

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Odontología
Escuela Profesional de Odontología



**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PRE OPERATORIO, OPERATORIO Y
POST OPERATORIO EN LA EXODONCIA EN LOS ALUMNOS DEL IX
SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA DE LA UCSM.**

AREQUIPA – 2018

Tesis Presentada Por El Bachiller:
Barriga Vidales Roberto Manuel

Para optar el título profesional de:
Cirujano Dentista

Asesor:
Dra. Elsa Vásquez Huerta

AREQUIPA - PERÚ
2018

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

DR LARRY ROSADO LINARES

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 74

Vista la solicitud que presenta don (ña BARRIGA VIDALES ROBERTO MANUEL sobre el dictamen de la Tesis titulada "NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PRE OPERATORIO, OPERATORIO Y POST OPERATORIO EN UNA EXODONCIA EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UCSM AREQUIPA 2018" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR LARRY ROSADO LINARES
DR EDWIN DELGADO ALVAREZ
CD WILMER BALDARRAGO GONZALES

Arequipa, 07 de AGOSTO del 2018

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

[Signature]
DR. HUBERT CALLEGOS VARGAS
L. en la Facultad de Odontología

INFORME

Sr. Decano:

*Habiendo revisado el presente Borrador de Tesis suscrita:
Contegir páginas 3, 4, 6, 7, 34, 58, 61, 62, 63*

*Hechas las correcciones al presente Borrador de
Tesis puestas con mi opinión FAVORABLE*

[Signature] 13-08-2018

[Signature] 14.08.2018

Arequipa, 2018 *Agosto 14.*

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

CD WILMER BALDARRAGO GONZALES

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 74

Vista la solicitud que presenta don(ña BARRIGA VIDALES ROBERTO MANUEL sobre el dictamen de la Tesis titulada "NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PRE OPERATORIO, OPERATORIO Y POST OPERATORIO EN UNA EXODONCIA EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UCSM AREQUIPA 2018" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR LARRY ROSADO LINARES
DR EDWIN DELGADO ALVAREZ
CD WILMER BALDARRAGO GONZALES

Arequipa, 07 de AGOSTO del 2018

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

DR. HERBERLY CALLEGOS VARGAS
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

Evaluated el Borrador de Tesis "NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PRE OPERATORIO, OPERATORIO Y POST-OPERATORIO EN UNA EXODONCIA EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UCSM AREQUIPA 2018" y de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y el Artículo 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se resuelve dar con "OPINION FAVORABLE" por la sustentación

Arequipa, 2018

COO/2159

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

DR EDWIN DELGADO ALVAREZ

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 74

Vista la solicitud que presenta don (ña BARRIGA VIDALES ROBERTO MANUEL sobre el dictamen de la Tesis titulada "NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PRE OPERATORIO, OPERATORIO Y POST OPERATORIO EN UNA EXODONCIA EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UCSM AREQUIPA 2018" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR LARRY ROSADO LINARES
DR EDWIN DELGADO ALVAREZ
CD WILMER BALDARRAGO GONZALES

Arequipa, 07 de AGOSTO del 2018

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
[Signature]
DR. HERBERT CALLEGOS VARGAS
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

Sr. Decano: Revisado el documento me permito
realizar las siguientes recomendaciones:
- Redactar mejor el título
- Revisar índice
- mejorar interpretación de tablas
- Oblicuar el año en las gráficas
- Ordenar los antecedentes
- Mejorar redacción y ortografía

Arequipa, 2018, Agosto 16

[Signature]



Dedicárselo a Dios.

A mi mayor y mejor crítico, mi Abuelo Manuel
Teodoro Barriga Salas,

A mi Abuela Ofelia,

A mi Abuela Zoila,

A mis padres y hermanos.

Y a ti por volver a estar a mi lado y disfrutar
éste momento.

INDICE

INTRODUCCIÓN	XI
RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
CAPITULO I PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. Determinación del problema	2
1.2. Enunciado del problema.....	2
1.3. Descripción del problema	2
1.4. Justificación	5
2. OBJETIVOS	6
3. MARCO TEÓRICO	7
1. Cirugía bucal.....	7
2. Pre Operatorio	7
2.1. Bioseguridad	8
2.1.1. Esterilización.....	9
2.1.2. Asepsia.....	9
2.1.3. Antisepsia	9
2.1.4. Agentes Químicos	10
2.1.4.1. Líquidos.....	10
2.2. Historia Clínica.....	11
2.2.1. Concepto.....	12
2.2.2. Objetivo	13
2.2.3. Partes Principales de la Historia Clínica	13
2.2.3.1. Anamnesis	13
2.2.3.2. Examen Físico o Exploración Clínica	14
2.2.3.3. Exámenes Auxiliares.....	16
2.2.3.4. Diagnóstico.....	19
2.2.3.5. Pronóstico.....	20
2.2.3.6. Tratamiento.....	20
2.2.3.7. Epicrisis y Alta.....	21
2.3. Consideraciones Especiales	22
2.4. Pacientes que requieren cuidados especiales en la consulta dental.....	23

2.4.1.	Embarazo	23
2.4.2.	Hipertensión Arterial	24
2.4.3.	Insuficiencia Cardíaca	25
2.4.4.	Diabetes Mellitus	25
2.4.5.	Hipotiroidismo e Hipertiroidismo	27
2.4.6.	Insuficiencia Suprarrenal	28
2.5.	Indicaciones y Contraindicaciones para Exodoncia	28
2.5.1.	Indicaciones para una Exodoncia	28
2.5.2.	Contraindicaciones para una exodoncia	29
3.2.	Tiempos Quirúrgicos	34
3.2.1.	Diéresis o incisión	35
3.2.2.	Despegamiento mucoperióstico o mucoso	35
3.2.3.	Ostectomía y Osteotomía	36
3.2.4.	Odontosección	37
3.2.5.	Exéresis, Evacuación, Restauración o Remodelación	37
3.2.6.	Tratamiento de la cavidad y hemostasia	38
3.2.7.	Sinéresis o Sutura	38
3.3.	Tiempos de la Exodoncia con Fórceps	39
3.3.1.	Prehensión	39
3.3.2.	Luxación	39
3.3.3.	Tracción	40
3.4.	Tiempos de la exodoncia con elevadores	40
3.4.1.	Aplicación	40
3.4.2.	Luxación	40
3.4.3.	Extracción propiamente dicha	40
3.5.	Posición del paciente y operador	41
4.	Post Operatorio	41
4.1.	Complicaciones Post Operatorias	42
4.1.1.	Locales	42
4.1.2.	Generales	45
4.2.	Farmacología	46
4.2.1.	Aine	46
4.2.2.	Analgésico Opioide	47
4.2.3.	Antibiótico	48

4.3. Indicaciones al Paciente	51
4.4. Revisión de antecedentes investigativos	54
4.4.1. Antecedentes Locales	54
4.4.2. Antecedentes Nacionales	55
4.4.3. Antecedentes Internacionales	56
4. Hipótesis	57
CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	58
II.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	59
1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	59
1.1. Técnica	59
1.2. . Instrumentos	60
1.2.1. Instrumentos documentales:	60
1.2.2. Instrumentos mecánicos:	62
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	62
2.1. Ubicación espacial	62
2.1.1. Ámbito general	62
2.1.2. Ámbito específico	62
2.2. Ubicación Temporal	62
La investigación se desarrolló en el transcurso del mes de Julio del año 2018.....	62
2.3. Unidades de Estudio	62
Se toma el universo de estudiantes del IX semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica De Santa María - Arequipa.....	62
2.3.1. Criterios de selección	63
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	64
3.1. Organización	64
3.2. Recursos	64
3.2.1. Recursos Humanos	64
3.2.2. Recursos Físicos	64
3.2.3. Recursos Económicos.....	64
3.2.4. Recursos Institucionales	64
3.3. Validación del Instrumento	65
4. ESTRATEGIAS MANEJAR LOS RESULTADOS	65
4.1. Nivel de sistematización	65
4.1.1. Tipo de procesamiento	65

4.1.2. Operaciones del procesamiento	65
4.2. Plan de análisis de datos.....	66
4.2.1. Tipo de análisis.	66
4.2.2. Tratamiento estadístico.....	66
CAPITULO III RESULTADOS	67
CONCLUSIONES.....	81
RECOMENDACIONES.....	82
LISTA DE REFERENCIAS	83
ANEXOS	84
ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	85
ANEXO 2:.....	93
MATRIZ DE DATOS PROPIOS DEL INVESTIGADOR - 2018.....	93
ANEXO 3:.....	97
SOLICITUD AL DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UCSM PARA HACER USO DE LAS INSTALACIONES DE LA CLÍNICA ODONTOLOGICA.	
97	
ANEXO 4:.....	99
FOTOGRAFÍAS DE LOS ALUMNOS RESOLVIENDO LA ENCUESTA.	99
ANEXO 5:.....	101
LISTA OFICIAL DE ALUMNOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA MATRICULADOS EN EL IX SEMESTRE.....	101

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: SEXO DE LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.	68
TABLA N°. 2: NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PRE OPERATORIO EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.	70
TABLA N°. 3: NIVEL DE CONOCIMIENTO OPERATORIO EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.	72
TABLA N° 4: NIVEL DE CONOCIMIENTO POST - OPERATORIO EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.	74
TABLA N°. 5 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PRE OPERATORIO, OPERATORIO Y POST OPERATORIO EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.	76
TABLA N°. 6: NIVEL DE CONOCIMIENTO COMPARATIVO DE EL PRE OPERATORIO, OPERATORIO Y POST OPERATORIO EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.	78

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N° 1: SEXO DE LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.	69
GRAFICO N° 2: NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PRE OPERATORIO EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.	71
GRÁFICO N° 3: NIVEL DE CONOCIMIENTO OPERATORIO EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.	73
GRÁFICO N° 4: NIVEL DE CONOCIMIENTO POST - OPERATORIO EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.	75
GRÁFICO N° 5: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PRE OPERATORIO, OPERATORIO Y POST OPERATORIO EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.....	77
GRÁFICO N° 6: NIVEL DE CONOCIMIENTO COMPARATIVO DE EL PRE OPERATORIO, OPERATORIO Y POST OPERATORIO EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.	80

INTRODUCCIÓN

La exodoncia es un procedimiento quirúrgico en el campo de la odontología, como parte de la Cirugía Oral, el cual consiste en la extracción dentaria propiamente dicha, que se realiza mediante técnicas que son conocidas por el odontólogo, siendo importante tener todos los cuidados necesarios durante el Pre Operatorio, Operatorio y Post Operatorio, para que la integridad física del paciente no se vea afectada; de tal manera que no presente secuelas posteriores ya sean patológicas o psicológica.

La extracción dentaria no es un procedimiento sencillo cuando se realiza, y como especialistas en el campo de la Salud Bucal debemos de tener todos los cuidados necesarios y ser cautos al momento de realizar la extracción del diente de su alveolo, ya que se pueden presentar complicaciones severas durante el procedimiento quirúrgico, es por ello que debemos estar preparados si es que ocurre una reacción adversa y tener la capacidad de poder solucionar el problema en el tiempo oportuno, salvaguardando la integridad física bucal. También se presentan complicaciones después procedimiento quirúrgico, como una infección, generando dolo en el paciente, para lo cual debemos saber que fármacos utilizar para tratar una infección y controlar el dolor que presenta el paciente, y esto es cada vez más frecuente en nuestro medio.

La tesis consta de tres capítulos. En el capítulo I se aborda el Planteamiento teórico, que consta del problema de investigación, objetivos y marco teórico.

