



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA



**CONOCIMIENTO DE LOS ALUMNOS DEL SERVICIO  
SOCIAL DE CIRUJANO DENTISTA ANTE LAS  
COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS EN  
ODONTECTOMÍA DE TERCER MOLAR SUPERIOR**

**TESIS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

**GALÁN FUENTES BRENDA YARID**

DIRECTOR: Dr. Raúl Flores Díaz

ASESOR: Dr. Ángel Francisco Álvarez Herrera

ASESORA: Dra. Laura Ivonne Luna Hernández

SINODAL: Dra. Josefina Morales Vázquez

SINODAL: Dra. Maricruz García Castro

CIUDAD DE MÉXICO

21 DE FEBRERO DEL 2024



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.

## DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mis padres y a mi hermana, sin ellos nada de lo que he logrado sería posible. Gracias por ser mi motor cada día, por estar en los mejores y peores momentos de mi vida, por enseñarme a no rendirme, por siempre sacar lo mejor de mí y por ayudarme a cumplir mis metas.

Los amo con todo mi ser.

Nunca te rindas, a veces la última llave es la que abre la puerta.

Bill Murray

## **AGRADECIMIENTOS**

Estoy segura de que hay muchas personas a las que quiero agradecer, porque sin ellas este camino que no fue nada fácil, no se hubiera podido concluir jamás. Se que me faltaran hojas para agradecer a tantas personas, sin embargo, a cada una las llevare en mi corazón y en mi mente, cada uno apporto un granito de arena para cerrar este ciclo que estoy segura solo es el inicio de muchas cosas buenas, les estaré eternamente agradecida.

Primero quiero agradecer a mis padres Joaquín y Minerva y a mi hermana Vianey, sin ellos nada de esto sería posible. Gracias por siempre impulsarme a ser mejor persona, gracias por no dejarme sola cuando las cosas se pusieron difícil, por siempre apoyar mis decisiones, sueños y metas, por tanto amor, por enseñarme que la familia lo es todo. Gracias por ser mi motor, los amo muchísimo.

Gracias al Dr. Flores por nunca olvidarse de mí, gracias por ser mi mentor, por darme tanta confianza, por siempre sacar lo mejor de mí, por exigirme cada día más. Gracias por aceptarme en su servicio social, por permitirme trabajar con usted y por tanto aprendizaje.

Gracias a la Dra. Maricruz por ser la primera que me dio la confianza para trabajar y aprender mucho sobre la carrera, por tantos años de trabajo, por no dejarme sola y apoyarme en la etapa de titulación, por tanto conocimiento y por su amistad.

Gracias al Dr. Peter por siempre alentarme a no dejar la tesis por contarme su historia y enseñarme que cada paso en esta vida es difícil, pero es posible lograrlo con mucha confianza y esfuerzo.

Gracias a la Dra. Laura por apoyarme en este paso tan importante por enseñarme que no es el fin del mundo cuando las cosas se ponen difícil, por contarme su proceso de titulación cuando más lo necesitaba.

Gracias a la Dra. Josefina porque ella siempre creyó en mi proyecto y fue la primera en apoyar mi tema, gracias por tanto tiempo dedicado a mi trabajo, por sus conocimientos y por impulsarme a realizar un estupendo trabajo.

Gracias a la Dra. Fany, a la Dra. Tania y a Daniel por darme la oportunidad que deseaba, por tanta confianza en mi trabajo y por impulsarme a terminar lo que un día creí que nunca tendría fin.

Gracias a ti amor Aníbal por todo lo que hiciste cada que no podía más, fuiste la luz de mis días negros, sabes que jamás tendré como agradecer cada palabra de aliento que me dabas cuando sentía que no podía más.

Gracias a mis amigas Xuravet, Elen y Fer, en ningún momento me dejaron sola, jamás lo olvidare. Las quiero. También a Alondra, Caro y Karen porque pusieron su granito para que esto se concluyera.

A mis padrinos y primas que fueron parte del proceso para cumplir este gran sueño. A mi madrina Ofe, que hoy está en el cielo, por ayudarme cuando ni siquiera creía que podía entrar a la universidad.

Gracias infinitas a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y a la UNAM por ser mi casa y por la oportunidad de estudiar una de las carreras más bellas que existe.

Gracias a mí por seguir y no olvidar lo que un día me prometí, por luchar cada día, aunque sentía que nunca podría concluir este capítulo de mi vida.

## ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	7
II. MARCO TEÓRICO.....	9
1. ESTUDIOS PREVIOS A LA CIRUGÍA.....	11
1.1 HISTORIA CLÍNICA.....	11
1.2 EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD BUCAL.....	11
1.3 IMAGENOLOGÍA.....	11
1.4 TOMOGRAFÍA.....	12
2. ANATOMÍA.....	13
2.1 HUESO MAXILAR.....	13
2.2 NERVIO MAXILAR.....	16
2.3 IRRIGACIÓN.....	18
2.4 MÚSCULOS.....	20
2.5 TERCER MOLAR SUPERIOR.....	24
2.6 SENO MAXILAR.....	25
2.7 TUBEROSIDAD DEL MAXILAR.....	26
3. CLASIFICACIÓN DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES.....	27
4. COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS.....	29
4.1 HEMORRAGIA.....	29
4.2 COMUNICACIÓN BUCOSINUSAL.....	30
4.3 DESPLAZAMIENTO DE ORGANOS DENTARIOS AI SENO MAXILAR.....	32
4.4 FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR.....	33
5. CONOCIMIENTO.....	36
5.1 NIVELES DE CONOCIMIENTO.....	36
6. ESTUDIOS.....	38
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	39
IV. OBJETIVOS.....	40
GENERAL.....	40
ESPECÍFICOS.....	40
V. MATERIAL Y MÉTODO.....	41
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	41
5.2 UNIVERSO.....	41
5.4 MUESTRA.....	41
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	41

<b>5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....</b>	<b>41</b>
<b>5.7 VARIABLES .....</b>	<b>42</b>
<b>5.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>43</b>
<b>5.9 TÉCNICA .....</b>	<b>43</b>
<b>5.10 RECURSOS .....</b>	<b>44</b>
<b>5.11 DISEÑO ESTADÍSTICO .....</b>	<b>45</b>
<b>VI. BASES ÉTICAS Y LEGALES.....</b>	<b>46</b>
<b>VII. RESULTADOS.....</b>	<b>48</b>
<b>VIII. DISCUSIÓN .....</b>	<b>121</b>
<b>IX. CONCLUSIÓN .....</b>	<b>123</b>
<b>X. PROPUESTAS.....</b>	<b>124</b>
<b>XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>125</b>

**ANEXO. ENCUESTA**

## RESUMEN

**Introducción:** Una complicación es el resultado desfavorable de un tratamiento. Las complicaciones más comunes en Cirugía Bucal son del tercer molar, representando entre el 8 y 11%. Se clasifican con el momento en el que suceden: transoperatorias y postoperatorias. Las complicaciones transoperatorias más comunes en cirugía de tercer molar superior son: fractura de la tuberosidad del maxilar, perforación del seno maxilar, desplazamiento del órgano dentario o las raíces al seno maxilar y por supuesto, el sangrado. El conocimiento es el conjunto de información procesada por una persona. La forma en la que se evalúa el conocimiento nos permite obtener el grado de asimilación de lo aprendido. Algunos instrumentos de evaluación del conocimiento son encuestas, cuestionarios, pruebas, entre otros.

**Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento que tienen los alumnos de servicio social de la Carrera de Cirujano Dentista ante las complicaciones transoperatorias en odontectomía de tercer molar superior por turno y género. **Método.** Estudio descriptivo transversal, prolectivo. Se encuestaron 66 alumnos del Servicio Social; la encuesta estuvo constituida por 11 ítems de opción múltiple, previo pilotaje de la encuesta con un valor de AC 0.7. **Resultados:** Del género Femenino el 89% presentó un conocimiento malo al igual que el masculino, con un 79%. El turno matutino y vespertino presentó un conocimiento malo con un 88%.

**Conclusión.** El nivel de conocimiento, sobre complicaciones transoperatorias en odontectomía de tercer molar superior, es malo considerando el programa académico de la Facultad de Estudios superiores Zaragoza.

**Palabras clave:** Conocimiento, Complicaciones, Cirugía Tercer molar.



## I. INTRODUCCIÓN

La cirugía bucal es considerada una especialidad en odontología que se encarga de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal; entre los procedimientos que se realizan en dicha especialidad son: exodoncias, odontectomia del tercer molar, frenectomías, cirugías de reborde alveolar, biopsias de la mucosa bucal, entre otros no de menor importancia.

La cirugía bucal, es una de las especialidades que presenta mayor número de complicaciones representando un 49%; entendiéndose como complicación, el resultado desfavorable de una enfermedad o tratamiento. Es el agravamiento de un procedimiento por alguna causa relacionada con el diagnóstico o el tratamiento aplicado.

Las complicaciones en cirugía bucal varían dependiendo del procedimiento, representando la exodoncia el mayor número de casos.

Las complicaciones están asociadas a diferentes factores, como la salud del paciente, el nivel de complejidad del procedimiento, la zona anatómica donde se trabaja y la experiencia del Cirujano Dentista, entre otros.

Las complicaciones pueden clasificarse de acuerdo con el momento en el que suceden: transoperatorias y postoperatorias.

Estas tienen gran incidencia a nivel mundial, por este motivo debemos ser cautelosos al momento de realizar algún procedimiento quirúrgico; tener conocimiento sobre dicho procedimiento para evitar improvisaciones y actos que no estén descritos en la literatura.

Llevar a cabo el llenado de historia clínica, diagnóstico, plan de tratamiento, sin dejar de lado la explicación al paciente y tener el consentimiento bajo información del paciente, todo con el fin de ayudar a disminuir la probabilidad de complicaciones.

El conocimiento por parte del profesional de las complicaciones transoperatorias más frecuentes es indispensable, de esta manera pueden valorar los riesgos que se pueden presentar en cada intervención.

La presente investigación, se enfocará en el conocimiento que tienen los alumnos del servicio social de las complicaciones transoperatorias en odontectomía de tercer molar superior que suceden con mayor frecuencia. De igual manera se mencionará la importancia de historia clínica, radiografías, de estructuras anatómicas cercanas al tercer molar superior y así como su clasificación de acuerdo con su posición.

El servicio social forma parte de la última etapa de los alumnos de pregrado, en donde se realizan actividades temporales y de manera obligatoria, en beneficio a la población del país, donde se aplican los conocimientos adquiridos durante su formación.

De acuerdo con el plan de estudios de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, los alumnos del servicio social deberían haber estudiado las complicaciones transoperatorias, así como procedimiento de cirugía bucal, en el tercer y cuarto año de la carrera.

La finalidad de esta investigación es, identificar los conocimientos que tienen los alumnos del servicio social de las complicaciones transoperatorias en odontectomía de tercer molar superior.

## II. MARCO TEÓRICO

La presente investigación, se enfocará en el conocimiento que tienen los alumnos del servicio social de las complicaciones transoperatorias en odontectomia de tercer molar superior que suceden con mayor frecuencia. Se mencionará que es una complicación, importancia de historia clínica, radiografías, estructuras anatómicas cercanas al tercer molar superior y así como su clasificación de acuerdo con su posición, que es el conocimiento, como se evalúa y algunos estudios que evalúen el conocimiento.

En la cirugía bucal nos enfrentamos a procedimientos como: las exodoncias, odontectomia del tercer molar, frenectomías, cirugías de reborde alveolar, biopsias de la mucosa bucal, entre otros no de menor importancia; donde cabe mencionar que es posible presentar algún tipo de complicación.

Una complicación se define como: “un resultado no deseado e inesperado de una acción clínica, que puede ser consecuencia de una mala evaluación, diagnóstico o tratamiento, y que tiene la característica de ser inmediato.”<sup>(1)</sup>

Las complicaciones transoperatorias tienen una clasificación, en 4 grupos.

El primero incluye a los tejidos blandos como, el desgarro de la mucosa, laceraciones y enfisema.

El siguiente grupo están las relacionadas a estructuras óseas entre ellas la fractura de la tuberosidad, fractura del proceso alveolar fractura de la apófisis pterigoides.<sup>(2)</sup>

En el tercer grupo se encuentran las complicaciones a estructuras vecinas como son comunicación oroantral, desplazamiento a espacios vecinos como seno maxilar, espacio infratemporal, canal mandibular, sublingual, submandibular, pterigomandibular, faríngeo lateral.

En el cuarto y último grupo habla propiamente de las estructuras dentarias encontrando a la fractura radicular, fractura del órgano dentario, luxación del diente adyacente, fractura de corona adyacente y desalojo de restauración.

La frecuencia de complicaciones depende del tipo de procedimiento, presentando mayor incidencia las extracciones. Este es el procedimiento que se realiza con mayor frecuencia y tiene como fin eliminar los órganos dentarios que pueden comprometer la salud del paciente; las extracciones más frecuentes <sup>(3)</sup> en cirugía bucal son las de terceros molares. <sup>(2)</sup>

Las complicaciones pueden, en ocasiones, estar relacionadas con la cirugía del tercer molar presentando un porcentaje entre el 8 y 11 %. <sup>(4)</sup>

Las más comunes en cirugía de tercer molar superior son: fractura de la tuberosidad del maxilar, perforación del seno maxilar, desplazamiento del órgano dentario o las raíces al seno maxilar y por supuesto, el sangrado. <sup>(5)</sup>

Existen diferentes momentos en los que las complicaciones pueden suceder, estos pueden ser transoperatorio y postoperatorio.

Dentro de las transoperatorias encontramos complicaciones relacionadas con los órganos dentarios, tejidos duros y blandos.

Mientras que en las postoperatorias se destacan la alveolitis y hemorragias. <sup>(6)</sup>

Por ese motivo, es importante mencionar a los pacientes previo a la cirugía, <sup>(7)</sup> los tipos de complicaciones que pueden surgir durante su procedimiento.

Situaciones que puede ocasionar una complicación como: aplicación de fuerza excesiva, planeación inadecuada, falta de visibilidad, uso inadecuado de instrumental y manejo precipitado. <sup>(8,9)</sup>

Tanto las complicaciones médicas y odontológicas hay que prevenirlas; esto se logra realizando una exhaustiva anamnesis, una valoración preoperatoria meticulosa, un adecuado plan de tratamiento, así como el acto quirúrgico. <sup>(7,9)</sup>

Cabe destacar, que en ocasiones aun cuando se realiza un adecuado estudio preoperatorio pueden surgir complicaciones; sin embargo, este puede ser predecible y tratarse de manera convencional. <sup>(9)</sup>

## **1. ESTUDIOS PREVIOS A LA CIRUGÍA**

### **1.1 HISTORIA CLÍNICA**

Es el cuestionamiento que se le realiza al paciente, con el fin de recabar datos concernientes a su salud, sus cambios y evolución a través de toda su vida, antecedentes personales patológicos y no patológicos.

Como en toda área médica y odontológica, la historia clínica tiene un papel importante al momento de realizar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. <sup>(10,11)</sup>

### **1.2 EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD BUCAL**

Realizar palpación y observación de tejidos duros y blandos de la zona a intervenir ayuda valorar el tamaño del órgano dentario, posición de este, su relación con otros órganos dentarios y así mismo permite en ocasiones clasificar y evaluar el grado de complejidad del procedimiento quirúrgico. <sup>(10)</sup>

### **1.3 IMAGENOLÓGÍA**

Es indispensable realizar la toma de una radiografía que permita observar al tercer molar y todas las estructuras que rodean; para ello se puede realizar, una radiografía panorámica u ortopantomografía.

También las radiografías periapicales son de gran utilidad, puesto que permite valorar con más detalle la zona a operar.

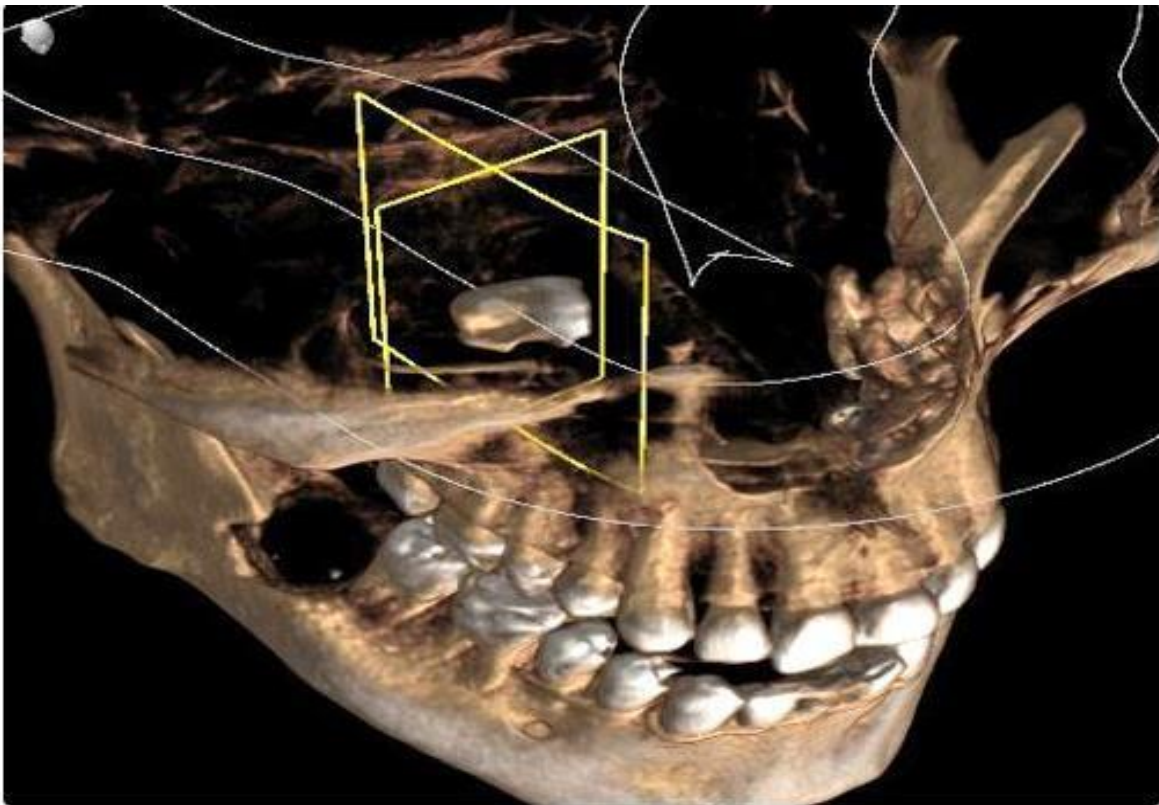
Con un estudio radiográfico aunado a la revisión clínica, es posible establecer la complejidad de la cirugía. <sup>(11)</sup>

## 1.4 TOMOGRAFÍA

La tomografía computarizada es una técnica de gran utilidad en el diagnóstico de terceros molares puesto que, se obtienen imágenes de las estructuras de cabeza y cuello en tres dimensiones; con este método es posible diagnosticar patologías y realizar un diagnóstico preciso. (12,13)

La tomografía computarizada es un estudio que da una imagen tridimensional de esta manera permite localizar los terceros molares desplazados, en ella se observa la ubicación exacta (ver figura No.1). (14,15)

**Figura No. 1** Tomografía computarizada.



Fuente: Romero H, Velázquez Romero ME, Molina J, Rodríguez Flores JA. Complicaciones del senomaxilar en odontología. Dentoista y Paciente. 2019.

## 2. ANATOMÍA

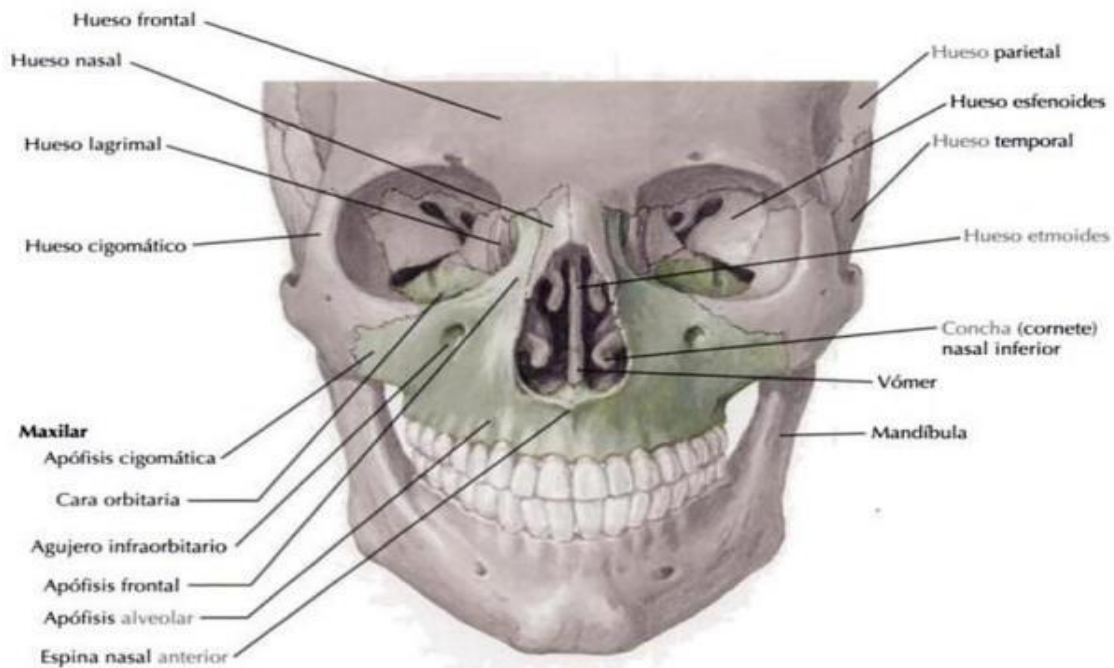
### 2.1 HUESO MAXILAR

Hueso par, cada maxilar presenta un cuerpo y cuatro apófisis: frontal, cigomática, palatina y alveolar; ambos maxilares se unen entre sí a nivel de la línea media, a través de sus apófisis palatinas. <sup>(15,16)</sup>

En su interior se encuentra una cavidad, recubierta de mucosa y rellena de aire, denominada seno maxilar. <sup>(16)</sup>

Se encuentra en el centro de la cara, debajo del frontal y del etmoides; se articula con estos huesos y con el maxilar superior del otro lado, cigomático, unguis, hueso lagrimal propio de la nariz, vómer y concha nasal inferior (ver figura No. 2). <sup>(17)</sup>

**Figura No. 2** Hueso maxilar cara anterior



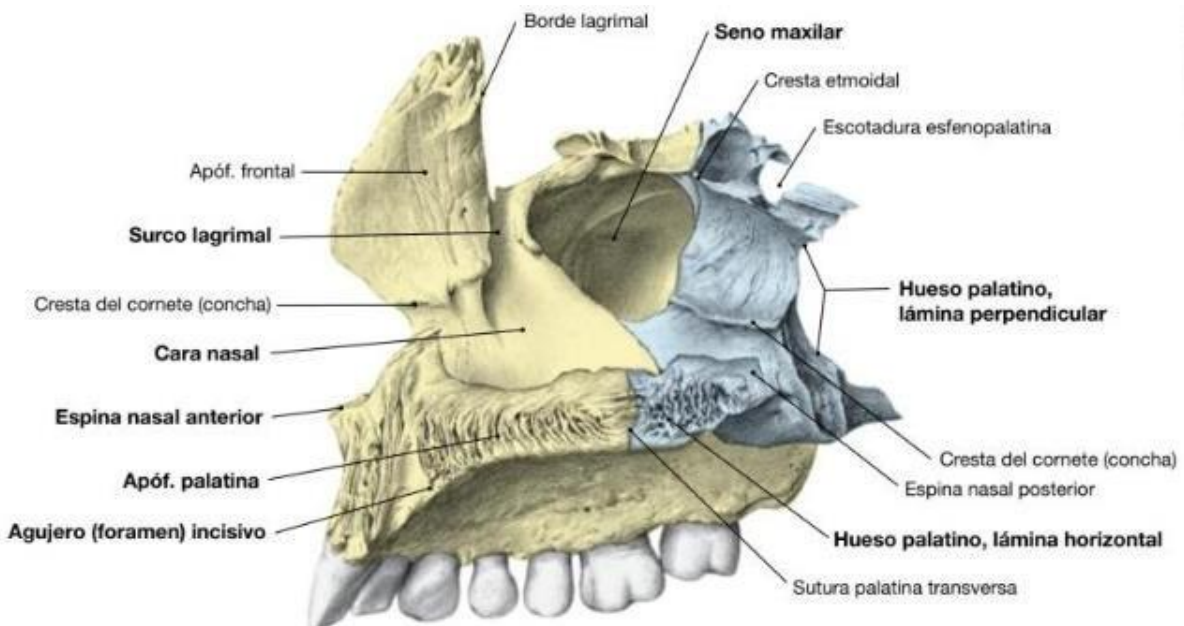
Fuente: Norton NS. Netter Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos. 3rd ed. España:Elsevier; 2018.

- Cuerpo

Porción más grande del hueso y es donde se alojan los senos paranasales. Se conecta con 4 porciones: órbita, cavidad nasal, fosa infratemporal y cara.

- Apófisis frontal. Se articula con el hueso nasal, frontal, etmoides y lagrimal
- Apófisis cigomática. Se articula con la apófisis maxilar de hueso cigomático.
- Apófisis palatina. Forma el paladar duro; en la porción anterior está el agujero incisivo.
- Apófisis alveolar. Es la región donde alojan los dientes. (ver figura No.3 y 4). (16,18)

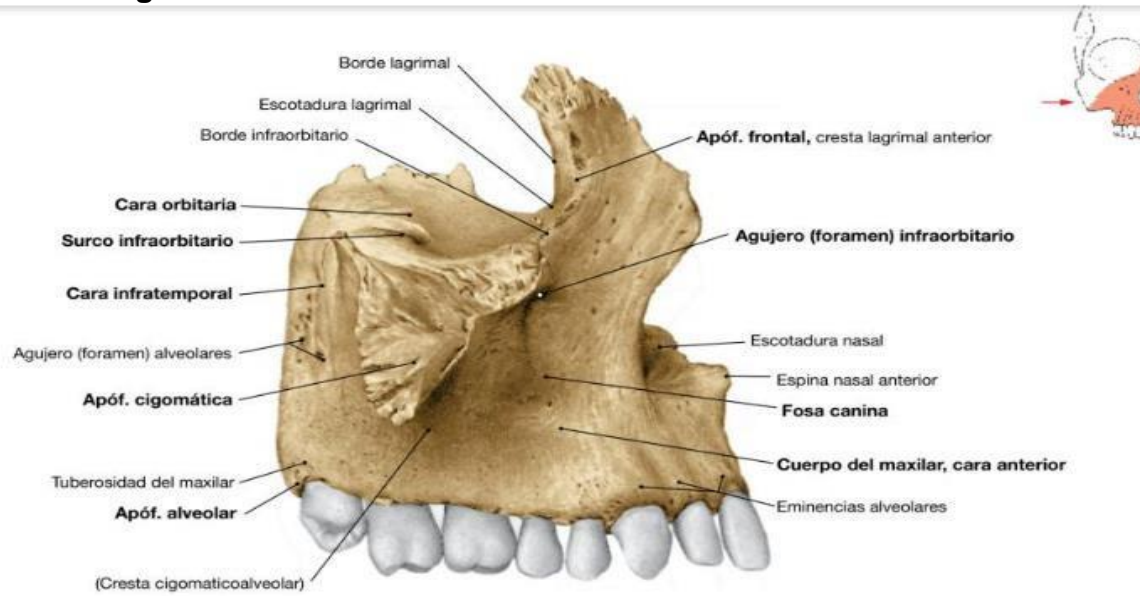
**Figura No. 3** Hueso maxilar cara medial



Fuente: Paulsen F, Waschke J. Sobotta. Atlas de anatomia humana vol 3 Cabeza, cuello y neuroanatomía. Tomo 3. 24th ed.: Elsevier; 2018.



**Figura No. 4** Hueso maxilar cara lateral.



Fuente: Paulsen F, Waschke J. Sobotta. Atlas de anatomia humana vol 3 Cabeza, cuello y neuroanatomía. Tomo 3. 24th ed.: Elsevier; 2018.

## 2.2 NERVIO MAXILAR

Pasa desde la fosa craneal media hacia la fosa pterigopalatina a través del agujero redondo. Da origen a 4 ramos en la fosa pterigopalatina.

### ❖ Ramos del cráneo

Después de separarse del ganglio trigeminal, existe un pequeño ramo, el nervio meníngeo medio, que inerva la duramadre.

### ❖ Ramos de la fosa pterigopalatina

-Alveolar superior posterior. Penetra la fosa infratemporal, pasa a lo largo de la tuberosidad del maxilar. Origina un ramo gingival que inerva la encía vestibular de los molares superiores. Inerva el seno maxilar.

-Cigomático. Penetra la pared lateral de la órbita, donde se divide el cigomático temporal y facial.

-Ramos ganglionares. Conectan con el ganglio pterigopalatino, contiene fibras para la glándula lagrimal.

-Infraorbitario. Atraviesa la fisura orbitaria inferior para llegar a la órbita, emerge en la cara por el agujero infraorbitario.

### ❖ Ramos del ganglio pterigopalatino

-Faríngeo. Inerva la nasofaringe.

-Nasal posterior superior. Pasa por el agujero esfenopalatino para entrar a la cavidad nasal y dar ramos posterior medial y lateral.

-Nasal posterior superior lateral. Inerva la pared lateral de la cavidad nasal (cornetes superior y medio).

-Nasal posterior superior medial. Inerva el tabique nasal.

-Palatino mayor. Entra al paladar duro por el agujero palatino mayor. Inerva las encías por palatino de premolar hasta el borde posterior de paladar duro.<sup>(18)</sup>

- Ramo nasal posterior inferior del nervio palatino mayor. Inerva la zona posterior de la pared lateral de la cavidad nasal.

-Palatino menor. Inerva el paladar blando

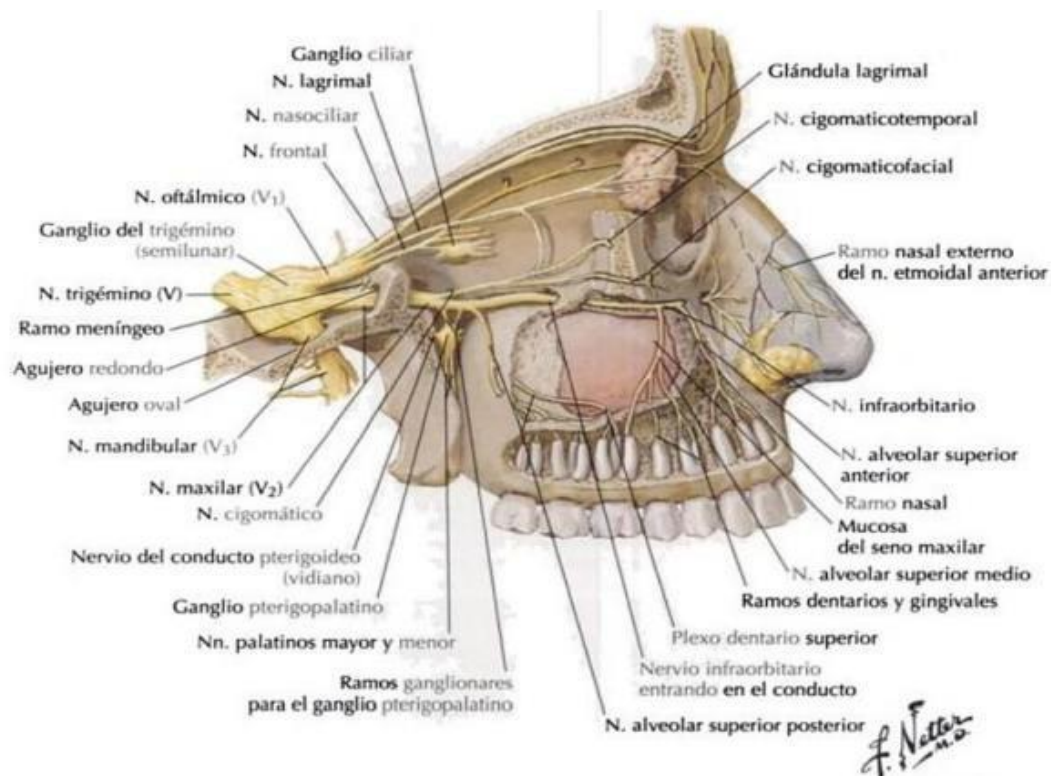
-Nasopalatino. Entra por el agujero esfenopalatino pasa por el tabique nasal hacia el conducto incisivo. Inerva las encías palatinas de incisivos a caninos.

❖ Ramo interior del conducto infraorbitario

-Alveolar superior media. Inerva el seno maxilar, premolares y las encías de los mismos dientes.

