acuerdo con sus necesidades educativas, cerciorándose que las mismas son entendidas correctamente para que pueda llevarlas a cabo, utilizando términos sencillos, de acuerdo con el nivel cultural de la persona, dado que existen términos que los pacientes desconocen, especialmente cuando se emplean tecnicismos lo que puede llevar al paciente a confundirse y no realizar con pertinencia las recomendaciones.

La importancia de ser meticulosos con las recomendaciones y cuidados que se brinda a los pacientes, se ve reflejada en una de las actividades realizadas con mayor frecuencia por el cirujano dentista o el cirujano maxilofacial, que es la extracción de terceros molares retenidos.^(1,2) Tal procedimiento se debe a la dificultad que presentan en la erupción los terceros molares, en especial los inferiores, que debido a su formación tardía y a la evolución filogenética que ha sufrido la mandíbula da como consecuencia, la falta de espacio disponible para que los molares puedan erupcionar normalmente. ^(1,3) Independiente a la falta de espacio, y el momento de la erupción, los terceros molares presentan además ciertas características que pueden influir en el proceso de erupción, como la anatomía, formación y orientación, entre otros.

Por su parte la cirugía de terceros molares se realiza bajo anestesia local, y es de tipo ambulatorio lo que implica que el paciente en casa debe cuidar el postoperatorio de acuerdo a las indicaciones que le haya explicado el cirujano tratante.

Normalmente en el proceso de recuperación, los pacientes que fueron intervenidos presentarán dolor, inflamación y trismus propios del procedimiento. ^(2,4) Ante tales consecuencias las prescripciones postoperatorias son primordiales para el restablecimiento de la salud del paciente. Debido a esto es importante que las recomendaciones e instrucción que se le otorguen después del acto quirúrgico sean claras y concisas, con el propósito de que puedan ser comprendidas por el paciente y las aplique de manera eficiente para disminuir las reacciones adversas que se puedan derivar como consecuencia de la intervención quirúrgica.

Considerando lo anterior y debido a que no hay estudios específicos que muestren las derivaciones de no entender y llevar a cabo los cuidados postoperatorios, nos propusimos en este trabajo diseñar e implementar un tríptico informativo en donde se expliquen con detenimiento las medidas prescritas para estos pacientes como recurso complementario para su comprensión y aplicación responsable, así como para identificar si el empleo de este material didáctico influyó en la comprensión y aplicación de las acciones preventivas para la recuperación de la salud.

2. ANTECEDENTES.

2.1 Programa educativo.

La educación para la salud a pacientes representa un medio que ha demostrado ser eficaz para prevenir, reducir y mantener el estado de bienestar de las personas, tan es así que es quizá la estrategia más prometedora para disminuir la inequidad que aún persiste en el ámbito odontológico. No podemos seguir atendiendo desde la perspectiva asistencial las enfermedades, no basta con saber diagnosticar y ejecutar el procedimiento, es indispensable establecer mecanismos inter y multidisciplinarios que integren programas educativos con el fin de persuadir, instruir, crear conciencia del autocuidado que debe realizar el paciente, e involucrarlo para que asuma una actitud responsable, como actor principal en el mantenimiento de su salud. ⁽⁵⁾

De acuerdo con Simón Kantz, un programa educativo se define como: un documento que permite organizar y puntualizar un proceso instructivo de aprendizaje. Por lo tanto en el ámbito odontológico le permite al cirujano dentista orientarlo respecto a los contenidos que debe impartir, la forma en que lo tiene que desarrollar y los objetivos a conseguir. ⁽⁶⁾

En la práctica diaria de la odontología, es un deber del cirujano dentista promover la salud como parte de sus funciones, lo cual puede lograrse a través de un programa educativo cuidadosamente planeado, adaptado a características y necesidades particulares de cada paciente.⁽⁶⁾ Por lo tanto éste debe partir de la identificación de necesidades específicas, para diseñar las estrategias efectivas que atiendan fundamentalmente los objetivos del saber (conocimiento), y los objetivos de hacer (habilidades). Con tal propósito y considerando la respuesta del organismo ante una intervención quirúrgica motivo de este trabajo, el cirujano dentista debe desarrollar material didáctico que ayude a los pacientes a comprender el proceso (aprendizaje) así como las medidas preventivas personales que deberá realizar para contribuir a su recuperación, a partir del respaldo científico, objetivo que pueden alcanzarse con recursos de apoyo para su aprendizaje y ejecución correcta de los cuidados que se requiere.

2.1.1 Etapas de un programa educativo

El diseño y desarrollo de un programa educativo comprende las siguientes etapas, en las cuáles se cubren todos los aspectos que deberán tomarse en cuenta para poder lograr el propósito. ^(7,8)

I.- Justificación de programa.

II.- Objetivos (inmediatos y mediatos).

III.- Limitación del Programa.

- 1.- Espacio.
- 2.- Determinación y precisión de actividades.
- 3.- Tiempo y calendario de las actividades.
- 4.- Universo de Trabajo.

IV.- Organización.

- 1.- Procedimientos.
 - a) Método de las actividades.
 - b) Organismos que colaboran
 - c) Material y Equipo
 - d) Locales
 - e) Instructivos y Reglamentos.
- 2.- Personal.
 - a) Tiempo y número
 - b) Determinación de funciones
 - c) Reclutamiento
 - d) Adiestramiento del personal
- 3.- Financiamiento.
 - a) Elaboración del Presupuesto
 - b) Plan de Obtención de fondos
 - c) Manejo de fondos

V.- Evaluación.

- 1.- Simultánea al programa
- 2.- Al final del programa.

La justificación, se refiere a la exposición de los motivos que fundamentan la aplicación del programa. Constituye la primera fase en donde se describe el problema o problemas que pretenden solucionarse, destacando la importancia que tiene en cuanto a los beneficios por su calidad o magnitud, así como la susceptibilidad para resolverse. Por lo tanto implica el estudio y análisis de los problemas, los recursos que requiere y selección de prioridades de acuerdo con las necesidades.

Por su parte los objetivos son las metas o fines que se desean alcanzar con la realización del programa. Los objetivos que se establezcan deben ser determinados como resultado de la adecuada estimación de problemas y recursos, y deben ser precisos, cuantificables y alcanzables. ⁽⁹⁾

Los objetivos se dividen en: inmediatos (menores a seis meses) y mediatos (entre seis meses y un año) según la posibilidad de lograrlos a corto o largo plazo. Unos y otros deben estar ligados entre sí. Para el logro de los mediatos es menester haber logrado los inmediatos. ^(7,8)

Las limitaciones de cualquier programa educativo, se relacionan con el espacio o área donde se llevará a cabo. En este apartado también es importante considerar los elementos que se requiere para llevar a cabo las actividades en el logro de los objetivos, como lo es el tiempo con el que se dispone (días, meses o años) calendarizando las actividades y precisando el universo de trabajo, esto es, las personas que resultarán beneficiadas con su implementación.

En la organización, para orientar cada una de las actividades en la consecución de los objetivos determinados en el programa, debemos establecerlas puntualmente mediante una organización sistemática y detallada, en donde se precise cómo realizaremos cada una de ellas, en qué dependencia u organismo se establecerán y la forma como colaborará cada uno en el programa; el equipo que se necesitará para la realización del programa; instrucciones de las técnicas que se vayan a emplear, así como los reglamentos o normas que regirán el desarrollo de las actividades o de las labores. No debemos dejar de lado al personal que participará en la aplicación del programa, cada uno de ellos ocupa una jerarquía de actividades, para ello se seleccionará el personal necesario con la preparación especial para cumplir con una labor específica. Para finalizar debemos especificar el presupuesto que se requerirá

para la ejecución del programa, desglosar las diversas partidas que lo integran, y cómo se piensa obtener los fondos que se necesitan para cubrir el presupuesto. ⁽¹⁰⁾

La evaluación es la última etapa de un programa educativo, aunque no necesariamente la última que se aplica. De acuerdo con Olga Álvarez Desanti la evaluación es la estimación de la realización del programa con relación a los objetivos y procedimientos señalados, por lo tanto en este proceso se requiere un adecuado sistema de registro de las actividades que se vayan a llevar a cabo. En este apartado se indicará cómo se hará la valorización del programa, con qué periodicidad, quiénes la realizarán y que índices se tomarán en cuenta para ello. ⁽¹⁰⁾

Por su parte Ana Gabriela Vargas Rojas considera que la evaluación puede ser:

1.- Simultánea y al final del programa. La evaluación simultánea es la que se efectúa durante el desarrollo del programa y la final al término del mismo.

2.- Cuantitativa y cualitativa. La evaluación cuantitativa es la que valora la cantidad de procesos o actividades realizadas y la cualitativas es la que permite valorar la calidad de las diferentes fases del proceso.

3.- Interna y externa. Se considera interna cuando la practica el mismo personal que interviene en el programa, y externa cuando es efectuada por personal que no participa en el programa educativo.

La evaluación es una función de suma importancia en los programas de desarrollo, ya que a través de ella se logra la estimulación de las actividades ejecutadas en relación con los objetivos y procedimientos señalados en el programa. ⁽¹⁰⁾

Responsabilizar a los pacientes de su propia salud debe ir acompañado necesariamente de un proceso formativo y no solo informativo. Es en este proceso donde la actuación del profesional de la salud adquiere la mayor importancia al incorporar como parte de sus actividades profesionales su participación e interés por educar al paciente. ⁽⁵⁾ Función que solo puede darse de una manera significativa, si incluye de forma consciente y sistemática los diferentes aspectos que demanda un programa educativo.

2.1.2 Educación para la salud.

En la educación para la salud como concepto compuesto confluyen, el concepto de educación como posibilidad para construir un nuevo conocimiento, y de salud como un estado de bienestar al que todos tenemos derecho a alcanzar, en cuyo proceso se deberá anteponer como circunstancia el autocuidado y mejoramiento del estilo de vida.

La educación es un proceso de socialización y desarrollo tendiente a conseguir la capacitación del individuo para que pueda desenvolverse en su medio ambiente, facilitándole las herramientas para minimizar la problemática que afecta su salud. Por lo tanto, la educación para la salud facilita el aprendizaje dirigido a conseguir cambios en los comportamientos o acciones de protección. ⁽¹¹⁾

La educación para la salud es una estrategia de promoción basada en el fomento de estilos de vida saludables, que se traduce en la adopción de hábitos, valores y normas de vida que generen actitudes favorables para la salud. ⁽¹¹⁾

Así, aprender supone partir de lo que ya se sabe para adquirir un nuevo conocimiento, que solo puede lograrse cuando adquiere significancia para las personas.

El proceso de la educación para la salud supone la utilización del espacio, el tiempo, los recursos humanos y materiales, así como relaciones de comunicación, de forma que se pongan en marcha estrategias educativas en los diversos ámbitos de actuación y relación entre los profesionales y los usuarios de los centros de salud. ⁽¹²⁾

Por lo tanto la educación para la salud es una estrategia de salud pública a través de la que podemos facilitar cambios, estableciendo canales de comunicación y capacitando a individuos y colectividades. De tal manera que su objetivo final será el cambio o modificación de los comportamientos nocivos y el refuerzo de los comportamientos saludables, cuyo eje fundamental es la comunicación.

En este trabajo nuestro interés va dirigido a los pacientes con la elaboración de un tríptico ilustrativo e informativo, por medio del cual se detalla los cuidados postoperatorios que el paciente debe realizar en su casa al término de su intervención quirúrgica, como material de apoyo para la comprensión de las medidas preventivas que el cirujano dentista prescribe, con el objetivo de conseguir una pronta mejoría y disminuir las complicaciones que la intervención quirúrgica propicia.

A partir del autocuidado, los pacientes son estimulados para mantener y mejorar su rehabilitación posterior al acto quirúrgico, dado que este material atiende una necesidad específica como lo es en este caso la respuesta del organismo a un acto postquirúrgico, basado en tres componentes fundamentales: educación, comunicación e información.⁽¹⁰⁾ Por lo anterior, a través de la educación para la salud se orienta al paciente en la realización de acciones específicas para mejorar su salud, la cual es una actividad fundamental.