En el capítulo II se consigna el Planteamiento Operacional, que comprende las técnicas, instrumentos y materiales de verificación; campo de verificación, estrategia de recolección de datos y estrategia para manejar los resultados.

En el capítulo III se presenta los resultados de la investigación que consta del procesamiento y análisis estadístico de los datos, mediante tablas, interpretaciones y gráficas, así como las conclusiones. Finalmente la bibliografía, así como los anexos correspondientes.

RESUMEN

Éste trabajo se realizó con el propósito de saber cuál es el Nivel de Conocimiento sobre el Pre Operatorio, Operatorio y Post Operatorio sobre la exodoncia, en los Alumnos del IX Semestre de la Facultad de Odontología, teniendo todos los cuidados necesarios que deben tener, como futuros profesionales de la Salud Oral, con los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María – Arequipa.

Es por ello que se realizó un cuestionario de 30 preguntas, 10 preguntas para el tiempo Pre Operatorio, 10 preguntas para el tiempo Operatorio y 10 preguntas para el tiempo Post Operatorio en relación con Cirugía Oral, específicamente de la exodoncia, a los 124 alumnos que asisten normalmente a la Clínica Odontológica. Los objetivos fueron evaluar el nivel de conocimiento del Pre Operatorio, evaluar el nivel de conocimiento del Operatorio, evaluar el nivel de conocimiento del Post Operatorio en los alumnos del IX semestre de la Facultad de Odontología y determinar si el nivel de conocimiento del Pre Operatorio, Operatorio y Post Operatorio en la exodoncia en los alumnos del IX semestre de la Facultad de Odontología de la UCSM, es malo, regular o bueno. Encontramos que el nivel de conocimiento del Pre Operatorio, Operatorio y Post Operatorio en los alumnos del IX semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María, que de los 124 encuestas, se encontró con un 59,7% con un nivel de conocimiento Bueno, el 37,9% Regular y el 2,4% Malo, específicamente el mejor nivel de conocimiento de los alumnos es en el tiempo Post Operatorio con un 72,6%, el nivel de conocimiento en el tiempo Pre Operatorio con un 63,7% y finalmente el nivel de conocimiento en el tiempo Operatorio con un 58,1%. Obteniendo con estos resultados, que el nivel de conocimiento de Pre Operatorio y Operatorio es bueno, pero con un menor porcentaje que el del Post Operatorio.

Palabras Claves: Exodoncia, Pre Operatorio, Operatorio, Post Operatorio.

ABSTRACT

This work was carried out with the purpose of knowing what is the Level of Knowledge about the Pre-operative, Operative and Post-Operative on the exodoncia, in the Students of the IX Semester of the Faculty of Dentistry, having all the necessary cares that they should have, as future professionals of the Oral Health, with the patients that go to the Dental Clinic of the Catholic University of Santa María - Arequipa.

That is why a questionnaire of 30 questions was asked, 10 questions for the Pre-operative time, 10 questions for the Operative time and 10 questions for the Post-Operative time in relation to Oral Surgery, specifically of the exodontia, to the 124 students who they normally attend the Odontology Clinic. The objectives were to evaluate the level of knowledge of the Pre-operative, to evaluate the level of knowledge of the Operative, to evaluate the level of knowledge of the Post-Operative in the students of the IX semester of the Faculty of Dentistry and to determine if the level of knowledge of the Pre-operative, Operative and Post-operative in the exodoncia in the students of the IX semester of the Faculty of Dentistry of the UCSM, is bad, regular or good. We found that the level of knowledge of the Pre-operative, Operative and Post-Operative in the students of the IX semester of the Faculty of Dentistry of the Catholic University of Santa Maria, which of the 124 surveys, was 59.7% with a level of knowledge Well, 37.9% Regular and 2.4% Poor, specifically the best level of knowledge of students is in Post Operative time with 72.6% (good), the level of knowledge in time Pre operative with 63.7% 0 (regular) and finally the level of knowledge in the operative time with 58.1% (regular). Obtaining with these results, that the level of knowledge of Pre Operative and Operative is good, but with a lower percentage than the Post Operative.

Key Words: Exodontia, Pre-Operative, Operative, Post-Operative.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

I.- PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

Investigaciones demuestran muchas veces que el nivel de conocimiento de un estudiante de pregrado, en este caso de los Alumnos del IX Semestre, de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María no son aplicados al momento de realizar una exodoncia, o también es el caso que el nivel de conocimiento de los estudiantes de pregrado no son adecuados, siendo estos aplicados incorrectamente al momento de realizar una intervención quirúrgica.

Provocando una mala praxis al paciente y por consecuente tener resultados Post operatorios no adecuados, como una infección bacteriana mal tratada al momento de preparar al paciente antes de una intervención quirúrgica, llevándonos al dolor insoportable muchas veces, o también el caso de no esterilizar bien el instrumental quirúrgico antes de cualquier intervención, o dejar pasar desapercibidos exámenes auxiliares de laboratorio a pacientes que lo necesiten o también no realizar un adecuado post operatorio luego de una intervención quirúrgica.

Es por este motivo que se realiza la investigación, para ver cuál es el problema de por qué muchas veces los estudiantes de pregrado no aplican los conocimientos adecuadamente, y así poder solucionarlos, tener una adecuada intervención quirúrgica y el paciente no se vea afectado.

1.2. Enunciado del problema

“NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PRE OPERATORIO, OPERATORIO Y POST OPERATORIO EN LA EXODONCIA EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018”.

1.3. Descripción del problema

a) **Área del conocimiento:**

- **Área general** : Ciencias de la salud
- **Área específica** : Odontología
- **Especialidad** : Cirugía Bucal
- **Línea** : Exodoncia

b) **Operacionalización de variables**

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PRE-OPERATORIO	<ul style="list-style-type: none"> • Bioseguridad. • Historia Clínica. • Consideraciones especiales. • Pacientes que requieren cuidados especiales. • Indicaciones y contraindicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Malo (0 – 3). • Regular (4 – 6). • Bueno (7- 10).
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL OPERATORIO	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de anestesia local y regional. • Tiempos quirúrgicos. • Tiempos de exodoncia con fórceps. • Tiempos de exodoncia con elevadores. • Posición del paciente y operador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Malo (0 – 3). • Regular (4 – 6). • Bueno (7- 10).
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL POST-OPERATORIO.	<ul style="list-style-type: none"> • Farmacología. • Indicaciones al Paciente. • Complicaciones Post-Operatoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Malo (0 – 3). • Regular (4 – 6). • Bueno (7- 10).

c) Interrogantes básicas

- ❖ ¿Cuál es el nivel de conocimiento del Pre Operatorio en la Exodoncia en los Alumnos del IX semestre de la Facultad de Odontología de la UCSM. Arequipa - 2018?
- ❖ ¿Cuál es el nivel de conocimiento del Operatorio en la Exodoncia en los Alumnos del IX semestre de la Facultad de Odontología de la UCSM. Arequipa - 2018?
- ❖ ¿Cuál es el nivel de conocimiento del Post Operatorio en la Exodoncia en los Alumnos del IX semestre de la Facultad de Odontología de la UCSM. Arequipa - 2018?
- ❖ ¿Cuál es la diferencia o similitud del nivel de conocimiento entre el Pre Operatorio, Operatorio y Post Operatorio en la Exodoncia en los Alumnos del IX semestre de la Facultad de Odontología de la UCSM. Arequipa - 2018?

d) Taxonomía de la investigación

Abordaje	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato que se planifica recoger	Por el número de mediciones de la variable	Por el número de muestras o poblaciones	Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Observacional	Prospectivo	Transversal	Comparativo	De campo	No experimental	Descriptivo

1.4. Justificación

❖ **Actualidad**

En el presente, los alumnos no dan la importancia necesaria a los conocimientos que se adquieren antes de entrar a la Clínica Odontológica de la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, lo que puede llevar a quejas de los paciente atendidos en dicha Clínica, pudiendo generarse problemas legales, ya que los niveles de conocimiento del pre operatorio, operatorio y post operatorio no son aplicadas al momento de ejercer una cirugía oral simple, específicamente en la Exodoncia.

❖ **Originalidad**

El presente trabajo es original, ya que actualmente no hay variables estudiadas como el nivel de conocimiento y aplicativo en el pre operatorio, operatorio y post operatorio en una cirugía oral simple, siendo este de gran aporte para poder medir el intelecto y desenvolvimiento de un estudiante de pregrado en el momento de realizar una Exodoncia, en el área de odontología de la región de AREQUIPA.

❖ **Relevancia Científica**

La presente investigación nos sirve para poder cumplir los protocolos de una Cirugía Oral simple respetando el pre operatorio, los tiempos operatorios y una post operación quirúrgica y de esta manera evitar complicaciones post operatorias por falta de conocimiento o por no aplicar los protocolos y conocimientos correctamente.

❖ **Interés Personal**

El presente trabajo lo realizo con mucho esfuerzo y dedicación para poder contribuir aún más al conocimiento , puedan ser aplicados al momento de realizar una Cirugía Oral y poder cumplir con mis objetivos personales, para poder alcanzar el Título Profesional de Cirujano Dentista y poder desenvolverme y contribuir a la sociedad.

❖ **Viabilidad**

El presente trabajo es viable ya que cuento con los instrumentos necesarios para poder desarrollar el siguiente trabajo científico.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Evaluar el nivel de conocimiento del Pre Operatorio en la Exodoncia en los Alumnos del IX semestre de la Facultad de Odontología de la UCSM. AREQUIPA – 2018.
- 2.2. Evaluar el nivel de conocimiento del Operatorio en la Exodoncia en los Alumnos del IX semestre de la Facultad de Odontología de la UCSM. AREQUIPA – 2018.
- 2.3. Evaluar el nivel de conocimiento del Post Operatorio en la Exodoncia en los Alumnos del IX semestre de la Facultad de Odontología de la UCSM. AREQUIPA – 2018.
- 2.4. Comparar el nivel de conocimiento del Pre Operatorio, Operatorio y Post Operatorio en la exodoncia en los alumnos del IX semestre de la facultad de Odontología de la UCSM. Arequipa - 2018.

3. MARCO TEÓRICO

1. Cirugía bucal

La cirugía es ciencia y arte, y comprende de una parte una concepción general de todo el cuerpo humano, y por otra se especializa por órganos, regiones, aparatos o sistemas como consecuencia de la exigencia de conocimientos especiales, instrumental y técnicas operatorias adaptadas a las características anátomo-funcionales.

La cirugía bucal está regida por los principios de la cirugía general pero tiene sus propias peculiaridades que emanan de la zona anatómica a tratar.

La definición de cirugía bucal formulada por las principales entidades académicas y corporativas norteamericanas (EE.UU), es la siguiente:

“La cirugía Bucal es la parte de la odontología que trata del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico coadyuvante de las enfermedades, traumatismos y defectos de los maxilares y regiones adyacentes”.

Las directivas de la Unión Europea (UE) definen la Cirugía Bucal como la parte de la odontología a la que conciernen el diagnóstico y todo el tratamiento quirúrgico de las enfermedades, anomalías y lesiones de los dientes, de la boca, de los maxilares y de sus tejidos contiguos (1).

2. Pre Operatorio

Definimos el pre-operatorio como el tiempo transcurrido entre el momento en que se establece la indicación quirúrgica y aquel en el que se practica la intervención (2).

Éste lapso de tiempo debe ser lo más corto posible y debe servir para prevenir la aparición de complicaciones.