-Alveolar superior anterior. Inerva una porción del seno maxilar, dientes incisivos y caninos y las encías de los mismos dientes. (ver figura No.5). <sup>(18)</sup>

**Figura No. 5** Nervio Maxilar.



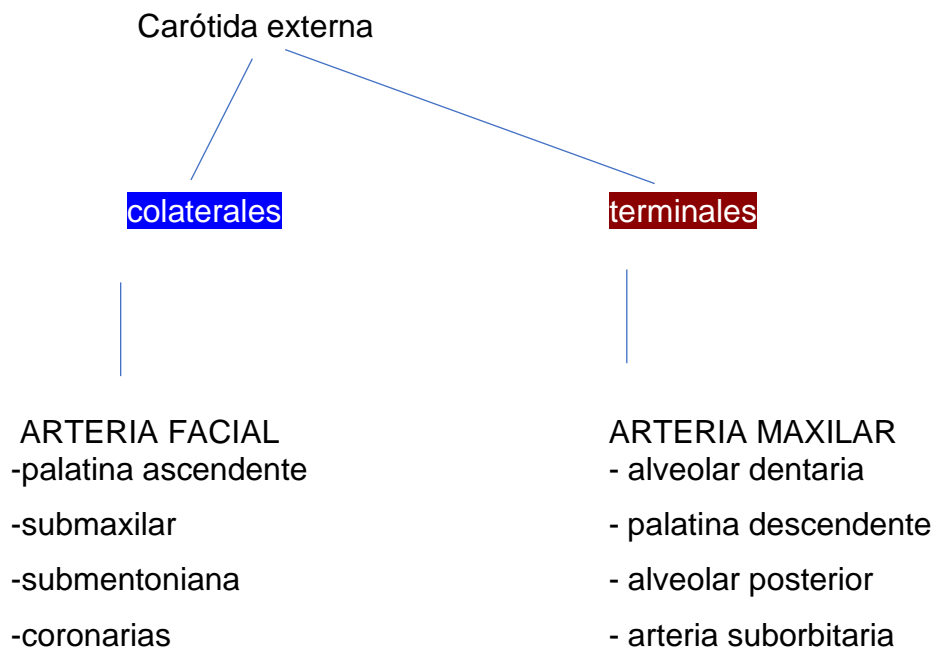
Fuente: Norton NS. Netter Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos. 3rd ed. España:Elsevier; 2018.

## 2.3 IRRIGACIÓN

La irrigación de la cabeza proviene de las arterias carótidas comunes, las cuales se bifurcan para dar la carótida interna y la carótida externa. <sup>(16)</sup>

La arteria carotina externa se divide en colaterales y terminales que a su vez se bifurca en 4 ramas colaterales y 4 terminales (ver figura No. 6).

**Figura No. 6** Irrigación



Fuente: elaboración propia, tomada de: Rouviere H, Delmas A. Anatomía Humana descriptiva, topográfica y funcional. Tomo 1 cabeza y cuello. 11ª. España: Masson: 2006.

## ARTERIA MAXILAR

❖ Alveolar dentaria: lateral al músculo pterigoideo interno. Se introduce con el nervio alveolar por el conducto dentario y termina en el agujero mentoniano.

Irriga molares, premolares, incisivos y caninos (ver figura No 6 y 7). <sup>(16)</sup>

❖ Palatina descendente

Nace a la altura de la fisura pterigomaxilar. Se introduce en el conducto palatino.

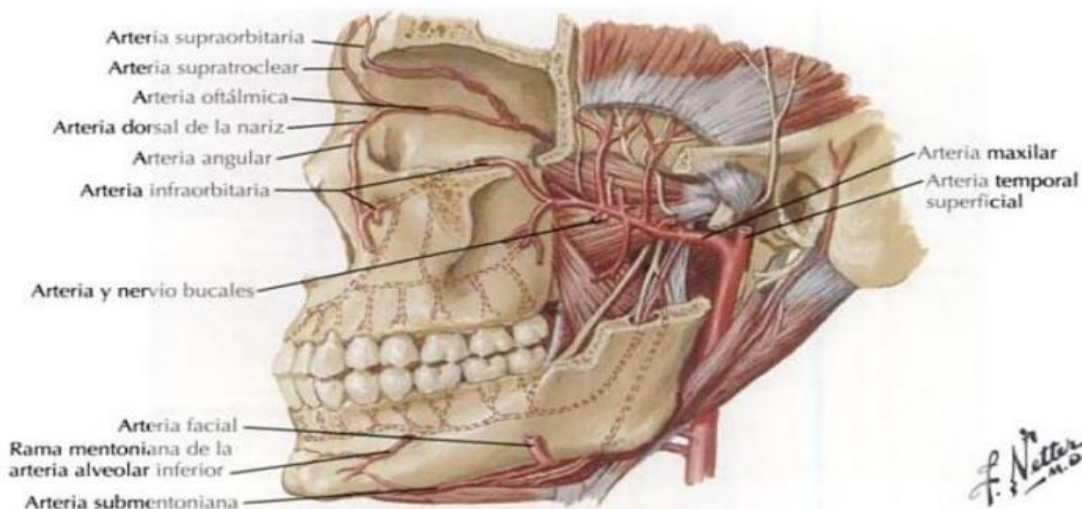
Da dos ramas: palatino mayor (irriga palada) y palatina menor (irriga paladar blando y úvula).

❖ Alveolar posterosuperior. Nace a la altura de la tuberosidad del maxilar  
Irriga seno maxilar molares y premolares

❖ Arteria suborbitaria. Se introduce por la fisura infraorbitaria y sale por el agujero suborbitaria.

Da ramos colaterales que irrigan incisivos y caninos.

**Figura No. 7** Irrigación Arterial



Fuente: Norton NS. Netter Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos. 3rd ed. España:Elsevier; 2018.

## 2.4 MÚSCULOS

Los músculos de la cabeza se dividen en dos grupos: de la masticación y músculos de la expresión facial.

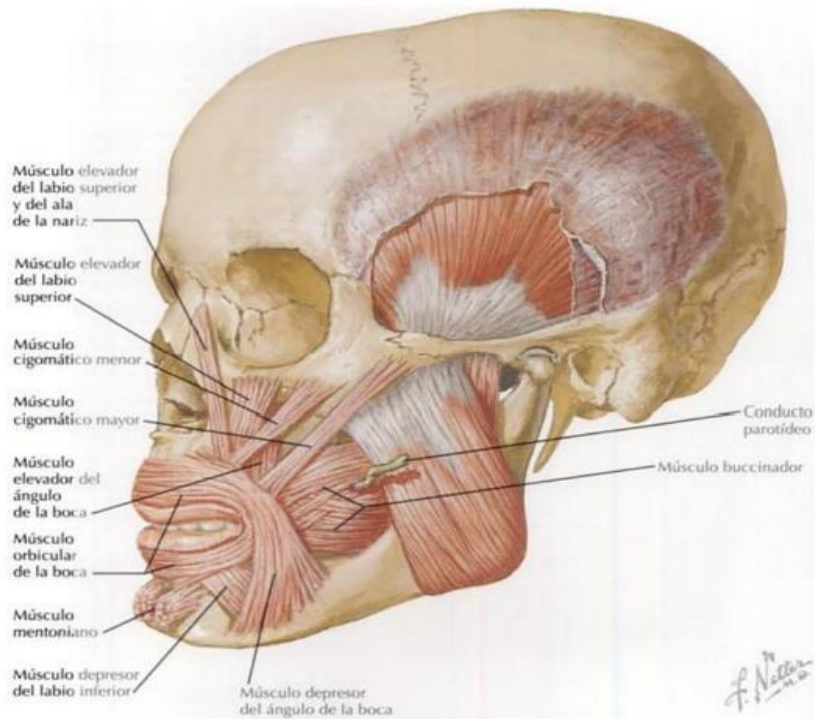
### ❖ Músculos de la masticación

- A) Temporal
- B) Masetero
- C) Pterigoideo Medial
- D) Pterigoideo Lateral

Características de los músculos de la masticación

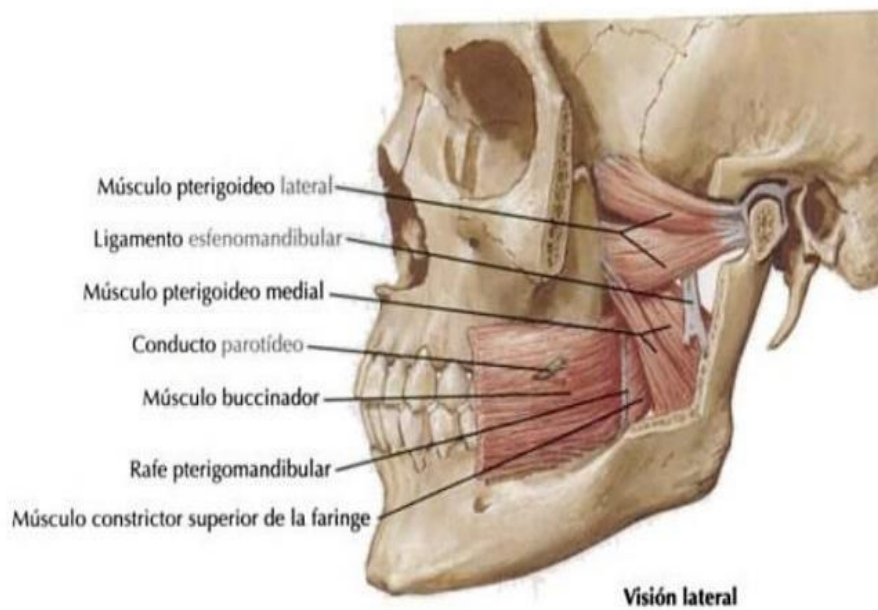
- Se derivan del primer arco faríngeo.
- Se originan del cráneo (excluyendo al masetero que se origina de los huesos de la cara).
- Se insertan en la mandíbula.
- Se inervan por el nervio mandibular.
- Causan el movimiento de la mandíbula como: elevación, descenso, protrusión, retrusión, retracción y lateralidad (ver figura No. 8 y 9). <sup>(15,16)</sup>

**Figura No. 8** Músculos de la masticación



Fuente: Norton NS. Netter Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos. 3rd ed. España:Elsevier; 2018.

**Figura No. 9** Músculos de la masticación.



Fuente: Norton NS. Netter Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos. 3rd ed. España:Elsevier; 2018.

### ❖ **Músculos de la expresión facial**

Estos músculos se dividen en seis grupos: bucal, nasal, orbitario, articular, del cuero cabelludo y del cuello (ver figura No. 10). <sup>(16,18)</sup>

#### **Primer grupo**

- A) Orbicular de la boca.
- B) Depresor del ángulo de la boca.
- C) Elevador del ángulo de la boca.
- D) Cigomático mayor.
- E) Cigomático menor
- F) Elevador del ángulo superior.
- G) Elevador del labio superior y del ala de la nariz.
- H) Risorio.
- I) Depresor del labio inferior
- J) Mentoniano.
- K) Buccinador

#### **Segundo grupo**

- A) Nasal
- B) Depresor del tabique
- C) Prócer

#### **Tercer grupo**

- A) Orbicular del ojo
- B) Corrugador de la ce(superciliar)



### Cuarto grupo

- A) Auricular anterior.
- B) Auricular superior.
- C) Auricular posterior.

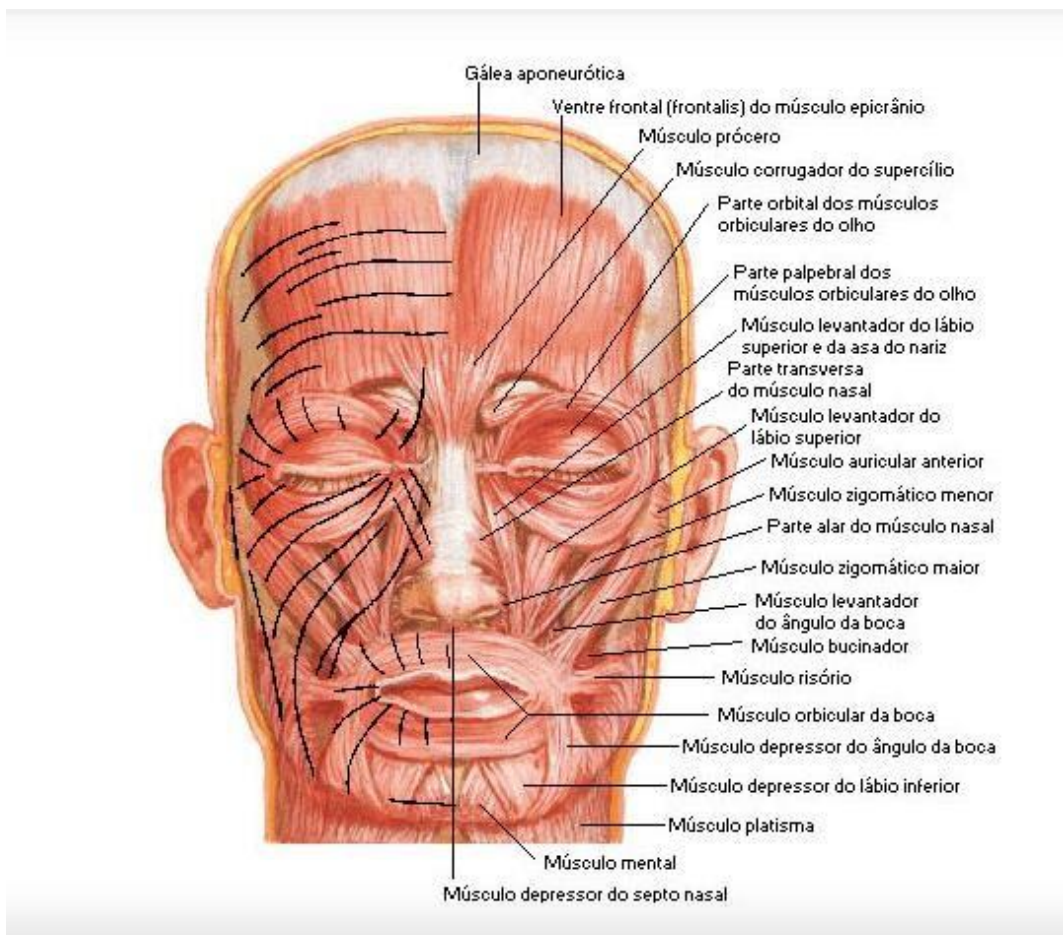
### Quinto grupo

- A) Frontal
- B) Occipital

### Sexto grupo

- A) Platisma

**Figura No. 10** Músculos de la expresión facial



Fuente: Netter FH. Atlas de Anatomía humana. 6th ed. Barcelona: Masson; 2015.

## 2.5 TERCER MOLAR SUPERIOR

El tercer molar inicia su calcificación entre los 7 y 9 años, la corona se termina de formar entre los 12 o 16 años y su erupción se estima entre los 18 y 25 años. <sup>(11,19)</sup>

Este órgano dentario tiene una gran variedad en su anatomía y su posición. Generalmente es tri o tetrarradicular; suele ser de menor tamaño que los demás molares.

La anatomía alveolar es muy parecida a la del segundo molar, y destaca por distal la presencia de la tuberosidad maxilar; la tuberosidad maxilar tiene una relativa fragilidad por lo que su fractura y desprendimiento no son rarezas operatorias.

La relación que existe con el seno maxilar es muy variable, pero suele ser muy cercana.

En la mayoría de los casos no erupcionan por sí solo, es decir que se encuentra total o parcialmente retenido en el hueso maxilar.

Los terceros molares superiores limitan con tres estructuras importantes: atrás con la tuberosidad del maxilar, arriba con el seno maxilar y hacia palatino con el agujero palatino mayor. <sup>(20)</sup>

Los ápices de los terceros molares tienen una estrecha relación con el seno maxilar, donde solo las separa la membrana de Scheiner, que tiene un grosor de aproximadamente 5-8 mm.

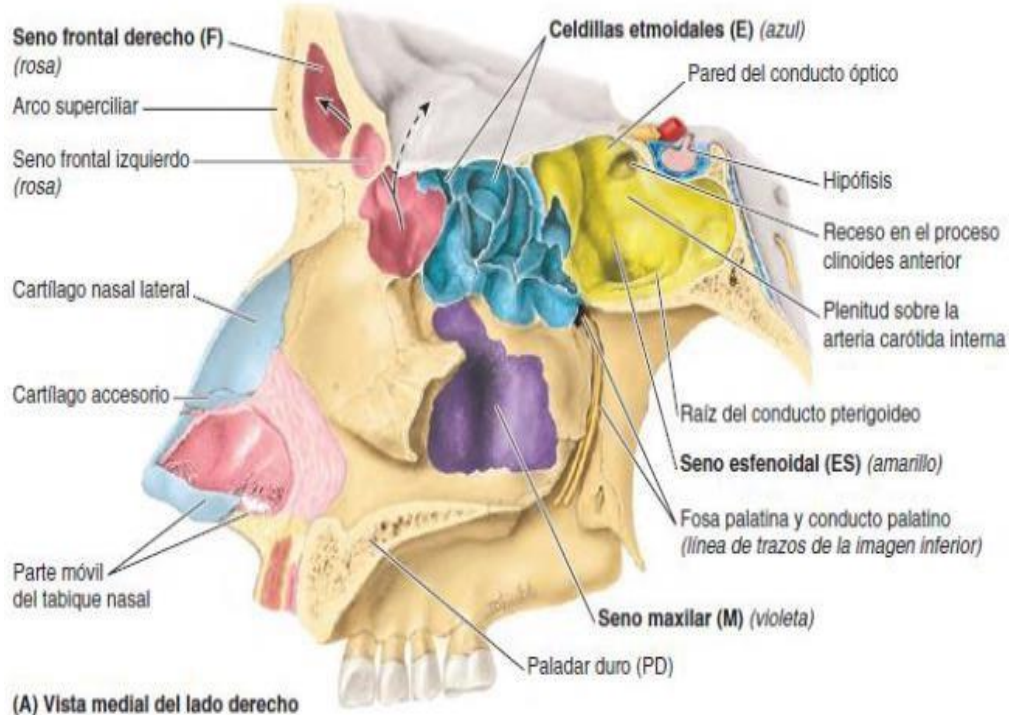
Realizar la avulsión de órganos dentarios retenidos puede resultar muy simple o complicada.<sup>(21)</sup> No obstante, un molar incluido presenta características particulares que hacen su avulsión más complicada comparada con otros órganos dentarios; por ello la valoración preoperatoria es indispensable para planear el actoquirúrgico.<sup>(22)</sup>

## 2.6 SENO MAXILAR

Es una cavidad que se encuentra en el cuerpo del maxilar justo detrás del canino y los premolares; es el más grande de los senos paranasales. <sup>(23)</sup>

Tiene forma piramidal, con su base a la pared nasal lateral y un ápice extendido dentro del proceso cigomático del maxilar; se puede distinguir del seno maxilar una base interna (nasal), un vértice cigomático o malar (orientado hacia el cuerpo del hueso malar) y tres paredes, una pared superior u orbitaria constituida por una lámina ósea compacta que la separa de la cavidad orbitaria, una pared posterior, pterigomaxilar o tuberositaria, constituida por la parte posterior del maxilar posterior y, a su vez, está separada por las fosas craneales infratemporal y pterigopalatina, y una pared antero inferior o yugal, algo angulada, que se relaciona con la región geniana en su parte externa (ver figura No. 11).

**Figura No. 11** Seno Maxilar



Fuente: Moore KL, Agur AMR, Dalley AF, Gutiérrez A, Vasallo L, Fontán F, et al. Anatomía con orientación clínica [Internet]. 7a edición. Wolters Kluwer; 2013

Sus dimensiones varían entre cada paciente, pero, generalmente son simétricos. La pared superior, forma el piso de la órbita y se relaciona con el saco lagrimal.

La pared inferior está conformada por la apófisis alveolar del maxilar y el paladar óseo, se relaciona con los alvéolos dentarios del 1er y 2do molar. <sup>(24)</sup>

El seno maxilar se divide en tres compartimentos: a) anterior donde que lo ocupa el germen del premolar, <sup>(23)</sup> no profundo en su interior y separado del compartimento medio por un septo; b) compartimento medio, ubicado más posterior y profundo con relación al anterior, ocupado por el primer molar, y c) porción posterior, una cripta ósea que contiene las porciones calcificados del segundo premolar y la cripta del tercer molar, que permanece en la parte más alta con relación al germen del segundo molar (ver figura No 10). <sup>(24)</sup>

## **2.7 TUBEROSIDAD DEL MAXILAR**

La tuberosidad del maxilar es la extensión posterior del hueso maxilar, delimitado mesialmente por el último molar erupcionado y el seno maxilar, y distalmente por la fisura pterigopalatina y proceso piramidal del hueso palatino. <sup>(25)</sup>

Es indispensable para la estabilidad de una prótesis total y puede causar comunicación oroantral si se fractura. <sup>(26)</sup>

### 3. CLASIFICACIÓN DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES

Existen mínimas variaciones en la clasificación de terceros molares, ya que se basa en la angulación del tercer molar que son: retención vertical, retención disto-angular y retención mesio-angular; se han encontrado posiciones extrañas, poco frecuentes como: transversal, invertida u horizontal.

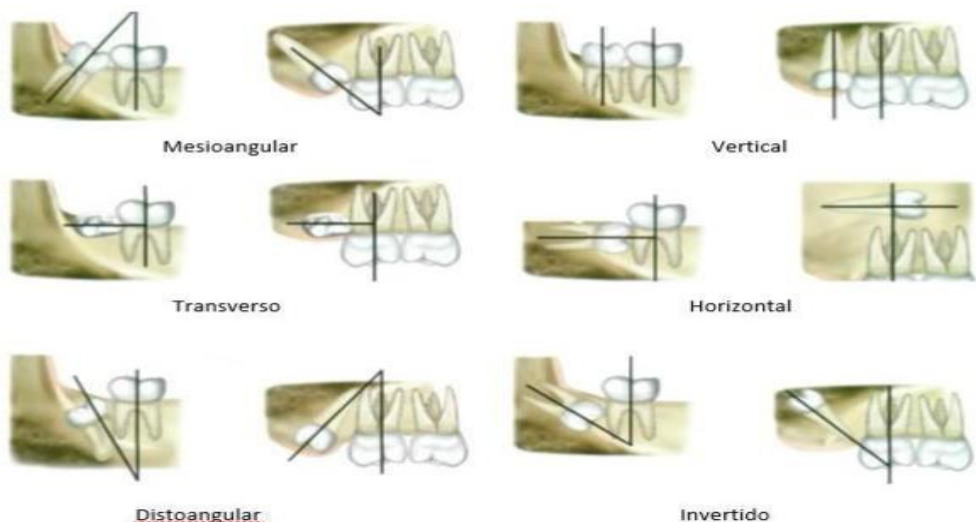
#### Clasificación de Winter

Winter propuso una clasificación tomando en cuenta la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar: mesio-angular, horizontal, vertical, disto-angular e invertido.

En el maxilar se toma en cuenta:

- Relación del órgano dentario con respecto a la tuberosidad maxilar y el segundo molar.
- Profundidad relativa del tercer molar en el hueso.
- Posición del órgano dentario en relación con el eje longitudinal del segundo molar (ver figura No. 12).<sup>(11)</sup>

**Figura No. 12** Clasificación de Winter



Fuente: Gay EC, Berini AL. Tratado de cirugía bucal tomo I. Ergón; Madrid: 2004

## CLASIFICACIÓN DE PELL Y GREGORY

**Clase I:** existe suficiente espacio entre la tuberosidad del maxilar y la pared distal del segundo molar para albergar el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

**Clase II:** el espacio entre la tuberosidad del maxilar y la cara distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.

**Clase III:** todo o casi todo el tercer molar está dentro de la tuberosidad del maxilar.

- **Posición A.** El punto más alto del órgano dentario incluido está al nivel, o por arriba, de la superficie oclusal del segundo molar.
- **Posición B.** El punto más alto del órgano dentario se encuentra por debajo de la línea oclusal, pero por arriba de la línea cervical del segundo molar.
- **Posición C.** El punto más alto del órgano dentario está al nivel, o debajo, de la línea cervical del segundo molar (ver figura No. 13). <sup>(11)</sup>

**Figura No. 13.** Profundidad del tercer molar superior Pell y Gregory



Fuente: Gay EC, Berini AL. Tratado de cirugía bucal tomo I. Ergón; Madrid: 2004

## RELACIÓN DEL TERCER MOLAR CON EL SENO MAXILAR

- Raíces en relación con el seno: no hay hueso o solo hay una delgada capa de hueso entre el tercer molar superior y el seno maxilar; la extracción de este órganodentario puede ocasionar una comunicación buco-sinusal.
- Raíces no están en relación con el seno: existe una distancia de 2 mm o más de hueso entre el tercer molar superior y el seno maxilar.

## 4. COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

### 4.1 HEMORRAGIA

Se considera una de las complicaciones más comunes tanto intraoperatorias como posoperatorias <sup>(27)</sup>. En un estudio realizado por Sayed Nabeel, menciona que el 0.7% de casos están asociados a esta complicación. <sup>(28)</sup>

La cirugía bucal es considerada como un procedimiento con pérdida de sangre autolimitada y con bajo riesgo de hemorragia, <sup>(29)</sup> sin embargo, como toda complicación debe ser prevenida, para ello realizar una historia clínica exhaustiva es fundamental, cuestionar al paciente si ha tenido problemas de sangrado en otras intervenciones o algún problema hemorrágico.

Los pacientes tienden a sangrar excesivamente debido a diferentes factores, como la terapia anticoagulante, la hipertensión no controlada y los traumatismos en tejidos blandos y estructuras óseas.

El control de sangrado durante la cirugía es un acontecimiento importante, ya que el sangrado excesivo puede complicar la cirugía y aumentar el riesgo de mortalidad. <sup>(28)</sup>



En el manejo de la hemorragia, la compresión local es una de las opciones que puede emplearse para frenar. Es posible realizar compresión simple, que consiste en la compresión repetida y controlada del sitio hemorrágico con gasa estéril.

También es posible utilizar una gasa estéril aunado a agentes hemostáticos como esponjas, sutura del sitio o afrontar los tejidos. <sup>(30)</sup>

Es posible realizar diferentes técnicas de hemostasia, esto dependerá del sitio de sangrado. Si el sangrado es a nivel ósea es posible utilizar cera para hueso, que permite taponar el conducto que ocasiona el sangrado. Cuando el sangrado es óseo alveolar el sangrado es ocasionado por vasos diminutos, en este caso es conveniente utilizar materiales hemostáticos como: gel-foam, oxixel, novacel, satín hemostático, etc; y finalmente colocar sutura.

Si existe sangrado en tejidos blandos es necesario realizar una sutura, puede ser en ocho, alrededor de la herida, puntos aislados, o cualquier punto de sutura que interrumpa el sangrado. <sup>(8,9)</sup>

## **4.2 COMUNICACIÓN BUCOSINUSAL**

La comunicación bucosinusal (CBS) se define como la pérdida de tejido duro y blando, provocando la unión entre la cavidad bucal y el seno maxilar. <sup>(31,32)</sup>

Esta complicación se asocia a tumores, quistes, infecciones, pero principalmente a la cirugía de tercer molar por la cercanía de las raíces con el seno maxilar, donde el tejido puede tener un grosor entre 1-7 mm. <sup>(32)</sup>

El diagnóstico puede realizarse mediante procedimientos clínicos y radiográficos. Durante el procedimiento quirúrgico se puede realizar mediante la maniobra de Valsalva, que consiste en comprimir los orificios nasales y pedir al paciente que exhale, de existir una comunicación se producirá burbujeo y ruido en la zona. <sup>(33)</sup>

Otras maniobras pueden incluir: realizar aspiración con ayuda de una cánula, que al colocarla en la zona afectada puede producir un ruido sordo y amplificado causado por el aire creado en el interior del seno. <sup>(23)</sup>



En una radiografía periapical se observa la discontinuidad de la línea radiopaca que delimita el piso del seno maxilar; mientras que en una panorámica se observa radiopacidad difusa del seno, comparado con el seno del lado opuesto.<sup>(34)</sup>

La CBS menores de 2 mm suelen cerrar por sí solas; sin embargo, en comunicaciones mayores, si no son atendidas, evolucionan a una CBS crónica<sup>(32)</sup> (fístula orosinusal una de las secuelas más preocupantes, la segunda es la sinusitis maxilar).

De existir una comunicación de 7 mm o mayor, el cirujano deberá considerar reparar la comunicación con un colgajo, para el cual es necesario remitir al paciente con un cirujano maxilofacial.

Está indicado realizar una sutura en ocho para preservar el coágulo en el alveolo. También puede colocarse esponjas de gelatina que son estimuladoras de la coagulación, antes de realizar la sutura.

La medicación en este tipo de complicaciones es indispensable para disminuir el riesgo de producir sinusitis maxilar. Antibióticos como amoxicilina, cefalexina o clindamicina deben prescribirse por 5 días; es necesario dar seguimiento a estos pacientes, si la comunicación continua después de dos semanas es necesario remitir con el cirujano maxilofacial.<sup>(9)</sup>

Para solucionar esta complicación se describen tres técnicas quirúrgicas: colgajo palatino rotatorio, colgajo vestibular desplazado y el colgajo de la bola adiposa de Bichat.

Para seleccionar la técnica a emplear, deberá tomarse en cuenta el tamaño, ubicación y evolución;<sup>(32)</sup> pero antes de iniciar el tratamiento el seno debe encontrarse limpio.<sup>(9)</sup>

El colgajo palatino está indicado cuando la CBS se encuentra sobre el reborde alveolar a nivel del primer molar y segundo premolar; su extensión depende del tamaño de la lesión.<sup>(35)</sup>

Se inicia con un trazo paralelo a la línea media del paladar dejando unos 3mm de separación; se deja 5 mm de separación entre el paladar duro y blando. <sup>(32)</sup>

### **Colgajo de la bola adiposa de Bichat**

Se realiza una incisión en fondo del surco vestibular, sobre el segundo molar y anterior al conducto de Stenon, posteriormente se disecciona el músculo buccinador y fascia bucofaríngea, luego presión en dirección al arco cigomático para la herniación de la bola de Bichat.

### **Colgajo vestibular**

Posterior a la anestesia, se realiza incisiones verticales divergentes vestibulares a nivel de los órganos dentarios adyacentes a la lesión para el levantamiento de un colgajo mucoperióstico; finalmente se avanza y posiciona el colgajo sobre el defecto y se fija con sutura absorbible. <sup>(32)</sup>

## **4.3 DESPLAZAMIENTO DE ORGANOS DENTARIOS AI SENO MAXILAR**

El desplazamiento del órgano dentario al seno maxilar presenta una frecuencia de entre 0,6% a un 3,8%.

La cercanía que existe entre el seno maxilar y las raíces de los molares es muy estrecha, por esta razón es común que los molares se desplacen a esta zona, principalmente por fuerzas excesivas o maniobras inadecuadas;<sup>(36)</sup> otros factores asociados son: la poca visibilidad, falta de conocimiento de la anatomía, falta de experiencia del cirujano y la distalización del tercer molar. <sup>(37)</sup>

Las raíces mesiobucales y distobucales del segundo molar superior tienen una cercanía en promedio de 1.5 mm con el seno maxilar al igual que la raíz palatina de la primera molar superior, de no conocer esto es posible el desplazamiento de estas raíces al seno maxilar.

Si se presenta esta complicación lo conveniente es no continuar con la cirugía, puesto que en la mayoría de los casos existe mayor desplazamiento del órgano dentario y existe mayor riesgo de sangrado; lo indicado es suturar, explicar al paciente lo sucedido, enviar antibioticoterapia y analgésicos, y finalmente remitirlo al hospital con el cirujano maxilofacial.

Para realizar el procedimiento es recomendable esperar de cuatro a seis semanas, para que el paciente desinflame y cicatrice; esto permite el encapsulamiento del órgano dentario que tiene como beneficio que, al ser intervenido nuevamente, el órgano dentario no se desplace. <sup>(8)</sup>

Lo correcto es realizar la remoción del órgano dentario para evitar futuras infecciones. Primero se debe intentar recuperarlo con la punta del aspirador en la apertura al seno maxilar; si esta técnica no funciona, se puede irrigar el seno con solución salina y la punta de la aspiración; de no lograr extraerlo con ninguna de las técnicas anteriores, deben evitarse más intentos y se tiene que prescribir al paciente tratamiento antibiótico y descongestionantes nasales. <sup>(36)</sup>

Algunos autores mencionan, que lo más indicado es utilizar primero la técnica de Caldwell-Luc; sin embargo, se puede llevar a cabo en un segundo intento.

La técnica consiste en elevar un colgajo de espesor total, que abarca desde el canino al primer molar con una base en fondo de saco; con una fresa redonda, se realiza una ventana lateral para acceder al seno maxilar e iniciar la exploración de este, y retirar el tercer molar desplazado; para finalizar, se cierra el colgajo y se colocan los puntos de sutura. <sup>(38)</sup>

#### **4.4 FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR**

Esta es una de las complicaciones de mayor preocupación, puesto que puede provocar sangrado excesivo o comunicación al seno maxilar. <sup>(8,9)</sup>

Una fractura se define como pérdida de la continuidad en el hueso. <sup>(39)</sup>

Los factores etiológicos responsables de la fractura de la tuberosidad maxilar durante la extracción de los molares superiores son, la presencia de un gran seno maxilar con paredes finas, un órgano dentario con grandes raíces divergentes o un número anormal de raíces y anomalías dentales, tales como la fusión de los órganos dentarios, anquilosis e hipercementosis; otro de los aspectos relacionados a esto es, la fuerza excesiva con el instrumental. <sup>(39,40)</sup>

Después de los 25 años de edad se presenta mayor riesgo de sufrir esta complicación, esto es debido a la densidad del hueso. <sup>(39)</sup>

De acuerdo con un estudio realizado por Aline Monise Sebastiani, la fractura de la tuberosidad sucede con mayor frecuencia en molares con posición vertical según la clasificación de de Pell y Gregory. <sup>(41)</sup>

Si ocurre una fractura, está indicado realizar la remoción del hueso con el órgano dentario; aunque es preocupante puesto que, se considera una porción anatómica importante en caso de requerir una prótesis total. <sup>(42)</sup>

Remover la porción afectada es considerado unos de los procesos más indicados a seguir, sin embargo, cuando se decide mantener la porción afectada se debe tener sumo cuidado de que quede perfectamente adherido al periostio.

La opción del tratamiento depende del tamaño del daño, esta puede ser parcial o total.; existen tres tipos de fracturas de acuerdo con el fragmento fracturado:<sup>(40)</sup>

-Fractura leve: una porción de la tuberosidad del maxilar se encuentra adherida al tercer molar.

-Fractura moderada: una porción mayor se encuentra adherida al órgano dentario extraído.