2.1.3 Promoción de la salud.

La Promoción de la Salud es definida en 1990 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”.⁽¹⁰⁾

La prevención forma parte de todas las acciones que se realicen por parte del personal de salud, comunidad y el usuario del servicio de odontología, para evitar que se instaure la enfermedad oral, por lo que forma parte de la promoción de la salud.⁽¹³⁾ Ésta es una de las estrategias que forman parte de un programa de educación, la cual parte de entender una multiplicidad de factores para poder inducir a los pacientes a ser partícipes y responsables de su recuperación después de una cirugía de tercer molar retenido.⁽⁹⁾

En el campo directamente asistencial, independientemente que se trate del primero, segundo o tercer nivel de atención, la actividad de educación para la salud debe ser orientada a mejorar la calidad de la atención médica, a proporcionar a los pacientes y familiares la información y capacitación necesaria para conocer de forma completa su padecimiento, las causas que lo originaron, actitudes y hábitos que influyen en favor o en contra del curso natural de la misma, sobre las complicaciones y mecanismos de acción, para de esta manera contribuir a disminuir y contrarrestar los efectos indeseables que surgen posteriores a una intervención quirúrgica, así como para que los propios pacientes aprendan a proteger su salud.⁽¹⁴⁾

2.1.4 Nivel de prevención en salud pública.

En medicina preventiva se reconocen tres niveles de prevención para la salud: prevención primaria, secundaria y terciaria. ⁽¹⁵⁾

a) Prevención primaria.

En este nivel se incluye la promoción de la salud y la protección específica. En la primera se establece como objetivo mejorar la salud general del individuo, nutrición balanceada, buena vivienda y, condiciones de trabajo adecuadas, entre otros. Por su parte la protección específica, consta de medidas para prevenir la aparición o la recurrencia de enfermedades específicas. Ejemplo de éstas son: vacunación, fluoración del agua, y la aplicación tópica de fluoruros para la prevención de caries, entre otras. ⁽¹⁵⁾

b) Prevención secundaria.

Este nivel tiene como objetivos evitar que las enfermedades progresen y limitar el daño o complicación de la enfermedad, por lo que el diagnóstico y tratamiento certero son elementales. En este nivel de prevención las actividades están orientadas a las personas enfermas y es el más apropiado para iniciar el tratamiento. Como ejemplo se destaca, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades malignas. ⁽¹⁵⁾

c) Prevención terciaria.

Por su parte la prevención terciaria incluye las medidas que tienen por objeto limitar el grado de daño producido por la enfermedad. Los recubrimientos pulpares y maniobras endodóncicas en general son un ejemplo de ellos. Asimismo, incluye la rehabilitación tanto física como mental y social. En este contexto, se requeriría la terapia física, ocupacional y la psicológica para que las personas se adapten a su situación y puedan valerse por sí mismas. En este nivel se tienen como medidas la colocación de prótesis, coronas y puentes, entre otros. ⁽¹⁵⁾

De acuerdo con nuestro estudio, es en este nivel en donde se interviene, dado que el paciente al sufrir una agresión por medio del cirujano dentista como consecuencia de la intervención quirúrgica, debe conocer y comprender cuáles serán las medidas preventivas para limitar el daño y reintegrarlo a su función activa a partir de las instrucciones otorgadas por el profesionalista.

Con tal propósito, el cirujano dentista debe establecer una comunicación de apertura (bidireccional) con el paciente, para ganarse su confianza como aspecto fundamental en el proceso educativo, dado que de la confianza que se genere el paciente podrá aclarar dudas sobre cualquier cuidado o indicación, y el cirujano dentista podrá confirmar y asegurarse que el paciente las comprende, empleando un lenguaje sencillo y claro.

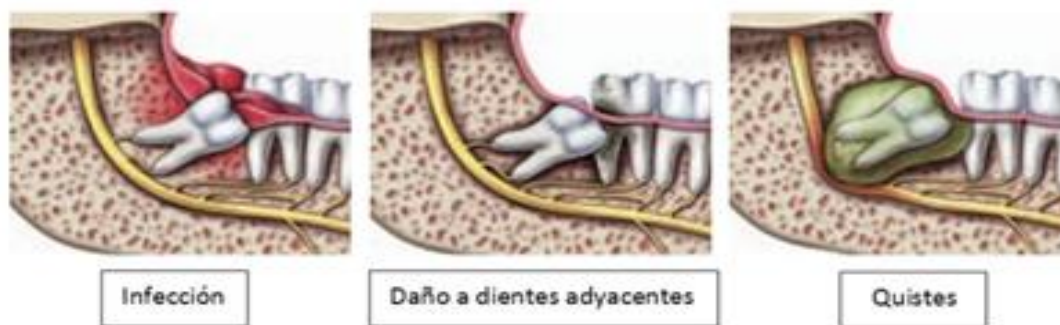
Para persuadir al paciente necesitamos fijar un objetivo que sea asequible mediante la comunicación. Eso significa planificar los argumentos ofreciendo una perspectiva que el interlocutor no había tenido en cuenta. Por ello, es necesario que el cirujano dentista describa de manera detallada la importancia de los cuidados postquirúrgicos y dar al paciente las razones del porqué debe llevarlas a cabo y los efectos que conllevaría el no atenderlas. ⁽⁶⁾

Persuadir es un arte porqué tiene en cuenta tanto lo que el cirujano dentista quiere transmitir como lo que el paciente (el interlocutor) está recibiendo, sus respuestas, sus sentimientos y sus intereses. Es la base de cualquier negociación y permite la conexión vehemente entre dos personas, imprescindible para crear un buen vínculo. ⁽⁶⁾

El cirujano dentista debe dominar la persuasión la cual es una estrategia que se usa para convencer a las personas en el cambio de conducta, a través del mensaje y el emisor, el cual tiene que ser creíble, despertar respeto, y eso solo se logra con el conocimiento y persistencia, durante este proceso de comunicación se logrará o no que el paciente se responsabilice, concientice y a su vez realice las indicaciones que le han sido otorgadas. ⁽⁶⁾

La extracción de los terceros molares retenidos es una necesidad en la mayoría de las personas debido a que este diente provoca mayores patologías asociadas con su presencia, retención, erupción y variabilidad de posición; su síntoma principal es el dolor que produce, así como las dificultades quirúrgicas para su remoción.⁽¹⁶⁾ Asimismo debido a la cronología de su erupción y las características del hueso se recomienda su extracción como medida preventiva para evitar complicaciones como la pericoronitis, que es una infección que afecta a los tejidos blandos que rodean la corona de un diente que no ha erupcionado en su totalidad, pudiendo desencadenar problemas mayores como abscesos cervicofaciales. De la misma manera, puede producir patologías crónicas, como granulomas, quistes periodontales o radiculares.

Complicaciones del tercer molar. ⁽¹⁷⁾



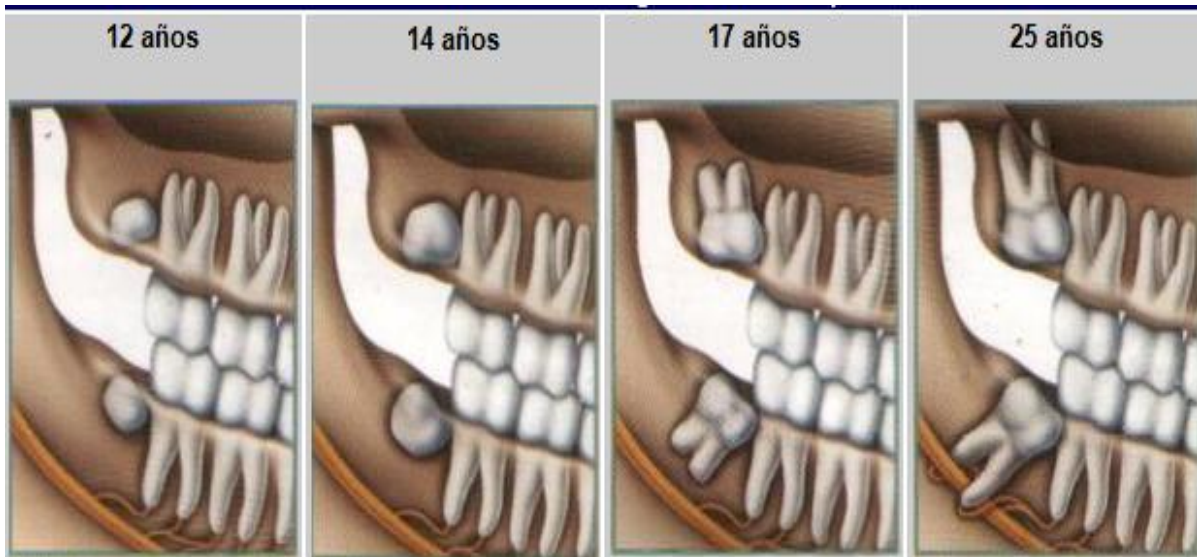
Aunado a lo anterior, cuando el tercer molar se encuentra en una mala posición se dificulta su higiene lo que puede provocar, caries, halitosis, gingivitis y periodontitis. Por ello y dada su recomendación en la extracción y las consecuencias que propicia este acto quirúrgico (dolor, inflamación y trismus) es necesario que el paciente conozca la respuesta biológica, así como las medidas preventivas para disminuirlas.

⁽¹⁶⁾

2.2 Terceros molares.

Los terceros molares son los órganos dentarios más irregulares en cuanto a morfología y erupción se refiere, datos reportados indican que hacen erupción entre los 18 y 20 años. Asimismo, se ha identificado que completan la formación de su raíz aproximadamente entre los 20 y 25 años. ⁽¹⁸⁾

Desarrollo del tercer molar según la edad. ⁽¹⁹⁾



Existe una reducción progresiva a lo largo de la filogenia humana respecto al número, el volumen y la forma de los dientes; así el tercer molar cada vez presenta una erupción más retrasada e incluso puede estar ausente en aproximadamente el 10% de la población. ⁽²⁰⁾

Asimismo, debido a la erupción tardía y al limitado espacio que ocupa la erupción normal de terceros molares produce su retención. ⁽²¹⁾ Se denomina retenciones dentarias a los órganos dentarios cuya erupción normal es impedida por dientes adyacentes o hueso, que no erupcionan normalmente por la falta de espacio y se quedan detenidos dentro de los maxilares. ^(1,22) Esta circunstancia, conlleva como regla general, a que todas las piezas retenidas deban ser extraídas, a no ser que exista alguna contradicción. ⁽³⁾

Retenciones dentarias. ⁽²³⁾



De acuerdo con estudios epidemiológicos se ha identificado que en promedio hay una incidencia de 20% de dientes retenidos. ⁽⁴⁾

2.2.1. Clasificación.

Existen varias clasificaciones para los terceros molares, sin embargo en general se toma en cuenta los siguientes criterios:

1. Posición del tercer molar con relación al segundo molar.
2. Características del espacio retromolar.
3. Ángulo del eje longitudinal del diente.
4. Cantidad de tejido óseo, o mucoso que cubre el diente retenido.
5. Relación del tercer molar con la rama mandibular (específico para terceros molares inferiores).

Winter por su parte hace una clasificación con base a la angulación del tercer molar con respecto al eje del segundo molar. ^(1,25,20,22)

- Mesioinclinado. Cuando los ejes longitudinales forman un ángulo de vértice antero superior cercano a los 45°.
- Horizontal. Cuando el eje longitudinal del tercer molar es perpendicular al eje longitudinal del segundo molar.
- Vertical. Cuando los dos ejes longitudinales son paralelos.
- Distoinclinado. Cuando los ejes longitudinales forman un ángulo de vértice anteroinferior de 45°.

- Invertidos. Cuando la corona ocupa el lugar de la raíz y viceversa con un giro de 180° . (25)

Clasificación de Winter. (24,26)



Horizontal.



Mesioinclinado.



Distoinclinado.



Vertical.