Las operaciones en Cirugía Oral no escapan a estas indicaciones, a pesar que nuestras intervenciones van sobre una afección local. Es necesario poner al organismo en las mejores condiciones para soportar con éxito una intervención quirúrgica.

Ésta preparación previa en cirugía se llama Pre-operatorio y que fue muy bien definido por Arce que dice “Es la apreciación del estado de salud de una persona en vísperas de operarse, con el fin de establecer si la operación puede ser realizada sin peligro y en el caso contrario adoptar las medidas conducentes a que ese peligro desaparezca o sea reducido al mínimo”.

El tiempo preoperatorio se basa en una evidencia clínica que es dada por la sintomatología que presenta el paciente (signos y síntomas) motivo por el cual asiste a la consulta médica. Consiste en el manejo integral del paciente y es un periodo que antecede a la cirugía desde el momento en que el cirujano toma la decisión de operar hasta el momento en que se inicia la operación (2).

2.1. Bioseguridad

El primer paso para cualquier procedimiento de cirugía bucal y exodoncia, es la preparación y esterilización del paquete quirúrgico, ya que los objetivos de cualquier técnica quirúrgica es evitar las infecciones, por esta razón es importante conocer y poner en práctica las medidas y barreras que las eviten (3).

2.1.1. Esterilización

Es el método más seguro para procesar los instrumentos que entran en contacto con la sangre y saliva. Para que una esterilización sea eficaz tiene que durar un determinado periodo de tiempo, así el calor o el producto químico penetra la envoltura que los protege y llegan al instrumento mismo. Además de haber realizado su limpieza previamente.

Es la acción por la cual se matan organismos patógenos y saprofitos incluyendo esporas (2).

2.1.2. Asepsia

Es un conjunto de acciones diseñadas para evitar la infección de la herida, durante la intervención quirúrgica. Existe ausencia total de gérmenes microbianos (1).

La asepsia tiene por objeto evitar que los gérmenes penetren al organismo humano, mediante la aplicación de técnicas que eviten la contaminación y/o mantengan la esterilización (3).

2.1.3. Antisepsia

La antisepsia a su vez, se encarga de destruirlos cuando se encuentran sobre los tejidos y superficies que vamos a manipular, mediante la aplicación de sustancias químicas, llamados antisépticos (3).

La antisepsia en un conjunto de métodos destinados a prevenir y combatir la infección destruyendo los microorganismos existentes en la superficie o el interior de las cosas o seres vivos (1).

“El conjunto de medidas y procedimientos que se ponen en práctica para conseguir la esterilización del material e instrumental quirúrgico y todo aquello que tenga contacto con el campo operatorio”; dicho de otra manera, “Es lograr la eliminación de agentes sépticos, antes, durante y después del acto quirúrgico de que se trate” (3).

2.1.4. Agentes Químicos

Denominados en terapéutica antisépticos y desinfectantes, citaremos sólo los vinculados con nuestra especialidad, sin hablar de su composición química (1).

2.1.4.1. Líquidos

Los agentes químicos líquidos tienen su principal aplicación en el tratamiento de superficies o para la inmersión de instrumental, aunque muchos de ellos también se emplean para aplicación tópica cutánea, de mucosas, etc. y en forma de colutorios, pomadas, etc.

Las aplicaciones de estos agentes químicos líquidos en Cirugía Bucal serán:

1. Enjuagues de la cavidad bucal para disminuir el número de gérmenes en sus superficies.
2. Desinfección de superficies cutáneas y mucosas (1).

3. Tratamiento local de lesiones bucales, por ejemplo pastas antisépticas para el tratamiento de la alveolitis.
4. Tratamiento de las superficies del lugar donde se realice la intervención.

Los principales grupos de agentes químicos líquidos son:

- Derivados fenólicos: Fenol o ácido félico, cresoles, paraclorofenol, hexaclorofeno, eugenol, timol, etc.
- Aldehídos: Formaldehído.
- Biguanidas: Clorhexidina.
- Alcoholes: Etílico, isopropílico.
- Hipoclorito de sodio: No es recomendable por su efecto tóxico, se usa para descontaminar superficies.
- Agua oxigenada: energético desinfectante que actúa gracias a su capacidad de oxidación.

Los agentes químicos más utilizados en nuestro medio son la solución de clorhexidina 0.5% con alcohol de 70° y la solución de glutaraldehído al 2% (1).

2.2. Historia Clínica

El estudio del paciente debe siempre iniciarse con la Historia clínica. La historia clínica o anamnesis (del griego anamnois, que significa recuerdo o recapitulación). Es la realización de un interrogatorio del paciente dirigido y orientado a recordar o traer a la memoria cosas y datos olvidados (1).

La Historia Clínica es un instrumento médico legal, de gran utilidad cualquiera que sea el área donde se labore, bien sea en el sector público o privado.

Su registro constituye un documento de información tanto asistencial como administrativo. Este es privado, siendo de acceso a los profesionales de la salud que lo requieran o en caso de una solicitud formal de los jueces, abogados o empresas aseguradoras.

La Historia Clínica es una narración escrita, y debe ser clara, precisa, detallada y ordenada de los datos que nos pueda proporcionar el paciente tanto pasados como presentes que nos permitirá conocer la enfermedad actual.

Debe ser el resultado de un trabajo paciente y profundo, en ella se recogerá la información necesaria para poder brindar una adecuada atención al paciente.

Una Historia Clínica debe permitir conocer las posibilidades y las limitaciones en nuestra práctica odontológica, tomar precauciones con ciertos pacientes o efectuar una interconsulta con su médico tratante.

Cuando un paciente llega a nuestra consulta lo primero que se debe hacer es una bien guiada Historia Clínica (2).

2.2.1. Concepto

Es un documento donde se registra todos los datos que proporciona el paciente, así como los hallazgos que realiza el profesional de la salud (2).

Es de mucha utilidad acopiar estos datos para el profesional u otros profesionales se enteren y puedan seguir la marcha y evolución del estado del paciente. Recordemos que la memoria nos puede traicionar y que por nuestra consulta pasaran muchos pacientes (2).

2.2.2. Objetivo

El objetivo principal de la historia clínica, es evaluar al paciente desde el punto de vista de su pasado como su presente biológico (2).

2.2.3. Partes Principales de la Historia Clínica

2.2.3.1. Anamnesis

a) Datos de la filiación del paciente

Nombre, apellidos, edad, sexo, lugar de nacimiento, lugar de procedencia, ocupación, dirección y teléfono, etc (2).

b) Enfermedad actual

Es clásico iniciar el estudio con 3 preguntas: ¿Qué le sucede o aqueja?, ¿Desde cuándo?, ¿A qué lo atribuye?

Luego se sigue con la descripción de la enfermedad o proceso nosológico actual, siguiendo un orden cronológico, dejando al paciente que se extienda en ello (interrogatorio no dirigido) (1).

Tratando de intuir los datos de interés y procurando enseguida canalizar el interrogatorio con preguntas concretas que relacionen los signos y síntomas presentes (parte dirigida). En los niños, los datos podrán obtenerse de los padres o de ambos (1).

c) Antecedentes personales y familiares

Es imprescindible indagar las enfermedades padecidas y las intervenciones quirúrgicas efectuadas anteriormente.

Es preciso investigar la posibilidad de que el paciente presente procesos o antecedentes alérgicos.

Debemos asimismo obtener información de los hábitos (tabaco, alcohol, etc.) y parafunciones (bruxismo, etc.) del paciente. Hay que registrar cuidadosamente los medicamentos que está tomando o que ha tomado con el fin de evitar fenómenos de alergia o interacciones de los fármacos que podamos prescribir.

En la mujer datos fisiológicos: menstruación, embarazos, partos, etc.

En los antecedentes familiares averiguaremos enfermedades de padres, hermanos, y parientes y posibles causas de su muerte (1).

2.2.3.2. Examen Físico o Exploración Clínica

La exploración clínica seguirá un orden: inspección, palpación, percusión, olfacción, auscultación y otras técnicas instrumentales, con un patrón de rutina sistemático para asegurarse que nada nos pueda pasar por alto (1).

a) Inspección

Nos valemos del órgano de la vista, y diferenciaremos todo aquello que nos llame la atención, como color, tamaño, forma y podremos comparar con el lado opuesto.

b) Palpación

Ayudados del tacto vamos apreciar la consistencia de los tejidos (duro o blando) si tiene movilidad o no. Determinar la extensión y límites de la afección, distinguir diferencias de temperatura, localización, tamaño.

c) Percusión

Precisar los diferentes ruidos y la forma de respuesta del paciente frente al golpe realizado. La percusión es directa o manual cuando está dado por los dedos. Es indirecta cuando se usa instrumentos auxiliares.

d) Olfación

Unas veces fácilmente percibibles, pacientes que al hablar emiten olores con características especiales, el olor cetónico por ejemplo en pacientes diabéticos o en piezas examinadas con gangrena pulpar que nos dará un olor putrefacto.

e) Auscultación

Puede ser directa, cuando se usa el oído o indirecta cuando nos valemos de un estetoscopio para identificar ruidos difíciles percibidos por el oído humano (2).

2.2.3.3. Exámenes Auxiliares

Para llegar hacer un diagnóstico correcto y definitivo es necesario recurrir a exámenes auxiliares o de laboratorio, ayudarán a diferenciar la presencia de alguna patología la cual no la vamos a diagnosticar ni a tratar, pero si podemos derivar al paciente donde el especialista (2).

a) Radiografías

Son imágenes de una estructura anatómica obtenida de una película radiográfica, para visualizarla lo hacemos con ayuda de un negatoscopio mediante la transluminación.

En cirugía bucal son de gran ayuda ya que nos ayudan a interpretar diagnosticar estructuras óseas, fracturas, límites de tumores, lesiones quísticas, dientes retenidos, presencia de cuerpos extraños, los dientes y estructuras vecinas en su totalidad.

Dentro de las técnicas contamos con radiografías:

- Intraorales (periapicales, retrocoronales, oclusales).
- Las extraorales (panorámica, de la mandíbula, del cráneo, tomografía).
- Especiales (con contraste, xerografía, ecografía, resonancia magnética) (2).

b) Análisis de Orina

Determinar la presencia de alteraciones renales, hepáticas o alteraciones del equilibrio ácido – básico del organismo (2).

- Color: amarillo ámbar. Es más clara después de bebida copiosa, en el diabético y esclerosis renal.
- Volumen: 1200 cc 1500 cc aumenta en diabetes, afecciones renales. Disminuye en insuficiencia cardiaca, nefritis.
- Aspecto: transparente.
- Olor: sui generis.
- Reacción: Ácida.
- Densidad: 1.018 a 1.024 (con relación al agua) (2).

c) Análisis de Sangre

Cuando sea necesario en la historia clínica debemos pedir como mínimo recuento globular, fórmula leucocitaria y tiempo de coagulación y sangría

a) *Recuento Globular.*

Serie roja (hematíes, eritrocitos o glóbulos rojos; en hombres 5 millones por mm³ y en mujeres de 4 a 4.5 millones mm³. Aumenta en afecciones cardiacas, trastornos circulatorios, infecciones crónicas, nefritis, deshidratación, anoxia y disminuye en anemia, oligocitotemia. Hemoglobina dosaje en el hombre 15 gr. 1100 c.c. y en la mujer 14gr. 1100 c.c.

Serie blanca (leucocitos o glóbulos blancos lo normal en adulto es de 6 mil a 9 mil / mm³ de sangre.