-Fractura severa: una gran porción de la tuberosidad y tejido pterigoideo se encuentran adheridos a la tuberosidad del maxilar.

Cuando la tuberosidad se ha fracturado, no es necesario reposicionarla; al cabo de dos a cuatro semanas el hueso se regenera.

Si la fractura sucede está indicado extraer el órgano dentario, suturar e inmovilizar con una férula. Por otro lado, se recomienda sutura y después de tres semanas realizar la extracción dental.

Sin embargo, el tratamiento más recomendado es estabilizar durante cuatro a seis semanas; pero en ocasiones el órgano dentario puede presentar infección o mucho dolor; donde lo ideal es realizar la cirugía del órgano dentario evitando eliminar la menor cantidad de hueso. <sup>(43)</sup>

Si esto sucede debe disecarse el fragmento óseo del órgano dentario y deben regularizar los bordes; otro punto importante es revisar si hubo comunicación al seno maxilar; de existir comunicación, debe suturar, indicar antibiótico y no hacer presión de aire.

Hay algunas opciones, la primera es realizar la extracción de 6-8 semanas después de entablillar el órgano dentario que se está extrayendo a los órganos dentarios contiguos.

La siguiente opción es separar la corona de las raíces y dejar pasar de 6-8 semanas para que esta se consolide; después de este tiempo se puede realizar el acto quirúrgico y retirar las raíces. <sup>(8,9)</sup>

Con base a toda la información anterior es importante que los profesionales del área odontológica manejen los conocimientos para evitar o prevenir complicaciones transoperatorias durante la realización de odontectomia de terceros molares superiores, por lo que es importante definir conocimiento.

## 5. CONOCIMIENTO

El conocimiento es una de las cualidades que destaca a los seres humanos, pues a partir de él es como puede entender y desarrollarse en su entorno. <sup>(44)</sup>

El conocimiento se adquiere de dos maneras “a priori”, es decir, sin experiencia o “a posteriori”, a través de la experiencia.

El conocimiento es considerado el conjunto de información procesada por una persona sobre un tema específico; algunos autores indican que el uso adecuado de información analizada representa un potencial de inteligencia, dando como resultado competitividad e innovación. <sup>(45)</sup>

Existen dos tipos de conocimiento: el “saber que” conocimiento declarativo que está asociado con la mente y el “saber cómo” conocimiento procedimental asociado con el cuerpo. <sup>(46)</sup>

El conocimiento declarativo se construye a partir del aprendizaje de conceptos, los cuales no se aprenden de forma literal si no lo que se comprende. <sup>(47)</sup>

El conocimiento procedimental es el que se ejecuta por habilidades, destrezas y métodos, se requiere de práctica. <sup>(48)</sup>

### 5.1 NIVELES DE CONOCIMIENTO

Los niveles de conocimiento se dividen en cuatro.

El primer nivel de conocimiento se denomina adquirido se basa en traer a la mente la información y poder plasmar un hecho.

El segundo nivel, es la aplicación de habilidades y conocimientos.

El tercer nivel es el análisis, donde se realiza planificación, justificación y razonamiento.

El cuarto nivel llamado aumento, el pensamiento va más allá del aprendizaje común y se da la oportunidad de utilizar lo aprendido en otro contexto. <sup>(49)</sup>

La forma en la que se evalúa el conocimiento es la que nos permite obtener el grado de asimilación de la información aprendida; nos permite identificar el grado de habilidades, actitudes, el grado de conocimiento adquirido sobre cualquier tema.

La medición es el proceso de asignar, según reglas bien definidas, números a propiedades de objetos. La evaluación incluye la medición.

Una escala de medición es el conjunto de los posibles valores que una cierta variable puede tomar. Existen cuatro escalas nominales, ordinal (consideradas categóricas), intervalos y escalas de proporción cociente o razón (escalas de medición). Las categóricas se usan para variables cualitativas y las de medición cuantitativas.

Una escala de medición ordinal se logra cuando las observaciones pueden colocarse en un orden relativo con respecto a la característica que se evalúa. En este tipo de escalas, los datos son mutuamente excluyentes (un individuo o medición pertenece únicamente a una categoría. Algunos de los ejemplos para esta escala son: notas escolares cualitativas (I - insuficiente; A - aceptable; B - bueno; S - sobresaliente; E - excelente) estas son escalas de rangos, que también pueden ir de malo a excelente, o deficiente a excelente. <sup>(50,51)</sup>

La evaluación del conocimiento debe prepararse con anticipación; tomar en cuenta cuando, cómo y dónde se realizará.

Los resultados de la evaluación del conocimiento nos permiten evaluar que tan efectivo es un plan de estudio y por ende la capacidad con la que egresan los alumnos.

Algunos de los instrumentos de evaluación del conocimiento son encuestas, cuestionarios, pruebas, entre otros.

### **Instrumento de evaluación**

El método que se utilizó para medir el nivel de conocimiento en esta investigación fue mediante un cuestionario; que es un método útil y apto para recabar información en un tiempo relativamente breve.

## **6. ESTUDIOS**

García L (2020) Perú, realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en estudiantes de la universidad de Santo Tomas de séptimo octavo y noveno semestre, donde midió el nivel de conocimiento, mediante una encuesta tipo cuestionario, sobre cómo manejar hemorragias donde concluyó que los alumnos tienen un nivel de conocimiento medio. <sup>(52)</sup>

Apaza M (2019) Perú, realizó un estudio descriptivo en alumnos del último año de odontología donde midió el conocimiento en hemorragias maxilofaciales, concluyendo que tienen un nivel de conocimiento deficiente. También realizó en su estudio la comparación entre géneros, donde encontró que tanto el género femenino como masculino tienen un nivel de conocimiento deficiente. <sup>(53)</sup>

Huyacan SF (2022) Perú, realizo un estudio no experimental descriptivo transversal en egresados de las universidades peruanas donde evaluó el nivel de conocimiento en hemorragias bucales donde concluyo que de manera global los egresados tienen un conocimiento regular; obtuvo el mismo resultado al realizar el recuento por género. <sup>(54)</sup>



### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las complicaciones en odontectomía de tercer molar superior son poco reportadas, la literatura menciona que entre el 8 y 11% de complicaciones son ocasionadas por este acto quirúrgico. <sup>(4)</sup>

La odontectomía de terceros molares, requiere de un amplio conocimiento sobre las complicaciones transoperatorias y postoperatorias. <sup>(4,5,6)</sup>

Algunas de las complicaciones transoperatorias que pueden suceder son: hemorragia, comunicación bucosinusal, desplazamiento al seno maxilar y fractura de la tuberosidad del Maxilar.

Estas complicaciones pueden ser ocasionadas por diferentes motivos como: aplicación de fuerza excesiva, planeación inadecuada, falta de visibilidad, uso inadecuado de instrumental y manejo precipitado.

En un estudio realizado en Perú, donde se midió el nivel de conocimientos, sobre cómo manejar hemorragias donde concluyó que los alumnos tienen un nivel de conocimiento medio. <sup>52)</sup>

Si bien los Cirujanos dentistas de práctica general, no deberían realizar cirugías de terceros molares, tienen la obligación de conocer las complicaciones que se pueden ocasionar durante un acto quirúrgico, esto con el fin de realizar tratamientos seguros y sin improvisaciones, evitando poner en peligro a los pacientes y de esta manera incurrir en una negligencia y por lo tanto delito ético y legal.

Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

**¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen los alumnos de servicio social de la carrera de Cirujano Dentista ante las complicaciones transoperatorias en odontectomía de tercer molar superior en el ciclo escolar 2021-2022?**

## **IV. OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Determinar el nivel de conocimiento que tienen los alumnos de servicio social de la Carrera de Cirujano Dentista ante las complicaciones transoperatorias en odontectomia de tercer molar superior.

### **ESPECÍFICOS**

1. Determinar el nivel de conocimiento que tienen los alumnos de servicio social de la carrera de cirujano dentista ante las complicaciones transoperatorias en odontectomia de tercer molar superior en el turno matutino,

2. Determinar el nivel de conocimiento que tienen los alumnos de servicio social de la carrera de cirujano dentista ante las complicaciones transoperatorias en odontectomia de tercer molar superior en el turno vespertino.

3. Determinar el nivel de conocimiento que tienen los alumnos de servicio social de la carrera de cirujano dentista ante las complicaciones transoperatorias en odontectomia de tercer molar superior en el género femenino.

4. Determinar el nivel de conocimiento que tienen los alumnos de servicio social de la carrera de cirujano dentista ante las complicaciones transoperatorias en odontectomia de tercer molar superior en el género masculino.

## **V. MATERIAL Y MÉTODO**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

Según Méndez y Col: <sup>(55)</sup> se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, prolectivo, observacional.

### **5.2 UNIVERSO**

246 alumnos de servicio social de la carrera de Cirujano Dentista del turno matutino y vespertino del ciclo escolar 2021-2022 que acepten participar en la investigación.

### **5.4 MUESTRA**

No se realizó, se tomó todo el universo

### **5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Alumnos inscritos en el servicio social de la carrera de Cirujano Dentista en el ciclo escolar 2021-2022

### **5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Alumnos que no contesten el cuestionario

Alumnos que no envíen el cuestionario a tiempo.

## 5.7 VARIABLES

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>OPERACIONALIZACIÓN</b>	<b>NIVEL DE MEDICIÓN</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>
Alumnos de servicio social	Estudiante de nivel superior que en México tiene la obligación de participar en actividades extracurriculares, una vez cumplido con el 70% de créditos. <sup>(56)</sup>	Alumnos del serviciosocial	Cuantitativa	Discontinua
Turno	Dicho de una persona o de una cosa a la que corresponde actuar en cierto momento, según la alternativa previamente acordada. <sup>(57)</sup>	Matutino	Cualitativa	Nominal
		Vespertino		
Género	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. <sup>(57)</sup>	Femenino	Cualitativa	Nominal
		Masculino		
Nivel de conocimiento	avance en la producción del saber y representan un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad. <sup>(58)</sup>	Escala Ordinal Excelente (11) Bueno (9-10) Regular (7-8) Malo (0-6)	Cualitativa	Ordinal

## 5.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario para tesis de complicaciones transoperatorias en cirugía de tercer molar superior de 11 preguntas (ver anexo No 1).

## 5.9 TÉCNICA

1. Se realizó un cuestionario titulado “Conocimiento de los alumnos del servicio social de la carrera de Cirujano Dentista ante las complicaciones transoperatorias en odontectomía de tercer molar superior”, de 11 preguntas de opción múltiple; en el cual se especificó que era únicamente para la realización de una tesis y no afectaría en absoluto su calificación. De igual manera la encuesta contaba con instrucciones para contestarlo.
2. Una vez terminada se realizó una prueba piloto del cuestionario de 11 preguntas, a un grupo de 4to año para verificar que las preguntas fueran claras. Con un valor de alfa de Cronbach de 0,7
3. El cuestionario definitivo se envió vía watsapp, en un grupo realizado por los encargados del servicio social; en donde estaban 246 alumnos registrados en el ciclo escolar 2021-2022. Se envió el link que los dirigía a la plataforma de Google forms.
4. Después de enviar el enlace del cuestionario realizado en Google forms, se estableció un periodo de dos semanas, en el cual los alumnos al momento de entrar al enlace solo tuvieron una oportunidad para responder el cuestionario.
5. Cuando se envió el enlace se les comentó a los alumnos cuantas preguntas encontrarían y que no les tomaría mucho tiempo contestar.
6. El primer día solo contestaron tres personas; a los dos días se hizo un recordatorio para contestar; las respuestas incrementaron a 27.
7. A los cuatro días se realizó un nuevo recordatorio, solo contestaron 3 personas más.
8. Al pasar una semana se pidió nuevamente unos minutos de su tiempo a las personas que aún no respondían. Aumentando a 40 respuestas.

9. En la segunda semana se realizaron dos recordatorios obteniendo 23 respuestas el primer día, dos días después hubo 3 respuestas más cerrando con 66, el último día establecido para recabar las respuestas se hizo un nuevo recordatorio, pero no hubo más respuestas.

10. Al cabo de dos semanas, solo hubo 66 respuestas.

11. Mediante escala ordinal, que va de excelente a malo, se evaluó el nivel de conocimiento, la cual depende de la cantidad de respuestas correctas que presentó el alumno; es decir excelente es el mayor número de respuestas correctas, bueno cuando solo se falla en una o dos preguntas, regular al tener más del 50% de respuestas correctas, malo inferior a 50% de respuestas correctas. <sup>(50,51)</sup>

## **5.10 RECURSOS**

Humanos:

Tesista Brenda Yarid Galán Fuentes

Alumnos de servicio social de la carrera de Cirujano Dentista.

Director de tesis: C.D. Raúl Flores Díaz

Asesor de tesis: C.D Ángel Francisco Álvarez

Asesora de tesis: C.D Laura Ivonne Luna Hernández

Sinodal: Dra. Josefina Morales Vázquez

Sinodal: C.D Maricruz García Castro

Materiales

- Computadora
- Cuestionarios
- Impresora
- Copias para el director, para los asesores y para los sinodales
- Libros
- Artículos
- Internet
- Plataforma: Google forms

Físicos

Instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Financieros

Cubiertos por la tesista

### **5.11 DISEÑO ESTADÍSTICO**

- ✓ Recolección de datos
- ✓ Ordenar de acuerdo con las variables
- ✓ Análisis estadístico, frecuencias, y porcentaje
- ✓ Elaboración de cuadros y figuras
- ✓ Análisis de los resultados

## VI. BASES ÉTICAS Y LEGALES

La presente investigación se basó en la declaración de Helsinki, la cual habla de los principios éticos en investigación con humanos.

De acuerdo con la declaración, “El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.”

Menciona que, “el principal propósito de la investigación en áreas humanas es comprender las causas, la evolución y efectos de las enfermedades mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos)”.

El objetivo principal de la investigación médica es, “generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación”.

En la investigación médica “es deber del investigador proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación”.

“La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente”.

“La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.”

“El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación”.

“El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado.”



“Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.”

“La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.”<sup>(59,60)</sup>

## VII. RESULTADOS

En esta sección se encontrarán frecuencias y porcentajes del total de alumnos que se encuestaron tanto por turnos como por género y finalmente de manera global.

El total de alumnos en Servicio Social encuestados en el ciclo escolar 2021-2022 fueron 66.

Del total de alumnos encuestados (34) 52% fueron del turno matutino y (32) 48% del turno vespertino, como podemos ver el mayor porcentaje de alumnos encuestados fueron del turno vespertino (ver cuadro y figura No.1).

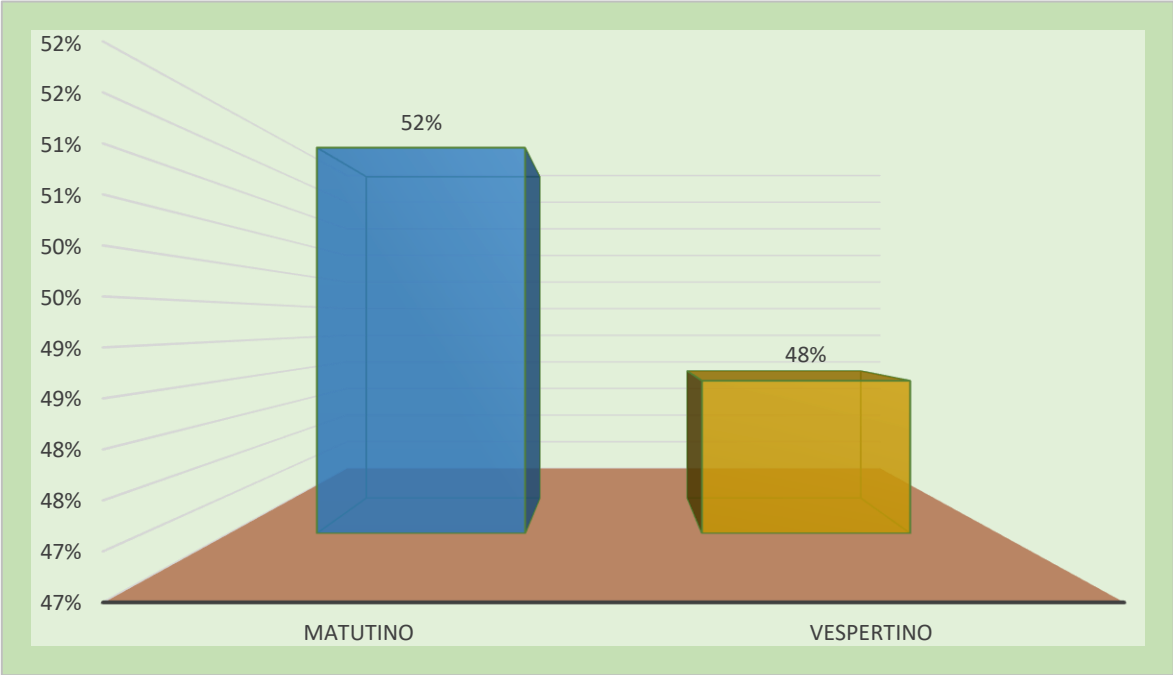
**Cuadro No. 1** Frecuencia y porcentaje de alumnos en Servicio Social encuestados en el ciclo escolar 2021-2022, por turno.

TURNO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MATUTINO	34	52
VESPERTINO	32	48
TOTAL	66	100

\*F.D

\*F.D Fuente Directa. Galán FBY

**Figura No. 1** Porcentaje de alumnos en Servicio Social encuestados en el ciclo escolar 2021-2022, por turno.



\*F.D

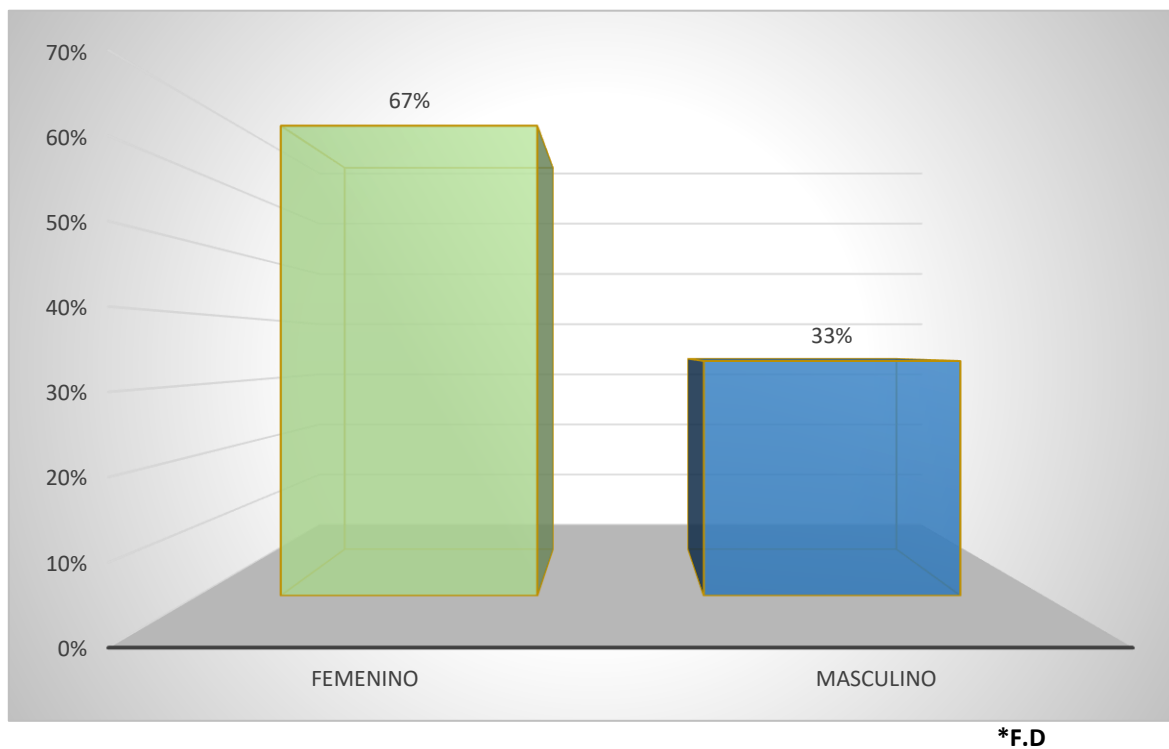
Del total de alumnos encuestados (44) 67% fueron del género femenino y (22)33% del masculino; como podemos ver el mayor porcentaje fue del género femenino. (ver cuadro y figura No. 2)

**Cuadro No. 2** Frecuencia y porcentaje de alumnos encuestados, por género.

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	44	67
MASCULINO	22	33
TOTAL	66	100

\*F.D

**Figura No. 2** Porcentaje de alumnos encuestados, por género.



Del turno matutino para la pregunta uno, **la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar de los cuales** (22) 65% respondieron A (**Pell y Gegory**), (11) 32% respondieron B (**Winter**); 0% respondieron C (**Sánchez Torres**); (1) 3% opción **D (Archer)**.

Del turno vespertino (21) 66% respondieron A; (7) 22% respondieron B; (3) 9% respondieron C; (1) 3% opción D.

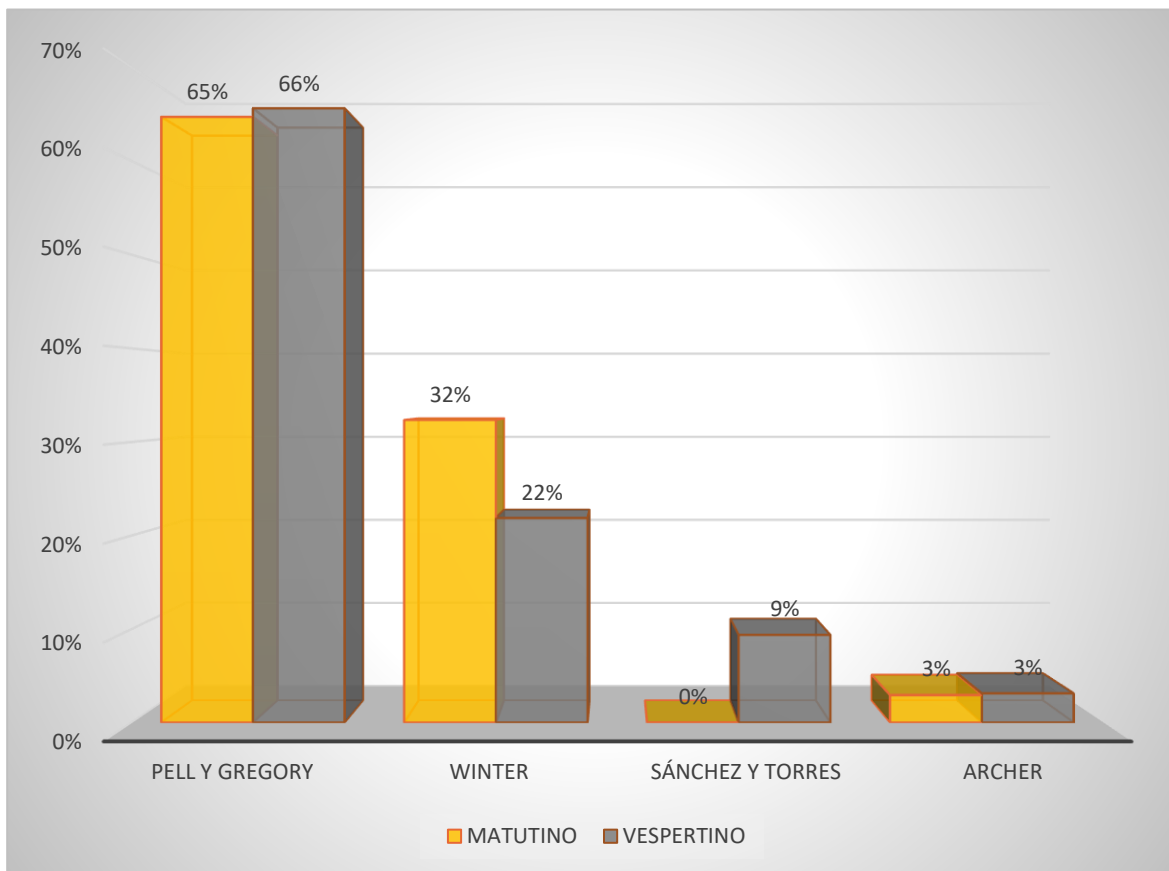
La respuesta correcta a esta pregunta es **B (Winter)**. Del turno matutino el (11) 32% contestó correctamente, y del turno vespertino sólo el (7) 22% contestó correctamente (ver cuadro y figura No. 3).

**Cuadro No. 3** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la clasificación que valora la posición del tercer molar, por turno.

OPCIÓN	TURNO			
	MATUTINO		VESPERTINO	
	f	%	f	%
A	22	65	21	66
B	11	32	7	22
C	0	0	3	9
D	1	3	1	3
TOTAL	34	100	32	100

\* F.D

**Figura No. 3** Porcentaje de la respuesta a la clasificación que valora la posición del tercer molar, por turno.



\* F.D

Del turno matutino para la pregunta 2, **En una comunicación bucosinusal causada por odontectomia de tercer molar superior, la cual presenta una dimensión de 2 mm, ¿cuál sería el procedimiento a seguir?** de los cuales (8) 24% respondieron A (**no es necesario realizar algún tipo de procedimiento**), (3) 9% respondieron B (**palpar el alveolo con una legra**); (14) 41% respondieron C (**colocar una esponja de gelatina y suturar**); (9) 26% respondieron D (**realizar un colgajo vestibular**).

Del turno vespertino, (5) 16% respondieron A; (7) 22% respondieron B; (18) 56% respondieron C; (2) 6% respondieron D.

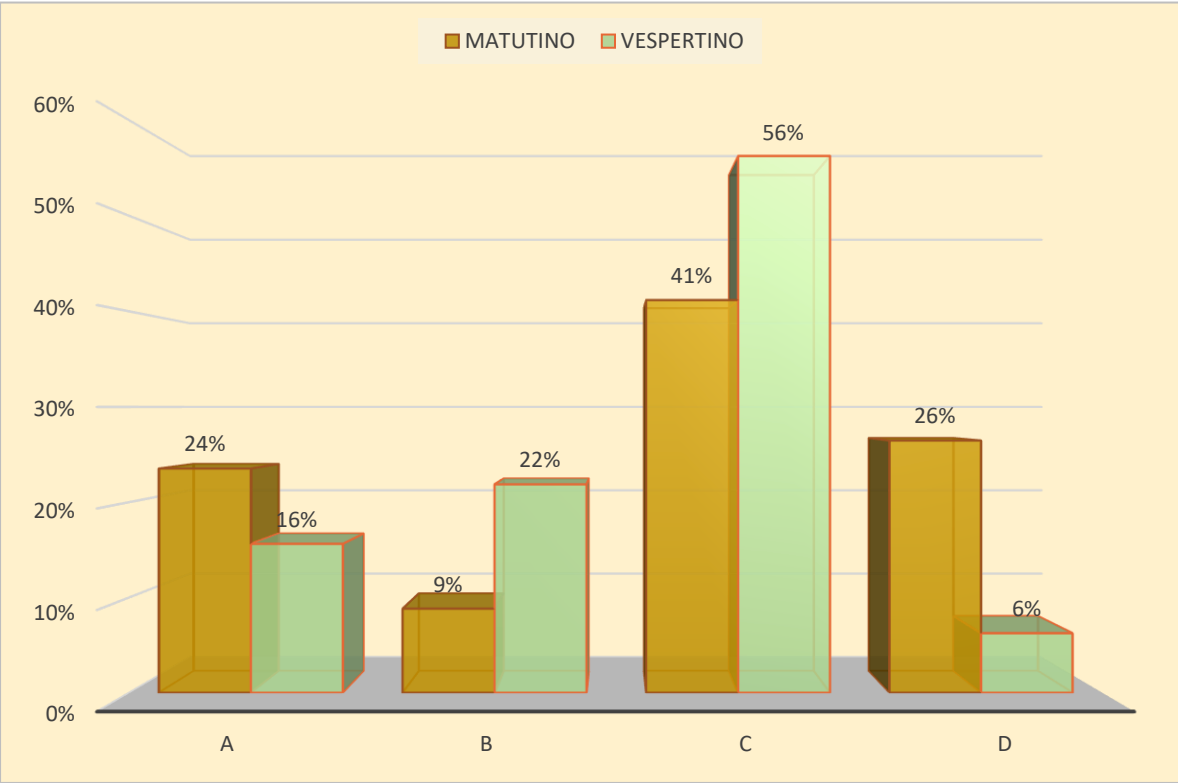
La opción correcta a esta pregunta es **A (no es necesario realizar algún tipo de procedimiento quirúrgico, ya que cicatriza espontáneamente)**. Del turno matutino el (8) 24% contestó correctamente, por otro lado, el turno vespertino solo el (5) 16% contestó correctamente (ver cuadro y figura No. 4).

**Cuadro No. 4** Frecuencia y porcentaje de la respuesta del procedimiento a seguir en una comunicación bucosinusal, por turno.

OPCIÓN	TURNO			
	MATUTINO		VESPERTINO	
	f	%	f	%
A	8	24	5	16
B	3	9	7	22
C	14	41	18	56
D	9	26	2	6
TOTAL	34	100	32	100

\*F.D

**Figura No.4** Porcentaje de la respuesta del procedimiento a seguir en una comunicación bucosinusal, por turno.



\*F.D



Del turno matutino para la pregunta 3, **Da inervación a la mucosa del seno**, (11) 32% respondieron A (**nervio nasopalatino**), (1) 3% respondieron B (**nervio cigomático**); (13) 38% respondieron C (**nervio alveolar superior posterior**); (9) 26% respondieron D (**nervio infraorbitario**).

Del turno vespertino, (11) 34% respondieron A; (4) 13% respondieron B; (11) 34% respondieron C; (6) 19% respondieron D.

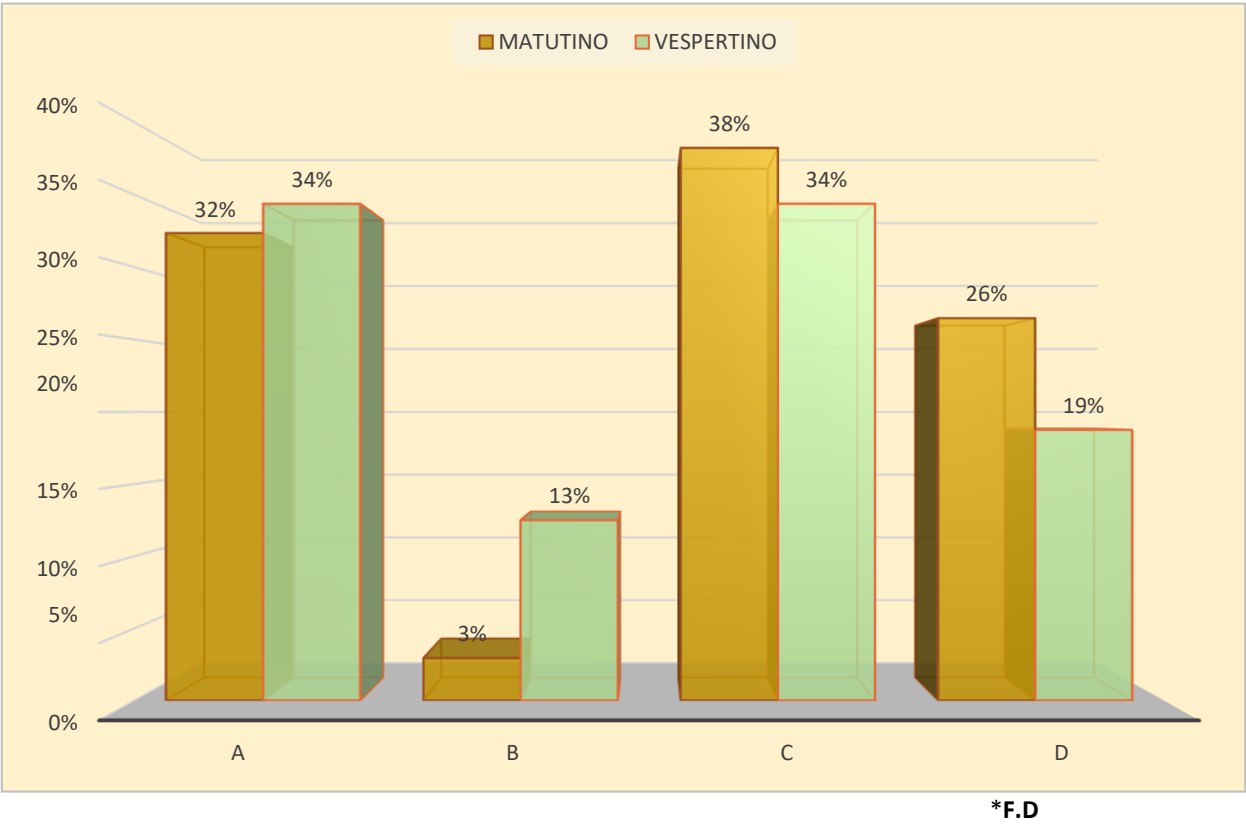
La opción correcta a esta pregunta es **C (nervio alveolar superior posterior)**. Del turno matutino el (13) 38% contestó correctamente, por otro lado, del turno vespertino el (11) 34% contestó correctamente. (ver cuadro y figura No. 5)

**Cuadro No. 5** Frecuencia y porcentaje de la respuesta de la inervación a la mucosa del seno maxilar, por turno.

OPCIÓN	TURNO			
	MATUTINO		VESPERTINO	
	f	%	f	%
A	11	32	11	34
B	1	3	4	13
C	13	38	11	34
D	9	26	6	19
TOTAL	34	100	32	100

\* F.D

**Figura No. 5** Porcentaje de la respuesta a la invasión de la mucosa del seno maxilar, por turno.



Del turno matutino para la pregunta 4, **De las siguientes técnicas, ¿cuál es correcta ante una hemorragia?**, (16) 47% respondieron A (**colocar una gasa comprimir hasta detener el sangrado**), (6) 18% respondieron B (**colocar más anestésico para detener el sangrado, comprimir con gasa y suturar**); (9) 26% respondieron C (**comprimir con gasa, colocar cera para hueso y suturar**); (3) 9% respondieron D (**colocar más anestésico, suturar y comprimir con gasa**).