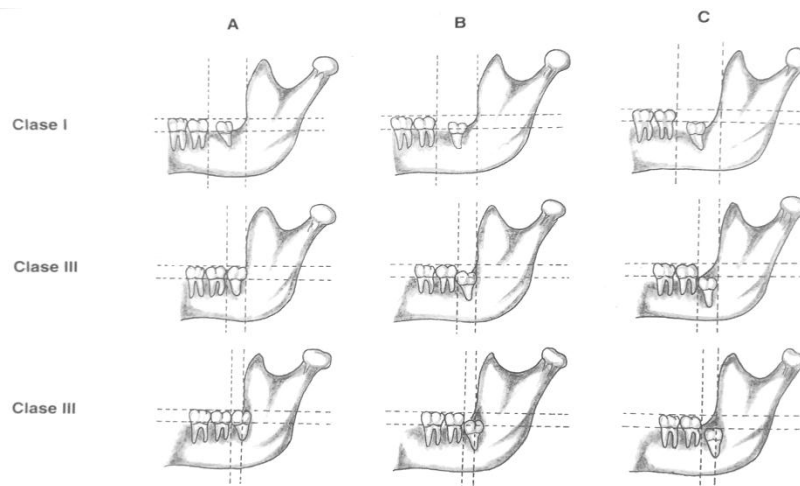
Pell y Gregory hacen la siguiente clasificación con base en la posición del tercer molar respecto a la rama ascendente de la mandíbula. (1,25,20,22)

Clase I. Toda la corona se encuentra anteriormente a la rama de la mandíbula y existe espacio suficiente entre la rama y el segundo molar.

Clase II. Aproximadamente la mitad de la corona del tercer molar está superpuesta a la rama ascendente de la mandíbula.

Clase III. La corona está totalmente superpuesta a la rama ascendente.

Clasificación de Pell y Gregory. (27)



Asimismo estos autores realizan otra clasificación que se basa en la profundidad del tercer molar en el hueso. (1,25,20,22)

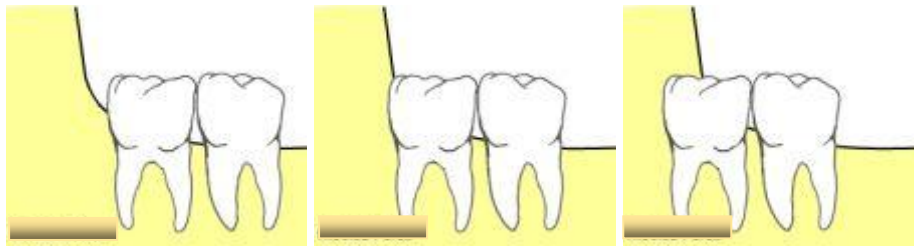
Clase A: los planos oclusales del segundo y tercer molar se encuentran más o menos al mismo nivel.

Clase B: los terceros molares presentan un plano oclusal comprometido entre el segundo molar y la línea de unión amelocementaria de este último.

Clase C: el plano oclusal del tercer molar se encuentra totalmente por debajo de la línea amelocementaria del segundo molar.

La clase I, II, III, A, B y C de Pell y Gregory se pueden combinar diversamente entre sí, así como las distintas inclinaciones en sentido sagital y en sentido vestibulolingual, determinando diferentes grados de dificultad en la extracción de un tercer molar inferior incluido.

Clasificación de los terceros molares. (28)



Vertical Clase I Posición A

Vertical Clase II Posición A

Vertical Clase III Posición A



Vertical Clase I Posición B

Vertical Clase II Posición B

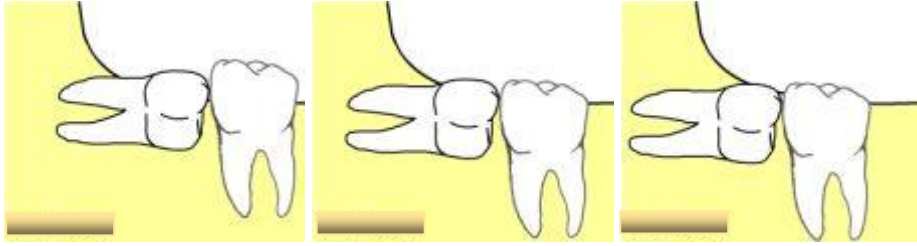
Vertical Clase III Posición B



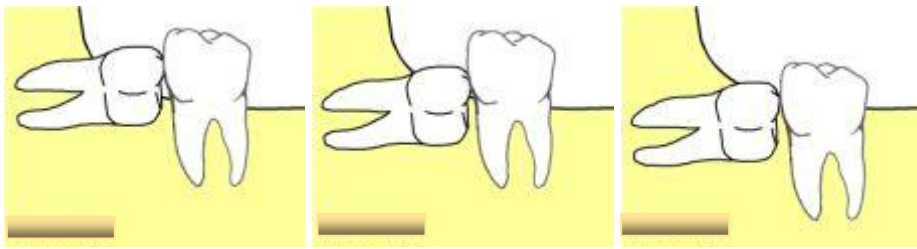
Vertical Clase I Posición C

Vertical Clase II Posición C

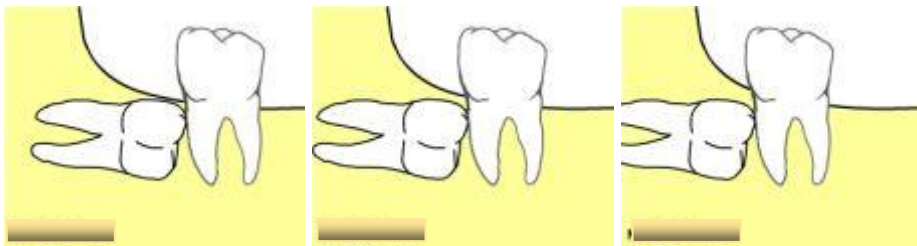
Vertical Clase III Posición C



Horizontal Clase I Posición A Horizontal Clase II Posición A Horizontal Clase III Posición A

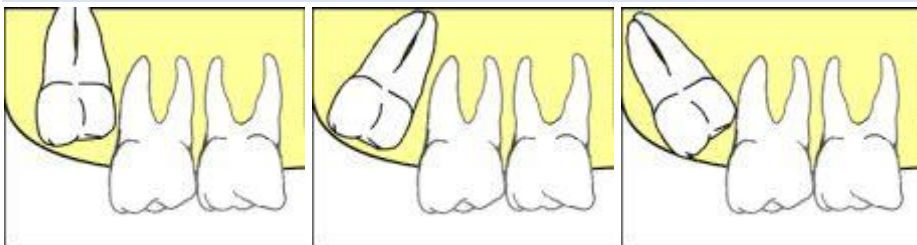


Horizontal Clase I Posición B Horizontal Clase II Posición B Horizontal Clase III Posición B



Horizontal Clase I Posición C Horizontal Clase II Posición C Horizontal Clase III Posición C

Posición del tercer molar superior en relación al eje axial del segundo molar:

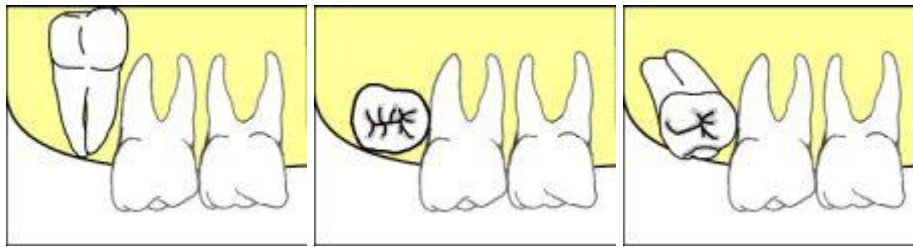


Posición Vertical

Posición Mesoangular

Posición Distoangular

Posición del tercer molar superior en relación al eje axial del segundo molar:

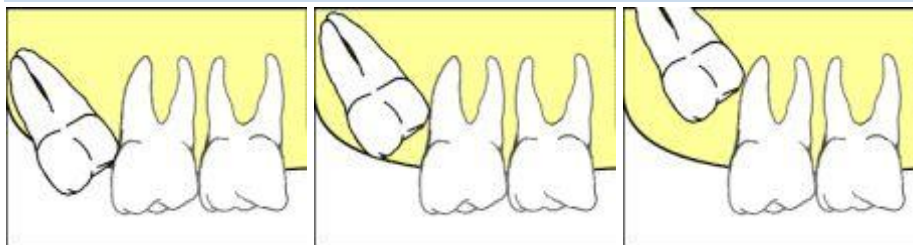


Posición invertida

Posición Transversa

Posición Transversa

Posición del tercer molar superior en relación a la profundidad con respecto al segundo molar:



Posición A

Posición B

Posición C

2.2.2 Procedimiento.

La cirugía de terceros molares se realiza bajo anestesia local, y es de tipo ambulatorio, lo que implica que el paciente en casa deba cuidar el posoperatorio de acuerdo a las indicaciones que le haya explicado el cirujano tratante. Las complicaciones más comunes que se presentan en menor o mayor grado después de su extracción son inflamación, dolor y trismus.

2.2.3 Complicaciones.

La inflamación es una respuesta tisular del organismo como consecuencia de una lesión a un tejido, ya sea por bacterias, un traumatismo, sustancias químicas, calor u otros fenómenos, que al liberar múltiples sustancias producen cambios secundarios en los tejidos.⁽²⁵⁾ El acto quirúrgico que realiza el cirujano dentista o maxilofacial sobre los tejidos blandos y duros durante la extracción del tercer molar propicia un traumatismo, de manera que, la inflamación resulta ser una constante en el postoperatorio de esta intervención.⁽²⁰⁾

Cuando a nivel periférico se establece una lesión tisular, se ponen en marcha una serie de mediadores de la inflamación, que serán los desencadenantes de los síntomas, entre los cuales, se encuentra el dolor. Asimismo, existen otros mediadores químicos celulares, es decir, que se liberan desde las células dañadas, y otros mediadores plasmáticos, procedentes del torrente sanguíneo, que también intervienen en esta respuesta. ⁽²⁰⁾

(Tabla 1).

Mediadores químicos de la inflamación. ⁽²⁰⁾

<i>Mediadores Celulares</i>	<i>Mediadores Plasmáticos</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Histamina • Serotonina • Prostaglandinas • Leucotrienos • Interleucinas • Factor activador de plaquetas 	<ul style="list-style-type: none"> • Bradicینina

De acuerdo con el proceso desencadenado, la inflamación va aumentando teniendo su punto máximo entre 48 y 72 horas después de la intervención. En un proceso normal de recuperación si no existe ninguna complicación infecciosa, la inflamación disminuye, generalmente, a partir del tercer o cuarto día del postoperatorio. Para minimizar esta inflamación, el paciente debe aplicarse compresas de hielo, durante las 6 y 8 horas siguientes a la cirugía, a intervalos de 20 y 30 minutos. En general, salvo contraindicaciones o alergias, se prescribirá un analgésico-antiinflamatorio no esteroideo. ⁽²⁰⁾

La inflamación y el dolor son dos signos clínicos, íntimamente relacionados, que se manifiestan de forma paralela, y obedecen a una misma fisiopatología.

El dolor postquirúrgico que se presenta después de la intervención es de tipo agudo, como consecuencia de la estimulación nociceptiva resultante de la agresión quirúrgica, la distensión ligamentosa, los espasmos musculares, las lesiones nerviosas y, en general, todas aquellas situaciones que tienen que ver con maniobras realizadas durante el acto operatorio. Este dolor se caracteriza por estar asociado a una tensión psíquica, tener unas connotaciones psicológicas importantes y ser auto limitado. Esta sensación va a tener una duración en el tiempo, no superando, por lo general, una semana y decae con el paso de los días hasta su desaparición. ⁽²⁰⁾

Tres son los niveles de integración del dolor posquirúrgico:

1. **Nivel periférico**, representado por la lesión tisular.
2. **Nivel medular**, representado por recoger la sensibilidad nociceptiva y su transmisión.
3. **Nivel central**, que constituye la percepción a nivel del corteza cerebral de la sensación dolorosa.⁽²⁰⁾

El dolor posquirúrgico comienza inmediatamente tras cesar el efecto anestésico, y se estabiliza al alza durante el primer día. En función del grado de inflamación, el segundo y tercer día pueden ser los de mayor dolor. Cuando éste aparece tras las primeras 24 horas, o aumenta en los días siguientes, podemos hablar de dolor posquirúrgico tardío, secundario siempre a alguna de las complicaciones habituales: infección, alveolitis, hemorragia o lesión neural. ⁽²⁰⁾

No obstante que existen varios factores que inciden en el dolor posquirúrgico, los más importantes son aquellos que ocasionan un mayor grado de lesión tisular, y por lo tanto de inflamación.^(4,18) La utilización de diversos analgésicos antiinflamatorios (AINEs) han mostrado su eficacia en el control postoperatorio del dolor, y en el tratamiento de la inflamación y el trismus. ⁽²⁰⁾

En el postoperatorio de la cirugía del tercer molar, las sensaciones alógenas (dolor) tienen punto de partida en la mucosa bucal, el periostio y el hueso, y no sólo son consecuencia del traumatismo producido durante el acto quirúrgico, sino que influye también en el estado de dolor.⁽²⁰⁾

De acuerdo con los estudios reportados, existen diversos factores asociados con el dolor posoperatorio dentro de los cuales se han identificado:

Edad del paciente
Grado de dificultad de la cirugía
Tiempo total de la intervención
Inexperiencia del cirujano
Tiempo total de osteotomía
Grado de ansiedad del paciente

La flora bacteriana residente en la herida postoperatoria puede producir diversos grados de infección y con consecuencia dolorosa, por ello resulta importante realizar una excelente higiene bucal posterior al procedimiento. ⁽²⁰⁾

De acuerdo con la intensidad del dolor el protocolo terapéutico recomendado puede ser prescrito de la siguiente forma:

Dolor leve/Cirugía simple:

Protocolo 1. Paracetamol, 500mg/8h, VO

Protocolo 2. Ibuprofeno 200mg/8h, VO

Dolor moderado/Cirugía complicada:

Protocolo 1: Ibuprofeno 400mg/8h, VO

Protocolo 2: Asociar al Ibuprofeno: Metamizol, 500mg/6-8h, VO o IM

Dolor intenso/Cirugía Complicada

Protocolo 1: Ibuprofeno, 400-600mg/8h, VO asociado a Metamizol, 500-2000mg/8h, VO o IM

Protocolo 2: Si se asocia a inflamación intensa Dexametasona, 8-24mg, IM, VO. ⁽²⁰⁾

No obstante, las recomendaciones antes mencionadas, es importante tomar en consideración que la medición del dolor es subjetiva, y no existen criterios uniformes respecto a la escala almacenada de datos, ya que es difícil objetivar esta sensación.