Aumenta en infecciones agudas o crónicas, estados supurativos, hemorragias traumáticas llegando a 30 mil, cuando el aumento es elevado y llega hasta 100 mil se debe pensar en leucemia (2).

Disminuye; leucopenia, en enfermedades producidas por virus y tratamiento con isótopos radioactivos.

Plaquetas: Trombocitos, su número normal es de 250 mil a 600 mil/mm³.

Aumenta en hiperplasia medular, enfermedades infecciosas y estado leucémicos.

Disminuye en anemia perniciosa, purpura hemorrágica.

b) Fórmula leucocitaria:

Linfocito: 20% a 30%.

Monocito: 5% a 10%.

Eosinófilo: 1% a 4%.

Basófilo: 0.5% a 1%.

Neutrófilo: 62% a 70%.

Núcleo segmentado: 62 a 64%.

Núcleo en cayado: 2 a 4%.

Juveniles: 0 a 0.5%.

Meta mielocitos o mielocitos: 0 a 0.1%.

d) **Tiempo de Coagulación y Sangría**

- **Tiempo de sangría:** lapso de tiempo ocurrido desde la apertura de un capilar y la producción de la coagulación espontánea (hemostasia). Es de 2 a 4 minutos.
- **Tiempo de coagulación:** De 6 a 8 minutos mide el mecanismo intrínseco de la coagulación (2).

e) Glucosa

Cantidad normal es de 80 a 120 mg / 100 cc de sangre. Aumenta en paciente portadores de diabetes y en deficiencias renales y disminuye en la enfermedad de Addison, en T.B.C. de cápsula suprarrenal y en el hiperinsulinismo.

f) Colesterol

Lo normal es de 140 a 220 mg / cc de sangre. El aumento del colesterol obstruye la luz de las arterias. Si esto sucede en la arteria coronaria se produce el ataque cardíaco. El exceso de colesterol está vinculado a la arterioesclerosis y a la hipertensión.

g) Urea

Cantidad normal es de 0.20 a 0.50 mg / L de sangre. Aumenta hasta 1 mg. En insuficiencia renal si este es mayor a 2 mg. El pronóstico es fatal (2).

2.2.3.4. Diagnóstico

Ayuda a determinar qué tipo de cirugía se va a realizar y que exámenes complementarios requiere:

- **Evaluación Preoperatoria:** En base al diagnóstico se pueden descubrir enfermedades que aumentan el riesgo quirúrgico como ser: alteraciones cardiovasculares, respiratorias, urinarias, digestivas y otras. Además se debe tomar en cuenta el biotipo del paciente, porque la elección de una técnica quirúrgica concreta varía en cada paciente, ya que no se procede de la misma manera en un paciente obeso que en un paciente atlético (4).

Los profesionales del área de la salud deberán valorar conjuntamente los exámenes realizados y decidir según el riesgo detectado, la conveniencia o no de realizar la intervención quirúrgica. Cualquier intervención quirúrgica por muy simple que sea requiere una preparación previa a fin de ser ejecutada en las mejores condiciones posibles, con menor riesgo y mejores resultados para la resolución del proceso patológico (5).

2.2.3.5. Pronóstico

Conjuntos de datos de la probabilidad que ocurrirá en el transcurso del tiempo o de la historia natural de la enfermedad, se obtiene de los múltiples estudios clínicos. Si será favorable o desfavorable (5).

2.2.3.6. Tratamiento

- ✓ **Preparación Psicológica del Paciente:** La preparación psíquica del paciente previamente al acto quirúrgico se basa en:
 - Orientar e informar previamente al paciente con detalle los procedimientos quirúrgicos que se van a realizar y a la terapéutica.
 - Conseguir una interrelación adecuada.
 - La conducta del profesional a cargo debe inspirar confianza y es importante explicar y contestar convenientemente todas las preguntas que requiera saber el paciente escuchándolo con atención (6).

- Con esta terapia verbal es fácil alcanzar una preparación psicológica adecuada y eliminar los temores o miedos que normalmente despiertan los tratamientos quirúrgicos en la población en general.
 - El ambiente clínico no tiene que ser desmotivante, por lo tanto se debe evitar ruidos, colores chillones, reflectores luminosos y potentes, se deberá tener cautela en la exhibición del equipo o del instrumental el cual se realizara según las necesidades afianzando la confianza del paciente (6).
- ✓ **La Preparación Medicamentosa:** La preparación medicamentosa comprende varias etapas, aunque generalmente se da mayor importancia a la pre-anestésica, con el fin de sedar al paciente. Se entiende como pre-medicación a la administración de cualquier tipo de fármacos horas antes de un tratamiento quirúrgico, exploración o técnica anestésica. Generalmente cuando se habla de pre-medicación anestésica lo que quiere indicar es que se utilizarán fármacos para facilitar el curso de la anestesia, pero esto no es totalmente cierto, aunque hay que admitir que el uso de fármacos como ser ansiolíticos o benzodiazepinas son muy importantes en la pre-medicación, facilitando la inducción anestésica (5).

2.2.3.7. Epicrisis y Alta

Se llama epicrisis al resumen que desarrolla el especialista cuando le da el alta al paciente (5).

2.3. Consideraciones Especiales

Como es de suponer, nuestros tratamientos odontológicos van dirigidos a individuos que se integran dentro de las tres primeras categorías, pero no puede excluirse que muy ocasionalmente se tenga que practicar alguna exodoncia a un paciente perteneciente a las dos últimas categorías (ASA IV Y V); piénsese que este acto humanitario comporta un cierto riesgo que se ha de asumir, previa advertencia y firma de consentimiento por parte de los familiares (1).

Se ha generalizado la costumbre de calificar al paciente según categorías propuestas por la ASA (American Society of Anesthesiologists); a cada clase se le atribuye un riesgo de mortalidad pre operatoria (7).

Clasificación del riesgo anestésico según la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA)	
ASA I	Paciente normal, sano.
ASA II	Paciente con enfermedad sistémica leve, sin limitaciones funcionales.
ASA III	Paciente con enfermedad sistémica moderada-grave que provoca cierta limitación funcional.
ASA IV	Paciente con enfermedad sistémica grave que es una amenaza constante para la vida e incapacitante a nivel funcional.
ASA V	Paciente moribundo que no espera que sobreviva 24h, con o sin cirugía.
ASA VI	Paciente en muerte cerebral cuyos órganos se toman para trasplante.
Si la intervención se realiza de emergencia, se añadirá la "E" al nivel de la clasificación ASA.	

Fuente: LOPEZ DAVIS A. – MARTIN GRANIZO R. "Cirugía Oral y Maxilofacial".

2.4. Pacientes que requieren cuidados especiales en la consulta dental

2.4.1. Embarazo

Algunas consideraciones importantes

- Los AINE interfieren con el desarrollo del embarazo, disminuyendo la producción de la prostaglandina, mediador de la inflamación imprescindible para iniciar el trabajo de parto.
- El empleo crónico del AAS produce anemia, debido a las ulceraciones que provoca sobre la mucosa gástrica, así como un aumento en el reflujo gástrico y pirosis.
- Se ha demostrado que el uso de diferentes anestésicos locales de tipo odontológico no producen efectos nocivos en la madre y el feto.
- El uso de epinefrina como vasoconstrictor en un rango terapéutico es recomendable, ya que permite prolongar el tiempo de trabajo y evitar estrés psicológico a la paciente.
- Casi todos los fármacos que entran en la circulación materna atraviesan la placenta y alcanzan al feto.
- Aun después del primer trimestre, la exposición a algunos agentes farmacológicos puede provocar alteraciones fisiológicas y retardos en el crecimiento.
- Un fármaco puede producir efectos embriotóxicos, dentro de un rango de dosis que no sea tóxico para la madre.

Algunos cirujanos dentistas se muestran renuentes a tratar mujeres embarazadas, debido a la creencia de que el tratamiento dental, que en la mayoría de los casos requiere del uso de fármacos, principalmente anestésicos, antibiótico, analgésicos y de la toma de radiografías, puede producir daño al producto en desarrollo (8).

Es recomendable utilizar la menor dosis efectiva posible, pero hay que tener en mente que un tratamiento inadecuado puede conducir un

beneficio mínimo y potencialmente a un riesgo mayor para el embarazo (8).

2.4.2. Hipertensión Arterial

Para diagnosticar un individuo de H.A., éste debe tener una tensión arterial sistólica (TAS) igual o superior a 140 mmHg, o bien una tensión arterial diastólica (TAD) igual o superior a 90 mmHg; sin embargo estas cifras deben calcularse tras hacer el promedio de tres lecturas “efectuadas en tres visitas distintas” de su tensión arterial. La clasificación del Fifth Report of the Joint Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure ya no considera los tres grados clásicos de hipertensión (leve, moderada, severa) sino que considera varias categorías (1).

Clasificación de la hipertension según el Fifth Report of the Joint Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure.
TA normal: TAS < 130, TAD < 85
TA normal alta: TAS 130-139, TAD 85-89
Hipertensión estadio I: TAS 140-159, TAD 90-99
Hipertensión estadio II: TAS 160-179, TAD 100-109
Hipertensión estadio III: TAS 180-209, TAD 110-119
Hipertensión estadio IV: TAS > 210, TAD > 120

Fuente: GAY ESCODA COSME. “Tratado de Cirugía Bucal”. Pág. 84.

2.4.3. Insuficiencia Cardíaca

Insuficiencia Cardíaca en el Consultorio Dental

Los pacientes con insuficiencia cardíaca tienen riesgo de complicaciones durante los procedimientos estomatológicos. De acuerdo al estado de disfunción, puede ser necesario modificar el tratamiento en el consultorio dental. Al inicio de cada sesión, la posición del sillón debe modificarse de modo que el paciente se sienta cómodo.

Una situación de estrés aumenta las demandas metabólicas y puede hacer que se agrave el cuadro de insuficiencia cardíaca, provocando edema de pulmón y sufrimiento respiratorio grave, en cuyo caso se suspende el tratamiento dental, se suministra oxígeno con un flujo de 3 a 5 L por minuto, y se administran vasodilatadores como nitroglicerina en dosis de 0.8 a 1.2 mg (su efecto inicia en dos minutos y dura de 15 a 30 minutos). El paciente debe ser hospitalizado y quedar bajo cuidado médico (8).

2.4.4. Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica que se caracteriza por la presencia de una hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o de ambas.

El tipo más común es la diabetes tipo 2 (DM 2), con mayor prevalencia en todo el mundo. Se presenta con mayor frecuencia conforme avanza la edad y es más común en sujetos con dislipidemias y antecedentes familiares de diabetes (8).

Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomienda el monitoreo para detectar pacientes pre diabéticos y diabéticos de tipo 2 asintomáticos.

Para realizar el diagnóstico de diabetes se pueden seguir tres caminos: detectar glucosa en plasma en ayuno igual o mayor a 126 mg/dL, encontrar síntomas asociados a la hiperglucemia y glucosa en plasma casual igual o mayor a 200 mg/dL, o glucosa en plasma a las dos horas igual o mayor a 200 mg/dL, en la prueba de tolerancia a la glucosa oral; cualquiera de estos signos debe ser confirmado en una cita subsecuente, a menos que estén presentes inequívocamente los signos de hiperglucemia. En presencia de hiperglucemia severa o sintomática se debe iniciar tratamiento con insulina. Los casos de menor severidad pueden ser tratados de inicio con medicamentos orales, siendo la metformina el fármaco de elección en pacientes que no presenten daño orgánico significativo (cardiomiopatía, insuficiencia renal, cirrosis, enfisema o alcoholismo) (8).