Del turno vespertino, (14) 44% respondieron A; (10) 31% respondieron B; (6) 19% respondieron C; (2) 6% respondieron D.

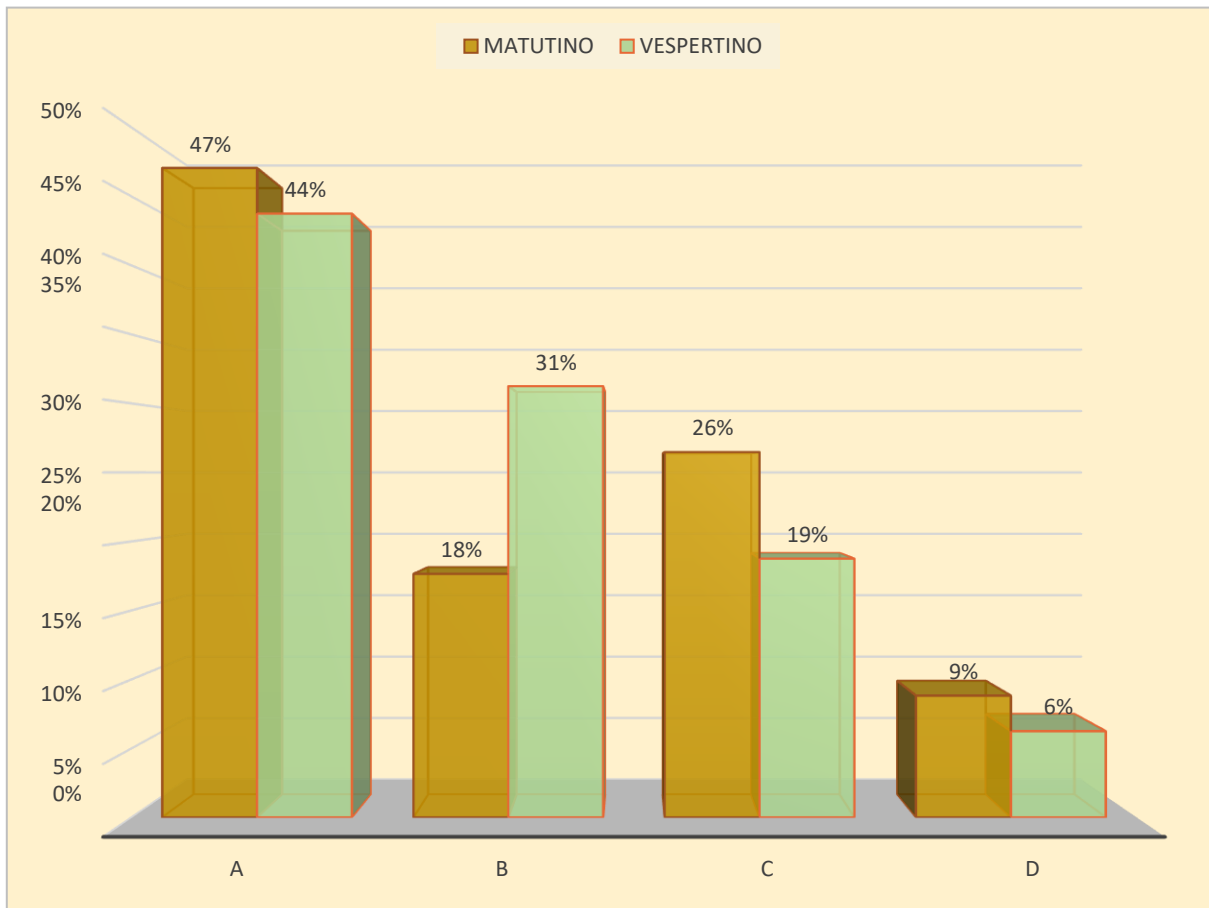
La opción correcta a esta pregunta es **A (colocar una gasa comprimir hasta detener el sangrado)**. Del turno matutino el (16) 47% contestó correctamente, por otro lado, el turno vespertino solo el (14) 44% contestó correctamente. (ver cuadro y figura No. 6)

**Cuadro No. 6** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la técnica correcta ante una hemorragia, por turno.

OPCIÓN	TURNO			
	MATUTINO		VESPERTINO	
	f	%	f	%
A	16	47	14	44
B	6	18	10	31
C	9	26	6	19
D	3	9	2	6
TOTAL	34	100	32	100

\* F.D

**Figura No. 6** Porcentaje de la respuesta de la técnica ante una hemorragia, por turno.



\*F.D

Del turno matutino para la pregunta 5, **Consiste en comprimir los orificios nasales y pedir al paciente que exhale, de existir una comunicación bucosinusal se producirá burbujeo y ruido en la zona**, (25) 73% respondieron A (**Técnica Valsalva**), (4) 12% respondieron B (**Técnica de Highmore**); (3) 9% respondieron C (**Técnica de Caldwell-Luc**); (2) 6% respondieron D (**Técnica de Nelaton**).

Del turno vespertino (23) 72% respondieron A; (3) 9% respondieron B; (4) 13% respondieron C; (2) 6% respondieron D.

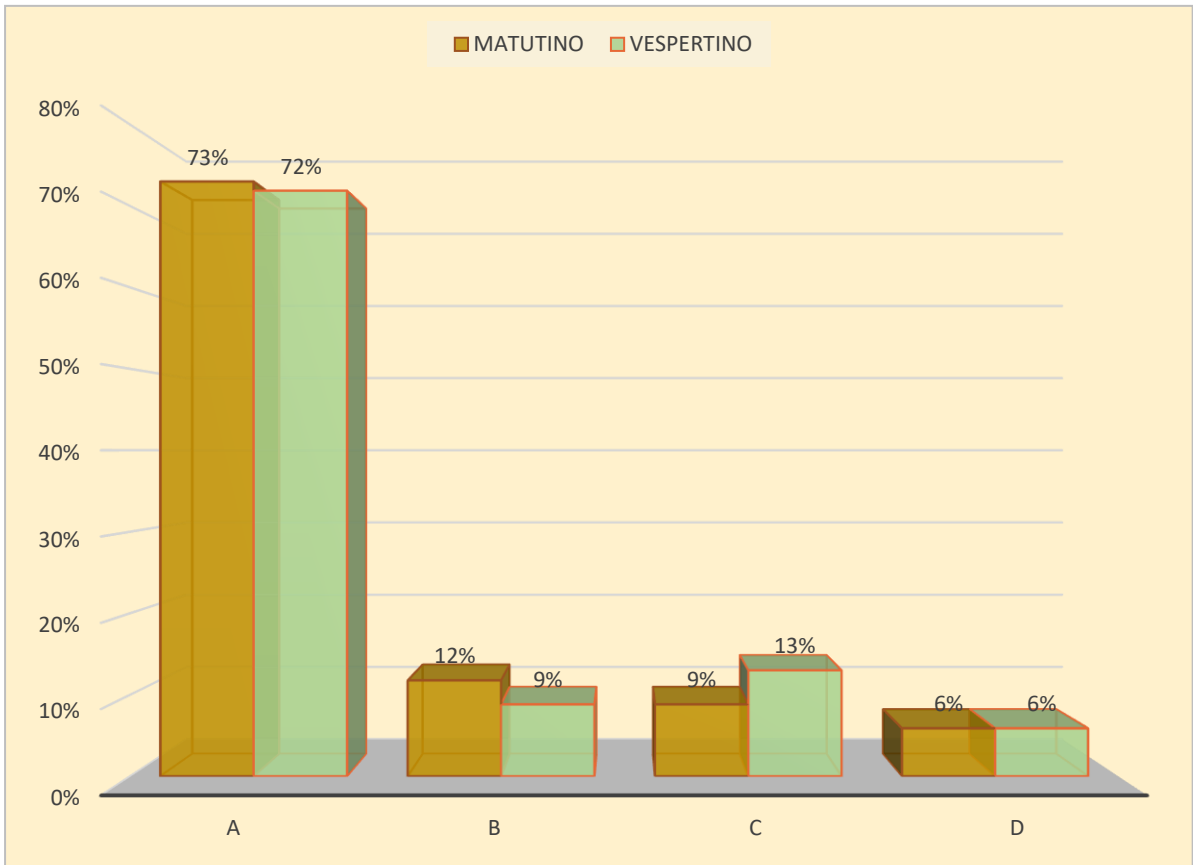
La opción correcta a esta pregunta es **A (Técnica Valsalva)**. Del turno matutino el (25) 73% contestó correctamente, por otro lado, el turno vespertino el (23) 72% contestó correctamente (ver cuadro y figura No. 7).

**Cuadro No.7** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la técnica para comprobar comunicación bucosinusal, por turno.

OPCIÓN	TURNO			
	MATUTINO		VESPERTINO	
	f	%	f	%
A	25	73	23	72
B	4	12	3	9
C	3	9	4	13
D	2	6	2	6
TOTAL	34	100	32	100

\* F.D

**Figura No. 7** Porcentaje de la respuesta a la técnica para comprobar comunicación bucosinusal, por turno.



\* F.D

Del turno matutino para la pregunta 6, **En esta técnica, se realiza una ventana lateral para acceder al seno maxilar e iniciar la exploración de este y retirar el tercer molar superior desplazado**, (5) 15% respondieron A (**Técnica Valsalva**), (7) 20% respondieron B (**Técnica de Highmore**); (19) 56% respondieron C (**Técnica de Caldwell-Luc**); (3) 9% respondieron D (**Técnica de Nelaton**).

Del turno vespertino (4) 13% respondieron A; (11) 34% respondieron B; (11) 34% respondieron C; (6) 19% respondieron D.

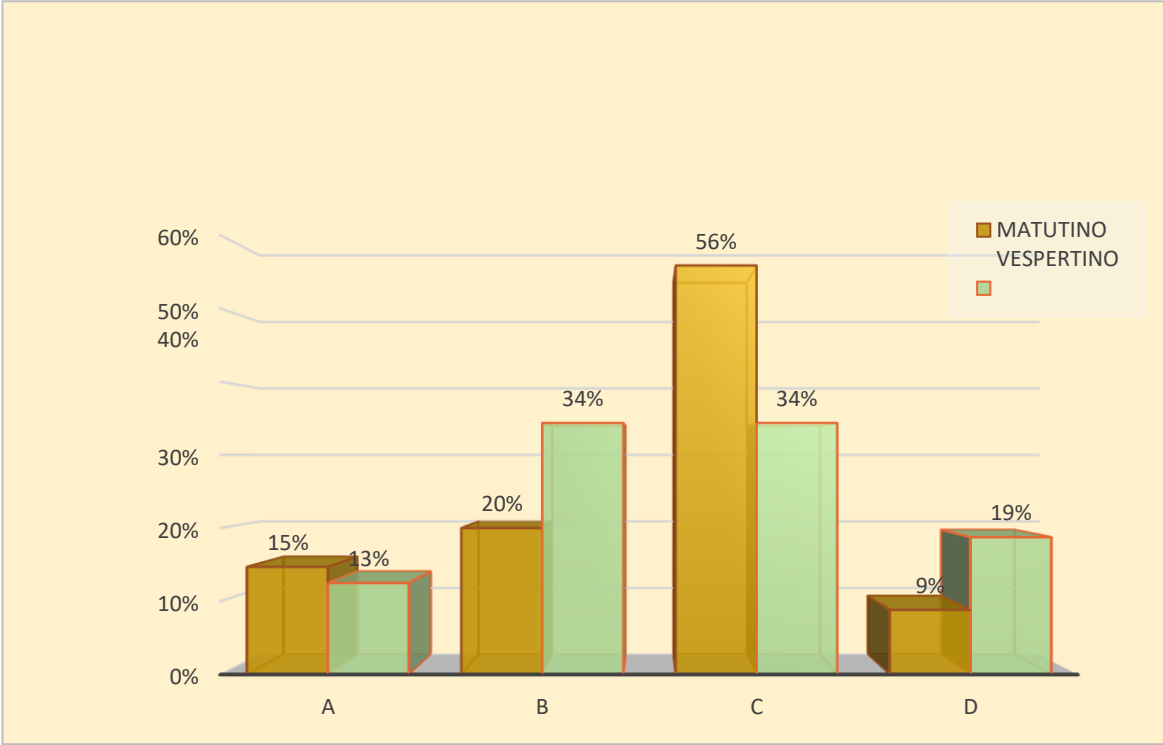
La opción correcta a esta pregunta es **C (Técnica de Caldwell-Luc)**. Del turno matutino el (19) 56% contestó correctamente, por otro lado, el turno vespertino su respuesta fue dividida entre B y C con (11) 34% cada una (ver cuadro y figura No. 8).

**Cuadro No. 8** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la técnica para retirar el tercer molar superior desplazado del seno maxilar, por turno.

OPCIÓN	TURNO			
	MATUTINO		VESPERTINO	
	f	%	f	%
A	5	15	4	13
B	7	20	11	34
C	19	56	11	34
D	3	9	6	19
TOTAL	34	100	32	100

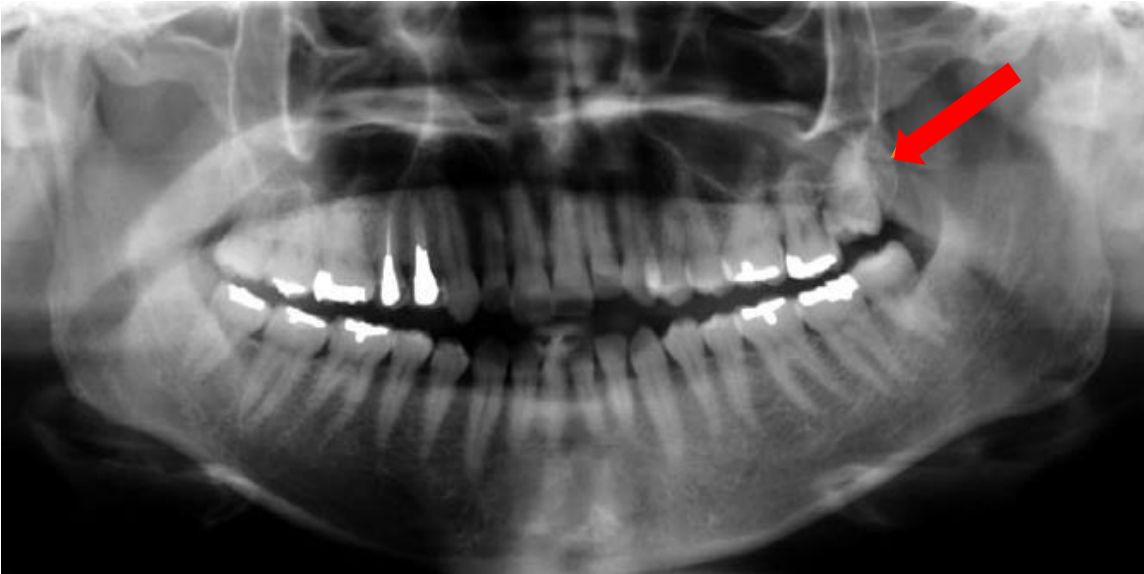
\*F.D

**Figura No.8** Porcentaje de la respuesta a la técnica para retirar el tercer molar superior desplazado del seno maxilar, por turno.



\* F.D





Del turno matutino para la pregunta 7, **De acuerdo con la clasificación de Pell y Gregory, ¿Cuál le corresponde al diente 28 de la radiografía anterior?**, (13) 38% respondieron A (**Clase A**), (19) 56% respondieron B (**Clase B**); (1) 3% respondieron C (**Clase C**); (1) 3% respondieron D (**Clase D**).

Del turno vespertino (10) 32% respondieron A; (18) 56% respondieron B; (3) 9% respondieron C; (1) 3% respondieron D.

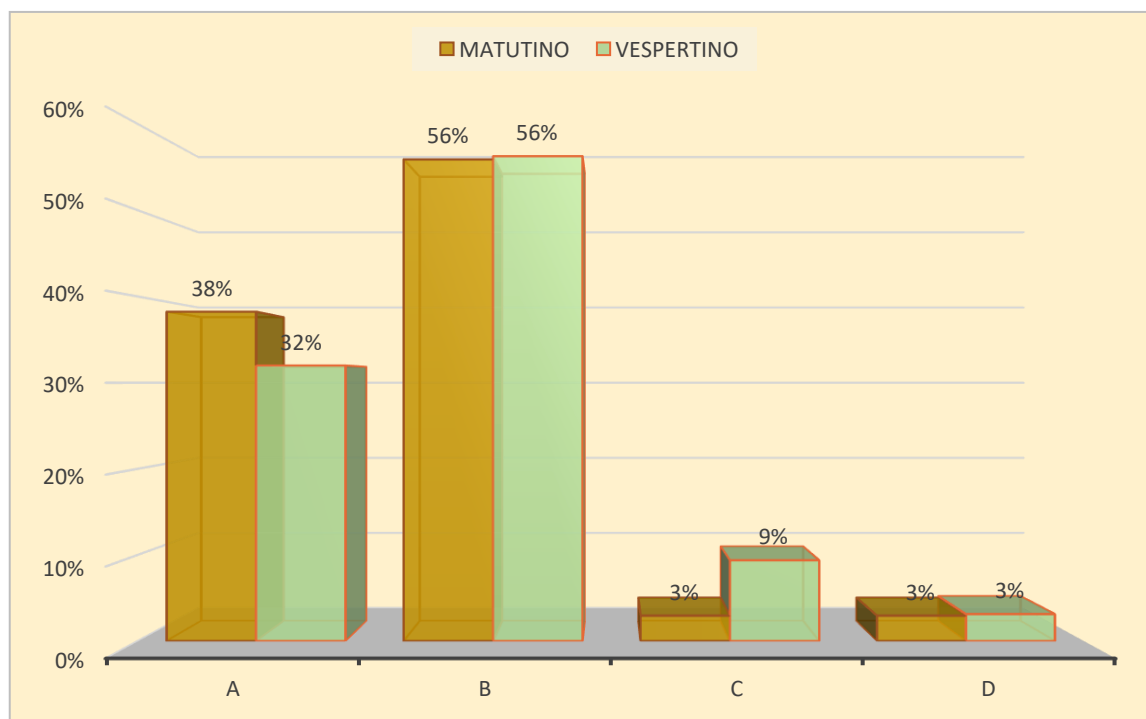
La opción correcta a esta pregunta es **B (Clase B)**. Del turno matutino el (19) 56% contestó correctamente, por otro lado, el turno vespertino el (18) 56% contestó correctamente (ver cuadro y figura No. 9).

**Cuadro No.9** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la clasificación de Pell y Gregory corresponde el OD 28, por turno.

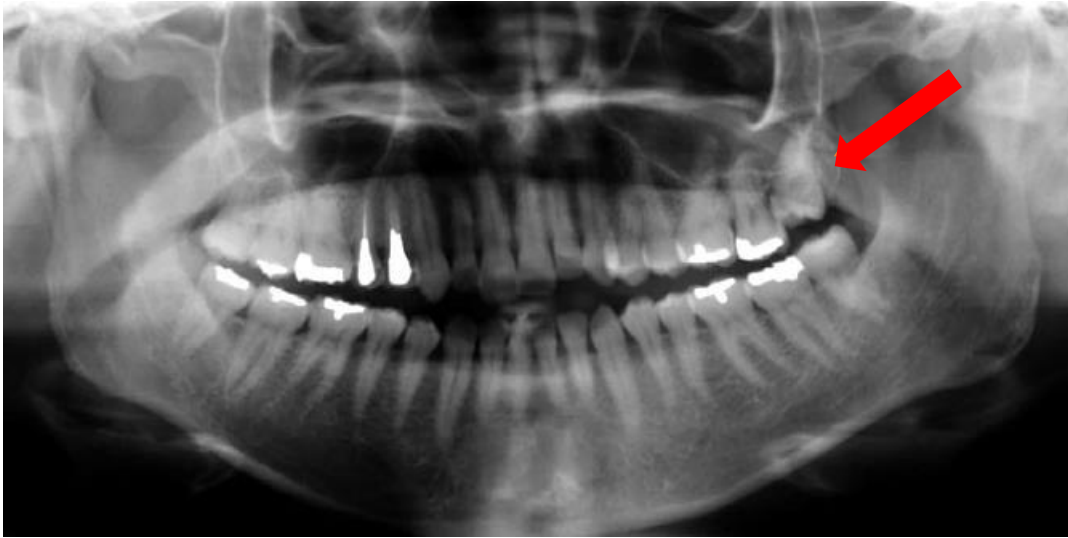
OPCIÓN	TURNO			
	MATUTINO		VESPERTINO	
	f	%	f	%
A	13	38	10	32
B	19	56	18	56
C	1	3	3	9
D	1	3	1	3
TOTAL	34	100	32	100

\* F.D

**Figura No.9** Porcentaje de la respuesta de la a la clasificación de Pell y Gregory corresponde el OD 28, por turno.



\*F.D



Del turno matutino para la pregunta 8, **De acuerdo con la clasificación de Winter ¿cuál le corresponde al diente 28 de la radiografía?** (0) 0% respondieron A (**horizontal**), (15) 44% respondieron B (**mesioangular**); (5) 15% respondieron C (**distoangular**); (14) 41% respondieron D (**vertical**).

Del turno vespertino (0) 0% respondieron A; (14) 44% respondieron B; (2) 6% respondieron C; (16) 50% respondieron D.

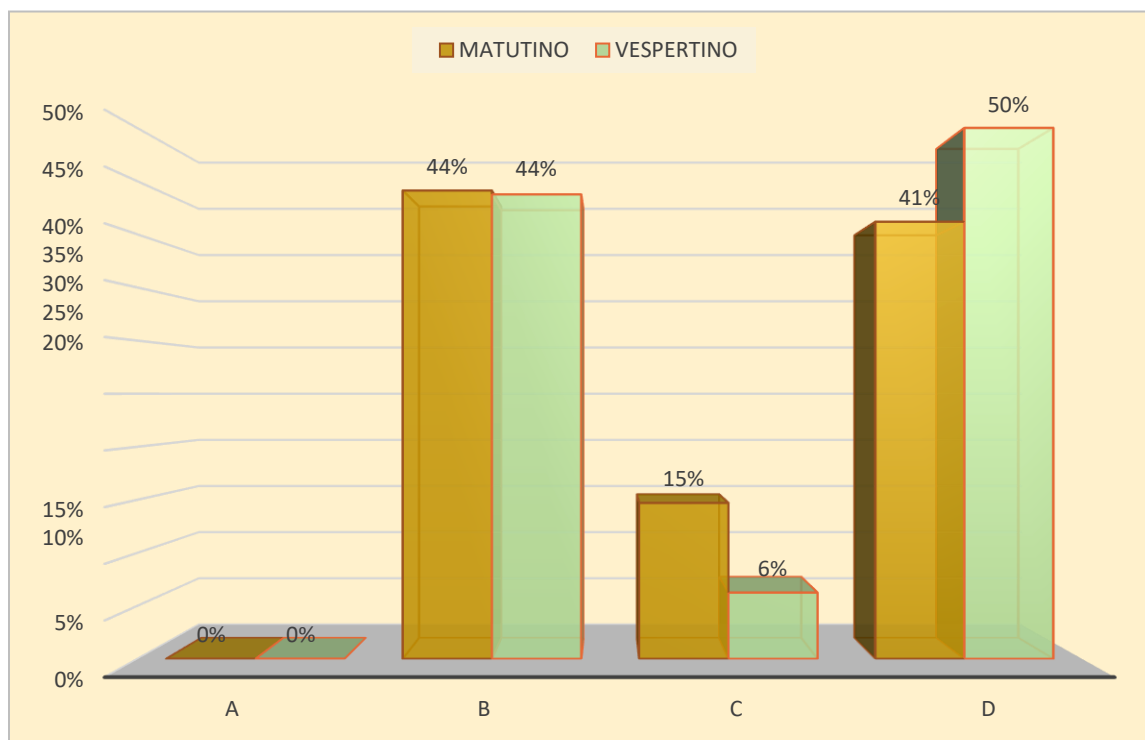
La opción correcta a esta pregunta es **B (mesioangular)**. Del turno matutino el (15)44% contestó correctamente, por otro lado, el turno vespertino (14) 44% contestó correctamente. (ver cuadro y figura No.10).

**Cuadro No.10** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la clasificación de Winter del diente 28 de la radiografía, por turno.

OPCIÓN	TURNO			
	MATUTINO		VESPERTINO	
	f	%	f	%
A	0	0	0	0
B	15	44	14	44
C	5	15	2	6
D	14	41	16	50
TOTAL	34	100	32	100

\*F.D

**Figura No.10** Porcentaje de la respuesta a la clasificación de Winter del diente 28 de la radiografía, por turno.



\*F.D

Del turno matutino para la pregunta 9, **Ante una fractura parcial de la tuberosidad maxilar en odontectomia de tercer molar superior ¿Cuál es la conducta para seguir?** (10) 29% respondieron A (**eliminar la tuberosidad**), (11) 33% respondieron B (**seccionar el diente y sutura**); (10) 29% respondieron C (**realizar la odontectomia**); (3) 9% respondieron D (**sutura de la mucosa**).

Del turno vespertino (9) 28% respondieron A; (11) 34% respondieron B; (7) 22% respondieron C; (5) 16% respondieron D.

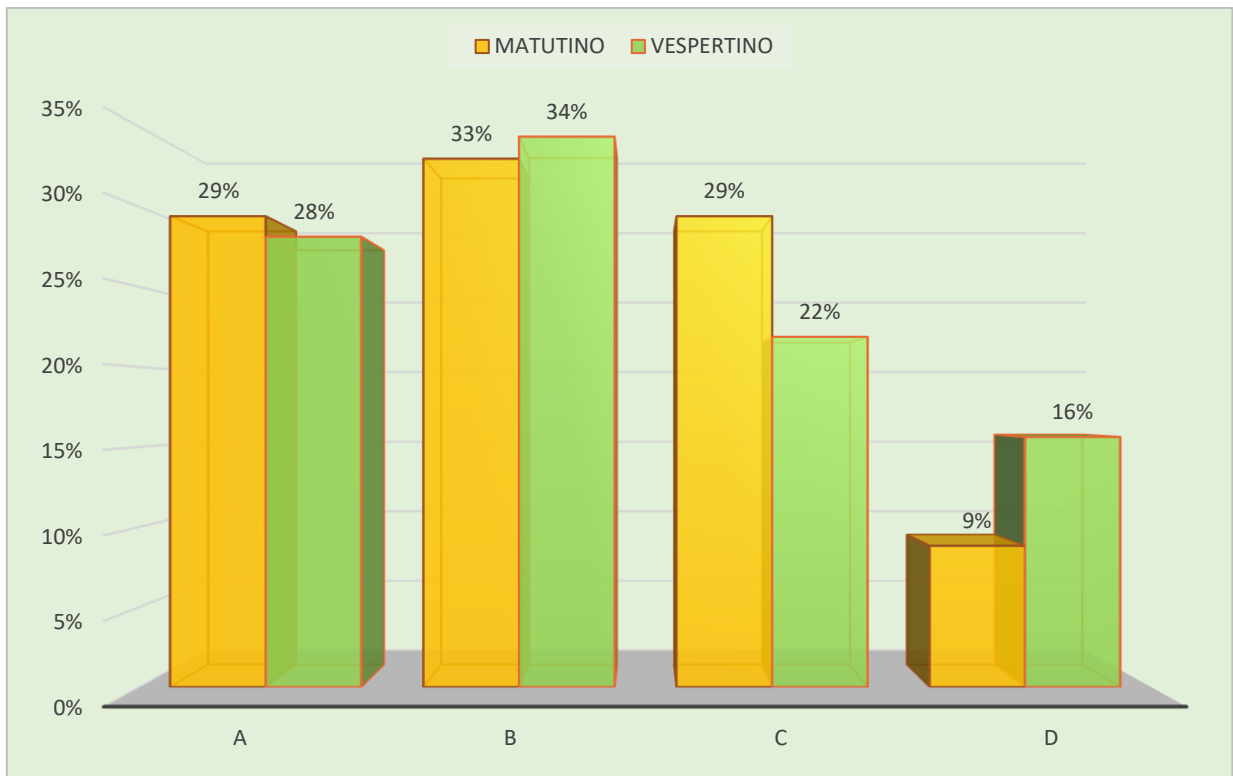
La opción correcta a esta pregunta es **D (sutura de la mucosa)**. Del turno matutino el (3) 9% contestó correctamente, por otro lado, el turno vespertino (5) 16% contestó correctamente. (ver cuadro y figura No. 11)

**Cuadro No.11** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la conducta a seguir ante una fractura parcial de la tuberosidad maxilar, por turno.

OPCIÓN	TURNO			
	MATUTINO		VESPERTINO	
	f	%	f	%
A	10	29	9	28
B	11	33	11	34
C	10	29	7	22
D	3	9	5	16
TOTAL	34	100	32	100

\*F.D

**Figura No.11** Porcentaje de la respuesta a la conducta a seguir ante una fractura parcial de la tuberosidad maxilar, por turno.



\*F.D

Del turno matutino para la pregunta 10, **Usted, ¿conoce el protocolo de utilización de cera para hueso?** (7) 21% respondieron A (**si**), 27 (79%) respondieron B (**no**).

Del turno vespertino (9) 28% respondieron A; (23) 72% respondieron B.

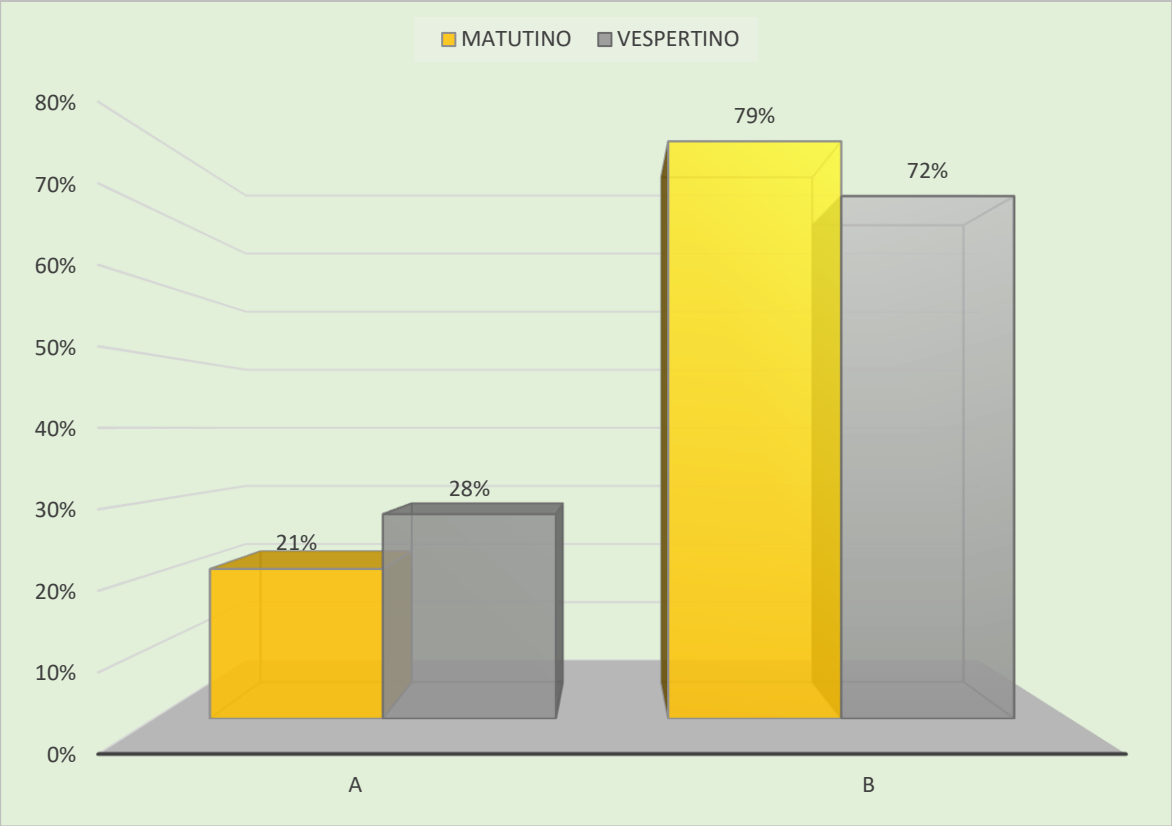
La respuesta esperada a esta pregunta era **A (si)**. (ver cuadro y figura No.12)

**Cuadro No.12** Frecuencia y porcentaje a la respuesta si saben el protocolo de utilización de cera para hueso, por turno.

OPCIÓN	TURNO			
	MATUTINO		VESPERTINO	
	f	%	f	%
A	7	21	9	28
B	27	79	23	72
TOTAL	34	100	32	100

\*F.D

**Figura No.12** Porcentaje de la respuesta si saben el protocolo de utilización de cera para hueso, por turno.



\*F.D



Del turno matutino para la pregunta 11, **¿Cuál de las siguientes opciones, No corresponde a una técnica quirúrgica ante una Comunicación bucosinusal?** (2) 6% respondieron A (**colgajo Vestibular**); (3) 9% respondieron B (**colgajo bucosinusal**); (5) 15% respondieron C (**colgajo palatino**); (24) 70% respondieron D (**Colgajo de la Bola Adiposa de Bichat**).

Del turno vespertino (3) 9% respondieron A; (3) 9% respondieron B; (3) 9% respondieron C; (23) 73% respondieron D.