⁽²⁰⁾

Otro problema que se presenta es el trismus o disminución de la apertura bucal que aparece entre las 24 y 48 horas después de la intervención quirúrgica. Sin embargo, otros trabajos indican que es a partir del tercer día cuando el trismus comienza a recuperarse. Existe consenso al afirmar que el restablecimiento del trismus continúa después de retirar los puntos de sutura. El trismus parece ser la complicación más fácilmente objetivable, ya que simplemente, se puede evaluar empleando el registro de la máxima apertura interincisal. ^(4,20)

A medida que el dolor y la inflamación ceden, irá disminuyendo el trismus, por lo tanto, el uso de los AINEs empleados para el control del dolor y la inflamación resultan benéficos para minimizar este problema, por ello es importante indicarle al paciente que evite los movimientos mandibulares bruscos y forzados porque puede provocar lesiones en la musculatura.

Dadas las complicaciones posoperatorias, es importante que los pacientes comprendan cuáles son las respuestas normales ante la agresión quirúrgica, así como cuáles son las medidas preventivas que deberá aplicar para evitar mayores dificultades en la recuperación. En tal sentido es indispensable, que el cirujano tome en consideración los aspectos que conforman un programa educativo para cada uno de los pacientes, en el que se incluya la elaboración de material didáctico de apoyo para la comprensión del mensaje educativo, e incorpore el respaldo científico para cada una de las indicaciones, en función de los beneficios que obtendrá de ellas.

Para llevar a cabo su función como educador para la salud, el cirujano dentista debe concientizarse para intervenir como facilitador en la formación y aplicación de los cuidados que debe realizar el paciente en su casa. Con tal intención, se plantea la elaboración y aplicación de un tríptico informativo como material de apoyo en la instrucción de estos cuidados que explique de manera simplificada las complicaciones y medidas preventivas que deberá realizar, describiendo los beneficios a corto y mediano plazo para su recuperación. ⁽²⁹⁾

2.2.4. Indicaciones postoperatorias.

Las indicaciones que debe conocer y aplicar el paciente son:

1. **Mantener la gasa mordiendo durante 1 hora.** Esta acción tiene la finalidad de propiciar comprensión mecánica en la zona intervenida para obtener la hemostasia.
2. **No escupir.** Se tiene que ser muy contundente en cuanto a evitar que el paciente escupa, dado que al arrojar la saliva se crea cierta fuerza de succión sobre la herida, lo que puede impedir la correcta formación y estabilización del coágulo. Por ello hay que insistir al paciente que trague su saliva y tome bebidas frías para eliminar el sabor a sangre.
3. **No hacer colutorios (enjuagues).** El realizar enjuagues después de retirar la gasa, puede propiciar que se desaloje o bien interferir en la formación del coágulo. Por lo tanto, se debe instruir al paciente para evitar esto, así como indicarle que en cuanto retire la gasa, consuma líquidos fríos, ya que con ellos logramos vasoconstricción, (cierre de vasos sanguíneos para lograr hemostasia) al tiempo que disminuimos el sabor a sangre.
4. **No usar popote.** La succión que se ejerce con el empleo del popote propicia una presión negativa sobre la herida, por ello se sugiere evitar su empleo en el periodo de recuperación.
5. **No fumar.** El consumo de cigarrillos impide la cicatrización, por lo que resulta muy importante informar al paciente respecto a los riesgos a los que se expone al no suspenderlo.
6. **No hacer esfuerzos.** Realizar una actividad física requiere esfuerzo, y provocará un aumento transitorio de la presión arterial lo que nos puede provocar un sangrado repentino.

7. **Colocar compresas heladas.** El poner una bolsa de hielo o de gel helado en el área de la cara más cercana al lugar de la cirugía, nos genera vasoconstricción regional, respuesta fisiológica que contrarresta el establecimiento del proceso inflamatorio, cuya vía es a través de los vasos sanguíneos.
8. **Evitar asolearse.** Todo aquello que puede ocasionar el aumento en la temperatura corporal será causa de vasodilatación, proceso asociado con el incremento de inflamación y sangrado.
9. **Higiene.** El mantener la zona en condiciones de asepsia, es una medida indispensable para poder prevenir un proceso infeccioso. Sin embargo, se debe iniciar con poca pasta dental para evitar enjuagues. En este aspecto, es importante explicarle al paciente que la higiene abarca también el área intervenida ya que de lo contrario puede omitir esta zona y propiciar la acumulación de alimentos en la herida. Asimismo, debe puntualizarse el uso de cepillo de cerdas suaves y evitar hacer enjuagues energéticos al realizar esta actividad.
10. **Dieta.** El fin de consumir dieta líquida y fría el primer día tiene por objetivo producir vasoconstricción intraoral, con ello se disminuye el riesgo de sangrado y a su vez inflamación. El segundo y tercer día los alimentos ya se pueden ir acercando al suministro y consumo cotidiano de los mismos, en correspondencia con la recuperación de su salud. ⁽¹⁾

Con el propósito de minimizar a través de la alimentación una lesión en la zona intervenida o de propiciar una hemorragia de la misma. Se sugiere la siguiente dieta:

- ✓ Primer día. Dieta líquida, fría y comida de consistencia suave. Como ejemplo: gelatina y nieve de limón, entre otros.
- ✓ Segundo día. Alimentos blandos a temperatura ambiente. Como ejemplo: caldo de pollo, frutas y verduras, entre otros.
- ✓ Tercer día. Alimentación normal excepto cosas muy duras.

Las indicaciones anteriormente descritas, tienen por objetivo que el paciente que fue intervenido quirúrgicamente se recupere en el menor tiempo posible para reintégralo nuevamente a su vida cotidiana. Con tal propósito el cirujano debe saber orientar al paciente y explicarle detalladamente cada una de las indicaciones, así como las consecuencias de no hacerlo y los beneficios que se lograrán con la aplicación puntual de cada una de ellas. ⁽¹⁾

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Actualmente en la práctica odontológica, continúan prevaleciendo actividades orientadas a la curación o rehabilitación de las enfermedades bucodentales, lo que propicia que la interacción que se da con el paciente, no se aproveche para instruirlo y capacitarlo en la realización de acciones personales de autocuidado que le permitan de manera autónoma el mantenimiento y conservación de su salud.

Lograr este propósito, demanda al cirujano dentista el reconocer a la educación para la salud como la estrategia más prometedora para disminuir en gran medida la inequidad existente en la salud bucodental de la población. En este contexto, para que realmente la propuesta educativa adquiera significado en el paciente, es necesario que el profesional comprenda todas las etapas que demanda un programa, principalmente el relacionado con la identificación de necesidades educativas a partir del estado de salud o enfermedad, para poder crear la propuesta a través de la transmisión de la información que requiere y las acciones que le demanda su situación específica. El cirujano dentista como promotor de la salud, en cualquier etapa de intervención (primaria, secundaria y terciaria) debe proveer de las herramientas cognitivas y procedimentales al paciente para que éste asuma una conducta comprometida, como medida indispensable para fomentar su salud. ⁽³⁰⁾

La cirugía de terceros molares se realiza bajo anestesia local, y es de tipo ambulatorio lo que implica que el paciente en casa debe hacerse responsable del cuidado postoperatorio que le fue indicado, para que de esta manera se favorezca el proceso de recuperación, dado que normalmente en los pacientes que fueron intervenidos se presenta dolor, inflamación y trismus propios del procedimiento. ^(2,4)

Asimismo, partiendo de los alcances de la educación para la salud como estrategia de autoayuda en el mantenimiento o recuperación de la salud, el propósito del presente trabajo fue desarrollar un tríptico educativo dirigido a los cuidados postoperatorios que deben seguir los pacientes después de una cirugía de terceros molares como exhorto sumado para su perspicacia y diligencia responsable, así como para identificar si el empleo de este material didáctico influyó en la comprensión y aplicación de las acciones preventivas para la recuperación de la salud.

4. JUSTIFICACIÓN.

No existe un estudio que permita identificar cómo influye la ausencia de un programa educativo en la recuperación de pacientes, ni un seguimiento que evalúe si los pacientes sufren complicaciones postoperatorias, motivo por el cual realizamos esta intervención.

Cabe señalar que durante el proceso educativo, es imprescindible que a las personas se les den indicaciones claras de las actividades a seguir, el procedimiento para realizarlas y el momento en el que pueden hacerlo; en la actualidad en la Clínica de Cirugía de Pregrado de la Facultad de Odontología, el único material informativo disponible es una lista de recomendaciones sin explicación clara y precisa de las consecuencias o beneficios de su empleo, con el cual no se tiene la certeza de que el paciente las comprende en su totalidad.

Los cuidados que el paciente tenga en casa son de suma importancia para fomentar una buena recuperación, como lo es el tipo de atención que se brinde durante la intervención quirúrgica.

Tomando en cuenta lo anterior, es ampliamente recomendable explicar al paciente de manera detallada qué es lo que debe y no hacer para evitar posibles complicaciones, o bien minimice los posibles eventos indeseables que pudieran suceder posteriores a la intervención, dada la agresión a la que se exponen los tejidos con la extracción de los terceros molares.

Se requiere la iniciativa de crear un programa educativo bien estructurado con el fin de orientar y dar nuevas estrategias de enseñanza-aprendizaje en función de las necesidades del paciente, como consecuencia de la intervención quirúrgica, para fomentar su participación en acciones o cuidados postquirúrgicos de terceros molares retenidos.

JUSTIFICACIÓN

Con este trabajo se pretende brindar a los pacientes las indicaciones a través de un tríptico educativo de apoyo al aprendizaje de los mismos como recurso didáctico para la comprensión de las medidas preventivas y cuidados que debe tener en el posquirúrgico. Finalmente se hará la comparación de resultados para ver si tuvo impacto en su aprendizaje y comprensión de las medidas preventivas y como consecuencia en la recuperación eficaz de su salud.

5. OBJETIVOS.

5.1. Objetivo general.

Determinar el impacto que tiene la ausencia de un programa educativo en la recuperación de pacientes intervenidos quirúrgicamente de terceros molares retenidos.

5.2 Objetivos específicos.

Desarrollar un tríptico educativo de las indicaciones posoperatorias en pacientes intervenidos quirúrgicamente de terceros molares retenidos e identificar si tuvo impacto el tríptico educativo en el aprendizaje de los pacientes.

Identificar si existen cambios en los conocimientos respecto a prácticas postoperatorias después de la aplicación de un tríptico en pacientes intervenidos quirúrgicamente de terceros molares retenidos.