Tratamiento Odontológico

El manejo de los pacientes diabéticos no debe representar problema alguno durante la consulta odontológica.

La hipoglucemia es el evento que se presenta con mayor frecuencia, particularmente si los pacientes acuden en ayuno, representando un mayor riesgo para aquellos que están bajo tratamiento de insulina. Por lo tanto, es de suma importancia monitorear la glucosa en sangre previo a un procedimiento odontológico (8).

El principal objetivo del tratamiento dental es erradicar los procesos infecciosos, y posteriormente mantener la salud dental y periodontal.

Los pacientes diabéticos controlados se tratan de manera similar a los no diabéticos, por esta razón resulta innecesario ajustar la dosis o modificar el uso de fármacos de uso rutinario en la consulta odontológica.

No se debe administrar profilaxis antibiótica de manera rutinaria a los pacientes diabéticos (a menos que el paciente presente otra condición sistémica que así lo requiera). Se deben evitar tratamientos de rutina en los pacientes diabéticos no controlados que presenten niveles de glucosa mayores 250 mg/dL (8).

2.4.5. Hipotiroidismo e Hipertiroidismo

Paciente con defunción tiroidea en la consulta dental

Pacientes con disfunción tiroidea tratada ya sea con cirugía, radiación o fármacos y que tenga un nivel normal de hormonas tiroideas en la sangre, pueden ser tratados sin problemas como pacientes con riesgo ASA II, o como ASA III si se advierten manifestaciones clínicas leves. En éstos pacientes se debe considerar la interconsulta médica antes de iniciar el tratamiento.

En el paciente hipotiroideo se deben usar con precaución los depresores del SNC como los opioides y los ansiolíticos, ya que son personas muy sensibles al efecto depresor respiratorio y cardiovascular de estos fármacos (8).

2.4.6. Insuficiencia Suprarrenal

Cuidado del paciente con insuficiencia suprarrenal en el consultorio dental

El odontólogo debe tomar en cuenta que el paciente que ha recibido por cualquier causa, corticoesteroides, por un periodo de 7 a 10 días, está predispuesto a una respuesta fisiológica disminuida de secreción de cortisol ante una situación de estrés. El estrés acompañado de falta de cortisol puede originar un colapso cardiovascular que, de no ser tratado apropiadamente, puede resultar en un alto grado de morbilidad e incluso la muerte.

Es raro que los pacientes con insuficiencia adrenal bajo tratamiento con glucocorticoides exógenos, exhiban esta respuesta, pero en personas con Addison es más común, por lo que el odontólogo debe estar al tanto del grado de insuficiencia adrenal, para proporcionar al paciente terapia profiláctica con glucocorticoides cuando sea necesario (8).

2.5. Indicaciones y Contraindicaciones para Exodoncia

2.5.1. Indicaciones para una Exodoncia

Se considera candidato a extracción todo diente que no sea útil al mecanismo dental total.

- Patología pulpar.
- Enfermedad periodontal.
- Efectos de traumatismo sobre diente o alveolo a veces van más allá de cualquier posible reparación (9).

- Dientes impactados o supernumerarios.
- Consideraciones ortodónticas.
- Dientes desvitalizados son focos posibles de infección.
- Las consideraciones protéticas pueden requerir extracción
- Las consideraciones estéticas.
- Puede existir patología en el hueso circundante que incluya el diente o el tratamiento de la patología puede requerir la extracción del diente. Como quistes, osteomielitis, tumores y necrosis óseas.
- Los dientes en “la línea de fuego” de radiación terapéutica planeada en un área cercana se extraen para que la osteorradionecrosis del hueso que sobrevenga no se complique por caries debidas a radiación, o por pulpas necrosantes y sus secuelas (9).

2.5.2. Contraindicaciones para una exodoncia

Pocas afecciones son contraindicaciones absolutas para la extracción de dientes.

Contraindicaciones Locales: se asocian principalmente a infección, y en menor grado, a enfermedad maligna.

- Infección aguda con celulitis no controlada debe controlarse de manera que no se extienda aún más.
- Pericoronaritis aguda se maneja conservadoramente que las otras infecciones locales debido a la flora bacteriana mixta que se encuentra en el área, al hecho de que el área del tercer molar tenga un acceso más directo a los planos aponeuróticos profundos del cuello, y al hecho de que la extracción de este diente es un procedimiento muy complicado que incluye osisección.
- La estomatitis infecciosa aguda es una enfermedad lábil, debilitante y dolorosa complicada por exodoncia intercurrente (9).

- Enfermedad maligna alterada por la extracción de un diente incluido en el tumor, reaccionará con exacerbación del tumor y falta de curación de la herida local.
- Los maxilares radiados pueden desarrollar radio osteomielitis aguda después de la extracción por falta de aporte sanguíneo (9).

Contraindicaciones Generales: Cualquier enfermedad o mal función generalizada puede complicar una extracción o ser complicada por ella. Estos procedimientos son numerosos para poder enumerarlos. Algunas de las contraindicaciones relativas más frecuentes son:

- La diabetes sacarina no controlada se caracteriza por infección de la herida y porque no hay curación normal.
- Las cardiopatías, como arteriopatía coronaria, hipertensión y descompensación cardíaca, pueden complicar la exodoncia. El manejo puede requerir la ayuda de un médico.
- Las discrasias sanguíneas incluyen anemias simples y graves, enfermedades hemorrágicas como hemofilia y las leucemias.
- Enfermedades debilitantes de cualquier tipo hacen que los pacientes estén bajo alto riesgo.
- La enfermedad de Addison, o cualquier deficiencia de esteroides, es extremadamente peligrosa.
- El paciente que haya sido tratado por cualquier enfermedad con terapéutica de esteroides, incluso si la enfermedad ha sido vencida y el paciente no ha tomado esteroides durante un año, puede no tener suficiente secreción de corteza suprarrenal para soportar la situación de esfuerzo de una extracción sin tomar esteroides adicionales (9).

- La fiebre de origen desconocido se cura rara vez y frecuentemente se agrava con una extracción. Una posibilidad sería una endocarditis bacteriana subaguda no diagnosticada, padecimiento que se complicaría considerablemente con una extracción.
- La nefritis que requiera tratamiento puede crear un problema formidable al preparar al paciente para la exodoncia.
- La sensibilidad es una contraindicación relativa que requiere mayor cuidado para superar una reacción fisiológica deficiente a la cirugía y un equilibrio negativo de nitrógeno prolongado.
- Psicosis y neurosis reflejan inestabilidad nerviosa que complica la exodoncia (9).

3. Operatorio

Es el acto quirúrgico propiamente dicho; en él se incluyen todos los pasos preoperatorios del campo quirúrgico, la técnica quirúrgica indicada en cada caso, y la reparación de los tejidos.

En el acto operatorio propiamente dicho es de gran importancia que el cirujano bucal y su equipo tengan un plan quirúrgico bien diseñado (protocolos terapéuticos y organización), y que en caso de que surjan imprevistos tengan los conocimientos y el juicio necesarios para tomar decisiones acertadas con rapidez y precisión (1).

3.1. Técnicas de Anestesia Local y Regional

a) Técnicas de anestesia local por infiltración (subperiósticas o suprapariólicas).

Técnicas por infiltración o subperiósticas por lo general se utilizan en el maxilar superior, dirigiendo la aguja con la solución anestésica en la zona apical de los dientes que se requieran anestésicar, depositando anestesia de forma suave, procurando al mismo tiempo que la aguja este paralela al eje axial de los dientes seleccionados.

En el maxilar inferior puede utilizarse la técnica por infiltración o subperióstica en la región incisiva, donde el hueso es de tipo esponjoso y tiene mayor vascularización, por lo tanto se indica anestésicar incisivos y caninos por vestibular y lingual (3).



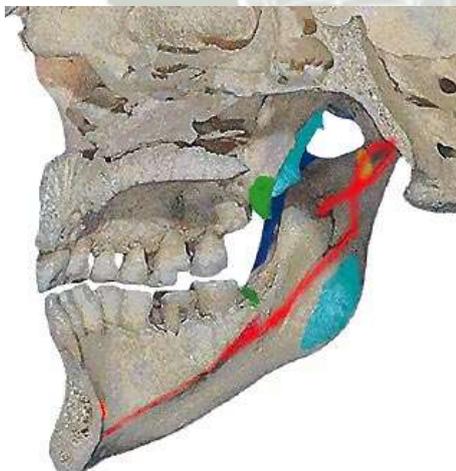
Fuente: DR. CEDEÑO. "Manual de Cirugía Bucal".

b) Técnicas de anestesia regional o bloqueo de la conducción nerviosa.

En el maxilar inferior se utiliza por lo general la técnica regional o por bloqueo, en donde se deposita la solución anestésica en puntos anatómicos donde sabemos pasan o emergen los troncos nerviosos que queremos bloquear o anestésiar.

La técnica más utilizada para anestésiar el nervio dentario inferior es la denominada técnica de Smith modificada o técnica directa que toma como referente a los premolares del lado opuesto por anestésiar y la altura del plano de oclusión de primeros y segundos molares, un centímetro por arriba y uno hacia adentro, a partir de la unión de las líneas oblicua interna y externa, se introduce la aguja suavemente y se va depositando la solución de manera simultánea, hasta tocar la pared ósea de la espina de Spix.

Donde se depositan $\frac{3}{4}$ de la solución anestésica con lo cual lograremos el bloqueo troncular del nervio dentario inferior del lado correspondiente (3).



Fuente: DR. CEDEÑO. "Manual de Cirugía Bucal".

En un segundo tiempo, se puede anestésiar el nervio lingual retirando la aguja y girando la jeringa carpule hasta que esté paralela con la línea de oclusión de premolares y molares del mismo lado en que se anestesia.

Se introduce la aguja un centímetro por arriba y otro por dentro, a partir de la unión de las líneas oblicuas interna y externa, se deposita lentamente un tercio de la solución anestésica del cartucho.

Posteriormente se retira la aguja y se gira la jeringa hasta ponerla en dirección de los premolares del lado opuesto, para desde ahí introducir nuevamente la aguja hasta topar con la pared ósea de la espina de Spix, depositando al mismo tiempo el resto de la solución anestésica, con lo cual se logrará, si la técnica fue bien ejecutada, el bloqueo del nervio dentario inferior, del lado seleccionado (3).

c) Otras técnicas

Como la intraligamentaria, la intrapapilar, intrapulpar, etc. Que se pueden utilizar para reforzar el efecto de las primeras (3).

3.2. Tiempos Quirúrgicos

Toda intervención quirúrgica consta de los tres apartados fundamentales: apertura del campo o acceso, operación propiamente dicha y reposición de los tejidos o sutura.

La cirugía bucal comparte estos apartados, sistematizándose de forma algo más descriptiva, como se expone a continuación (4).

3.2.1. Diéresis o incisión

Inicio de toda intervención quirúrgica. Separación de los tejidos que cubre el proceso patológico que se va a tratar, pudiéndose tratar procesos cutáneos, subcutáneos, mucosos, submucoso o si es necesario atravesar estos tejidos para alcanzar planos más profundos, como el óseo.

Es importante conocer la anatomía de la zona para no ocasionar accidentes vasculares, nervios y funcionales (hemorragias, necrosis, cicatrices retractiles, trayecto fistulosos, huesos sinusales, esfacelos, etc.).

La incisión se realiza por medio del bisturí. En las incisiones intrabucales es preferible la sujeción del bisturí en forma de lapicero ya que los movimientos serán breves y delicados.