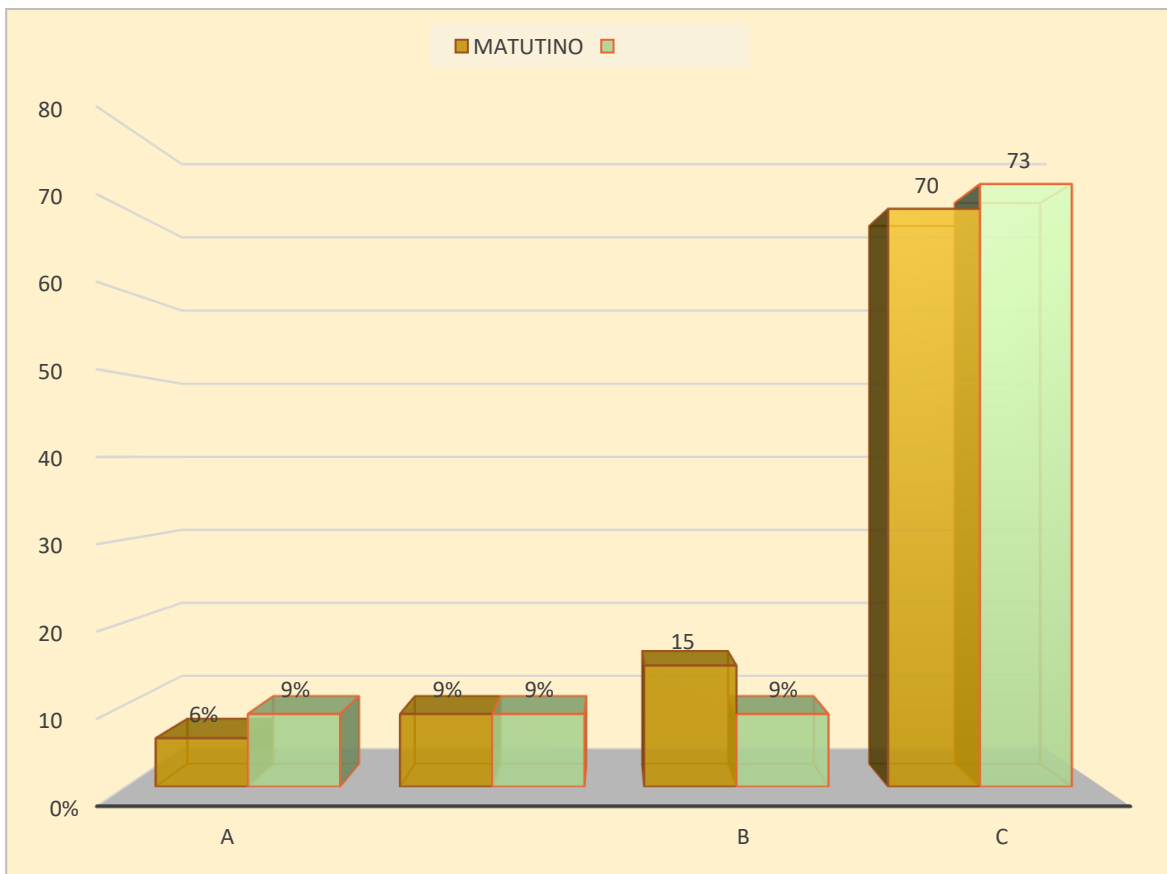
La opción correcta a esta pregunta es **B (colgajo bucosinusal)**. Del turno matutino el (3) 9% contestó correctamente, por otro lado, el turno vespertino el (3) 32% contestó correctamente. (ver cuadro y figura No.13)

**Cuadro No.13** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la opción que no corresponde a la técnica ante una Comunicación bucosinusal, por turno.

OPCIÓN	TURNO			
	MATUTINO		VESPertino	
	f	%	f	%
A	2	6	3	9
B	3	9	3	9
C	5	15	3	9
D	24	70	23	73
TOTAL	34	100	32	100

\* F.D

**Figura No.13** Porcentaje de la respuesta a la opción que no corresponde a la técnica ante una comunicación bucosinusal, por turno.



**\*F.D**

**En esta sección se encontrarán los resultados de cada pregunta, por género.**

Para la pregunta uno, **Esta clasificación, valora la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar**, del género femenino (29) 66% respondió A (**Pell y Gregory**), (10) 23% respondió B (**Winter**), (3) 7% respondió C (**Sánchez y Torres**) y (2) 4% respondió D (**Archer**).

Del género masculino (14) 64% respondió A, (8) 36% respondió B, 0 respondió C y 0 respondió D.

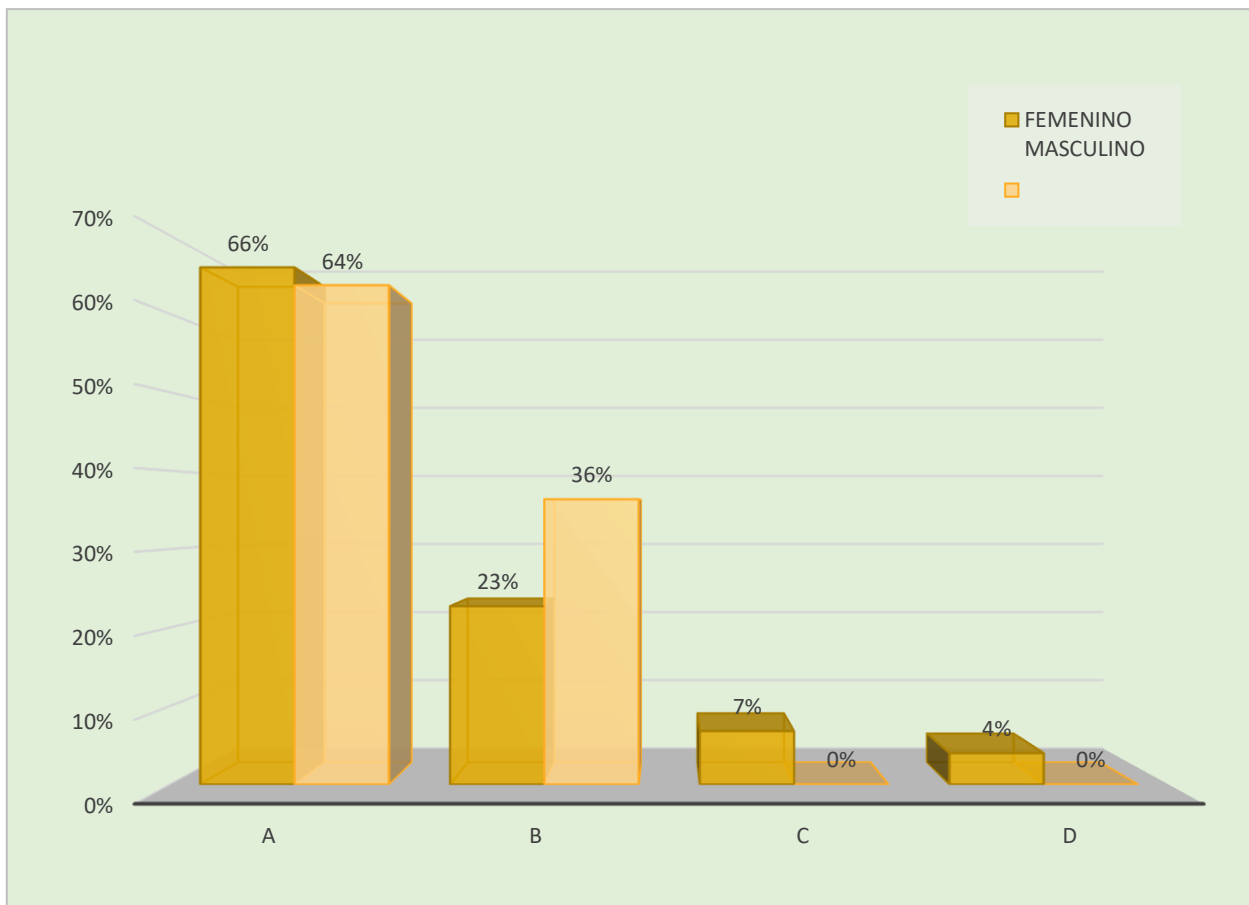
La respuesta correcta es **B (Winter)**. Del género femenino (10) 23% respondió correctamente y del género masculino (8) 36% respondió correctamente. (ver cuadro y figura No.14)

**Cuadro No.14** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la clasificación que valor la posición del tercer molar, por género.

OPCIÓN	GÉNERO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	f	%	f	%
A	29	66	14	64
B	10	23	8	36
C	3	7	0	0
D	2	4	0	0
TOTAL	44	100	22	100

\* F.D

**Figura No.14** Porcentaje de la respuesta a la clasificación que valor la posición del tercer molar, por género.



\* F.D

Para la pregunta dos, **En una comunicación bucosinusal causada por odontectomía de tercer molar superior, la cual presenta una dimensión de 2 mm, ¿cuál sería el procedimiento a seguir?** del género femenino (9) 20% respondió A (**no es necesario realizar algún procedimiento quirúrgico**), (8) 18% respondió B (**palpar el alveolo con una legra**), (20) 45% respondió C (**colocar una esponja de gelatina y suturar**) y (7) 15% respondió D (**realizar un colgajo vestibular**).

Del género masculino (4) 18% respondió A, (2) 9% respondió B, (12) 55% respondió C y (4) 18% respondió D.

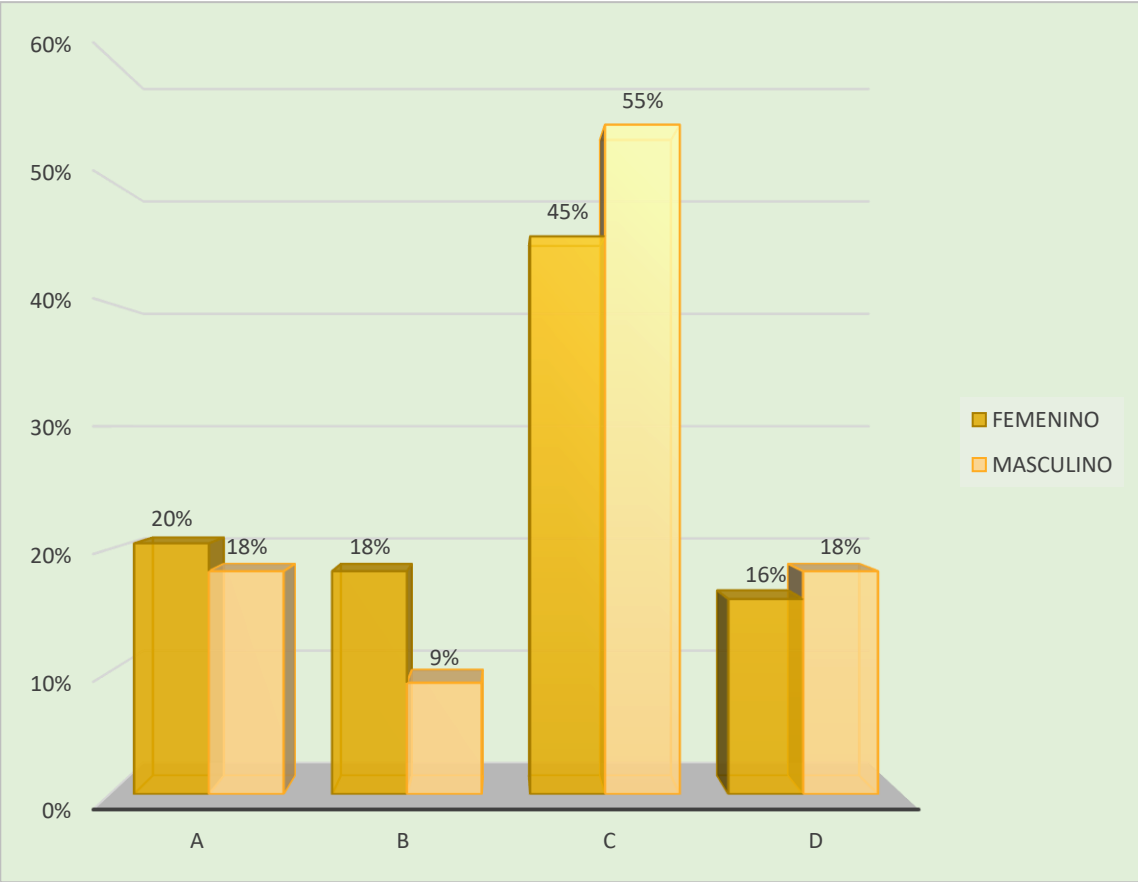
La respuesta correcta es **A (no es necesario realizar algún procedimiento quirúrgico)**. Del género femenino (9) 20% respondió correctamente y del género masculino (4) 18% respondió correctamente. (ver cuadro y figura No.15)

**Cuadro No.15** Frecuencia y porcentaje de la respuesta del procedimiento a seguir en una comunicación bucosinusal, por género.

OPCIÓN	GÉNERO			
	FEMENINO		MASCULINO	
.	f	%	f	%
A	9	20	4	18
B	8	18	2	9
C	20	45	12	55
D	7	15	4	18
TOTAL	44	100	22	100

\* F.D

**Figura No.15** Porcentaje de la respuesta del procedimiento a seguir en una comunicación bucosinusal, por género.



\* F.D

Para la pregunta tres, **Da inervación a la mucosa del seno maxilar**, del género femenino, (15) 34% respondió A (**nervio nasopalatino**), del género femenino (3) 7% respondió B (**nervio cigomático**), (16) 36% respondió C (**nervio alveolar superior posterior**) y (10) 23% respondió D (**nervio infraorbitario**).

Del género masculino (7) 32% respondió A, (2) 9% respondió B, (8) 36% respondió C y (5) 23% respondió D.

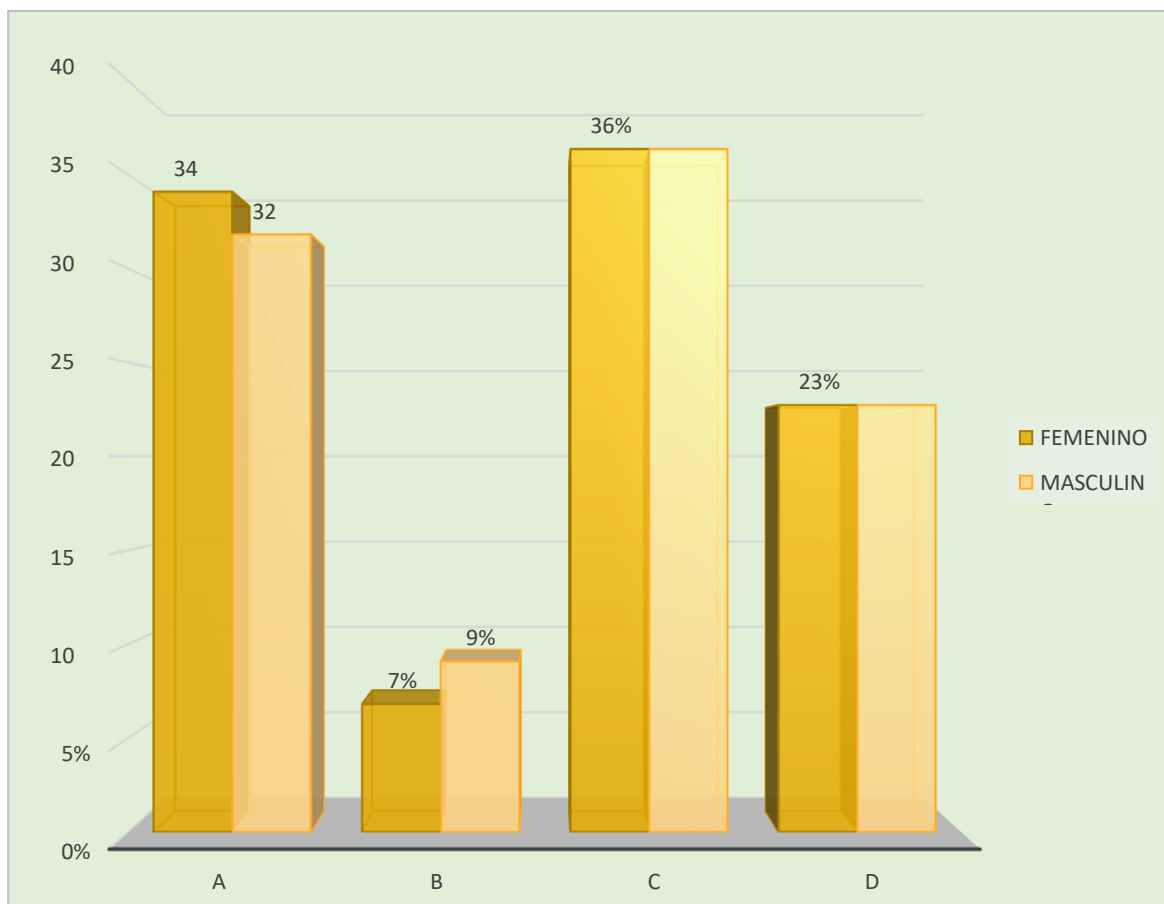
La respuesta correcta es **C (nervio alveolar superior posterior)**. Del género femenino (16) 36 % respondió correctamente y del género masculino (8) 36% respondió correctamente (ver cuadro y figura No.16).

**Cuadro No.16** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la inervación del seno maxilar, por género.

OPCIÓN	GÉNERO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	f	%	f	%
A	15	34	7	32
B	3	7	2	9
C	16	36	8	36
D	10	23	5	23
TOTAL	44	100	22	100

\* F.D

**Figura No.16** Porcentaje de la respuesta a la intervención del seno maxilar, por género.



\* F.D



Para la pregunta cuatro, **De las siguientes técnicas, ¿cuál es correcta ante una hemorragia**), del género femenino (17) 39% respondió A (**colocar una gasa comprar hasta detener el sangrado**), (14) 32% respondió B (**colocar más anestésico para detener el sangrado**), (9) 20% respondió C (**comprimir con gasa**) y (4) 9% respondió D (**colocar más anestésico, suturar**).

Del género masculino (13) 59% respondió A, (2) 9% respondió B, (6) 27% respondió C y (1) 5% respondió D.

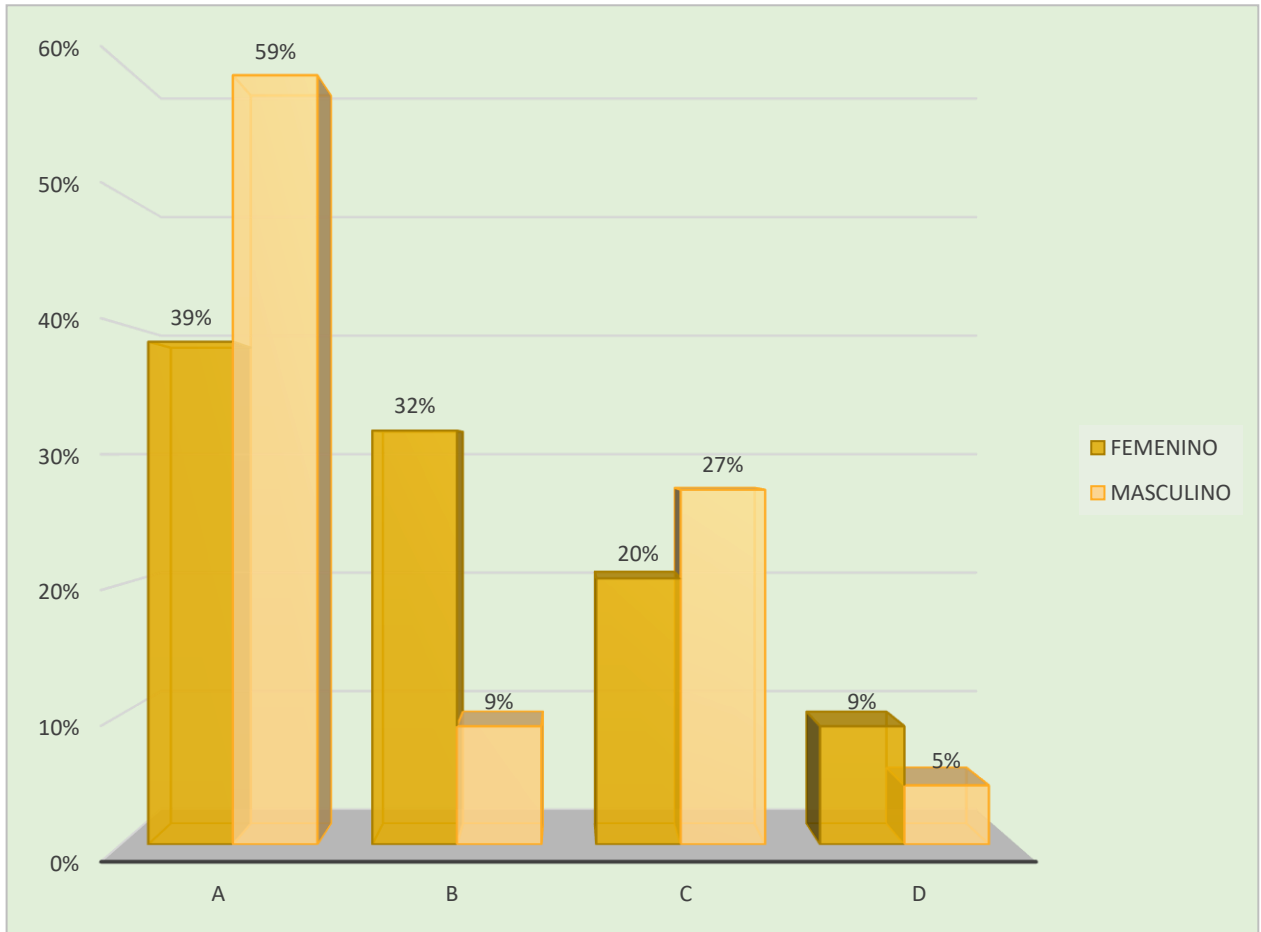
La respuesta correcta es **A (colocar una gasa comprar hasta detener el sangrado)**. Del género femenino (17) 39% respondió correctamente y del género masculino (13) 59% respondió correctamente. (ver cuadro y figura No.17).

**Cuadro No.17** Frecuencia y porcentaje de la respuesta correcta ante una hemorragia, por género.

OPCIÓN	GÉNERO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	f	%	f	%
A	17	39	13	59
B	14	32	2	9
C	9	20	6	27
D	4	9	1	5
TOTAL	44	100	22	100

\* F.D

**Figura No.17** Porcentaje de la respuesta correcta ante una hemorragia, por género.



**\*F.D**

Para la pregunta cinco, **Consiste en comprimir los orificios nasales y pedir al paciente que exhale, de existir una comunicación bucosinusal se producirá burbujeo y ruido en la zona**, del género femenino (29) 66% respondió A (**Técnica Valsalva**), (6) 14% respondió B (**Técnica de Highmore**), (6) 14% respondió C (**Técnica de Caldwell-Luc**) y (3) 6% respondió D (**Técnica de Nelaton**).

Del género masculino (19) 85% respondió A, (1) 5% respondió B, (1) 5% respondió C y (1) 5% respondió D.

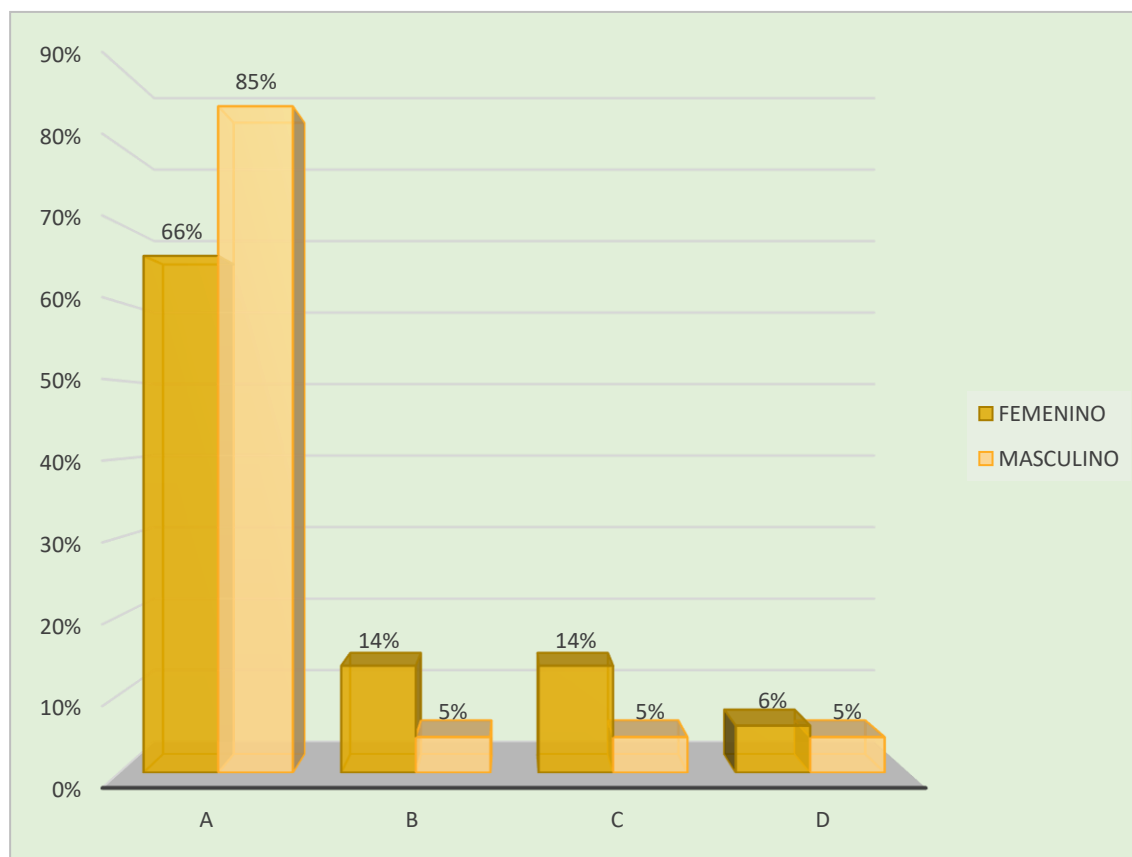
La respuesta correcta es **A (Técnica Valsalva)**. Del género femenino (29) 66% respondió correctamente y del género masculino (19) 85% respondió correctamente. (ver cuadro y figura No.18)

**Cuadro No.18** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la técnica para comprobar comunicación bucosinusal, por género.

OPCIÓN	GÉNERO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	f	%	f	%
A	29	66	19	85
B	6	14	1	5
C	6	14	1	5
D	3	6	1	5
TOTAL	44	100	22	100

\* F.D

**Figura No.18** Porcentaje de la respuesta a la técnica para comprobar comunicación bucosinusal, por género.



\* F.D

Para la pregunta seis, **En esta técnica, se realiza una ventana lateral para acceder al seno maxilar e iniciar la exploración de este y retirar el tercer molar superior desplazado**, del género femenino (7) 16% respondió A (**Técnica Valsalva**), (13) 30% respondió B (**Técnica de Highmore**), (18) 40% respondió C (**Técnica de Caldwell-Luc**) y (6) 14% respondió D (**Técnica de Nelaton**).

Del género masculino (2) 9% respondió A, (5) 23% respondió B, (12) 54% respondió C y (3) 14% respondió D.

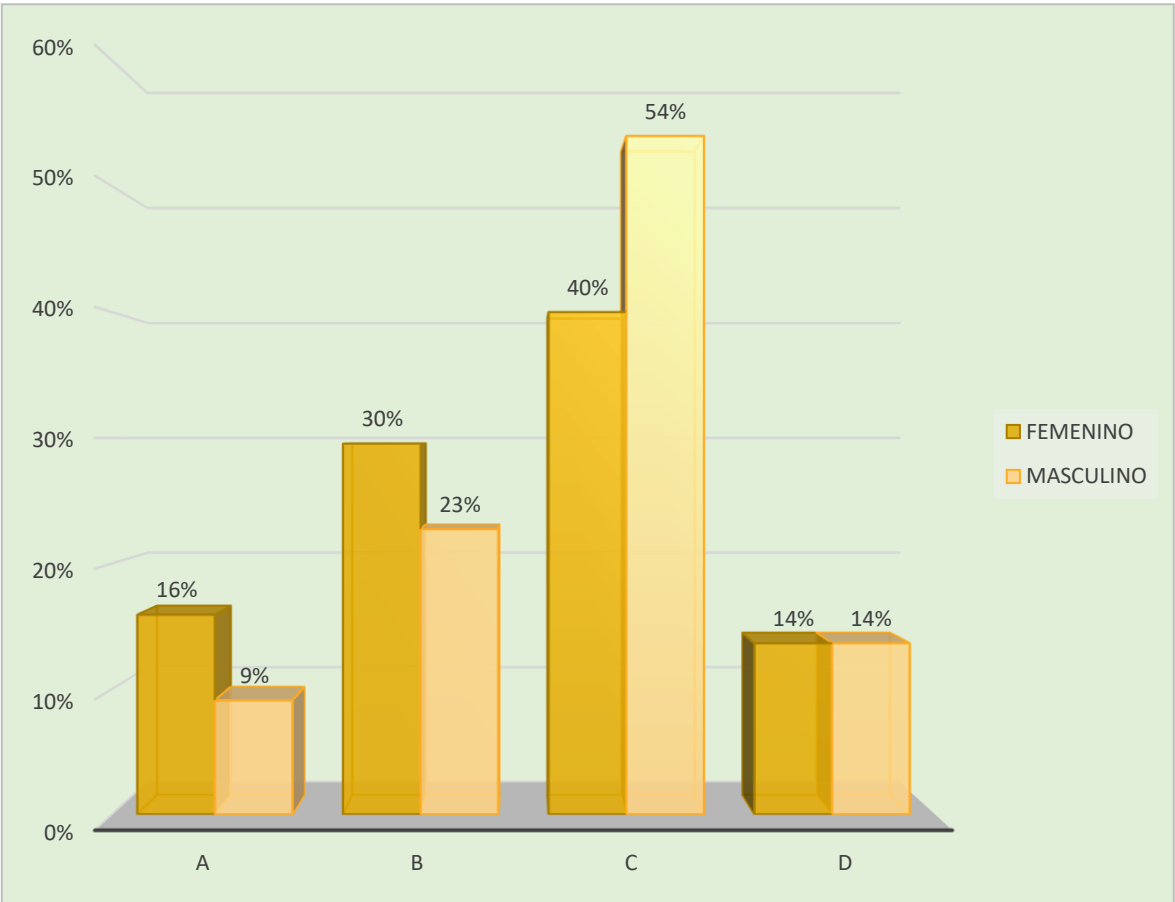
La respuesta correcta es **C (Técnica de Caldwell-Luc)**. Del género femenino (18) 40% respondió correctamente y del género masculino (12) 54% respondió correctamente (ver cuadro y figura No.19).

**Cuadro No.19** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la técnica para retirar el tercer molar superior desplazado al seno maxilar, por género.

OPCIÓN	GÉNERO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	f	%	f	%
A	7	16	2	9
B	13	30	5	23
C	18	40	12	54
D	6	14	3	14
TOTAL	44	100	22	100

\* F.D

**Figura No.19** Porcentaje de la respuesta a la técnica para retirar el tercer molar superior desplazado al seno maxilar, por género.



\* F.D



Para la pregunta siete, **De acuerdo con la clasificación de Pell y Gregory, ¿Cuál le corresponde al diente 28 de la radiografía anterior?**, del género femenino (16) 36% respondió A (**Clase A**), (24) 54% respondió B (**Clase B**), (2) 5% respondió C (**Clase C**) y (2) 5% respondió D (**Clase D**).

Del género masculino (7) 32% respondió A, (13) 59% respondió B, (2) 9% respondió C y (0) 0% respondió D.

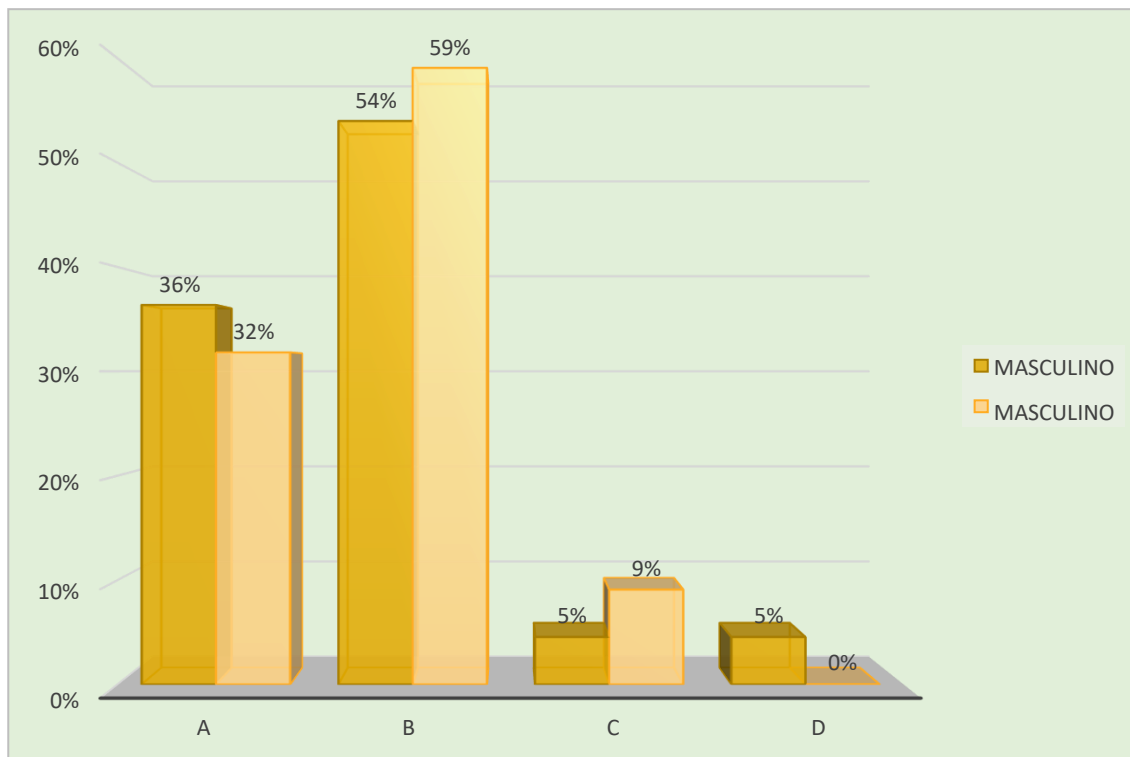
La respuesta correcta es **B (Clase B)**. Del género femenino (24) 54% respondió correctamente y del género masculino (13) 59% respondió correctamente (ver cuadro figura No.20).