Identificar por medio de una encuesta, si la información proporcionada y las indicaciones dadas por los cirujanos dentistas y/o maxilofacial a los pacientes intervenidos quirúrgicamente de terceros molares retenidos, fueron comprendidas y aplicadas.

6. MATERIALES Y MÉTODOS.

6.1. Tipo de estudio: Ensayo comunitario (intervención educativa).

6.2. Población de estudio: Todos los pacientes que ingresaron a la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial de la División de Estudios de Posgrado y en la Clínica de Cirugía de la Facultad de Odontología, UNAM que requirieron extracción de terceros molares retenidos durante los meses de septiembre y octubre de 2013.

6.3. Selección y tamaño de la muestra:

En la primera fase. La muestra estuvo conformada por 23 personas elegidas por conveniencia, atendidas en el mes de septiembre del 2013.

En la segunda fase. La muestra estuvo conformada por 42 personas elegidas por conveniencia, atendidas en el periodo del 7 al 28 de octubre de 2013.

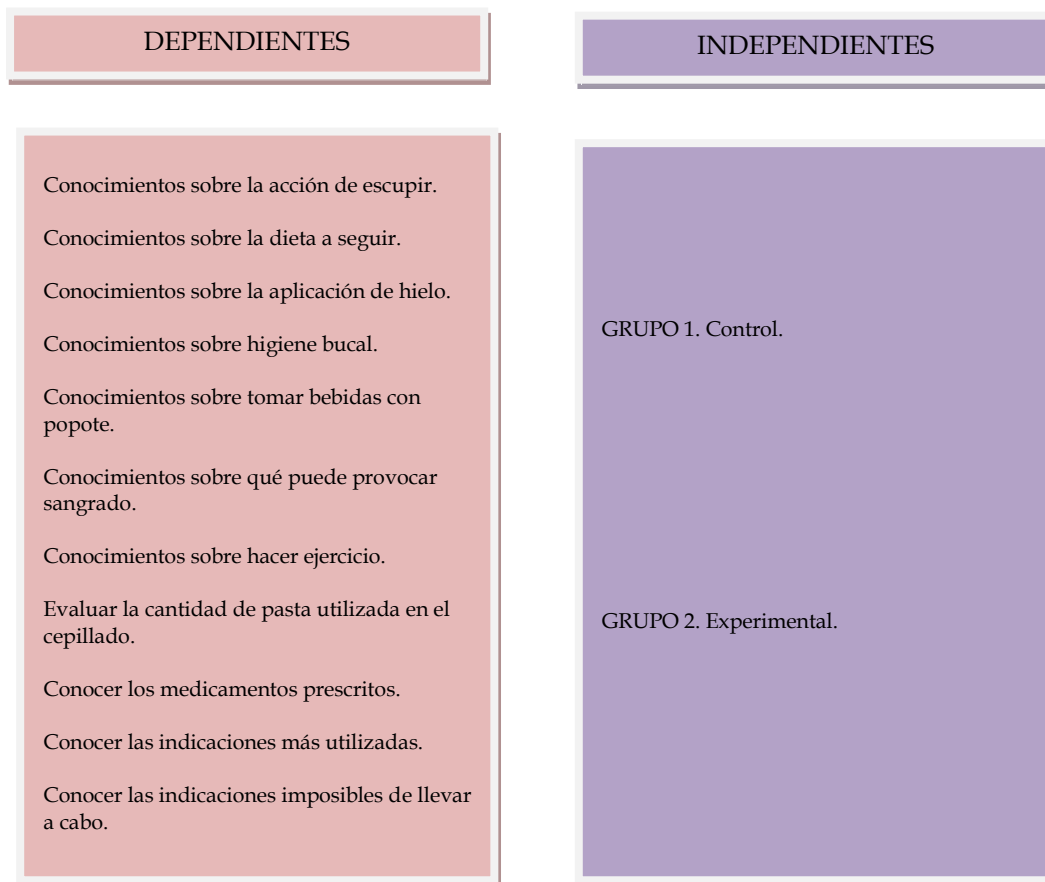
6.4. Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes de ambos sexos
- ✓ Pacientes que recibieron atención en el mes de septiembre y octubre del 2013
- ✓ Pacientes intervenidos quirúrgicamente de terceros molares retenidos que se atendieron en la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial de la División de Estudios de Posgrado e Investigación y en la Clínica de Cirugía de la Facultad de Odontología de la UNAM, en etapa posquirúrgica a los siete días de recuperación.

6.5. Criterios de exclusión:

- ✗ Pacientes con postoperatorio mayor a 7 días.
- ✗ Pacientes con capacidades diferentes.
- ✗ Pacientes que no saben leer.
- ✗ Pacientes que no saben escribir.

6.6. Variables.



6.6.1 Operacionalización de variables.

- Ⓢ Conocimientos sobre la acción de escupir. Es el grado de diferenciación del paciente sobre la acción de escupir después de su intervención quirúrgica.

La información se obtendrá de forma directa a través de la siguiente pregunta.

¿Qué sucede si después de la cirugía escupe constantemente?

1. Se detiene la formación del coágulo y se permite la cicatrización.
2. Se irritan los tejidos y se permite la cicatrización.
3. Se promueve una mejor cicatrización y formación del coágulo.
4. Se provoca sangrado y no se permite formar el coágulo.

- Ⓢ Conocimientos sobre la dieta a seguir. Es el grado de diferenciación del paciente sobre la dieta correcta a seguir los días posteriores al acto quirúrgico.

La información se obtendrá de forma directa a través de la siguiente pregunta.

¿Cuál es la dieta correcta que se debe llevar a cabo los primeros tres días posterior a la cirugía?

1. Primer día: alimentos líquidos suaves y fríos. Segundo día: alimentos blandos y a temperatura ambiente. Tercer día: alimentación normal excepto cosas muy duras.
2. Primer día: alimentos líquidos y suaves. Segundo día: alimentos fríos. Tercer día: alimentos duros.
3. Primer día: alimentos líquidos y fríos. Segundo día: alimentos con semillas. Tercer día: alimentación normal.
4. Primer día: alimentos líquidos y fríos. Segundo día: alimentos suaves. Tercer día: alimentos duros.

- Ⓢ Conocimientos sobre aplicación de hielo. Es el grado de diferenciación del paciente respecto a la aplicación de hielo en la zona intervenida.

La información se obtendrá de forma directa a través de la siguiente pregunta.

¿Cuál es la importancia de aplicar hielo?

1. Evitar que se forme un coágulo y no exista infección.
2. Evitar el sangrado y la formación del coágulo.
3. Reducir la inflamación y evitar el sangrado.
4. Prevenir el proceso infeccioso y evitar el sangrado.

- Ⓢ Conocimientos sobre higiene bucal. Es el grado de diferenciación del paciente sobre la higiene bucal posterior a la extracción de sus terceros molares.

La información se obtendrá de forma directa a través de la siguiente pregunta.

¿Por qué es importante mantener buena higiene?

1. Para prevenir el sangrado.
2. Para prevenir inflamación.
3. Para prevenir el dolor.
4. Para prevenir infección.

- Ⓔ Conocimientos sobre tomar bebidas con popote. Es el grado de diferenciación del paciente sobre tomar bebidas con popote después de su cirugía.

La información se obtendrá de forma directa a través de la siguiente pregunta.

¿Qué sucede si tomas bebidas con popote?

1. Se reduce la inflamación.
2. Se cicatriza mejor porque no hago esfuerzos.
3. Se provoca sangrado.
4. Se evita el dolor.

- Ⓔ Conocimientos sobre qué puede provocar sangrado. Es el grado de diferenciación del paciente sobre qué acción le puede provocar sangrado después de haber sido intervenido quirúrgicamente de sus terceros molares.

La información se obtendrá de forma directa a través de las siguientes preguntas.

¿Cuál de las siguientes medidas puede provocar sangrado?

1. Morder la gasa.
2. Hacer ejercicio.
3. Colocar hielo.
4. Permanecer en reposo.

- Ⓢ Conocimientos sobre hacer ejercicio. Es el grado de diferenciación del paciente sobre las consecuencias de realizar actividad física posterior a la extracción de sus terceros molares.

La información se obtendrá de forma directa a través de la siguiente pregunta.

¿Después de una cirugía debo?

1. Permanecer en cama durante tres días
2. Hacer ejercicio.
3. Tener reposo relativo y seguir las indicaciones.
4. Asolearme

- Ⓢ Evaluar la cantidad de pasta utilizada en el cepillado. Analizar la cantidad de pasta utilizada por el paciente en el cepillado después de que se ha realizado la intervención quirúrgica.

La información se obtendrá de forma directa a través de la siguiente pregunta.

¿Cuánta pasta colocó a su cepillo dental al realizar su higiene bucal después de la cirugía?

- a. No coloque pasta.
- b. Llene toda la cabeza del cepillo dental.
- c. La mitad de la cabeza del cepillo de dental.
- d. $\frac{1}{4}$ de la cabeza del cepillo dental.

- Ⓢ Conocer los medicamentos prescritos. Es el grado de diferenciación de los medicamentos más utilizados para la prescripción de pacientes sometidos a una cirugía de terceros molares.

La información se obtendrá de forma directa a través de la siguiente pregunta abierta.

¿Qué medicamentos le recetó el Cirujano Dentista posterior a su cirugía?

- Ⓔ Conocer las indicaciones más utilizadas. Es el grado de diferenciación de las medidas que el paciente considera de mayor trascendencia para su recuperación.

La información se obtendrá de forma directa a través de la siguiente pregunta abierta.

¿Cuál de todas las indicaciones fue de más trascendencia para su mejoría?

- Ⓔ Conocer las indicaciones imposibles de llevar a cabo. Es el grado de diferenciación respecto a las indicaciones que no le fueron posible llevar a cabo al paciente en su postoperatorio.

La información se obtendrá de forma directa a través de la siguiente pregunta abierta.

¿Hubo alguna indicación que le fuera imposible llevar a cabo?

6.7. Métodos de recolección de la información.

Se concretó una entrevista con el Esp. Gabriel Loranca Fragoso coordinador de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial de la División de Estudios de Posgrado e Investigación, así como con profesores a cargo de grupos de la clínica de Cirugía de la Facultad de Odontología de la UNAM, donde se les planteó la aplicación de la encuesta a los pacientes que se les brinda atención en esta área de especialidad.

Este trabajo se dividió en dos fases:

En la primera fase se elaboró un cuestionario (anexo 1) en donde se incluyeron once preguntas relacionadas con los cuidados postoperatorios e indicaciones entregadas y explicadas por el Cirujano Dentista, para identificar la comprensión y realización de las mismas.

Este cuestionario se aplicó durante el mes de septiembre a 23 pacientes que acudieron a su cita de seguimiento siete días después de la intervención, los cuales únicamente contaban con la información contenida en la hoja de indicaciones (anexo 2) que se les entrega en la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial con la intención de identificar los cuidados postoperatorios realizados en pacientes.

En la segunda fase se evaluaron dos grupos de pacientes:

- Primer grupo. Pacientes intervenidos quirúrgicamente de terceros molares retenidos en su postoperatorio de 7 días, a quienes no se les proporcionó tríptico informativo, (grupo control).
- Segundo grupo. Pacientes intervenidos quirúrgicamente de terceros molares retenidos en su postoperatorio de 7 días, a quienes se les proporcionó tríptico informativo, (grupo experimental).

En esta etapa se diseñó un tríptico informativo (anexo 3) con la explicación concisa de los cuidados que debe tener el paciente después de su cirugía, incorporando imágenes asociadas con el contenido para facilitar su entendimiento, mismo que se entregó a 21 pacientes del grupo experimental en el mes de octubre 2013. Este tríptico recuperó las indicaciones prescritas en el documento que se entrega a los pacientes en la Clínica de Cirugía Bucal ya antes mencionado. (anexo 2).

Se elaboró otro cuestionario (anexo 4) relacionado con la información del tríptico para identificar su impacto el cual fue aplicado a 42 personas (que fueron intervenidas del 7 al 28 de octubre del 2013) para su posterior análisis, de los cuales 21 corresponden al grupo experimental (quienes recibieron tríptico) y 21 al grupo control (que no recibieron tríptico).

Con ayuda del cuestionario previamente diseñado (anexo 4) se entrevistó de manera directa a los pacientes en la sala de espera de la clínica mientras eran llamados a su revisión o después de la misma, registrando las respuestas en el formato.