Se deben respetar el aporte vascular del futuro colgajo, deberán realizarse siempre sobre hueso sano y serán lo suficientemente amplios para permitir la perfecta visualización del campo quirúrgico sin necesidad de ampliar la incisión.

Para realizar incisiones no se aconseja la utilización del electro bisturí ni del láser de alta potencia (ERB: YAG y CO2) en la mucosa bucal, ya que si bien aportan hemostasia, producen una incisión más irregular y lesiones térmicas en los tejidos, sobre todo el electro bisturí (4).

3.2.2. Despegamiento mucoperióstico o mucoso

Una vez realizado la incisión se procede a separar la mucosa del hueso lo que se denomina un colgajo que estará formado por la mucosa o fibromucosa y periostio (4).

En el caso de ser un colgajo de espesor total, que es lo habitual en cirugía bucal de tejidos duros. Sin embargo cuando la cirugía bucal se realiza en tejidos blandos gingivales o peri implantados, muchos colgajos son de espesor parcial por lo que contiene mucosa sin el periostio que seguirá pegado a hueso.

El levantamiento del colgajo de espesor total es con el periostótomo, que se maneja cogiéndolo como si fuera un lapicero.

La manipulación de los tejidos se realiza de forma suave para no producir necrosis del colgajo. El despegamiento de la zona vestibular y lingual es mucho más fácil que el palatino debido a que éste tejido es de mayor dureza, densidad y grosor.

Se mantendrá siempre separado el colgajo del campo operatorio mediante separadores romos sin dientes para no causar traumatismos.

La tracción debe ser firme precisa pero a su vez no comprima ni tracciones mucho el periostio con el fin de que no se prive excesivamente de aporte vascular al colgajo durante la intervención (4).

3.2.3. **Ostectomía y Osteotomía**

Una vez despegado el colgajo, es necesario extraer o cortar el hueso expuesto para acceder el proceso a tratar.

Se realiza la osteotomía para eliminar hueso con instrumentos rotatorios (fresa redonda montada en pieza de mano) o instrumentos manuales (pinza gubia, lima de hueso para ampliar el campo operatorio) (4).

Los instrumentos rotatorios necesitan una refrigeración adecuada con suero fisiológico para evitar el calentamiento generado por la fricción y por lo tanto, la producción de necrosis ósea y formación de secuestros.

La irrigación facilita el arrastre de los restos de tejidos óseos de la fresa (4).

3.2.4. **Odontosección**

Según la posición del diente que va a ser extraído puede ser necesaria su división en fragmentos para ser retirado sin necesidad de sacrificar mayor cantidad de hueso.

La acción al dividir el diente se llama odontosección y hay que decir que, una vez realizada la osteotomía necesaria, es preferible preservar el hueso del paciente y dividir el diente en los fragmentos necesarios para poder extraerlo en su totalidad, sin necesidad de aumentar la osteotomía.

Ésta maniobra se realizara con fresas de fisura montada en pieza de mano y con una refrigeración muy abundante con suero fisiológico (4).

3.2.5. **Exéresis, Evacuación, Restauración o Remodelación**

Es la fase de operación propiamente dicha, donde se extraerá, evacuará, restaurará o remodelará según el motivo de la intervención. La duración de este apartado constituye la mayor parte de la intervención (4).

3.2.6. Tratamiento de la cavidad y hemostasia

Es necesario actuar sobre la cavidad con el fin de eliminar los restos de tejido granulomatoso, epitelial o material ajeno a la herida quirúrgica. El instrumental necesario serán las cucharillas de legrado y pinzas de hemostasia curva o mosquitos que por su diseño facilita la entrada en la cavidad y retirada de estos restos.

En ésta fase se procurará controlar la producción de hemostasia eficaz, ya sea por compresión roma sobre las trabéculas óseas o por medio de ligaduras del vaso sangrante.

Observar que no queden bordes afilados o crestas puntiagudas que complican el periodo post operatorio y se procederá a la regularización de los bordes óseos para que el colgajo repose sobre una superficie roma.

Antes de reposicionar el colgajo se debe asegurar que la cavidad este completamente limpia, por lo que es aconsejable impulsar un chorro de suero fisiológico para lavar la cavidad con las turbulencias que arrastran pequeños fragmentos que no se hayan detectado con anterioridad (4).

3.2.7. Sinéresis o Sutura

La sinéresis es el último tiempo quirúrgico que tiene como objetivo aproximar los bordes de la herida incididos previamente.

Para ello se utilizarán los hilos de sutura montados en agujas triangulares curvas atraumáticas, portaagujas tipo mayo y pinza de disección con dientes (4).

Se toma la aguja curva con el porta aguja en la parte media de la curva, perforando los labios de la herida de forma independiente y procurando abarcar todo el espesor del colgajo. Es importante que los bordes de la herida afronten homogéneamente o con una ligera eversión. Si están invertidos pueden llevar algún problema de la cicatrización. Si se realiza un ligero masaje después de la sutura se puede conseguir que las pequeñas discrepancias desaparezcan, aunque esto no siempre es así.

Según los casos se emplearan materiales reabsorbibles o no, quedando al juicio del cirujano la realización de puntos simples, dobles, continuos o de ida y vuelta.

Los puntos no reabsorbibles deben retirarse aproximadamente a los 7 días de la intervención, necesitando buena luz, unas pinzas y unas tijeras finas o la punta de un bisturí del número 11 (4).

3.3. Tiempos de la Exodoncia con Fórceps

3.3.1. Prehensión

Paso por el cual el fórceps coge a la pieza dentaria por encima de su cuello anatómico, primero se acomodará el bocado de lingual o palatino luego el vestibular. En dicho cuello se buscara el apoyo y a expensas del cual se desarrolla la fuerza para movilizar el órgano dentario (2).

3.3.2. Luxación

Maniobras mediante el cual se rompen las fibras del periodonto y se dilata el alveolo. En su primer momento impulsa el diente contra su alveolo en dirección al ápice (2).

En un segundo momento se hará un:

- a) Movimiento de lateralidad.
- b) Movimiento de rotación.

3.3.3. Tracción

Movimiento destinado a desplazar al diente del alveolo. Se realizará cuando el paso anterior se haya roto los ligamentos y se haya dilatado lo suficiente el alveolo (2).

3.4. Tiempos de la exodoncia con elevadores

3.4.1. Aplicación

La parte activa del elevador será guiada al punto de apoyo y tratar de incidir entre el hueso y el diente como si fuera una cuña.

3.4.2. Luxación

Movimiento de rotación y elevación con el fin de romper los ligamentos periodontales y dilatar el alveolo (2).

3.4.3. Extracción propiamente dicha

Roto los ligamentos y dilatado el alveolo se hará movimientos de elevación para expulsar el diente (2).

3.5. Posición del paciente y operador

Para efectuar la extracción de los dientes del maxilar superior, el profesional se coloca a la derecha del sillón dental y delante del paciente; así quedando profesional y paciente frente a frente.

Si debemos actuar en la mandíbula, en la hemiarcada izquierda, nos situaremos a la derecha y delante del paciente. Para trabajar sobre la hemiarcada derecha se recomienda ubicarse detrás del paciente, inclinado por encima de la cabeza del mismo (1).

4. Post Operatorio

Son el conjunto de maniobras que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan en el acto quirúrgico y colaborar con la naturaleza en el logro de restablecer la salud del paciente.

A diferencia de las otras heridas, las heridas intrabucales no pueden mantenerse secas y el hecho de que el paciente tiene que comer, dificulta aún más mantener la herida limpia.

Afortunadamente, el abundante aporte sanguíneo de los tejidos bucales es una gran ayuda en el proceso de curación (2).

4.1. Complicaciones Post Operatorias

4.1.1. Locales

- **Hemorragia:** La cavidad bucal es una zona altamente vascularizada por el cual tiende con facilidad al sangrado. Una hemorragia puede ser:
 - **Primaria:** Aparecen inmediatamente después del acto quirúrgico, dejando el vaso descubierto y provocando el sangrado por el cual debemos comprimir el vaso con un instrumento como traumáticamente para lograr la coagulación del alveolo.
 - **Secundaria:** Se dan mucho después del acto quirúrgico, producto de un coágulo mal formado, por el cual el tratamiento estará dirigido a la zona sangrante.

Se debe volver una zona aséptica colocando colutorios o enjuagatorios al paciente y luego lavar la herida para poder identificar la zona sangrante. Realizar hemostasis con gasas o medicamentos para favorecer a la coagulación, si la hemorragia persiste colocar anestesia con epinefrina para provocar la vasoconstricción.

- **Hematoma:** Acumulación de sangre, es una hemorragia que se da internamente por roturas de los vasos sanguíneos, pero no llegan a la superficie, ésta zona por lo tanto se torna dolorosa.
- **Infección:** Se da por un proceso infeccioso preexistente o por un descuido del paciente (2).

- **Alveolitis:** Se da en el 2do y 5to día post exodoncia, es un dolor agudo intenso y su consecuencia principal es una mala cicatrización alveolar o perturbación de ésta. Se dan también alveolitis con inflamación ósea como osteítis, flemones peri maxilares, periostitis óseas, etc.
 - **Alveolitis Húmeda:** Infección del coágulo y del alveolo.
 - **Alveolitis Seca:** No presenta coágulo y se da un dolor muy intenso el cual requiere mayor cuidado. (Zona molares, premolares y sexo femenino).

Tratamiento Local: Limpieza alveolar para eliminar restos del coágulo, esquirlas óseas, restos de comida que están en el interior del alveolo, realizar un curetaje alveolar.

Tratamiento Sistémico: El uso de antibióticos y también se utilizará los analgésicos adecuados según el dolor, ya que se trata de un dolor intenso es propicio usar barbitúricos (2).

- **Dolor:** Es una experiencia sensorial desagradable asociada a un daño tisular.
Se presenta como una reacción propia de la zona afectada. Éste es menguado con el frío que se coloca sobre la región operada, ayudado por los analgésicos que se le recetó al paciente (2).
- **Edema:** El edema post operatorio es una reacción esperada del organismo a cualquier traumatismo (10).

El aumento de volumen alcanza su máximo, usualmente cerca de 48 horas después del procedimiento, comenzando a retroceder gradualmente a partir del 3er día. Exceso de despegamiento de los tejidos blandos, cirugías prolongadas y falta de cuidado con los tejidos blandos son factores que influyen directamente el grado de edema.

La aplicación de bolsas de hielo en las primeras 24 horas puede ayudar a minimizar el edema y hacer con que el paciente se sienta más confortable. El hielo debe colocarse sobre la región operada, teniéndose cuidado de proteger la piel con el tejido fino, para evitar lesiones cutáneas.

La utilización de antiinflamatorios esteroides preoperatoriamente tiende a minimizar el edema quirúrgico (10).

- **Queilitis:** Es la inflamación y atrofia de los pliegues cutáneos de las comisuras bucales. Se presenta por la tensión continua y exagerada del labio durante el procedimiento quirúrgico, en algunos casos de la pieza de mano también contribuye a ello.

En ciertas ocasiones puede infectarse por *Cándida Albicans* debido al contacto prolongado con la saliva produciendo una laceración de los tejidos (2).

- **Parestesia:** Producida por el toque, laceración o desgarro de un nervio, es más común en la mandíbula. El paciente indicara escozor, cosquilleo o insensibilidad (2).