**Cuadro No.20** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la clasificación de Pell y Gregory que corresponde el OD 28, por género.

OPCIÓN	GÉNERO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	f	%	f	%
A	16	36	7	32
B	24	54	13	59
C	2	5	2	9
D	2	5	0	0
TOTAL	44	100	22	100

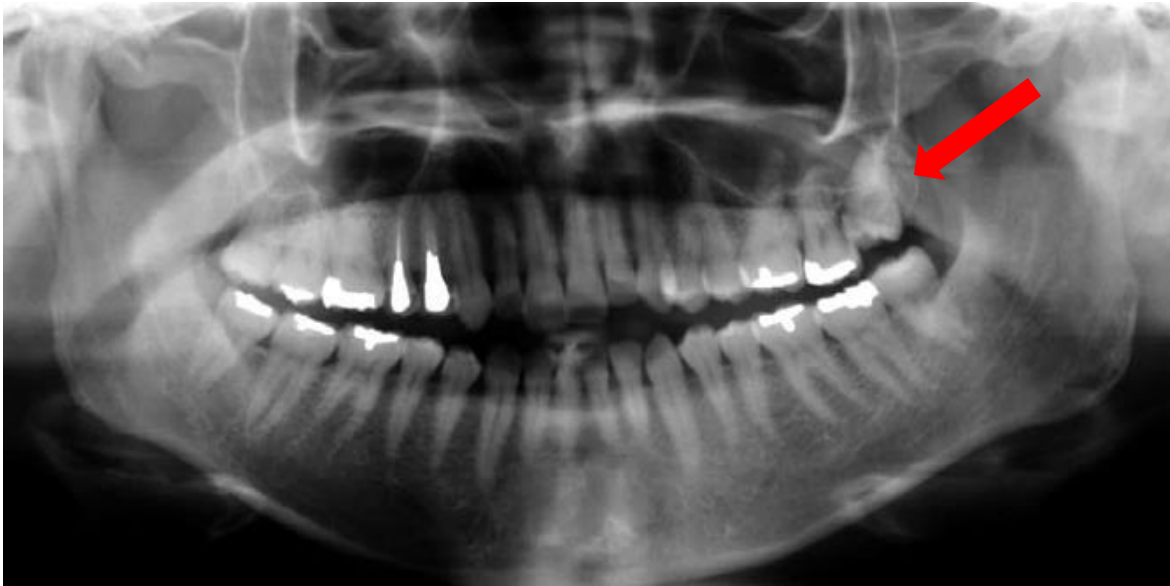
\*F.D

**Figura No.20** Porcentaje de la respuesta a la clasificación de Pell y Gregory que corresponde el OD 28, por género.



\*F.D





Para la pregunta ocho, **De acuerdo con la clasificación de Winter ¿cuál le corresponde al diente 28 de la radiografía?**, del género femenino (0) 0% respondió A (**Horizontal**), (20) 45% respondió B (**Mesioangular**), (4) 10% respondió C (**Distonangular**) y (20) 45% respondió D (**Vertical**).

Del género masculino (0) 0% respondió A, (9) 41% respondió B, (3) 14% respondió C y (10) 45% respondió D.

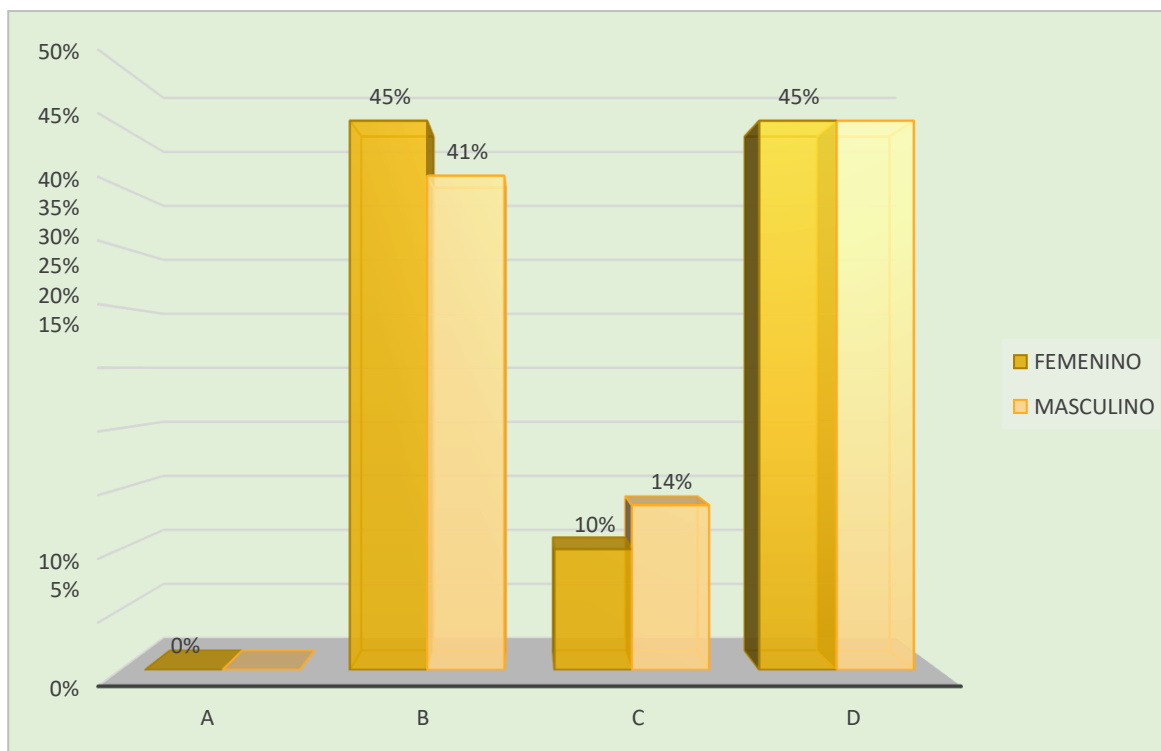
La respuesta correcta es **B (Mesioangular)**. Del género femenino (20) 45% respondió correctamente y del género masculino (3) 14% respondió correctamente.(ver cuadro y figura No.21)

**Cuadro No.21** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la clasificación de Winter del diente 28 de la radiografía, por género.

OPCIÓN	GÉNERO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	f	%	f	%
A	0	0	0	0
B	20	45	9	41
C	4	10	3	14
D	20	45	10	45
TOTAL	44	100	22	100

\* F.D

**Figura No.21** Porcentaje de la respuesta a la clasificación de Winter del diente 28 de la radiografía, por género.



\* F.D

Para la pregunta nueve, **Ante una fractura parcial de la tuberosidad maxilar en odontectomia de tercer molar superior ¿Cuál es la conducta a seguir?**, del género femenino (11) 25% respondió A (**eliminar la tuberosidad**), (18) 41% respondió B (**seccionar el diente y suturar**), (10) 23% respondió C (**realizar la odontectomia**) y (5) 11% respondió D (**sutura de la mucosa**).

Del género masculino (8) 36% respondió A, (4) 18% respondió B, (7) 32% respondió C y (3) 14% respondió D.

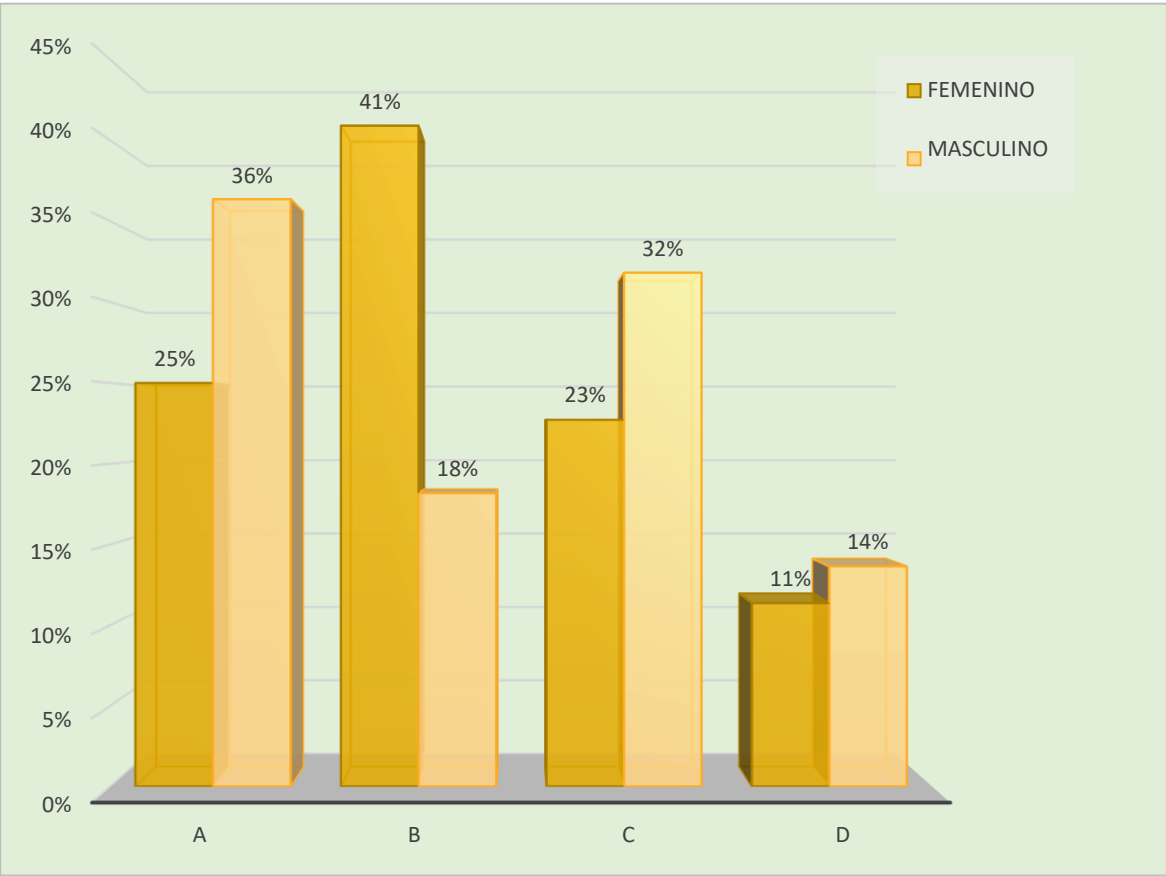
La respuesta correcta es **D (sutura de la mucosa)**. Del género femenino (5) 11% respondió correctamente y del género masculino (3) 14% respondió correctamente. (ver cuadro y figura No.22)

**Cuadro No.22** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la conducta a seguir ante una fractura de parcial de la tuberosidad, por género.

OPCIÓN	GÉNERO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	f	%	f	%
A	11	25	8	36
B	18	41	4	18
C	10	23	7	32
D	5	11	3	14
TOTAL	44	100	22	100

\* F.D

**Figura No.22** Porcentaje de la respuesta a la conducta a seguir ante una fractura de parcial de la tuberosidad, por género.



\* F.D

Para la pregunta diez, **Usted, ¿conoce el protocolo de utilización de cera para hueso?**, del género femenino (8) 18% respondió A (**sí**), (36) 82% respondió B (**No**).

Del género masculino (8) 36% respondió A, (14) 64% respondió B.

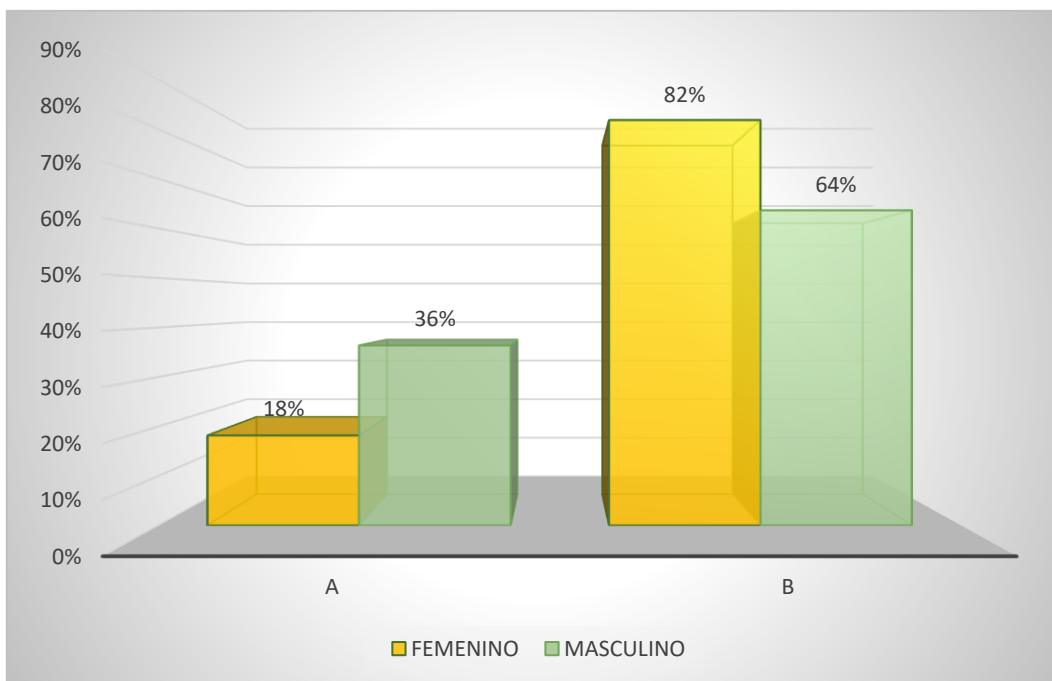
La respuesta esperada era **A (Sí)**. Del género femenino (8) 18% respondió A y del género masculino (8) 36% respondió A. (ver cuadro y figura No.23)

**Cuadro No.23** Frecuencia y porcentaje de la respuesta si conocen el protocolo de uso de la cera para hueso, por género.

OPCIÓN	GÉNERO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	f	%	f	%
A	8	18	8	36
B	36	82	14	64
TOTAL	44	100	22	100

\* F.D

**Figura No.23** Porcentaje de la respuesta si conocen el protocolo de uso de la cera para hueso, por género.



\* F.D

Para la pregunta once, ¿**Cuál de las siguientes opciones, No corresponde a una técnica quirúrgica ante una Comunicación bucosinusal?**, del género femenino (4) 9% respondió A (**colgajo vestibular**), (3) 7% respondió B (**colgajo bucosinusal**), (5) 11% respondió C (**colgajo palatino**) y (32) 73% respondió D (**colgajo de la BolaAdiposa de la Bichat**).

Del género masculino (1) 4% respondió A, (3) 14% respondió B, (3) 14% respondió C y (15) 68% respondió D.

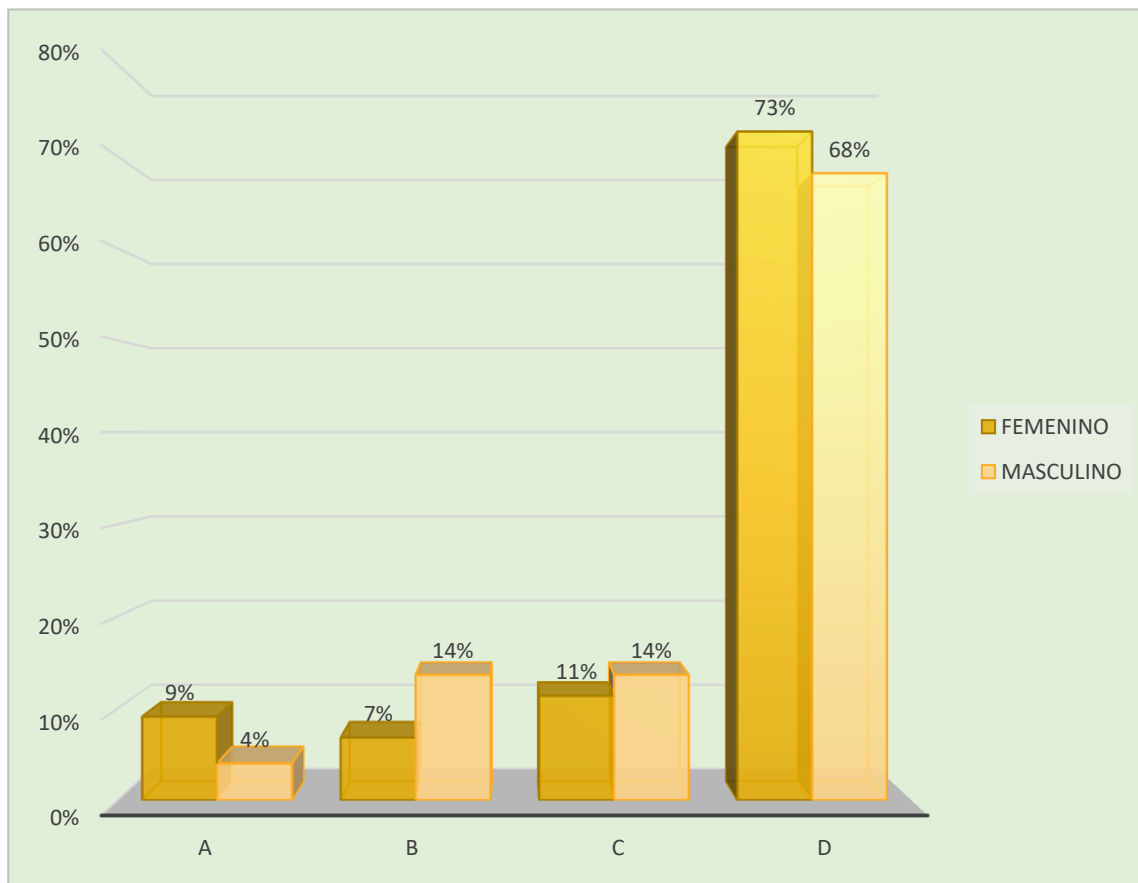
La respuesta correcta es **B (colgajo bucosinusal)**. Del género femenino (3) 7% respondió correctamente y del género masculino (3) 14% respondió correctamente. (ver cuadro y figura No.24)

**Cuadro No.24** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la técnica que No corresponde a una técnica quirúrgica ante una comunicación bucosinusal, por género.

OPCIÓN	GÉNERO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	f	%	f	%
A	4	9	1	4
B	3	7	3	14
C	5	11	3	14
D	32	73	15	68
TOTAL	44	100	22	100

\* F.D

**Figura No.24** Porcentaje de la respuesta a la técnica que No corresponde a una técnica quirúrgica ante una comunicación bucosinusal, por género.



\* F.D



**En esta sección se encontrarán los resultados de cada pregunta de forma global.**

De todos los encuestados para la pregunta uno, **la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar** (43) 65% respondieron A (**Pell y Gegory**), (18) 27% respondieron B (**Winter**); (3) 5% respondieron C (**Sánchez Torres**); (2) 3% opción **D (Archer)**.

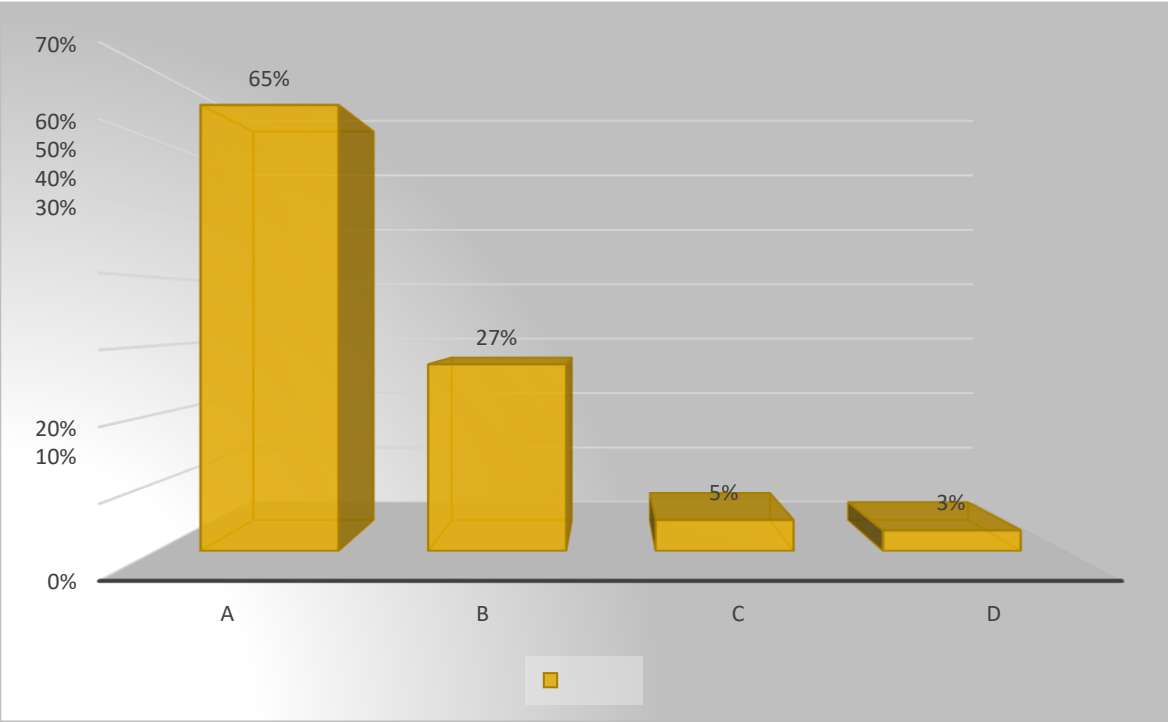
La respuesta correcta a esta pregunta es **B (Winter)**, del total (18) 27% contestó correctamente (ver cuadro y figura No. 25).

**Cuadro No. 25** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la clasificación que valora la posición del tercer molar, global.

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	43	65
B	18	27
C	3	5
D	2	3
TOTAL	66	100

\* F.D

**Figura No. 25** Porcentaje de la respuesta a la clasificación que valora la posición del tercer molar, global.



\* F.D

De todos los encuestados para la pregunta 2, **En una comunicación bucosinusal causada por odontectomia de tercer molar superior, la cual presenta una dimensión de 2 mm, ¿cuál sería el procedimiento a seguir?** (13) 20% respondieron A (**no es necesario realizar algún tipo de procedimiento**), (10) 15% respondieron B (**palpar el alveolo con una legra**); (32) 48% respondieron C (**colocar una esponja de gelatina y suturar**); (11) 17% respondieron D (**realizar un colgajo vestibular**).

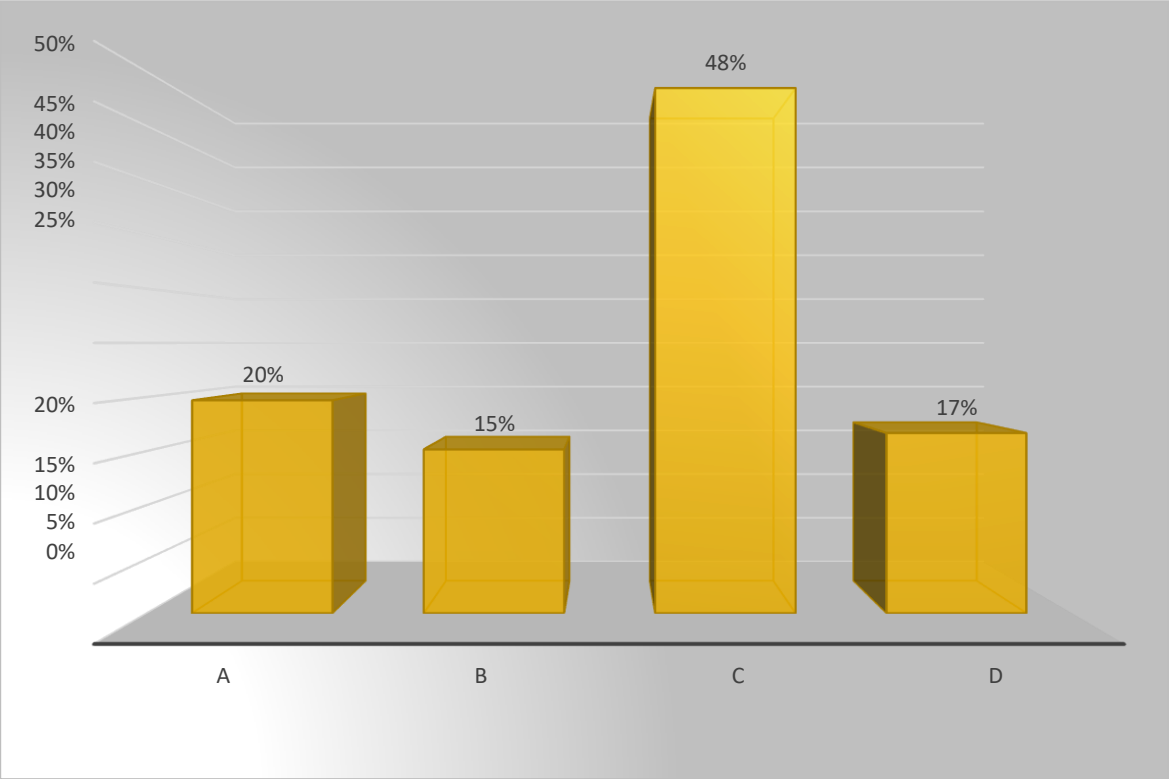
La opción correcta a esta pregunta es **A (no es necesario realizar algún tipo de procedimiento quirúrgico, ya que cicatriza espontáneamente)** del total (13) 20% contestó correctamente (ver cuadro y figura No. 26).

**Cuadro No. 26** Frecuencia y porcentaje de la respuesta del procedimiento a seguir en una comunicación bucosinusal, global.

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	13	20
B	10	15
C	32	48
D	11	17
TOTAL	66	100

\*F.D

**Figura No.26** Porcentaje de la respuesta del procedimiento a seguir en una comunicación bucosinusal, global.



\*F.D

De todos los encuestados para la pregunta 3, **Da inervación a la mucosa del seno**, (22) 33% respondieron A (**nervio nasopalatino**), (5) 8% respondieron B (**nervio cigomático**); (24) 36% respondieron C (**nervio alveolar superior posterior**); (15) 23% respondieron D (**nervio infraorbitario**).

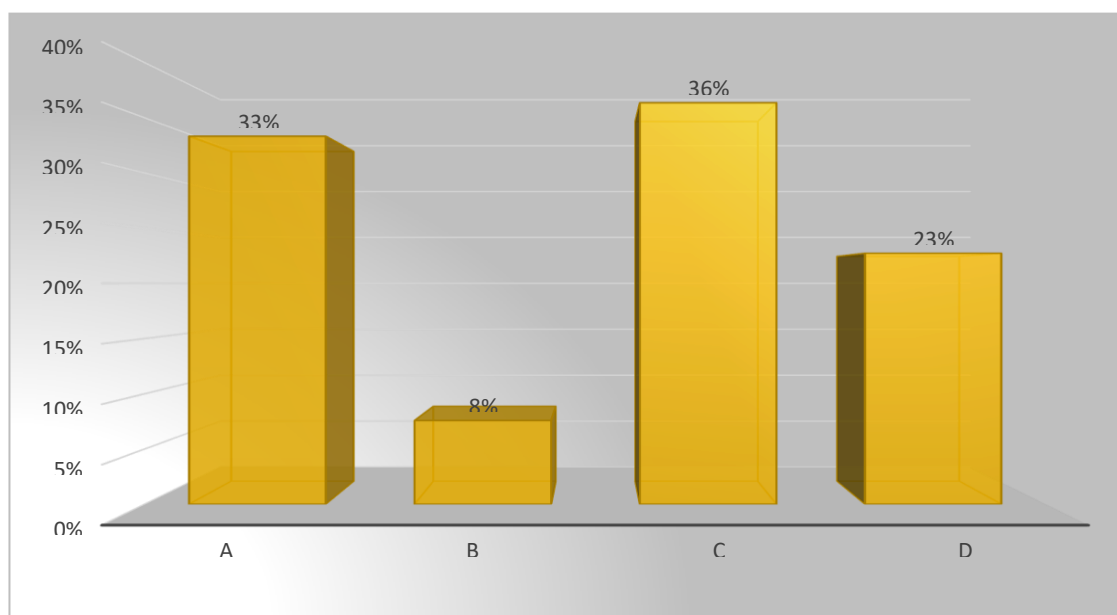
La opción correcta a esta pregunta es **C (nervio alveolar superior posterior)**. Del total (24) 36% contestó correctamente (ver cuadro y figura No. 27).

**Cuadro No. 27** Frecuencia y porcentaje de la respuesta de la inervación a la mucosa del seno maxilar, global.

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	22	33
B	5	8
C	24	36
D	15	23
TOTAL	66	100

\* F.D

**Figura No. 27** Porcentaje de la respuesta de la inervación a la mucosa del seno maxilar, global.



\* F.D

De todos los encuestados para la pregunta 4, **De las siguientes técnicas, ¿cuál es correcta ante una hemorragia?**, (30) 45% respondieron A (**colocar una gasa comprimir hasta detener el sangrado**), (16) 24% respondieron B (**colocar más anestésico para detener el sangrado, comprimir con gasa y suturar**); (15) 23% respondieron C (**comprimir con gasa, colocar cera para hueso y suturar**); (5) 8% respondieron D (**colocar más anestésico, suturar y comprimir con gasa**).

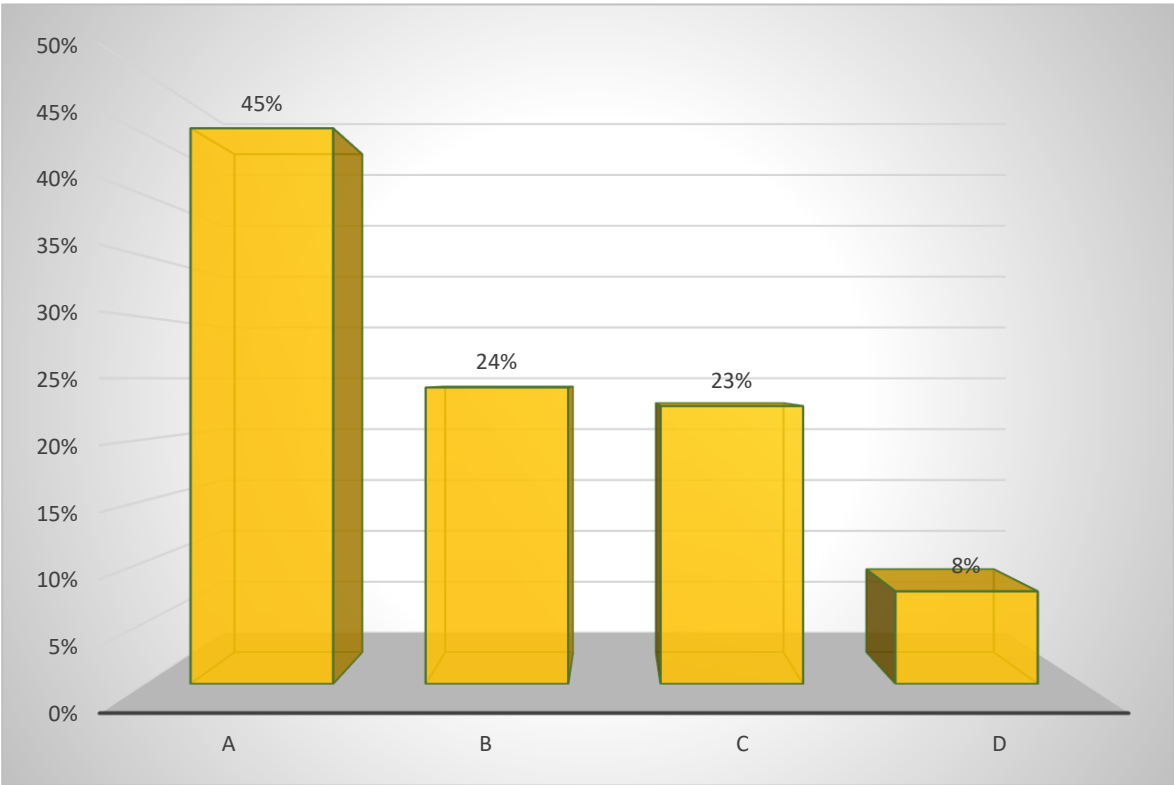
La opción correcta a esta pregunta es **A (colocar una gasa comprimir hasta detener el sangrado)**, (30) 45% contestó correctamente (ver cuadro y figura No. 28).

**Cuadro No. 28** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la técnica correcta ante una hemorragia, global.

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	30	45
B	16	24
C	15	23
D	5	8
TOTAL	66	100

\* F.D

**Figura No. 28** Porcentaje de la respuesta de la técnica ante una hemorragia, global.



\* F.D

De todos los encuestados para la pregunta 5, **Consiste en comprimir los orificios nasales y pedir al paciente que exhale, de existir una comunicación bucosinusal se producirá burbujeo y ruido en la zona**, (48) 73% respondieron A (**Técnica Valsalva**), (7) 11% respondieron B (**Técnica de Highmore**); (7) 11% respondieron C (**Técnica de Caldwell-Luc**); (4) 6% respondieron D (**Técnica de Nelaton**).