Se les explicó a los pacientes cuál era la finalidad de esta encuesta y una vez concluida la entrevista se le agradeció su participación y apoyo.

6.8. Métodos de procesamiento.

La información se capturó en una base de datos en EpiData 3.1 y posteriormente se analizó en el paquete estadístico SPSS versión 17.0.

6.9. Análisis estadístico.

En la primera fase se realizó un análisis descriptivo de la población. En la segunda fase se aplicó la prueba X² para verificar diferencia en los conocimientos de los pacientes entre el grupo control y el experimental.

6.10. Consideraciones éticas.

Debido a que el presente estudio no aplica un riesgo para los pacientes participantes, únicamente se les invitó a participar garantizando la confidencialidad en el manejo de información.

6.11. Recursos:

6.11.1 Humanos: Una entrevistadora previamente estandarizada.

6.11.2. Materiales: Hojas blancas, pluma, impresora, tinta para impresora, computadora, programa SPSS versión 17.0

7. RESULTADOS.

Primera fase

La muestra estuvo integrada por 23 pacientes de los cuales el 52% (12) correspondió al sexo masculino y el 48% (11) al femenino. Tabla 1.

Tabla 1. Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	12	52
Femenino	11	48
Total	23	100%

De los 23 pacientes que integran la muestra el 65% (15) se ubica en un rango de edad de entre los 16 y 26 años de edad, el 30% (7) está entre los 27 y 37 años y el 5% (1) restante su edad está delimitada entre los 38 y 50 años. Tabla 2.

Tabla 2. Edad del paciente

Edad	Frecuencia	Porcentaje
16-26	15	65
27-37	7	30
38-50	1	5
Total	23	100%

A la pregunta planteada para identificar si recibieron de parte del cirujano dentista una explicación detallada de sus cuidados, el 70% (16) manifestó que sí recibió la información detallada y el 30% (7) restante no recibió explicación. Tabla 3.

Tabla 3. ¿El cirujano dentista le explicó detalladamente los cuidados que debe tener después de su cirugía?

Explicación detallada de cuidados	Frecuencia	Porcentaje
No	7	30
Sí	16	70
Total	23	100%

Con respecto a la pregunta formulada para conocer si comprendieron las indicaciones entregadas, el 52% (12) manifestó que no las comprendió correctamente, mientras que el 48% (11) restante si las entendió. Tabla 4.

Tabla 4. ¿Entendió correctamente las indicaciones que le fueron entregadas?

Comprensión de las indicaciones	Frecuencia	Porcentaje
No	12	52
Sí	11	48
Total	23	100

El 52% (12) de la población de estudio sí llevó a cabo todas las instrucciones como se le fueron indicadas, sin embargo el 48% (11) restante no llevó a cabo todas las instrucciones. Tabla 5

Tabla 5. ¿Llevó a cabo todas las instrucciones como se le fueron indicadas?

Realización de las instrucciones	Frecuencia	Porcentaje
No	11	48
Sí	12	52
Total	23	100

El 78% (18) de la población piensa que hubo un impacto en su recuperación al haber llevado a cabo todos los cuidados postoperatorios y el 22% (5) considera que no influyó en su recuperación. Tabla 6.

Tabla 6. ¿Piensa que hubo un impacto en su recuperación al haber llevado a cabo todos los cuidados postoperatorios?

Impacto en su recuperación	Frecuencia	Porcentaje
No	5	22
Sí	18	78
Total	23	100

El 52% (12) de la población de estudio consideró que la indicación de más trascendencia para su mejoría fue colocarse hielo, el 26% (6) que fueron los medicamentos el 13% (3) indicó que es necesario llevar a cabo todas las indicaciones en conjunto, y el 9% (2) reportó que es la higiene, reposo y/o la dieta. Tabla 7.

Tabla 7. Indicaciones tomadas en cuenta por parte de los pacientes para evitar complicaciones postoperatorias.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Hielo	12	52
Medicamentos	6	26
Todas en conjunto	3	13
Higiene, reposo y dieta	2	9
Total	23	100

El 34% (8) de nuestra población no llevó a cabo todas las instrucciones debido a que no las entendió, el 22% (5) no las realizó porque no le parecieron importantes, el 22% (5) reporta no haber recibido ninguna indicación y el 22% (5) si las efectuó porque alguien más se los explicó. Tabla 8.

Tabla 8. ¿Llevó a cabo todas las instrucciones?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
No porque no las entendí	8	34
No porque se me hicieron sin importancia.	5	22
No porque no me entregaron indicaciones	5	22
Sí, porque alguien más me las explico	5	22
Total	23	100

El 35% (8) de la población menciona que una de las razones por las que considera que sí tuvo un impacto en su recuperación es por haber llevado todos los cuidados postoperatorios, el 31% (7) piensa que es porque está mejor, no tiene complicaciones ni le duele, el 17% (4) asume que no tuvo un impacto en su recuperación porque no realizó todos los cuidados debido a que no sabe si son útiles o no, mientras otro 17% (4) manifiesta que no debido a que tiene dolor y sigue inflamado. Tabla 9.

Tabla 9. ¿Piensa que hubo un impacto en su recuperación al seguir todas las indicaciones?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sí, porque mi recuperación fue más rápida	8	35
Sí, porque estoy mejor, no tengo complicaciones, ni me duele	7	31
No, porque no las hice todos	4	17
No, porque me duele todavía y estoy inflamado	4	17
Total	23	100

El 13% reportó que no le fue posible cumplir con la indicación de no fumar, el 8% realizó alguna actividad física y finalmente un 4% realizó enjuagues, se asoleo y no asumió higiene bucal y el 74% restante llevo a cabo todas las indicaciones. Tabla 10.

Tabla 10. Indicaciones que les fue imposible llevar a cabo

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Fumar.	3	13
Actividad física.	2	9
Evitar enjuagues, evitar asolearse e higiene bucal.	1	4
Ninguna	17	74
Total	23	100

Segunda fase

En esta etapa se contó con una muestra de 42 pacientes de los cuales 21 constituyeron el grupo control que recibió la hoja de indicaciones y los 21 restantes integraron el grupo experimental el cual recibió el tríptico informativo.

En cuanto a la pregunta de la importancia de no escupir después de una cirugía, en el grupo control, el 42.9% respondió que se detiene la formación del coágulo y se permite la cicatrización, lo que no es correcto, igualmente 42.9% manifestó que se provoca sangrado y no se permite formar el coágulo, lo que sí es correcto, mientras que el 14.3% responde que se promueve una mejor cicatrización y formación del coágulo lo cual no es correcto.

En contraposición en el grupo experimental, el 85.7% respondió correctamente al mencionar que se provoca sangrado y no permite formar el coágulo, y solo un 14.3% manifestó que se detiene la formación del coágulo y se permite la cicatrización, lo cual no es correcto.

Se observó diferencia estadísticamente significativa ($X^2=22.714$ $p<0.001$). Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de acuerdo a la pregunta sobre la importancia de no escupir después de una cirugía.

Grupo	Se detiene la formación del coágulo y se permite la cicatrización.		Se promueve una mejor cicatrización y formación del coágulo.		Se provoca sangrado y no se permite formar el coágulo.		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hoja de indicaciones	9	42.9	3	14.3	9	42.9	21	100
Tríptico informativo	3	14.3	0	0	18	85.7	21	100
Total	12	28.6	3	7.15	27	64.3	42	100
$X^2=22.714$ $p< 0.001$								

Con respecto a la pregunta formulada de cuál es la dieta correcta después de una cirugía, en el grupo control el 81% respondió: Primer día: alimentos líquidos suaves y fríos. Segundo día: alimentos blandos y a temperatura ambiente. Tercer día: alimentación normal excepto cosas muy duras, la cual es la dieta indicada o correcta; el 9.5% respondió Primer día: alimentos líquidos y fríos. Segundo día: alimentos con semillas. Tercer día: alimentación normal lo que no es correcto, mientras que el 4.8% manifestó erróneamente Primer día: alimentos líquidos y suaves. Segundo día: alimentos fríos y Tercer día: alimentos duros, igualmente otro 4.8% reveló Primer día: alimentos líquidos y fríos. Segundo día: alimentos suaves. Tercer día: alimentos duros, respuesta que tampoco es la correcta.

En contraposición a estos indicadores, el 100% de los encuestados del grupo experimental respondió de manera correcta ésta pregunta.

No observó diferencia estadísticamente significativa ($X^2= 4.421$ $p=0.219$). Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de acuerdo a la pregunta sobre la dieta correcta que se debe llevar a cabo los primeros tres días posterior a la cirugía.

Grupo	Primer día: alimentos líquidos suaves y fríos. Segundo día: alimentos blandos y a temperatura ambiente. Tercer día: alimentación normal excepto cosas muy duras.		Primer día: alimentos líquidos y suaves. Segundo día: alimentos fríos. Tercer día: alimentos duros.		Primer día: alimentos líquidos y fríos. Segundo día: alimentos con semillas. Tercer día: alimentación normal.		Primer día: alimentos líquidos y fríos. Segundo día: alimentos suaves. Tercer día: alimentos duros.		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hoja de indicaciones	17	81	1	4.8	2	9.5	1	4.8	21	100
Tríptico informativo	21	100	0	0	0	0	0	0	21	100
Total	38	90.5	1	2.4	2	4.75	1	2.4	42	100
X ² =4.421 p= 0.219										

RESULTADOS

Con respecto a la pregunta sobre ¿Cuál es la importancia de aplicar hielo? En el grupo control el 90.5% respondió que se emplea para reducir inflamación y evitar el sangrado la cual es una contestación correcta, mientras que el 9.5% respondió que es para reducir inflamación y evitar el sangrado.

En cuanto nuestro grupo experimental hace referencia que el 100% respondió de manera asertiva a esta pregunta.

No observando diferencia estadísticamente significativa ($X^2=.359$ $p=0.500$). Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de acuerdo a la pregunta de la importancia de aplicar hielo.

Grupo	Reducir inflamación y evitar el sangrado		Prevenir el proceso infeccioso y evitar el sangrado		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hoja de indicaciones	19	90.5	2	9.5	21	100
Tríptico informativo	21	100	0	0	21	100
Total.	42	95.25	2	4.75	42	100

$X^2=.359$ $p= 0.500$

RESULTADOS

En la pregunta sobre ¿Qué sucede si tomas bebidas con popote? en el grupo control el 38% considera que cicatriza mejor porque no hace esfuerzos lo cual no es correcto, mientras que el 57.1% manifestó correctamente que se provoca sangrado, y un 4.8% responde que se evita el dolor, que es una respuesta incorrecta.

En cuanto nuestro grupo experimental denota que el 100% respondió acertadamente a esta pregunta.

Se observó diferencia estadística significativa ($X^2=11.455$ $p< 0.003$). Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de acuerdo a la pregunta sobre qué sucede si tomas bebidas con popote.

Grupo	Cicatrizo mejor porque no hago esfuerzos		Se provoca sangrado		Se evita el dolor		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hoja de indicaciones	8	38	12	57.1	1	4.8	21	100
Tríptico	0	0	21	100	0	0	21	100
Total	8	19	33	78.55	1	2.4	42	100

$X^2=11.45$ $p< 0.003$

RESULTADOS

A la pregunta relacionada con las medidas que provocan sangrado, en el grupo control, el 23.8% manifestó que morder la gasa provoca sangrado lo cual no es correcto, mientras que el 76.2% mencionó correctamente que hacer ejercicio es lo que puede provocar sangrado.

En cuanto nuestro grupo experimental se identificó que el 100% manifestó como factor el hacer ejercicio.

Se observó diferencia estadísticamente significativa ($X^2=5.676$ $p < 0.024$). Tabla 5.

Tabla 5. Distribución de acuerdo a la pregunta sobre cuál de las siguientes medidas puede provocar sangrado.

Grupo	Morder la gasa		Hacer ejercicio		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hoja de indicaciones	5	23.8	16	76.2	21	100
Tríptico	0	0	21	100	21	100
Total	5	11.9	37	88.1	42	100
$X^2=5.676$ $p < 0.024$						

Con respecto a la pregunta formulada para identificar si comprendieron la recomendación de guardar reposo relativo y seguir indicaciones después de una cirugía, tanto el grupo control como experimental en un 100% respondió acertadamente a esta pregunta.

No se identificó diferencia estadísticamente significativa en esta pregunta. Tabla 6.