- **Trismus:** Dolor muscular de la mandíbula que imposibilita la apertura con normalidad, se da por una inflamación de la cirugía y el dolor post operatorio. Se da también por una infección, una técnica anestésica mal colocada y por una lesión de la ATM (2).

4.1.2. Generales

- **Lipotimia:** Se da por temor a la operación, es decir es un paciente que empalidece, presenta sudor frío, respiración ansiosa, mirada fija y el pulso disminuye.

Tratamiento: se va a suspender la intervención quirúrgica, se coloca la cabeza del paciente en una posición más baja que el resto del cuerpo y las piernas en alto, así evitaremos una anemia cerebral, en algunas ocasiones se administra oxígeno y generalmente es de corta duración.

- **Shock:** Es un estado de conmoción, de intensidad variable que aparece repentinamente y puede ser de corta duración. Si el shock es de larga duración puede llevar a la muerte.

Síntoma: respiración lenta que luego se hace ansiosa, el pulso es débil que luego se pierde, los reflejos desaparecen, la piel empalidece, y se humedece, el paciente se queja de frío y poco después pierde conocimiento.

Tratamiento: colocar al paciente con la cabeza en una posición mucho más abajo que el resto del cuerpo, se le hace inhalar amoniaco, se le da de beber café o whisky y se le pasa una corriente de aire en la cara (2).

- **Septicemia:** Infección grave y empeora de forma muy rápida que surge por el paso de microorganismo al torrente sanguíneo debido a infecciones en las zonas aledañas o alejada a la zona intervenida. El paciente dará manifestaciones como escalofríos, fiebre, respiración acelerada, frecuencia cardíaca rápida y malestar general.

Es un estado muy grave, el cual debe ser tratado con antibiótico terapia e internamiento hospitalario del paciente. Presenta mayor riesgo cuando el paciente presenta complicaciones cardíacas o reumáticas, cuando empeora puede llegar al shock (2).

4.2. Farmacología

4.2.1. Aine

Los AINE bloquean la síntesis de prostaglandinas al inhibir, con mayor o menor potencia, las isoformas de la ciclooxigenasa (COX): COX1 y COX2, ésta enzima es la responsable de la conversión del ácido araquidónico a prostaglandinas y tromboxanos.

COX1 es la enzima responsable de la formación de prostaglandinas que participan en funciones homeostáticas, mientras que COX2 participa en procesos como la inflamación.

La presencia de adenomas, carcinomas colorectales, cáncer de mama y de cabeza y cuello, aumentan su expresión; y factores como los glucocorticoides o las citosinas la disminuyen (8).

Genérico	Comercial	Presentación	Vía	Dosis	Dosis Máxima	Efectos Relevantes	Vida Media (horas)
Ibuprofeno	Tabalón, Motrin	Tabletas, 400-600- 800 mg. Suspensión 40 mg/mL	Oral	400 mg c/6h a 8h	3200 mg	Antiinflamatorio	2 – 2.5
Paracetamol	Tempra	Tabletas 500 mg	Oral	500 a 1000 mg c/6h a 8h	4 gr/ día	Analgésico, antipirético, no antiinflamatorio	2 – 3
Metamizol	Neomelubrina	Tabletas 500 mg	Oral	500 mg c/6h	Adultos: 4 g Niños: hasta 120 mg/kg/día	Antiinflamatorio Agranulocitosis rara	2.5 – 4
Naproxeno	Naxen, Flanax	Tabletas 250, 375, 550	Oral	400 mg c/6h a 8h	3200 mg	Antiinflamatorio, antipirético, ototóxico	12 – 17
Ketorolaco	Dolac	Tabletas 10 mg	Oral	10 mg c/8h	40 mg	Dolor agudo, irritante gástrico	5 – 6
Diclofenaco	Voltarén	Gragea 50 mg	Oral	50 a 100 mg c/8 h	500 mg/día	Osteoartritis, dolor agudo y crónico	1 – 5
Celecoxib	Celebrex	Capsula 200 mg	Oral	200 mg/día	400 mg/día	Osteoartritis	11
Ácido acetil salicílico (ASA)	Aspirina	Tabletas 300 mg – 500 mg	Oral	1 g c/6h	6g	Uricosurico, Antiagregante plaquetario	0.25
Meloxicam	Mobicox	Tabletas 15 mg	Oral	15 mg/día	15 mg/día	COX1 y 2 trismus. Artritis	20 – 24

Fuente: ESPINOSA MELÉNDEZ. “Farmacología y Terapéutica en Odontología”. Pág. 182-183-184.

4.2.2. Analgésico Opioide

- Suprimen casi todos los tipos de dolor.
- Depresión respiratoria.
- Antitusivos: deprimen las neuronas del centro tusígeno (8).

Nombre	Dosis	Características Farmacológicas
Alcaloides Naturales (Derivados del Opio)		
Morfina	Oral 5-30 mg c/3-4 horas IM 5-10 mg c/3-4 horas	Analgésico opioide. Dolor de moderado a severo. Induce náusea, depresión respiratoria y estreñimiento.
Codeína	Oral 15-60 mg c/4-6 horas IM 15-60 mg c/4-6 horas	Antitusígeno, funciona como analgésico al metabolizarse en morfina. Se combina con algún AINE como el acetaminofén.
Derivados Sintéticos		
Tramadol	Oral 50-100 mg c/4-6 horas	Inhibe recaptura de serotonina y de noradrenalina. Se une a receptores μ .
Derivados Semisintéticos		
Oxicodona	Oral 5-10 mg c/4-6 horas	Se emplea por vía oral, sola o combinada con AINE, para dolor agudo o crónico, de moderado a severo.

Fuente: ESPINOSA MELÉNDEZ. "Farmacología y Terapéutica en Odontología". Pág. 190.

4.2.3. Antibiótico

Los Beta lactámicos como las penicilinas, ácido clavulánico, cefalosporina y carbapenemas. Todos los anteriores actúan en la síntesis del peptidoglucano, que es el componente que da rigidez a la pared bacteriana, provocando así la lisis de la bacteria.

Penicilinas

Se consideran el antibiótico de primera elección en infecciones bacterianas en boca (8).

Actúan por ejemplo en el drenado y el tratamiento de conductos radiculares en caso de abscesos de origen periapical, o el drenado seguido de raspado y alisado en caso de abscesos periodontales.

En el tratamiento de abscesos cerrados de origen dental y periodontal, será útil la combinación de una penicilina de amplio espectro y metronidazol (8).

Penicilina G o bencilpenicilina

Son sensibles también algunos cocos gramnegativos como la Neisseria y bacilos grampositivos como Actinomyces, clostridium y corynobacterium.

La combinación de penicilina G sódica y procaínica, que se emplea en odontología para el tratamiento de infecciones purulentas agudas periapicales y periodontales, en infecciones post extracción, en pericoronaritis y en infecciones de glándulas salivales (8).

Penicilina V o fenoxialquímica o fenoximetilpenicilina

En odontología se emplea para el manejo de infecciones purulentas agudas localizadas, en infecciones post extracción, en pericoronitis y en infecciones de glándulas salivales (8).

Cefalosporinas

Al igual que las penicilinas, las carbapenemas y los monobactamos, las cefalosporinas inhiben la síntesis de la pared bacteriana, por lo que pueden destruir a los microorganismos sin afectar a las células del hospedero.

Primera generación: cefalexina, cefadroxilo, cefalotina. Actúan sobre bacterias gram positivas y moderadamente sobre gram negativas (8).

Segunda generación: cefaclor, cefuroxima. Ligeramente mejor acción sobre gram negativas que las de tercera generación.

Tercera generación: ceftriaxona, cefotaxima. Menos activas sobre cocos grampositivos que las de primera generación. Más activas sobre beta-lactamasas.

Cuarta generación: cefepima. Espectro más amplio que las de tercera generación y mejor actividad sobre beta-lactamasas (8).

Macrólidos

La eritromicina, azitromicina y claritromicina son los más empleados en odontología. La Asociación Americana del Corazón (AHA) considera a la eritromicina y a la azitromicina como los antibióticos de primera elección ante alergia a la penicilina (8).

DOSIS DE MACRÓLIDOS EN ODONTOLOGÍA				
INFECCIÓN	MACRÓLIDO	ESPECTRO	DOSIS	FRECUENCIA
Profilaxis para endocarditis bacteriana en alérgicos a la penicilina con enfermedad valvular cardíaca.	Azitromicina o claritromicina	500 mg	30 a 60 minutos antes del tratamiento.	dosis única
Infecciones dentales y periodontales en alérgicos a la penicilina cuando ésta esté indicada.	Eritromicina	De 250 mg a 1 g. casos graves aumentar la dosis. No exceder 4 g en 24 horas.	cada 6 horas	7 días

Fuente: ESPINOSA MELÉNDEZ. "Farmacología y Terapéutica en Odontología". Pág. 141.

4.3. Indicaciones al Paciente

a) Compresas Frías

Aconsejar al paciente usar compresas frías sobre la cara donde fue el acto quirúrgico durante las primeras 24 horas o 48 horas, realizando una aplicación de 2 minutos por 1 de descanso. El frío es para reducir al mínimo la inflamación (2).

b) Higiene Bucal

El paciente no debe estar escupiendo, tampoco succionar el alvéolo, ni hacer gárgaras o enjuagatorios.

Con cepillos propios para la ocasión ya que no dañan el área de cicatrización gracias a la suavidad de sus filamentos.

La lengua y los dientes que no han sido afectados por la operación deben cepillarse después de los alimentos, normalmente.

Al día siguiente el paciente puede empezar a enjuagarse la boca con una solución antiséptica, éste enjuague no debe ser vigoroso ya que podría desplazarse el coágulo de su alvéolo (2).

c) Dieta

Indicaciones al paciente sobre una dieta blanda y blanca, evitando el consumo de comidas irritantes (2).

Debe haber una dieta tales como flanes, gelatinas, leche, jugos, papillas.

No se debe tomar líquidos calientes las primeras 24 horas post cirugía (2).

d) Sueño

Debe dormir con la cabeza algo más alta que de lo normal (se recomienda dos almohadas) y sobre ellas una toalla, ya que las heridas producen exudado y estimulan la salivación (2).

e) Actividad Física

El reposo del paciente es necesario, así se evitara cambios de temperatura lo que será fundamental para su recuperación.

Realizar esfuerzos físicos extenuantes, deportes, permanecer en lugares con temperaturas elevadas o expuestos al sol atenta contra la mejoría del paciente. 1, 2 o 3 días de reposo son aconsejables (2).

f) Medicación

Todo paciente debe recibir una recete donde debe estar incluido analgésicos, antibióticos y un antiinflamatorio, y debe indicar la dosis, frecuencia con que deben ser tomados los fármacos indicados.

Esta receta debe ser escrita con letra clara para que el paciente pueda leerla y cumplirla correctamente (2).

g) Citas Post- operatorias

El paciente debe ser visto por el odontólogo a las 24 horas de la intervención, luego espaciar las visitas según progrese la evolución del paciente. Entre el 5to y 7mo día, se debe retirar los puntos de sutura (2).



4.4. Revisión de antecedentes investigativos

4.4.1. Antecedentes Locales

Título: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD DE LOS ESTUDIANTES QUE CURSAN LOS CICLOS VI – VIII – X DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA. UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS. AREQUIPA. 2017”.