La opción correcta a esta pregunta es **A (Técnica Valsalva)**. (48) 73% contestó correctamente. (ver cuadro y figura No. 29)

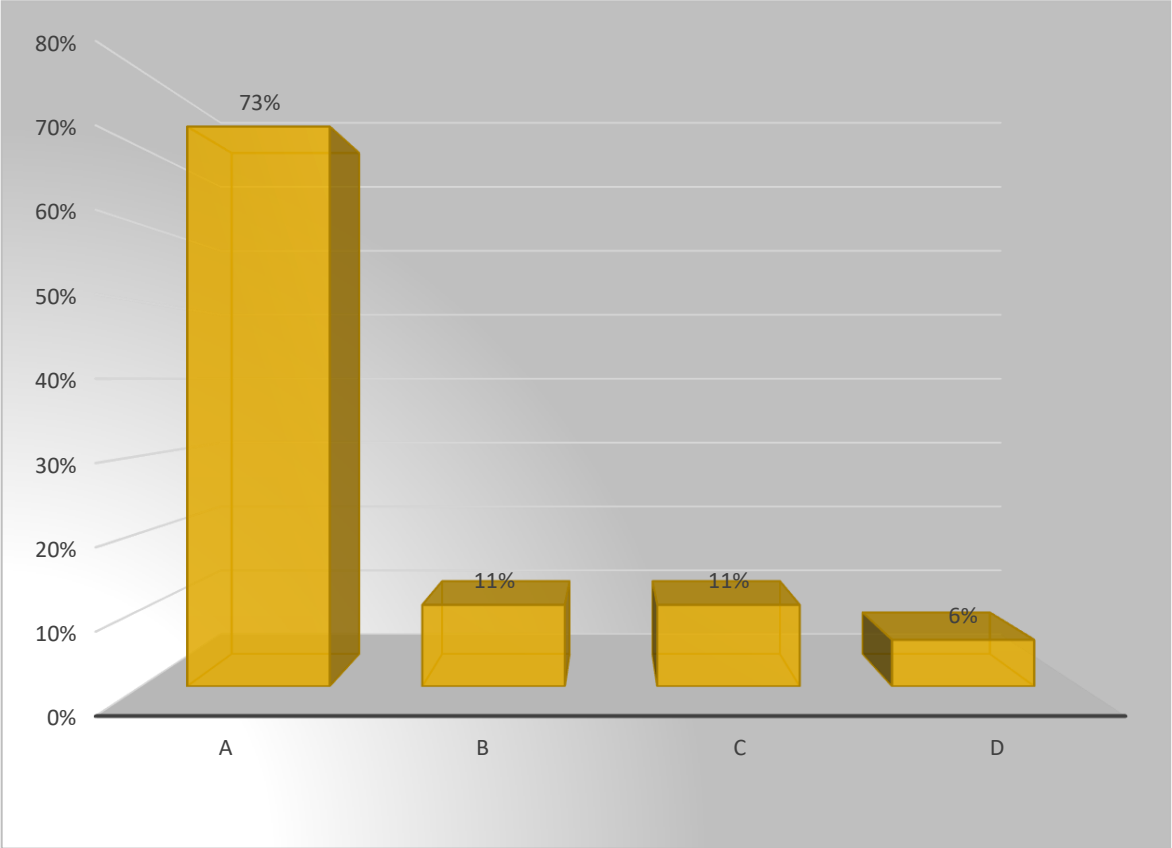
**Cuadro No.29** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la técnica para comprobar comunicación bucosinusal, global.

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	48	73
B	7	11
C	7	11
D	4	6
TOTAL	66	100

\* F.D



**Figura No. 29** Porcentaje de la respuesta a la técnica para comprobar comunicación bucosinusal, global.



\* F.D

De todos los encuestados para la pregunta 6, **En esta técnica, se realiza una ventana lateral para acceder al seno maxilar e iniciar la exploración de este y retirar el tercer molar superior desplazado**, (9) 14% respondieron A (**Técnica Valsalva**), (18) 27% respondieron B (**Técnica de Highmore**); (30) 45% respondieron C (**Técnica de Caldwell-Luc**); (9) 14% respondieron D (**Técnica de Nelaton**).

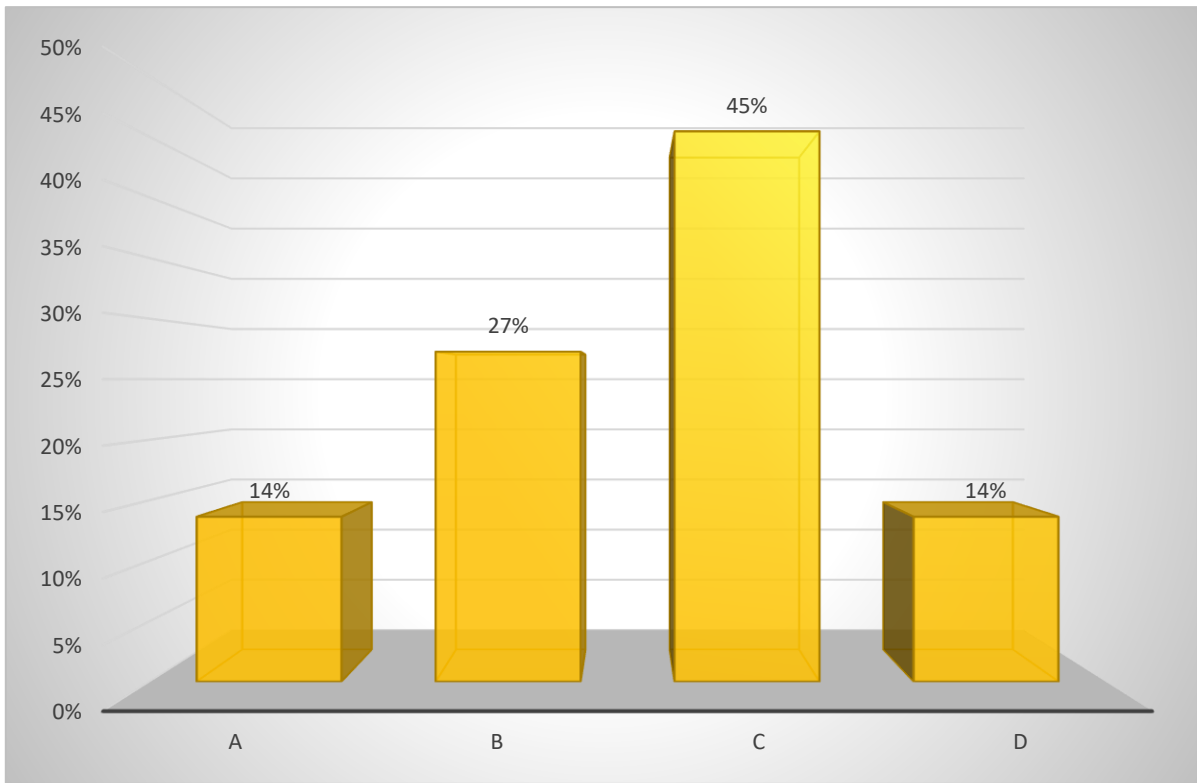
La opción correcta a esta pregunta es **C (Técnica de Caldwell-Luc)** (30) 45% contestó correctamente. (ver cuadro y figura No. 30)

**Cuadro No. 30** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la técnica para retirar el tercer molar superior desplazado del seno maxilar, global.

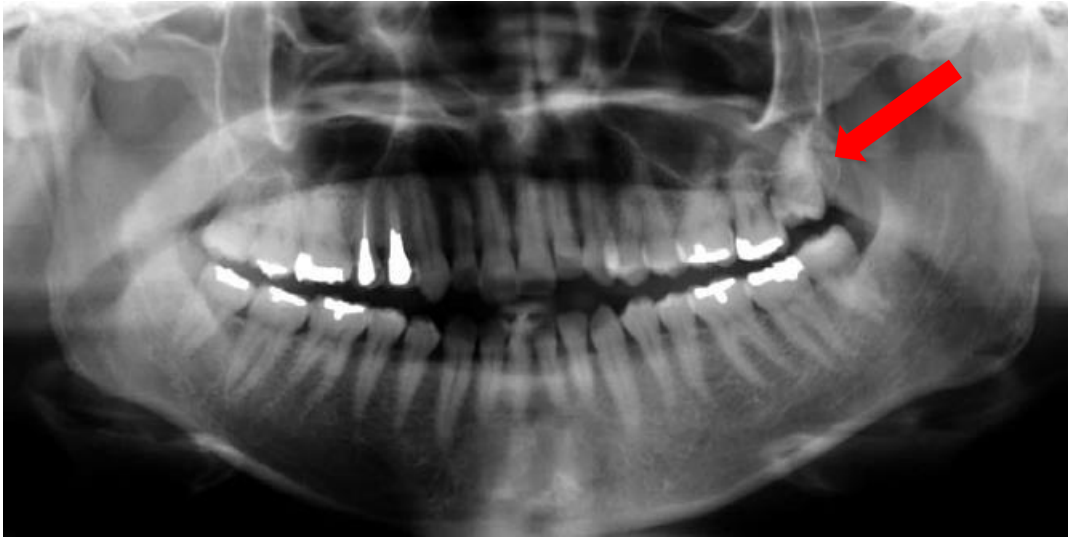
OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	9	14
B	18	27
C	30	45
D	9	14
TOTAL	66	100

\* F.D

**Figura No.30** Porcentaje de la respuesta a la técnica para retirar el tercer molar superior desplazado del seno maxilar, global.



\* F.D



De todos los encuestados para la pregunta 7, **De acuerdo con la clasificación de Pell y Gregory, ¿Cuál le corresponde al diente 28 de la radiografía anterior?**, (23) 35% respondieron A (**Clase A**), (37) 56% respondieron B (**Clase B**); (4) 6% respondieron C (**Clase C**); (2) 3% respondieron D (**Clase D**).

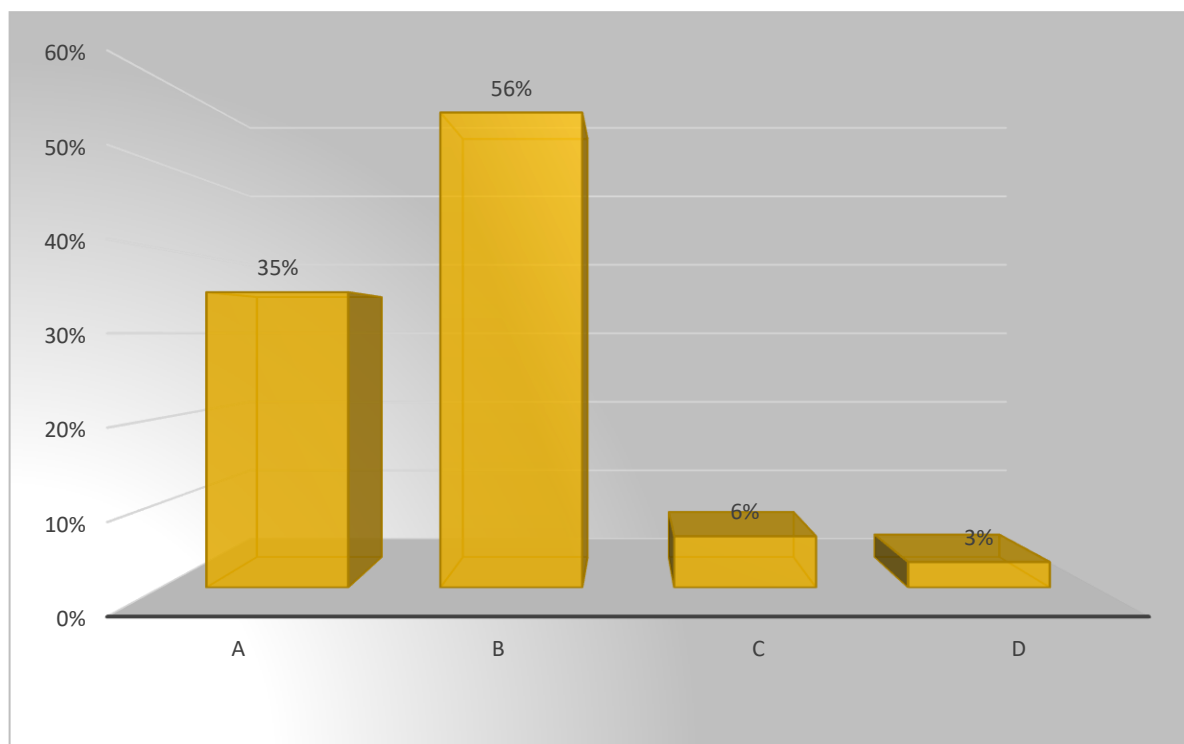
La opción correcta a esta pregunta es **B (Clase B)**. (37) 56% contestó correctamente. (ver cuadro y figura No. 31)

**Cuadro No.31** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la clasificación de Pell y Gregory corresponde el OD 28, global.

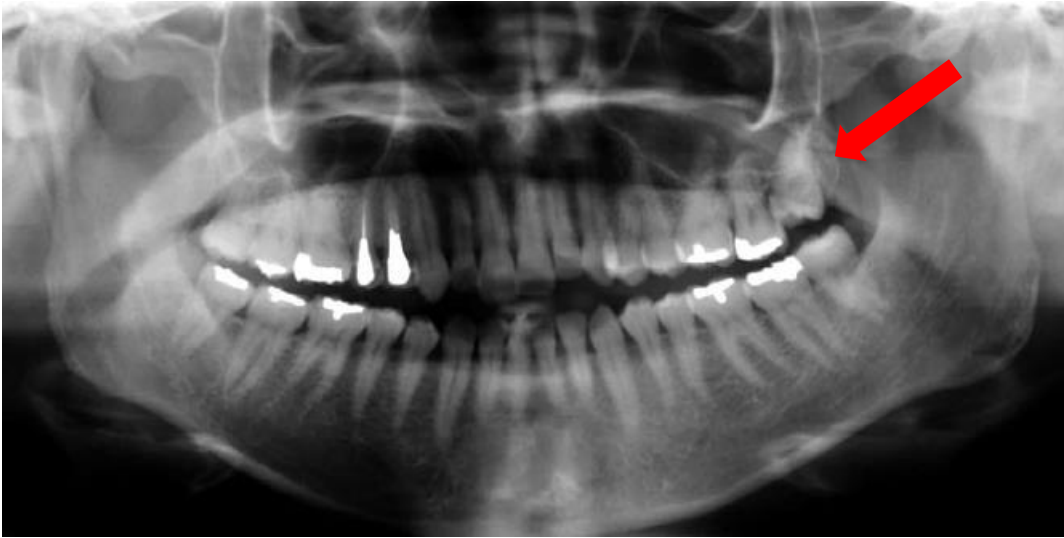
OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	23	35
B	37	56
C	4	6
D	2	3
TOTAL	66	100

\* F.D

**Figura No.31** Porcentaje de la respuesta de la a la clasificación de Pell y Gregory corresponde el OD 28, global.



\* F.D



De todos los encuestados para la pregunta 8, **De acuerdo con la clasificación de Winter ¿cuál le corresponde al diente 28 de la radiografía?** (0) 0% respondieron A (**horizontal**), (29) 44% respondieron B (**mesioangular**); (7) 11% respondieron C (**distoangular**); (30) 45% respondieron D (**vertical**).

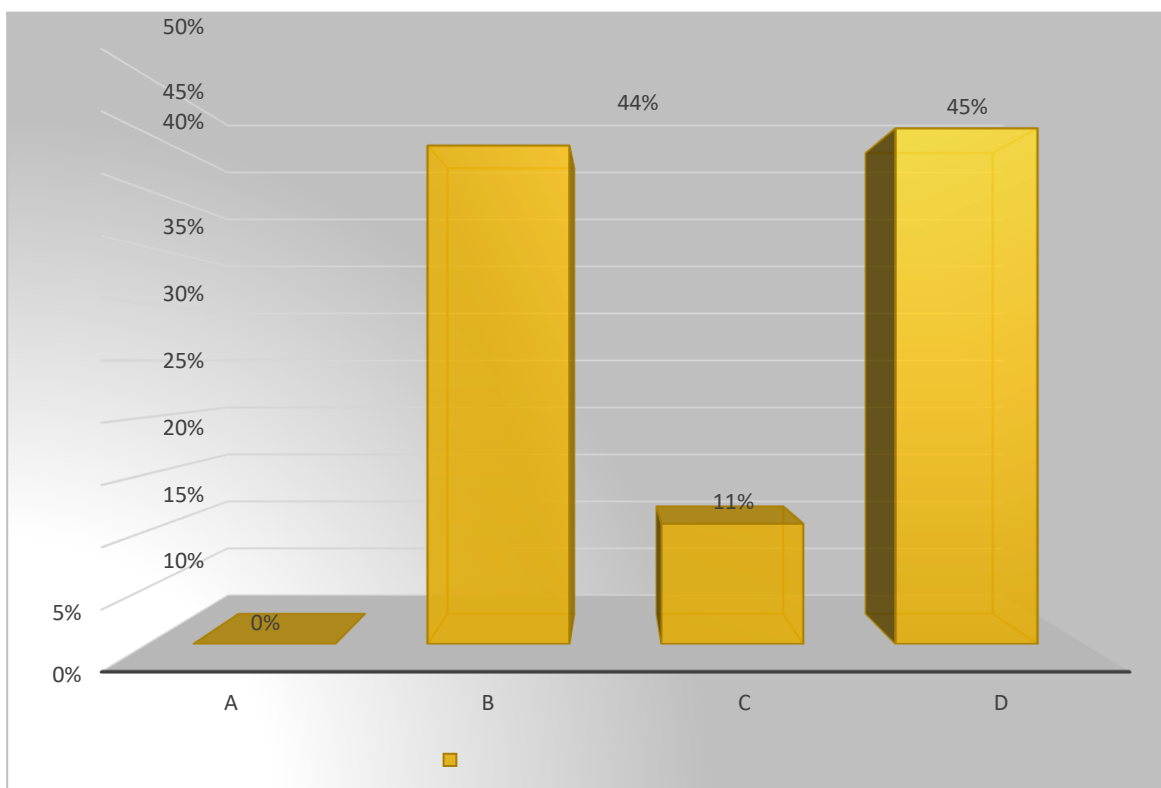
La opción correcta a esta pregunta es **B (mesioangular)**. (29) 44% contestó correctamente (ver cuadro y figura No.32).

**Cuadro No.32** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la clasificación de Winter del diente 28 de la radiografía, global.

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	0	0
B	29	44
C	7	11
D	30	45
TOTAL	66	100

\* F.D

**Figura No.32** Porcentaje de la respuesta a la clasificación de Winter del diente 28 de la radiografía, global.



\* F.D

De todos los encuestados para la pregunta 9, **Ante una fractura parcial de la tuberosidad maxilar en odontectomia de tercer molar superior ¿Cuál es la conducta para seguir?** (19) 29% respondieron A (**eliminar la tuberosidad**), (22) 33% respondieron B (**seccionar el diente y sutura**); (17) 26% respondieron C (**realizarla odontectomia**); (8) 12% respondieron D (**sutura de la mucosa**).

La opción correcta a esta pregunta es **D (sutura de la mucosa)** (8) 12% contestó correctamente (ver cuadro y figura No. 33).

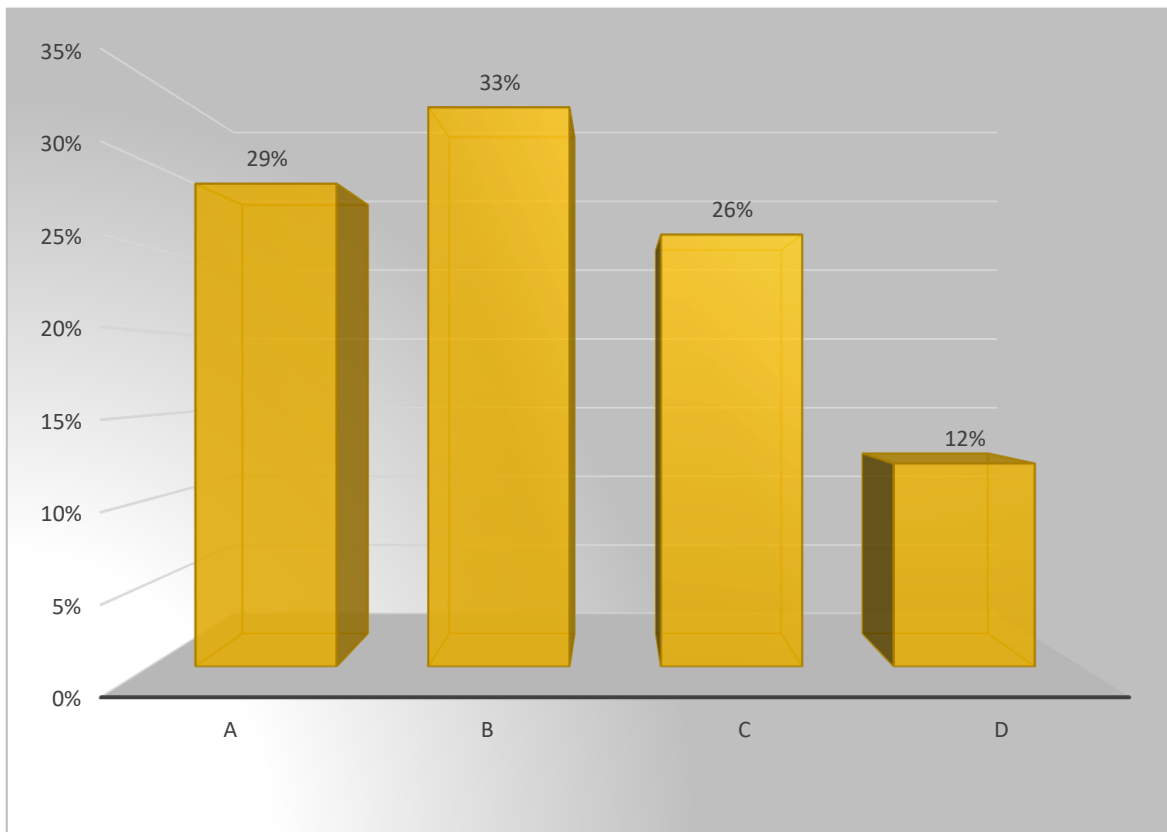
**Cuadro No.33** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la conducta a seguir ante una fractura parcial de la tuberosidad maxilar, global.

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	19	29
B	22	33
C	17	26
D	8	12
TOTAL	66	100

\* F.D



**Figura No.33** Porcentaje de la respuesta a la conducta a seguir ante una fractura parcial de la tuberosidad maxilar, global.



\* F.D

De todos los encuestados para la pregunta 10, **Usted, ¿conoce el protocolo de utilización de cera para hueso?** (16) 24% respondieron A (**si**), 50 (76%) respondieron B (**no**).

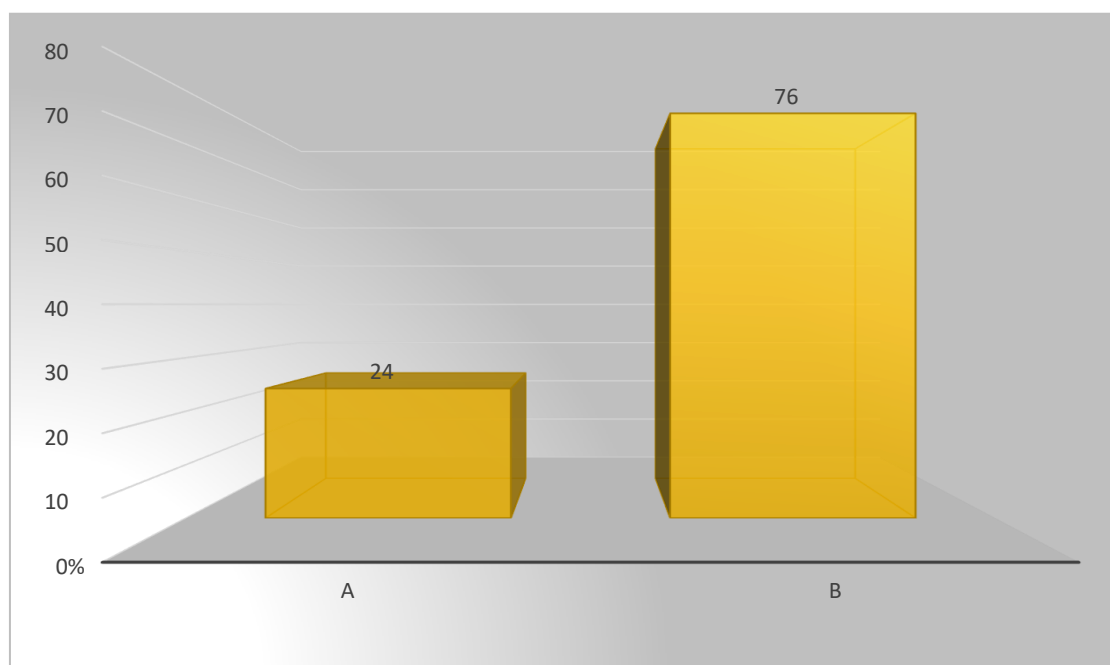
La respuesta esperada a esta pregunta era **A (si)**, del total (16) 24% que sabía (ver cuadro y figura No.34).

**Cuadro No. 34** Frecuencia y porcentaje a la respuesta si saben el protocolo de utilización de cera para hueso, global.

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	16	24
B	50	76
TOTAL	66	100

\* F.D

**Figura No.34** Porcentaje de la respuesta si saben el protocolo de utilización de cera para hueso, global.



\* F.D

De todos los encuestados para la pregunta 11, **¿Cuál de las siguientes opciones, No corresponde a una técnica quirúrgica ante una Comunicación bucosinusal?** (5) 8% respondieron A (**colgajo Vestibular**); (6) 9% respondieron B (**colgajo bucosinusal**); (8) 12% respondieron C (**colgajo palatino**); (47) 71% respondieron D (**Colgajo de la Bola Adiposa de Bichat**).

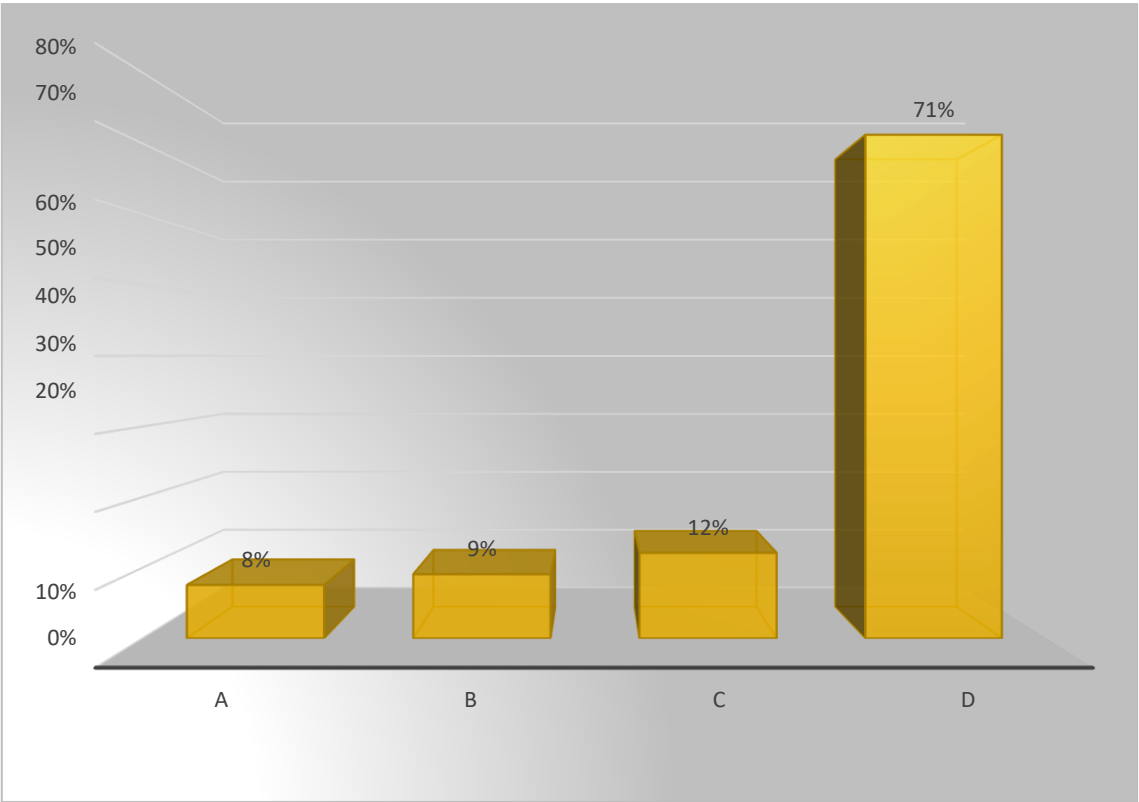
La opción correcta a esta pregunta es **B (colgajo bucosinusal)**. (6) 9% contestó correctamente (ver cuadro y figura No.35).

**Cuadro No.35** Frecuencia y porcentaje de la respuesta a la opción que no corresponde a la técnica ante una comunicación bucosinusal, global.

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	5	8
B	6	9
C	8	12
D	47	71
TOTAL	66	100

\* F.D

**Figura No.35** Porcentaje de la respuesta a la opción que no corresponde a la técnica ante una comunicación bucosinusal, global.



\* F.D

**En este apartado se podrán encontrar los datos de acuerdo con el nivel de conocimiento por turno, género y el global.**

En cuanto al **nivel de conocimiento de los alumnos del turno matutino** el (30) 88% tiene un nivel malo, (3) 9% tiene un nivel regular, (1) 3% bueno, (0) 0% excelente.

Por otro lado, los alumnos del **turno vespertino** el (28) 88% es malo, (4) 13% es regular, (0) 0% es bueno, (0) 0% es excelente.

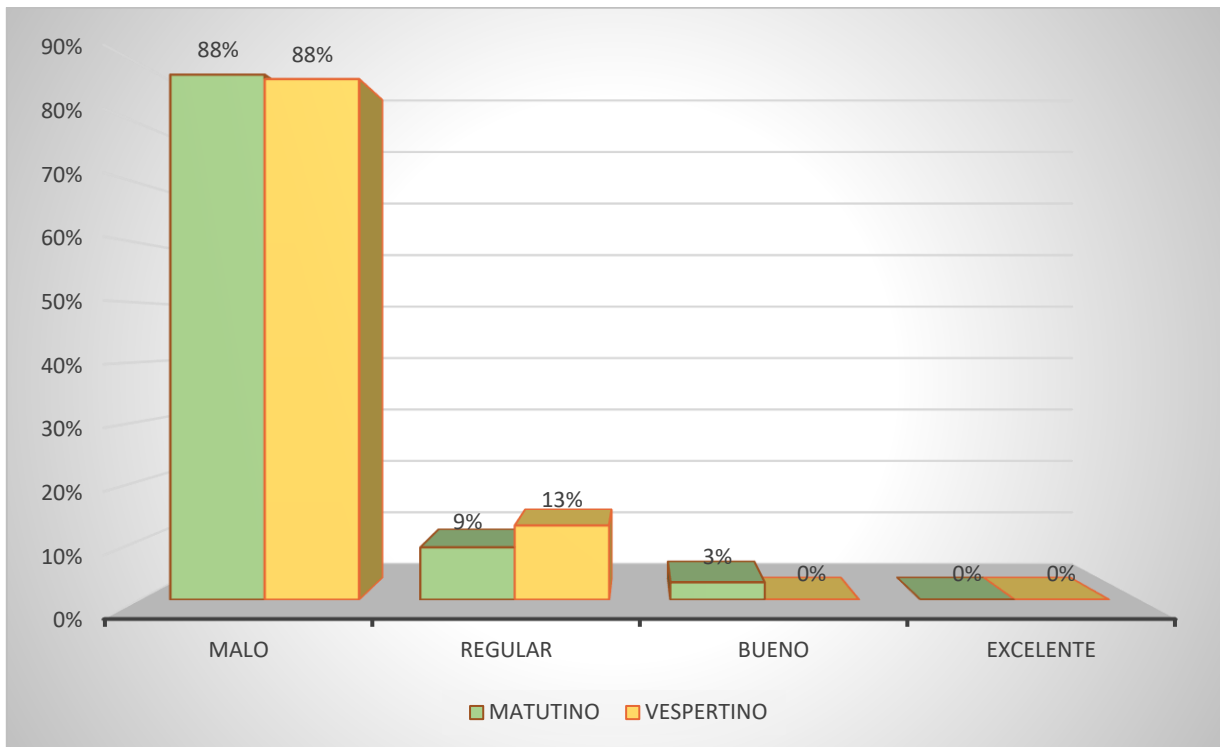
El nivel de conocimiento en los alumnos de **turno matutino fue malo** con (30) 88%. En el **turno vespertino fue malo** con (28) 88% (ver cuadro y figura No.36).

**Cuadro No. 36** Frecuencia y porcentaje del nivel de conocimiento ante las complicaciones en odontectomia de tercer molar superior, por turno.

OPCIÓN	TURNO			
	MATUTINIO		VESPERTINO	
	f	%	f	%
Malo	30	88	28	88
Regular	3	9	4	13
Bueno	1	3	0	0
Excelente	0	0	0	0
TOTAL	34	100	32	100

\* F.D

**Figura No.36** Porcentaje del nivel de conocimiento ante las complicaciones en odontectomía de tercer molar superior, por turno.



\* F.D

El **nivel de conocimiento del género femenino** (39) 89% presentó un nivel malo, (5) 11% tiene un nivel regular, (0) 0% bueno, (0) 0% excelente.

Por otro lado, **el género masculino** el (19) 79% es malo, (5) 21% regular, (0)0% es bueno, (0) 0% es bueno, (0) 0% es muy bueno.