Tabla 6. Distribución de acuerdo a la pregunta sobre después de la cirugía debo:

Grupo	Tener reposo relativo y seguir las indicaciones		Total	
	n	%	n	%
Hoja de indicaciones	21	100	21	100
Tríptico	21	100	21	100
Total	42	100	42	100

En relación con la cantidad de pasta que coloca el paciente en su cepillo dental, en el grupo control el 4.8% mencionó que no coloca pasta, el 38% llena toda la cabeza del cepillo dental, el 38% la mitad, y el 19% sólo cubrió ¼ de la cabeza de cepillo dental, cantidad de pasta indicada.

Por su parte en el grupo experimental el 4.8% indicó no colocar pasta, el 14.3% llenó toda la cabeza del cepillo dental, el 14.3% cubrió la mitad de la cabeza del cepillo, mientras que el 66% solo colocó ¼ de pasta.

Se observa diferencia estadísticamente significativa en esta pregunta. ($X^2=10.101 p < 0.018$). Tabla 7.

Tabla 7. Distribución de acuerdo a cuánta pasta coloca el paciente a su cepillo dental

Grupo	No coloqué pasta		Llené toda la cabeza del cepillo dental		La mitad de la cabeza del cepillo dental		¼ de la cabeza del cepillo dental.		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hoja de indicaciones	1	4.8	8	38.1	8	38.1	4	19	21	100
Tríptico	1	4.8	3	14.3	3	14.3	14	66.7	21	100
Total	2	4.8	11	26.2	11	26.2	18	42.85	42	100

$X^2=10.101 p < 0.018$

RESULTADOS

En la pregunta ¿Por qué es importante mantener buena higiene? En el grupo control, 9.5% respondió que para prevenir inflamación lo cual no es correcto, mientras que el 90.5% manifestó correctamente que para prevenir alguna infección.

En cuanto nuestro grupo experimental denota que el 4.8% respondió erróneamente a esta pregunta y el 95.2% restante responde de manera correcta.

No se observó diferencia estadísticamente significativa ($X^2=0.359$ $p=0.549$). Tabla 8.

Tabla 8. Distribución de acuerdo por qué es importante mantener buena higiene.

Grupo	Para prevenir inflamación		Para prevenir infección.		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hoja de indicaciones	2	9.5	19	90.5	21	100
Tríptico	1	4.8	20	95.2	21	100
Total	3	7.1	39	92.9	42	100
X ² =0.359 p=0.549						

Dentro de los medicamentos que con mayor frecuencia se prescriben en la práctica odontológica después de una cirugía de terceros molares el cuestionario nos arroja los siguientes datos: en el grupo control el ibuprofeno con amoxicilina con un 19% y el ibuprofeno solo con el 14.3% son los más recetados en este grupo, seguidos del metamizol sódico solo con un 9.5% y un 4.8% que refiere metamizol sódico más amoxicilina. El 52% restante menciona otros como ketorolaco en sus diferentes combinaciones al igual que el paracetamol y la clindamicina.

En nuestro grupo experimental el ibuprofeno con amoxicilina con un 23.8% son los más recetados en este grupo, seguidos del metamizol sódico más amoxicilina con un 14.3% al igual que el clonixinato de lisina más amoxicilina con el mismo porcentaje (14.3%), seguidos del metamizol sódico solo, con un 9.5%, el ibuprofeno solo, cuenta con un 4.8%. El 33% restante mencionó otros medicamentos con sus diferentes variaciones ya mencionadas. Tabla 9.

Tabla 9. Distribución de medicamentos mayormente prescritos.

Grupo	Ibuprofeno y Amoxicilina		Metamizol y Amoxicilina		Metamizol sódico		Clonixinato de lisina y Amoxicilina		Ibuprofeno		Otros	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hoja de indicaciones	4	19	1	4.8	2	9.5	0	0	3	14.3	11	52.4
Tríptico	5	23.8	3	14.3	2	9.5	3	14.3	1	4.8	7	33.3
Total	9	21.4	4	9.5	4	9.5	3	7.1	4	9.5	18	42.9

En cuanto a las indicaciones que para los pacientes son de mayor trascendencia, en el grupo control el 25% menciona que todas en general, el 25% manifestó que colocar hielo, un 20% que es el reposo, el 15% refiere que es la dieta, y el 15% indicó otros cuidados.

En el grupo experimental, el 57.1% expresó que en general todas las recomendaciones son trascendentes, un 23.8% externó que el hielo, un 9.5% indicó que es el reposo, 4.8% la dieta, y el 4.8% restante mencionó otras indicaciones. Tabla 10.

Tabla 10. Distribución de acuerdo a las indicaciones de mayor trascendencia

Grupo	Todas en general		Hielo		Reposo		Dieta		Otras	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hoja de indicaciones	5	25	5	25	4	20	3	15	3	15
Tríptico	12	57.1	5	23.8	2	9.5	1	4.8	1	4.8
Total	17	41	10	24.4	6	14.8	4	9.9	4	9.9

En cuanto a las indicaciones que fueron imposibles de llevar a cabo, en el grupo control el 9.5% consideró el fumar, un 4.8% realizar actividad física, mientras que el 85.7% restante ninguna le fue imposible llevar a cabo.

En el grupo control el 4.8% fumar, el 4.8% realizar alguna actividad física y el 90.5% restante ninguna le fue imposible de llevar a cabo. Tabla 11.

Tabla 11. Distribución de acuerdo a las indicaciones que fueron imposibles llevar a cabo.

Grupo	Fumar		Actividad física		Ninguna	
	n	%	n	%	n	%
Hoja de indicaciones	2	9.5	1	4.8	18	85.7
Tríptico	1	4.8	1	4.8	19	90.5
Total	3	7.1	2	4.8	37	88.1

8. DISCUSIÓN.

En el presente trabajo nos enfrentamos con la problemática de que no existen reportes científicos respecto a los cuidados postoperatorios de pacientes intervenidos quirúrgicamente de terceros molares retenidos, aunado a esto tampoco se presentan estudios que demuestren si éstos son o no la pauta para las complicaciones que se pueden presentar después de la cirugía, es claro que cualquier intervención quirúrgica requiere de cuidados postoperatorios, y que la responsabilidad de ésta queda ligada al cirujano dentista; sin embargo los cuidados posteriores al término de dicho acto están enteramente a cargo del paciente, por lo tanto no se pueden esperar resultados satisfactorios del restablecimiento si el paciente se descuida ya que evidentemente se retardará su recuperación. Uno de los objetivos de este estudio es ser la pauta para analizar este fenómeno, incorporando el papel que desempeñan estos cuidados en la recuperación del paciente, con la intención de optimizar la evolución del postoperatorio.

Dentro de nuestra primera muestra como estudio descriptivo para identificar si el paciente comprende las indicaciones que el cirujano dentista debe explicarle como parte de sus funciones y responsabilidades como educador para la salud, encontramos que al 30% de nuestra población no se le explicó detalladamente los cuidados que debe tener después de su cirugía, lo que nos lleva a identificar uno de principales problemas con los que nos enfrentamos debido a que el principal promotor de la salud es el cirujano dentista y éste no está cumpliendo con el proceso de enseñanza dirigido al paciente que es sobre el que recaen las complicaciones.

Por otra parte un dato relevante es que el 52% no entendió correctamente las recomendaciones que le fueron entregadas, lo que nos indica que aun cuando estamos dando al paciente las indicaciones éstas no están siendo comprendidas del todo por el paciente, como lo muestran los resultados, ya que al no entenderlas recurrieron a otras personas que no son profesionistas de esta área de conocimiento para esclarecer sus dudas, dejando la interrogante de si esa personas tienen o no el conocimiento para el esclarecimiento de las mismas, y que el tríptico elaborado puede tener un impacto favorable para evitar lo anterior.

Una de las limitantes con la que nos enfrentamos fue que no todos los pacientes regresan a revisión en su postoperatorio dentro de los primeros siete días, por lo cual esta también es una problemática a discutir.

De acuerdo con Lucía Lago Méndez ⁽⁵⁾ en 2004, hizo un estudio en donde relacionaron el dolor postoperatorio con la dificultad quirúrgica evaluada con una escala preoperatoria, concluyeron que para establecer un control de este dolor postoperatorio se debe tener en cuenta también, los factores personales del paciente, situación que muestra la importancia en cuanto a la realización de las indicaciones por los pacientes, ya que pueden influenciar o estar relacionadas en ciertas complicaciones postoperatorias.

9. CONCLUSIONES.

De acuerdo con los resultados obtenidos podemos concluir que el empleo del tríptico informativo resultó un recurso benéfico en los pacientes para la comprensión y realización de actividades en la recuperación de su salud después de un procedimiento quirúrgico, dado que con el cuestionario aplicado en la segunda fase de la investigación, se identificó un impacto favorable en prácticamente todas las preguntas formuladas, con respecto a la comprensión de las indicaciones, la aplicación correcta de las medidas preventivas, así como las ventajas en el recobro de su salud, evidenciando la pertinencia de elaborar un material educativo como recurso complementario para reforzar el conocimiento y llevar a cabo correctamente las indicaciones del profesionalista.

En este sentido se sugiere la implementación de un programa educativo, en el cual se incluya, entre otras cosas, la entrega de un tríptico informativo a los pacientes programados para cirugía de terceros molares retenidos, como parte del protocolo de atención posterior al acto quirúrgico, para garantizar la mejor comprensión de los cuidados postoperatorios que debe llevar a cabo el paciente, con el fin de motivarlo al autocuidado, reducir significativamente las complicaciones posteriores a la intervención quirúrgica y además, responsabilizarlo de su recuperación.

No obstante las limitaciones que representa el tamaño de la muestra y el tiempo destinado para esta investigación, consideramos que dado el impacto observado respecto al conocimiento de las indicaciones postoperatorias con el empleo del tríptico informativo, se deben fomentar la producción de material educativo impreso, no solo en el área quirúrgica, sino en otras áreas odontológicas como herramienta de apoyo en las labores que debe desempeñar el cirujano dentista como educador para la salud, al contribuir en la comprensión de la información proporcionada al paciente para que éste asuma la autorregulación y protección de su salud y con ello se prolonguen los beneficios de los procedimientos odontológicos.

Finalmente se sugiere impulsar trabajos de investigación, para obtener mayores evidencias de los beneficios que este material puede ofrecer en el aprendizaje de los pacientes y el fomento de conductas en salud de auto protección.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- (1) Martínez Treviño J.A. Cirugía oral y maxilofacial: México: El Manual Moderno: 2009. pp. 115- 301
- (2) Navarro Vila C. Cirugía Oral: España: Arán: 2008. pp 24-40
- (3) Chaparro Avedaño V, Pérez García S, Valmaseda Castellon E, Berini Aytés L, Escoda Gay. Morbilidad de la extracción de los terceros molares en pacientes entre los 12 y 18 años de edad, Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal: ISSN 1698-4447. Disponible en.
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795022009000300016&script=sci_arttext
- (4) Sáez Cuesta U, Estudio del postoperatorio de IOO terceros molares mandibulares incluidos, en relación a la edad, el sexo, el tabaco y la higiene bucal, RCOE, 1999, Vol 4, N°5, 471-475. Disponible en.
<http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdiposit.ub.edu%2Fdspace%2Fbitstream%2F2445%2F27886%2F1%2F521243.pdf&ei=459vUsXoKpCA2QXXylH4Dw&usg=AFQjCNFBDLi5r6XDKZ9UI4x2j5ZlbXWoUg&bvm=bv.55123115,d.b2l>
- (5). Valdez Figueroa I, Villaseñor Farias N, Educación para la salud: La importancia del concepto. Disponible en.
<http://www.funsalud.org.mx/quehacer/educacion.htm>
- (6) Simonkatz J, McDonald G, Stookey K, Odontología preventiva en acción, 3ra edición, Panamericana, 1990 pp 37.-39, 48-49, 51-566, 70-79.
- (7)Martínez Olmedo E, Proyecto Educativo Seminario de Proyecto Terminal. Programa Académico Maestría en Tecnología Educativa. Disponible en:
http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.uaeh.edu.mx%2Fdocencia%2FVI_Lectura%2Fmaestria%2Fdocumentos%2FLECT35.pdf&ei=l6NvUrmwCMS72wW6rIDQCA&usg=AFQjCNEZMrj3xgxbJoSfjZISPBXh8GZ0-g&bvm=bv.55123115,d.b2l
- (8) Secretaría de Educación Pública Dirección General de Educación Tecnológica Industrial y de Servicios no.5, Guía para la Formulación de Programas Mar 29, 2007
<http://es.scribd.com/doc/21363/GUIA-PARA-ELABORAR-PROGRAMAS>.
- (9) Tamashiro Higa Tetsuji, Arias Inclán Patricia, Educar para la Salud reto de todos, Alternativa en el manejo del paciente quirúrgico en 1,570 casos de terceros molares retenidos (Tratamiento efectivo utilizado para este estudio a lo largo de 10 años), Revista Odontológica Mexicana, CASO CLÍNICO. Disponible en. www.medigraphic.com
- (10) Álvarez Desanti O, Vargas Rojas A.G, Instituto Centroamericano de Administración Pública Icap Programa de Maestría Nacional en Gerencia De La Salud, Causas y efectos

de la ausencia de un modelo de Promoción de la Salud Oral en el Área de Salud: San José, Costa Rica: Junio 2013. Disponible en:

http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=6&ved=0CE0QFjAF&url=http%3A%2F%2Fbiblioteca.icap.ac.cr%2FBLIVI%2FTESIS%2F2013%2Fmune_mery_sa_2013.pdf&ei=VadvUrnzKeiG3AXhrlBw&usg=AFQjCNHY09WZQ5T6yAdRuqBdnbUqCVuO_A.