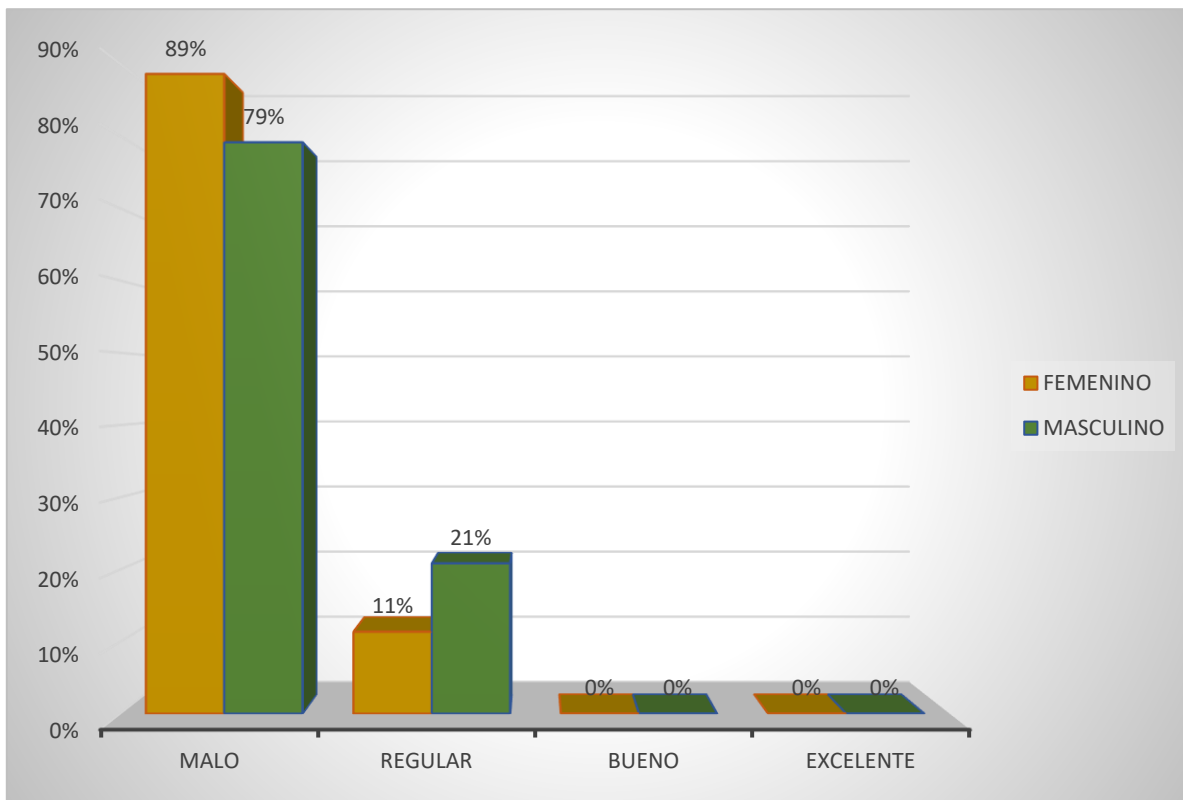
El nivel de conocimiento en los alumnos de **género femenino fue malo** con (39) 89%. Mientras que **el género masculino fue malo** con (19) 79% (ver cuadro y figura No.37).

**Cuadro No. 37** Frecuencia y porcentaje del nivel de conocimiento ante las complicaciones en odontectomia de tercer molar superior, por género.

OPCIÓN	Nivel de conocimiento			
	FEMENINO		MASCULINO	
	f	%	f	%
Malo	39	89	19	79
Regular	5	11	5	21
Bueno	0	0	0	0
Excelente	0	0	0	0
TOTAL	44	100	22	100

\* F.D

**Figura No. 37** Porcentaje del nivel de conocimiento ante las complicaciones en odontectomía de tercer molar superior, por género.



\*F.D



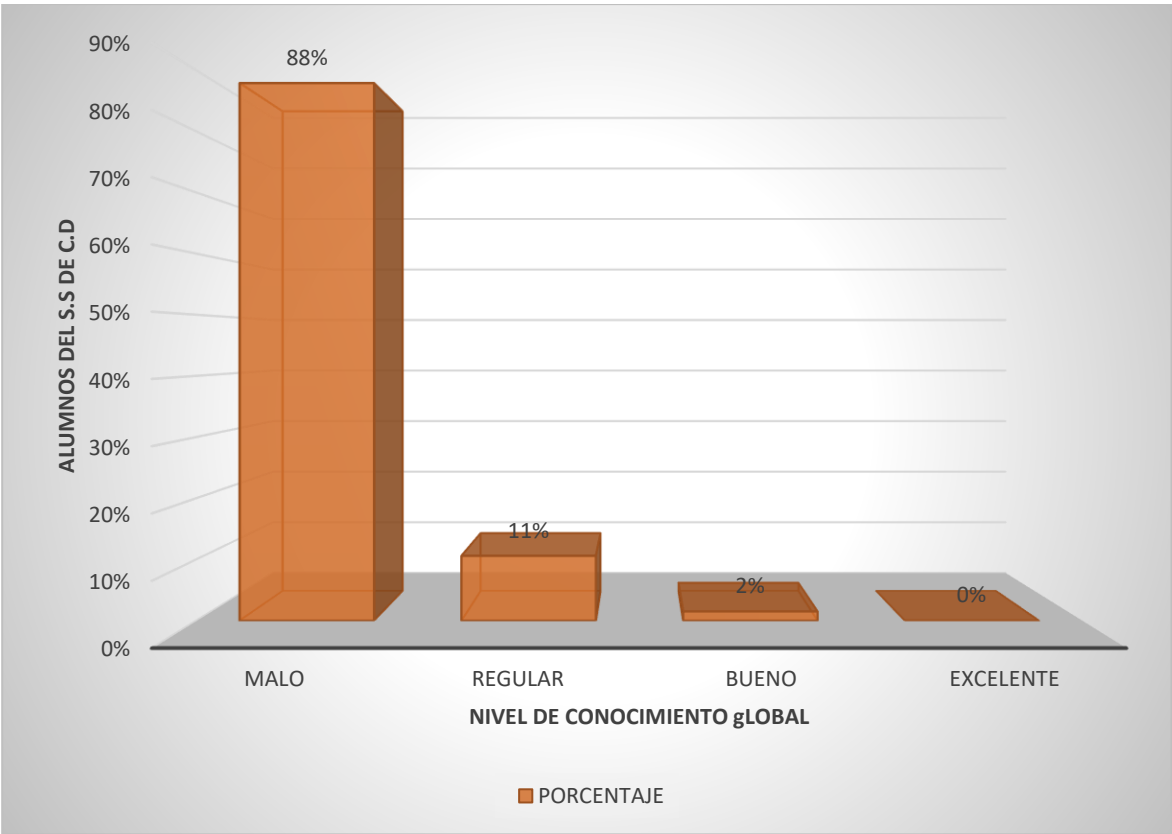
De los **66 alumnos** encuestados del servicio social **de Cirujano Dentista** para el **nivel de conocimiento** en complicaciones transoperatorias de Odontectomia de tercer molar superior, el **(58) 88%** tuvo un nivel de conocimiento **malo**, el **(7) 11%** un nivel de conocimiento **regular**, el **(1) 2%** un nivel de conocimiento **bueno** y **(0) 0%** alumnos un conocimiento **excelente** (ver cuadro y figura No.38).

**Cuadro N. 38** Frecuencia y porcentaje del nivel de conocimiento ante las complicaciones en odontectomia de tercer molar superior, global.

Nivel de Conocimiento	Alumnos del S.S de C.D	
	f	%
Malo	58	88
Regular	7	11
Bueno	1	2
Excelente	0	0
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

\*F.D

**Figura N. 38** Porcentaje del nivel de conocimiento ante las complicaciones en odontectomia de tercer molar superior, global,



\*F.D

## VIII. DISCUSIÓN

García L (2020) Perú, realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en estudiantes de la universidad de Santo Tomas de séptimo octavo y noveno semestre, donde midió el nivel de conocimientos, mediante una encuesta tipo cuestionario, sobre cómo manejar hemorragias donde concluyó que los alumnos tienen un nivel de conocimiento medio, datos que difiere con nuestro estudio, ya que el nivel de conocimiento de los alumnos del servicio social de la Fes Zaragoza en la carrera de Cirujano Dentista obtuvieron un nivel de conocimiento malo. <sup>(52)</sup>

Apaza M 2019 Perú, realizó un estudio donde midió el conocimiento en hemorragias maxilofaciales, concluyendo que tienen un nivel de conocimiento deficiente. <sup>(53)</sup> Dato que coincide con nuestro estudio ya que los alumnos del servicio social de la Fes Zaragoza en la carrera de Cirujano Dentista, presentaron nivel de conocimiento malo en ambos géneros.

Huyacan SF (2022) Perú, realizo un estudio donde evaluó el nivel de conocimiento en hemorragias bucales donde concluyó que de manera global los egresados tienen un conocimiento regular; obtuvo el mismo resultado al realizar el recuento por género; datos que difieren con nuestro estudio, ya que el nivel de conocimiento de los alumnos de nuestro estudio en ambos géneros fue malo. <sup>(54)</sup>

El nivel de conocimiento para la pregunta uno, **la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar**, fue malo tanto el turno matutino como vespertino contestaron incorrectamente.

En la pregunta cuatro donde se pregunta qué hacer ante una hemorragia, tanto el turno matutino como vespertino contestaron incorrectamente.

En la pregunta cinco donde se hace referencia la técnica de Valsalva, se pudo evidenciar que la mayoría no la conocen, pues tanto el turno matutino como vespertino contestaron incorrectamente.

En la pregunta tres donde se preguntó el nervio que da inervación a la mucosa del seno maxilar, ambos turnos contestaron correctamente.

En la pregunta cuatro donde se pregunta qué hacer ante una hemorragia, en ambos géneros su respuesta fue correctamente.

En la pregunta cinco donde se hace referencia la técnica de Valsalva, tanto el género femenino como masculino contestaron correctamente.

Aunque se puede observar que por género y de manera global las respuestas fueron incorrectas.

## IX. CONCLUSIÓN

- El turno matutino, tiene un nivel de conocimiento malo de las complicaciones transoperatorias en odontectomia de tercer molar superior.
- El turno vespertino, tiene un nivel de conocimiento malo respecto a las complicaciones.
- El género femenino tiene un nivel de conocimiento malo acerca del tema.
- El género masculino tiene un nivel de conocimiento malo respecto a las complicaciones.
- Los alumnos del Servicio Social de la generación 2022 no están capacitados en este tema por lo que se concluye que no podrían enfrentar una complicación en odontectomía de tercer molar superior.
- El nivel de conocimiento de los alumnos del Servicio Social, sobre las complicaciones transoperatorias en odontectomia de tercer molar superior, es malo considerando el programa académico de la Facultad de Estudios superiores Zaragoza.

## X. PROPUESTAS

- ❖ Que los profesores evalúen constantemente a los estudiantes que realicen cirugías bucales a manera que identifiquen las complicaciones a las que se pueden enfrentar y sepan resolverlas.
  
- ❖ Que los profesores informen a los alumnos de la importancia que tiene conocer lo que puede pasar si realizan un procedimiento quirúrgico bucal aventurado.
  
- ❖ Prolongar el tiempo de estudio para estos temas en las aulas, en el módulo de Estomatología II y III.
  
- ❖ Que los alumnos estudien de diferentes fuentes, acudan a cursos de actualización constante para que realmente entiendan lo delicado que es realizar una cirugía por muy mínima que parezca.
  
- ❖ Que los alumnos realicen sus protocolos completos y los estudien, tal y como lo solicitan los profesores de cirugía.
  
- ❖ Que los alumnos pregunten en clase y sugieran diferentes métodos de estudio; visual, manual y auditivo, dependiendo de su forma de aprendizaje.
  
- ❖ Informar al alumno de sus deficiencias de pregrado para estimular la asistencia a cursos de actualización, al estudio de una especialidad o posgrado para solucionar problemas quirúrgicos bucales referentes al tercer molar y con ello tener menor riesgo, mayor experiencia y seguridad.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.-Solé BF, Muñoz TF. Cirugía Bucal para Pregrado y el Odontólogo General Bases de la Cirugía Bucal. 12th: Amolca; 2012.283-295.

2.-Deliverska E, Petkova M. Complications after extraction of impacted third molars- literature review. J of IMAB. [ internet]. 2016 [23 de septiembre 2021]; 22(2): 1202-1211. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.5272/jimab.2016223.1202>

3.- Poblete F, Dellaserra M, Yanine N, Araya I, Cortés R, Vergara C, et al. Incidencia de complicaciones post quirúrgicas en Cirugía Bucal. Inter.Dent. [ internet]. 2020 [3 de enero 2021]; 121(1) :13-16. Disponible en:

DOI: 10.4067/S2452-55882020000100013

4.- Restrepo RL, Meneses TF, Vivares BM. Complicaciones quirúrgicas Y postquirúrgicas en la exodoncia de terceros molares inferiores: estudio retrospectivo. Acta Odontologica Colombiana. [ internet]. 2019 [10 de abril 2020]; 9(1): 37-48. Disponible en:

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/72842>

5.-Salik A, Amjad S, Rahman T, Ansari K. Study of complications of surgical removal of maxillary third molar. J Oral Med, Oral Surg, Oral Pathol, Oral Radiol. [ internet]. 2019 [22 de abril 2021]; 5(1): 1-3. Disponible en:

<http://doi.org/10.18231/j.jooo.2019.001>

6.- Saltos CA, Durán MP, Toro BD, Cedeño QJ, Saltos GJ, Ruiz LX. Complicaciones de cirugía maxilofacial en pacientes pediátricos. Pol.Con.[internet]. 2019 [2 de diciembre 2019]; 4(5):1-3. . Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7164239#:~:text=Las%20complicaciones%20m%C3%A1s%20comunes%20en,v%C3%ADas%20de%20ingreso%20de%20los>

7.- Baba J, Iwai T, Endo H, Aoki N, Tohnai I. Maxillary tuberosity fracture and ophthalmologic complications. Oral Surgery. [ internet]. 2017[14 de noviembre 2021]; 10(1):1-5. . Disponible en:

doi:10.1111/ors.12214

8.-Martínez TJ. Cirugía Oral y Maxilofacial. España: Manuel Moderno; 2009.263-272.

9.-Hupp JR, Ellis E, Tucker MR. Cirugía oral y maxilofacial Contemporánea. 5a ed. España: Elsevier; 2010.185-194.

10.- Iturry EC. Complicaciones inmediatas que se presnetan durante exodoncia de terceros molares en los estudiantes de noveno semestre de la facultad piloto de odontologia [internet].2019.[14 de Marzo de 2021] Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/40394#:~:text=Se%20realiz%C3%B3%20un%20an%C3%A1lisis%20de,inmediatas%20durante%20la%20exodoncia%20de.>

11.- Gay EC, Berini AL. Tratado de Cirugía Bucal. Madrid: Ergon; 2015.14-18.

12.- Vázquez D, Subirán B, Pujol M. Estudio de la relacion de los terceros molares superiores retenidos el seno maxilar en radiografias panorámicas y tomografía(CBCT). ADM. [ internet]. 2020[18 de Noviembre de 2021]; 1(6): 6-10. Disponible en:

<https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=91536>

13.- Herrera MR, Ríos VL, León MR, Beltrán SJ. Concordancia entre la radiografía panorámica y lla tomografía computarizada de haz cónico en la relación de los terceros molares mandibulares con el conducto dentario inferior. Estomatol. Herediana. [ internet]. 2020[18 de Noviembre de 2021]; 30(2): 86-93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/reh.v30i2.3760>.



14.- Romero H, Velázquez RM, Molina J, Rodríguez FJ. Complicaciones del seno maxilar en odontología. Dentista y Paciente. [ internet]. 2019[18 de Noviembre de 2021]. Disponible en:

<https://dentistaypaciente.com/caso-clinico-133.html>

15.- Norton NS. Netter Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos. 3a edición. España: Elsevier; 2018.154-328

16.- Rouvier H, Delmas V. Anatomía Humana Descriptiva, topográfica y funcional. 11a edición. España: Elsevier; 2005. Tomo 1 cabeza y cuello.

17.- Paulsen F, Waschke J. Sobotta. Atlas de anatomia humana vol 3 Cabeza, cuello y neuroanatomía. Tomo 3. 24th edición. Elsevier; 2018.

18.- Netter FH. Atlas de Anatomía humana. 6ª edición. Barcelona: Masson;2015.

19.- Chiego DJ. Principios de Histología y Embriología Bucal Con orientación clínica. 5th ed.: Elsevier; 2021.

20.-Loughney GA, Martín L M, Fernández DM, Caparrós EM. Sinusitis maxilar derecha, fractura de suelo de órbita y de la ápofisis pterigoides como complicación inusual en la exodoncia de un tercer molar superior derecho incluido. CIENT.DENT. [internet]. 2013[18 de Noviembre de 2021]; 10(1):15-18. Disponible en: <https://www.coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol10num1/sinusitis.pdf>

21.-Llerena GG, Arrascue DM. Tiempo de cirugía efectiva en la extracción de los terceros molares realizadas por un Cirujano Oral y Maxilofacial con experiencia. Rev Estomatol Herediana. [ internet]. 2018[9 de marzo 2021]; 16(1): 40-45. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539345008>

22.- Chiapasco M. Tacticas y Técnicas en cirugía oral. 2nd ed. Venezuela: AMOLOCA; 2010.394-409.

23.-Heit O. Anatomía del seno maxilar.Importancia clínica de las arterias antrales y de los septum. Rev Col Odontólogos Entre Ríos. [ internet].2017[9 de marzo 2021]; 161(1): 6-10. Disponible en:

[https://www.coer.org.ar/descargas/2017\\_SenoMax.pdf](https://www.coer.org.ar/descargas/2017_SenoMax.pdf)

24.- Briceño J, Estrada J. Elevación de piso de seno maxilar: consideraciones anatómicas clínicas. Revisión de la literatura. Univ Odontol. [ internet]. 2012[5 de marzo 2021]; 31(67):27-55. Disponible en:

<http://www.javeriana.edu.co/Universitasodontologica>

25.- Manzanera E, Lloraca P, Manzanera D, García SV, Sada V, Paredes Gallardo V. Anatomical study of the maxillary tuberosity using cone beam computed tomography. Oral Radiol. [internet]. 2017 [10 de marzo 2021]; 34(1): 56-65. Disponible en:

doi:10.1007/s11282-017-0284-x

26.-Thirumurugan K, Muzanoor R, Prasad G, Sankar K. Maxillary tuberosity fracture and subconjunctival hemorrhage following extraction of maxillary thir molar. JNat Sci Biol Med. [internet]. 2013[10 de marzo 2021]; 4(1):242-251. Disponible en:

doi: 10.4103/0976-9668.107317. PMID: 23633874; PMCID: PMC3633290

27.-Sanchez CR, Salido RM, Cabrera MA, Fernández CI, Navarro SS, Flores RR. Complicaciones en cirugías de terceros molares. Andaluza de Cirugia Bucal. [internet].2020 [27 de marzo 2021];(10). Disponible en:

<https://www.aacib.es/wp-content/uploads/2020-aacib-10-art-03.pdf>

28.-Nabeel S, Abdulazizi B, Mehboob P, Salim AS. Complications of third molar extraction a restrospective study from a tertiary healthcare centre in Oman. Sultan Qaboos University Med. [internet]. 2019[18 de agosto 2021]; 19(3): 230-235. Disponible en:<https://doi.org/10.18295/squmj.2019.19.03.009>

29.- De Campos N, Furlaneto F, De Paiva BY. Bleeding in Dental Surgery. En Contemporary applications of Biological Hemostatic Agents across Surgical Specialities.: IntechOpen [internet]. 2019[18 de agosto 2021]. Disponible en:

DOI: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.89992>

30.- De Farias AJ, Oliveira CC, Oliveira BH, Patricia de SI, Carneiro da SA, Dos Santos AK, et al. Métodos e agentes hemostáticos para controle de hemorragia em atendimentos de urgência odontológica / Hemostatic methods and agents to control hemorrhage in dental emergency care. Brazilian Journal of Development. [internet]. 2020[16 de octubre 2021].; 6(6). Disponible en:

<https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-104>

31.- Vásquez VA, Arias LJ, Seminario AM, Guevara CJ, Morales VR, Cava VC, et al. Comunicación Bucosinusal:Revisión de la literatura. KIRU. [internet]. 2017[25 de enero 2021]; 14(1): 91-97. Disponible en:

<http://doi.org/10.24265/kiru.2017.v17n1.13>.

32.- Gatti PC, Santucci V, Montes de Oca H, Passart J, Bugatto AL, Puia SA. Principios fundamentales para el tratamiento de las comunicaciones bucosinusales. Presentación de cuatro casos clínicos. Rev Asoc Odontol Argent. . [internet]. 2019 [25 de enero 2021]; 107(2): 63-71. Disponible en:

[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1016010/gatti-principios-fundamentales-para-el-tratamiento-de-las-comu\\_f1PGYNS.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1016010/gatti-principios-fundamentales-para-el-tratamiento-de-las-comu_f1PGYNS.pdf)

33.-Rivera CJ, Hernández VA. Comunicación oroantral.Reporte de un caso. ADM. [internet]. 2013[25 de enero 2021];70(4): 209-212. Disponible en:

<https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-adm/articulo/comunicacion-oroantral-reporte-de-un-caso>

34.- Freitas T, Farias J, Mendoca R, Alves M, Ramos R, Cancio A. Oroantral fistulas:diagnosis and managment purposes. [internet]. 2003 [25 de enero 2021]; 69(6):838-844. Disponible en:

<http://www.sborl.org.br>

35.- Raffo M, Oggiani V. Cierre de comunicaciones bucosinusales con colgajos palatinos. Actas Odontológicas. [internet].2016[25 de enero 2021]; 12(1). Disponible en:

[https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/11136/1/Raffo-Oggiani\\_ActasOdontologicas2016junio.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/11136/1/Raffo-Oggiani_ActasOdontologicas2016junio.pdf)

36.- Molina VG, Manzano GP. Tratamiento de desplazamientos dentarios al seno maxilar, mediante antrostomía Caldwell-Luc bajo anestesia local. ADM. [internet]. 2014[5 de enero 2021]; 71(4): 192-196.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=51988>

37.- Ruiz SL, Martínez RN, Barona DC, Martínez GJ. Desplazamiento accidental del tercer molar al seno maxilar: protocolo de actuación. Cient Dent. [internet]. 2018 [5 de enero 2021]; 15(3). Disponible en:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-182251>

38- Rivera CJ, Reyes TG. Desplazamiento por iatrogenia de tercer molar a seno maxilar: reporte de caso clínico. ADM. [internet]. 2018 [5 de enero 2021]; 75(1). Disponible en:

<https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-adm/articulo/desplazamiento-por-iatrogenia-de-tercer-molar-a-seno-maxilar-reporte-de-caso-clinico>

39.-Morales ND. Fractura mandibular. Rev.cuba.estomatol.[internet]. 2017[5 de enero 2021]; 54(3): 1-19. Disponible en:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-901048>

40.- Almeida SG, Tatia SZ, Tadeu SA, Asprinob L, de Moraes M. Pterygoid process fracture during dental extraction an unusual complication. Rev Odonto Cienc. [internet]. 2017[14 de enero 2021]; 32(3):160-162. Disponible en:

<https://doi.org/10.15448/1980-6523.2017.3.28632>

41.-Monise SA, Barancelli TS, Gabardo G, Joao da Costa D, Barbosa RN, Scariot R. Intraoperative accidents associated whit surgical removal of third molars. Braz J Oral Sci. [internet]. 2014 [18 de agosto 2021]; 13(4). Disponible en:

<https://doi.org/10.1590/1677-3225v13n4a07>

42.- Wei TZ, Sabrina ZS, Kairuddin ZA, Wei LS. Dentoalveolar fracture. A complication of extraction of upper left first molar. Clinical Case Reports. [internet]. 2018 [12 de enero 2021]; 6: 2096-2098. Disponible en:

<https://doi.org/10.1002/ccr3.1814>

43.-Olborska A, Osica P, Janas NA. Iatrogenic Fracture of the maxillary tuberosity a case report. Journal of Education Health and Sport. [internet]. 2017 [12 de enero 2021]; 7(12): 155-168. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1116387>

44.- Alan D, Cortez L. Procesos y Fundamentos de la investigación científica. 1st ed. Ecuador: UTMACH; 2018.

45.-Angulo R. Gestión del conocimiento y aprendizaje organizacional: una visión integral. Informes Psicológicos.[internet]. 2017[12 de enero 2021]; 17(1). Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7044227>

46.-Oliveira FF. Conhecimento Processual da tomada de Decisao em Orientacao comparacao de Jovenes com Diferentes Niveis de mestria Utilizando um simulador Computarizado Reitoria UdP, editor.; 2001.

47.-Segarra CM, Bou JC. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. Rev Econ Emp. [internet]. 2004[12 de enero 2021]; 52(4): 177-182. Disponible en:

[file:///C:/Users/yarid/Downloads/Dialnet-ConceptoTiposYDimensionesDelConocimiento-2274043%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/yarid/Downloads/Dialnet-ConceptoTiposYDimensionesDelConocimiento-2274043%20(2).pdf)

48.-Santiago JS, Tornay FM, Gómez EM. Procesos psicológicos básicos. 2nd ed. Madrid: Páramo; 2006.

49.-González SJ. Los niveles de conocimientos: el Aleph en la Innovación curricular. Innov. educ. [internet]. 2014[19 de abril 2021]; 14(65): 133-142.

Disponible en:

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-26732014000200009](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-26732014000200009)

50.- Coronado PJ. Escalas de Medición. SIIU. [internet]. 2007[27 de noviembre 2023];2(2). Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4942056.pdf>

51.- Haar MM, Maradiaga GA, Salinas LA, Sánchez OC. Nivel de conocimiento de los estudiantes del tercer curso en Odontología de la UNAN-León, sobre trastornos de presión arterial y manejo odontológico. Rev ADM. 2023; 80 (2): 96-100. <https://dx.doi.org/10.35366/110649>

52.-García L. Conocimiento de los estudiantes de odontología de séptimo, octavo y noveno semestre de la Universidad Santo Tomás sobre el manejo de hemorragias bucales. [Online].; 2020. Acceso 23 de octubre de 2023. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/2924>.

53.-Apazan M. Relación entre el nivel de conocimientos y el control de hemorragia en cirugía dental en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional de Altiplano. [Online].; 2019. Acceso 23 de octubre de 2023. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/12639>.

54.-Huayanca SF. Relación entre el conocimiento y el manejo de hemorragias bucales en egresados de estomatología de la universidad peruana. [Online].; 2022. Acceso 15 de abril de 2023. Disponible en: [https://repositorio.uap.edu.pe/jspui/bitstream/20.500.12990/11230/1/Tesis\\_Relacion%20entre%20conocimiento%20Manejo%20Hemorragias%20bucales.pdf](https://repositorio.uap.edu.pe/jspui/bitstream/20.500.12990/11230/1/Tesis_Relacion%20entre%20conocimiento%20Manejo%20Hemorragias%20bucales.pdf).

55.-Méndez RI, Namihira GD, Moreno AL, Sosa MC. El protocolo de investigación: lineamientos para su elaboración y análisis. 2ª edición. México: Trillas;1996.

56.-Guzmán LA, Valdez MS.. El servicio social como recurso didáctico para intervenir la realidad social. *Zincografía*, [internet]. 2020{consultado 16 agosto 2020; 2 (4): 44-61. Disponible en: <https://doi.org/10.32870/zcr.v0i4.54>

57.-Real Academia Española: *Diccionario de la lengua española*, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.6 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [27-02-23].

58.-González J. Los niveles de conocimiento: El Aleph en la innovación curricular. *Innovación educativa* [Internet] .2014. [Consultado 19 de marzo de 2023];14(65),133-142.Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-26732014000200009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-26732014000200009&lng=es&tlng=es).

59.- AMM. Declaración de Helsinki [internet] 2008(20 dic 2021); disponible en

<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos>

60.Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. En Diario Oficial de la Federación. México.6 de enero de 1987. (capítulo III,titulo quinto, articulo 96-102: 32

# ANEXO





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA CIRUJANO DENTISTA



CUESTIONARIO PARA TESIS  
CONOCIMIENTO DE LOS ALUMNOS DEL SERVICIO SOCIAL DE  
CIRUJANO DENTISTA ANTE LAS COMPLICACIONES  
TRANSOPERATORIAS EN ODONTECTOMIA DE TERCER MOLAR  
SUPERIOR

TURNO:

SEXO: M ( ) F ( )

Este cuestionario únicamente pretende valorar el nivel de conocimientos en complicaciones transoperatorias en cirugía de tercer molar. Es totalmente anónimo.

**Instrucciones:** lee con atención y elige una sola respuesta, la que consideres sea correcta.

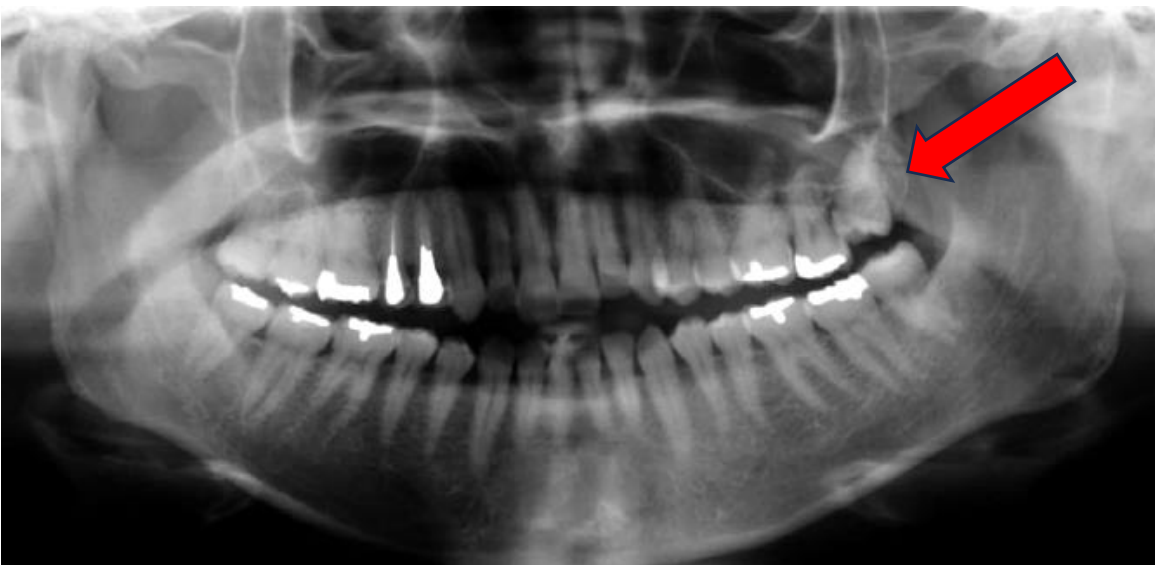
1.- Esta clasificación, valora la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo

- A) Pell y Gregory
- B) Winter
- C) Sánchez Torres
- D) Archer

2.- En una comunicación bucosinusal causada por odontectomía de tercer molar superior, la cual presenta una dimensión de 2 mm, ¿cuál sería el procedimiento a seguir?

- A) No es necesario realizar algún tipo de procedimiento quirúrgico, ya que cicatriza espontáneamente
- B) Palpar el alveolo con una legra o localizador de ápices para verificar la comunicación
- C) Colocar una esponja de gelatina, suturar y enviar antibioticoterapia
- D) Realizar un colgajo vestibular, suturar y enviar antibioticoterapia

- 3.- Da inervación a la mucosa del seno maxilar
- A) Nervio nasopalatino
  - B) Nervio cigomático
  - C) **Nervio alveolar superior posterior**
  - D) Nervio infraorbitario
- 4.- De las siguientes técnicas, ¿cuál es correcta ante una hemorragia?
- A) **Colocar una gasa comprimir hasta detener el sangrado**
  - B) Colocar más anestésico para detener el sangrado, comprimir con gasa y suturar
  - C) Comprimir con gasa, colocar cera para hueso y suturar
  - D) Colocar más anestésico, suturar y comprimir con gasa
- 5.- Consiste en comprimir los orificios nasales y pedir al paciente que exhale, de existir una comunicación bucosinusal se producirá burbujeo y ruido en la zona.
- A) **Técnica Valsalva**
  - B) Técnica de Highmore
  - C) Técnica de Caldwell-Luc
  - D) Técnica de Nelaton
- 6.- En esta técnica, se realiza una ventana lateral para acceder al seno maxilar e iniciar la exploración de este y retirar el tercer molar superior desplazado.
- A) Técnica Valsalva
  - B) Técnica de highmore
  - C) **Técnica de Caldwell-Luc**
  - D) Técnica de nelaton



7.-De acuerdo con la clasificación de Pell y Gregory ¿cuál le corresponde al diente 28 de la radiografía anterior?

- A) Clase A
- B) Clase B**
- C) Clase C
- D) Clase D

8.- De acuerdo con la clasificación de Winter ¿cuál le corresponde al diente 28 de la radiografía?

- A) Horizontal
- B) Mesioangular**
- C) Distoangular
- D) Vertical

9.- Ante una fractura parcial de la tuberosidad maxilar en odontectomía de tercer molar superior ¿Cuál es la conducta para seguir?

- A) Eliminar la tuberosidad
- B) Seccionar el diente y suturar
- C) Realizar la odontectomía
- D) Sutura de la mucosa**

10.- usted, ¿conoce el protocolo de utilización de cera para hueso?

- A) Sí
- B) No

11.- ¿Cuál de las siguientes opciones, No corresponde a una técnica quirúrgica ante una Comunicación bucosinusal?

- A) Colgajo Vestibular
- B) Colgajo bucosinusal**
- C) Colgajo Palatino
- D) Colgajo de la Bola Adiposa de Bichat.