(11) Mercado Ramirez E, Educación para la Salud, Limusa, 1990.

(12) De La Fuente Hernandez J, Heredia Ponce E, Melgarejo Castrejón R, Villanueva Vilvhis M. Capítulo 1, Salud Publica

(13) Villalobos Rodríguez M, Programa Educativo de Salud Bucodental dirigido a las Personas Adultas Mayores del Grupo Amor y Alegría, Anales en Gerontología, N.º 6 / 69-83, 2010: ISSN: 1659-0813. Disponible en:

<http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CDEQFjAB&url=http%3A%2F%2Frevistas.ucr.ac.cr%2Findex.php%2Fgerontologia%2Farticulo%2Fdownload%2F8872%2F8352&ei=OqhvUrDkGMHF2QXMv4HoDQ&usg=AFQjCNFoTX6qQDoeoQZa592PPg1yE58rxw>

(14) García Viveros M, La formación del Médico en el Área de la Educación para la Salud. Revista Mexicana de Educación Médica, Vol 3 1992.

(15) Greene W, Simons Morton B. Educación para la Salud, Mexico: Interamericana McGraw-Hill: 1988.

(16) García-Hernández F, Toro Yagui O; Vega Vidal M.V, Erupción y Retención del Tercer Molar en Jóvenes entre 17 y 20 Años, Int. J. Morphol, 2009; Vol.27, 727-736 Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022009000300016&lng=en&nrm=iso&ignore=.html

(17) Imagen tomada de.

https://www.google.com.mx/search?q=terceros+molares+retenidos&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=JB9xUqPLIWC2AWbzYGQBg&ved=0CDQQAQ&biw=1366&bih=619#facrc=_&imgdii=_&imgcr=V62WFZfcAJ5X-M%3A%3BHJgYKwMAwiPEkM%3Bhttp%253A%252F%252Fclinicadentalcasanas.com.uy%252Fimages%252Fcirugia%252Fcomplicaciones.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fclinicadentalcasanas.com.uy%252Ftratamientos%252Fcirugia%252F%3B468%3B174

(18) Herrera Gramajo I, Frecuencia y clasificación de terceros molares retenidos, superiores e inferiores, en una muestra de pacientes mayores de 18 años de edad, que asistieron a la Facultad de Odontología de la Universidad Francisco Marroquín durante el año 2001” Guatemala de la asunción, julio 2002

Guatemala de la asunción, julio 2002

(20) Lago Méndez L, García García A, Universidad de Santiago de Compostela Facultad de Medicina y Odontología a Departamento de Estomatología, Exodoncia del Tercer Molar Inferior: Factores Anatómicos, Quirúrgicos y Ansiedad Dental en el Postoperatorio

(21) Imagen tomada de.

<http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/odontologia/2005168/lecciones/Capitulo1/Lec1-2-1.html>

(22) Chiapasco M, Cirugía Oral, España: Elsevier, 2004.

(23) Imagen tomada de.

https://www.google.com.mx/search?q=terceros+molares+retenidos&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=JB9xUqPLPIWC2AWbzYGQBg&ved=0CDQQsAQ&biw=1366&bih=619#facrc=_&imgdii=_&imgrc=fMHjhYZisTypGM%3A%3BY-tW0yHTIVQ0vM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.latarde.com.ec%252Fwp-content%252Fuploads%252F2013%252F05%252FTERCER-MOLAR.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.latarde.com.ec%252F2013%252F05%252F29%252Fque-es-el-tercer-molar-retenido%252F%3B440%3B248

(24) Imagen tomada

<http://www.asisccmaxilo.com/tratamientos-quirurgicos/cirugia-oral/muelas-del-juicio/>

(25) Gay Escoda C, Berini Aytés L, Tratado de Cirugía Bucal: Tomo I: Madrid: Ergón: 2011 pp 73-84-192-978

(26) Imagen tomada de.

https://www.google.com.mx/search?q=terceros+molares+retenidos&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=JB9xUqPLPIWC2AWbzYGQBg&ved=0CAcQ_AUoAQ&biw=1366&bih=619

(27) Imagen tomada de.

Gay Escoda C, Berini Aytés L, Tratado de Cirugía Bucal: Tomo I: Madrid: Ergón: 2011 pp 370

(28) Imagen tomada de.

<http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/odontologia/2005168/lecciones/Capitulo1/Lec1-2-1.html>

(29) Rochon A, Educación para la Salud, Barcelona España: Masson, 1996.

(30) Werner D, Aprendiendo a Promover la Salud, Fundación Hesperian, 1987

ANEXO 1

NOMBRE: _____

EDAD: _____

CUESTIONARIO.

1.- ¿El cirujano dentista le explicó detalladamente los cuidados que debe tener después de su cirugía?

SI

NO

2.- ¿Entendió correctamente las indicaciones que le fueron entregadas?

SI

NO

3.- ¿Llevó a cabo todas las instrucciones como le fueron indicadas?

SI

NO

¿Por qué?

4.- Usted piensa, que hubo un impacto en su recuperación al haber llevado a cabo TODOS los cuidados posoperatorios:

SI

NO

¿Por qué?

5.- ¿Cuál de todas las indicaciones piensa que fue de más trascendencia para su mejoría?

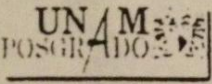
6.- ¿Hubo alguna indicación que le fuera imposible llevar a cabo?


SI

NO

¿Cuál?

Anexo 2.

 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN.



DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

INDICACIONES

1. Muerda la gasa fuertemente por espacio de 30 minutos.
2. Evite escupir, enjuagarse, succionar y hacer colutorios por espacio de 24 horas.
3. Dieta líquida o blanda: sin grasa, picantes ni irritantes por 48 horas.
4. Actividad física restringida por 48 horas.
5. Duerma hoy con la cabeza más alta que los pies.
6. Colóquese fomentos con hielo en la zona intervenida las primeras 12 horas después de la cirugía con intervalos de 15 a 30 minutos.
7. Después de 24 horas posteriores a la cirugía emplee fomentos húmedos calientes.
8. Mantenga buena higiene oral en el resto de la boca, evitando lastimarse.
9. Realice enjuagues con té de manzanilla, amica o con agua tibia con sal después de 24 horas de la cirugía.
10. Al día siguiente a la cirugía empiece a abrir la boca, teniendo cuidado de no lastimarse.
11. Tome sus medicamentos indicados a su hora y por el tiempo indicado.
12. En caso de duda llamar al teléfono _____ con el Dr. _____.
13. Su próxima cita será el día _____ de _____ a las _____ horas.
14. En caso de no poder acudir avisar con 24 horas de anticipación.

ATENTAMENTE
CLÍNICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL



Anexo 3.

ATENAMENTE:
CLÍNICA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL.

Tome sus medicamentos a su hora y por el tiempo indicado.

En caso de duda llamar al teléfono _____

Con el Dr. _____

Su próxima cita _____






COORDINACIÓN DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

GABRIEL LORANCA FRAGOSO.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN.




DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL.

INDICACIONES.

Usted ha sido sometido a una cirugía, por lo tanto existen algunas indicaciones que debe tomar en cuenta.



Morder la gasa 30 min.
Para evitar sangrado.

No escupir. El escupir provoca sangrado y no permite formar el coágulo.



No realizar enjuagues. Debido a que si se realizan se puede desprender o evitar la formación del coágulo.

No usar popote. Ya que el succionar también provoca sangrado.



No fumar ni consumir bebidas alcohólicas. El fumar impide la cicatrización y el alcohol irrita los tejidos.



No hacer esfuerzos físico por que aumenta la presión arterial y provoca sangrado repentino.

Colocar compresas de hielo. Reduce la inflamación y evita el sangrado.



Evitar asolearse. El aumento en la temperatura promueve mayor inflamación y sangrado.

Mantener buena higiene bucal. Para poder prevenir un proceso infeccioso.



Dieta.

1er día. Alimentos líquidos o muy suaves y fríos, como gelatina, pollo cocido, verduras al vapor.



2do día. Alimentos blandos a temperatura ambiente, como sopas, verduras, frutas, caldo de pollo.



3er día. Alimentación normal excepto cosas muy duras, como pollo asado, arroz, atún, etc.



Anexo 4



Universidad Nacional Autónoma de México.
Facultad de Odontología.



Instrucciones: Favor de leer las siguientes preguntas y subrayar la respuesta que consideres que es la correcta.

1.- ¿Qué sucede si después de la cirugía escupe constantemente?

1. Se detiene la formación del coágulo y se permite la cicatrización.
2. Se irritan los tejidos y se permite la cicatrización.
3. Se promueve una mejor cicatrización y formación del coágulo.
4. Se provoca sangrado y no se permite formar el coágulo.

2.- ¿Cuál es la dieta correcta que se debe llevar a cabo los primeros tres días posterior a la cirugía?

1. Primer día: alimentos líquidos suaves y fríos. Segundo día: alimentos blandos y a temperatura ambiente. Tercer día: alimentación normal excepto cosas muy duras.
2. Primer día: alimentos líquidos y suaves. Segundo día: alimentos fríos. Tercer día: alimentos duros.
3. Primer día: alimentos líquidos y fríos. Segundo día: alimentos con semillas. Tercer día: alimentación normal.
4. Primer día: alimentos líquidos y fríos. Segundo día: alimentos suaves. Tercer día: alimentos duros.

3.- ¿Cuál es la importancia de aplicar hielo?

1. Evitar que se forme un coágulo y no exista infección.
2. Evitar el sangrado y la formación del coágulo.
3. Reducir la inflamación y evitar el sangrado.
4. Prevenir el proceso infeccioso y evitar el sangrado

4.- ¿Por qué es importante mantener buena higiene?

1. Para prevenir el sangrado.
2. Para prevenir inflamación.
3. Para prevenir el dolor.
4. Para prevenir infección.

5.- ¿Que sucede si tomas bebidas con popote?

1. Se reduce la inflamación.
2. Se cicatriza mejor porque no hago esfuerzos.
3. Se provoca sangrado.
4. Se evita el dolor.

6.- ¿Cuál de las siguientes medidas puede provocar sangrado?

1. Morder la gasa.
2. Hacer ejercicio.
3. Colocar hielo.
4. Permanecer en reposo.

7.- ¿Después de una cirugía debo?

1. Permanecer en cama durante tres días
2. Hacer ejercicio.
3. Tener reposo relativo y seguir las indicaciones.
4. Asolearme

8.- ¿Cuánta pasta coloco a su cepillo dental al realizar su higiene bucal después de la cirugía?

1. No coloque pasta.
2. Llene toda la cabeza del cepillo dental.
3. La mitad de la cabeza del cepillo de dental.
4. $\frac{1}{4}$ de la cabeza del cepillo dental.

9.- ¿Qué medicamentos le receto el Cirujano Dentista posterior a su cirugía?

10.- ¿Cuál de todas las indicaciones fue de más trascendencia para su mejoría?

11.- ¿Hubo alguna indicación que le fuera imposible llevar a cabo?