Autor: Bachiller. Velarde Rolin, Miluska

TESIS DE PREGRADO

Resumen: El objetivo principal del presente estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad de los estudiantes que cursan los ciclos VI – VIII – X de la escuela de estomatología Universidad Alas Peruanas Arequipa 2017. La investigación correspondió al tipo no experimental, así mismo el diseño aplicado fue transversal, de campo, prospectivo y comparativo. La población de estudio fueron los alumnos del VI, VIII, y X ciclo de la Universidad Alas Peruanas, de los cuales fueron evaluados en total 151 alumnos que reunieron los criterios de inclusión y exclusión propuestos. Por tanto, en el presente estudio no se utilizó el criterio de muestra. La técnica que se aplicó para la recolección de datos fue la encuesta y el instrumento estuvo constituido por un cuestionario, el cual estuvo dividido en 5 áreas: injurias percutáneas, métodos de barrera, esterilización y desinfección, Hepatitis B, VIH y Tuberculosis y desechos dentales, el test utilizado fue validado por Saenz (2007). Los resultados mostraron que el nivel de conocimientos sobre medidas de bioseguridad entre los alumnos de los tres ciclos es mayoritariamente un nivel medio (75.9% para el VI ciclo, 68.4% para los del VIII ciclo y 83.1% para los del X ciclo). Desde el punto de vista cuantitativo, los alumnos del VI ciclo lograron una nota de conocimientos sobre bioseguridad promedio de 14.46, los del VIII ciclo 13.76 y los del X

13.42. Finalmente, no hemos encontrado diferencias significativas del nivel de conocimiento sobre bioseguridad entre los ciclos evaluados.

4.4.2. Antecedentes Nacionales

Título: “EVALUACIÓN DE PROTOCOLO PREOPERATORIO EN LOS ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO 2015”

Autor: Bachiller. Peralta Huatuco, Rosario

TESIS PREGRADO.

Resumen: Determinar si se aplica el protocolo preoperatorio para la atención odontológica en los alumnos de la universidad de Huánuco 2015
MATERIALES Y MÉTODOS: Se aplicó una ficha de guía protocolar a los 49 alumnos de la clínica odontología de la universidad de Huánuco con la finalidad de obtener información sobre si cumple o no los protocolos de atención. Los datos fueron analizados estadísticamente mediante las variables estudiadas, mediante la estadística descriptiva. El método de investigación utilizado fue descriptivo, con un tipo de investigación observacional. **RESULTADO:** De acuerdo a los principios protocolares en operatoria dental, se determinó que la mayor prevalencia se evidencio en los alumnos que no siguen los principios protocolares en operatoria dental en un 91.8% y la menor prevalencia se evidencio en los alumnos que siguieron los principios protocolares en operatoria dental en un 8.2%. De acuerdo los principios protocolares en cirugía dental, se determinó que la mayor prevalencia se evidencio en los alumnos que no siguieron los principios protocolares en cirugía dental en un 87.8% y la menor prevalencia se evidencio en los alumnos que siguieron los principios protocolares en cirugía dental un 12.2%. De acuerdo a los principios protocolares en endodoncia dental, se determinó que la mayor prevalencia se evidencio en los alumnos que no siguen los principios protocolares en endodoncia dental en un 79.6% y la menor prevalencia se evidencia en los alumnos que siguieron los principios protocolares en

endodoncia dental un 20.4%. **CONCLUSIÓN:** De acuerdo con los resultados obtenidos, analizados e interpretados se determinó que no existe un protocolo preoperatorio implementado para la atención odontológica en los alumnos de la Universidad de Huánuco 2015.

4.4.3. Antecedentes Internacionales

Título: “MEDIDAS PRE Y POST OPERATORIAS EN CIRUGÍA BUCAL – UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL. 2012”

Autor: Sandy Estefanía Piloso Pazmiño

ARTÍCULO ORIGINAL

Resumen: Con el contenido de esta investigación se pretende preparar al estudiante en el área quirúrgica, llevando una secuencia en la atención de sus pacientes y los procedimientos quirúrgicos en las mejores condiciones de seguridad. Primero se abordan los temas que lo facultan para elaborar un diagnóstico global, un plan de tratamiento y la secuencia del procedimiento quirúrgico para determinar el manejo de las posibles complicaciones. Reforzando las medidas, normas o acciones que debemos de utilizar en el área de trabajo con la finalidad de evitar accidentes en las intervenciones cruentas del acto quirúrgico. En lo que se refiere al pre operatorio podemos nombrar aspectos relacionados con el paciente, odontólogo, su equipo de trabajo y la cirugía. Teniendo en cuenta las debidas precauciones antes de tocar al paciente para el momento de ser intervenido. Realizando unas series de pruebas complementarias y exploraciones programadas, con lo que lograremos detectar algún factor que modifique la evolución del paciente o el plan anestésico, ocasionando molestias. También un punto muy importante en el preoperatorio es el cuidado del instrumental con su correcta esterilización y asepsia del paciente. En la etapa postquirúrgica la atención del paciente se centra, en torno a la valoración integral del mismo, identificando las potenciales complicaciones siendo estas

tempranas o tardías de acuerdo a la presentación de las mismas. Considerando todos estos aspectos de relevante importancia no solo para nosotros como odontólogos sino para el paciente en general en su recuperación. Debemos concluir que las medidas pre y post operatorias en cirugía bucal constituyen un tema fundamental en el conocimiento y aprendizaje de todo estudiante en formación y Odontólogo para nuestra práctica clínica diaria y por tanto es menester el conocimiento del mismo.

4. Hipótesis

Dado que, los alumnos del IX semestre que llevan el curso de cirugía bucal, en el cual se enseña los pasos para realizar una exodoncia, que incluyen el tiempo Pre Operatorio, la exodoncia propiamente dicha y el Post Operatorio, tener los conocimientos antes de entrar a la Clínica Odontológica de la UCSM.

Es probable, que el nivel de conocimiento del tiempo Operatorio sea de mayor nivel que el nivel de conocimiento del Pre Operatorio y Post Operatorio en los alumnos del IX semestre de la Facultad de Odontología de la UCSM. Arequipa – 2018.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL



II.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

a) Precisión de la técnica:

Se utilizó el cuestionario para recoger información del nivel de conocimiento en los alumnos del IX semestre de la Facultad de Odontología de la UCSM. Arequipa – 2018.

b) Esquematización:

VARIABLE	TECNICA	INSTRUMENTO
Nivel de conocimiento del Pre Operatorio.	Cuestionario.	Formulario de Preguntas.
Nivel de conocimiento del Operatorio.		
Nivel de conocimiento del Post Operatorio.		

c) Descripción de la técnica

Al obtener los permisos respectivos del director de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María, se procedió a entregar los consentimientos informados a los alumnos del IX semestre, luego de responder el consentimiento y siendo aceptado por los alumnos se procedió a realizar el formulario de preguntas sobre el pre operatorio , operatorio y post operatorio en una cirugía oral a los alumnos del IX semestre , las encuestas contenían preguntas sobre la preparación que se deben de realizar antes de empezar , proceder y tener finalmente los cuidados necesarios al culminar una Exodoncia con todos los pacientes que acuden a la consulta de la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María.

d) Diseño investigativo

Se utilizó el diseño no experimental Prospectivo.

1.2. . Instrumentos

1.2.1. Instrumentos documentales:

Durante la recolección de los datos se utilizó:

a) Precisión del instrumento

Se utilizó un formulario de preguntas que recogen datos necesarios para la investigación y cuya estructura está en relación a los objetivos propuestos.

b) Estructura del instrumento

VARIABLE	EJES	INDICADORES	SUB EJES
Nivel de conocimiento del Pre Operatorio.	1	<ul style="list-style-type: none"> • Bioseguridad. • Historia Clínica. • Consideraciones especiales. • Pacientes que requieren cuidados especiales. • Indicaciones y contraindicaciones. 	<p>1.1</p> <p>1.2</p> <p>1.3</p> <p>1.4</p> <p>1.5</p>
Nivel de conocimiento del Operatorio.	2	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de anestesia local y regional. • Tiempos quirúrgicos. • Tiempos de exodoncia con fórceps. • Tiempos de exodoncia con elevadores. • Posición del paciente y operador. 	<p>2.1</p> <p>2.2</p> <p>2.3</p> <p>2.4</p> <p>2.5</p>
Nivel de conocimiento del Post Operatorio.	3	<ul style="list-style-type: none"> • Farmacología. • Indicaciones al Paciente. • Complicaciones Post-Operatoria. 	<p>3.1</p> <p>3.2</p> <p>3.3</p>

c) Modelo de instrumento

- En anexos.

1.2.2. Instrumentos mecánicos:

- Cámara digital
- Computadora

1.2.3. Materiales

- Mandil
- Gorro
- Barbijo
- Lapicero
- Hojas

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

2.1.1. Ámbito general

- Universidad Católica de Santa María - Arequipa

2.1.2. Ámbito específico

- Clínica Odontológica de la Universidad Católica De Santa María.

2.2. Ubicación Temporal

La investigación se desarrolló en el transcurso del mes de Julio del año 2018.

2.3. Unidades de Estudio

Se toma el universo de estudiantes del IX semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica De Santa María - Arequipa.

2.3.1. Criterios de selección

a) Universo Cualitativo

Criterios incluyentes

- Alumnos del IX semestre que estén matriculados y asistan regularmente a la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología de la UCSM.
- Alumnos del IX semestre de ambos géneros.
- Exodoncia compleja.

Criterios excluyentes

- Alumnos que no estén matriculados en el IX semestre y que no asistan a la clínica odontológica.
- Alumnos de otras facultades de la UCSM.
- Alumnos que estén cursando otro semestre de la facultad de odontología.

b) Universo Cuantitativo

A) N = 124 alumnos.

Fuente: Lista oficial de matrícula 2018 I – IX semestre de la Universidad Católica de Santa María – Facultad de Odontología.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Obtención de la autorización del decano de la Facultad de Odontología y director de la clínica odontológica de la Universidad Católica De Santa María.
- Preparar la encuesta sobre Pre Operatorio, Operatorio y Post Operatorio en una exodoncia.
- Realizar la encuesta a los estudiantes del IX semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica De Santa María.
- Analizar los resultados obtenidos de la encuesta.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

Investigador: Roberto Manuel Barriga Vidales

Asesor: Dra. Elsa Vásquez Huerta

3.2.2. Recursos Físicos

- Universidad Católica de Santa María
- Biblioteca de la Universidad Católica de Santa María.
- Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María.

3.2.3. Recursos Económicos

Propios del investigador.

3.2.4. Recursos Institucionales

- Universidad Católica De Santa María.
- Clínica Odontológica de la Universidad Católica De Santa María.

3.3. Validación del Instrumento

Se realizó una prueba piloto en el que se aplicó el formulario a 20 alumnos del IX semestre de la facultad de odontología, para conocer el nivel de conocimiento y si lo aplican antes, durante y después de una cirugía oral simple.

4. ESTRATEGIAS MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. Nivel de sistematización

4.1.1. Tipo de procesamiento

El procesamiento de los datos recolectados se hizo de manera computacional, apelando a hojas de cálculo y software estadístico SPSS versión 17.0.

4.1.2. Operaciones del procesamiento

a) Clasificación

La clasificación de los datos se llevó a cabo a través de la confección de una matriz de sistematización, para lo cual se utilizará una hoja de cálculo en Excel, versión 2013.

b) Codificación

Una vez clasificados los datos, se procedió a asignar códigos a cada uno de los indicadores de la variable, según su correspondiente definición operacional.

c) Tabulación

La tabulación de los datos permitió la elaboración de tablas, tanto de simple como doble entrada, con las cuales presentaremos los resultados de acuerdo a los objetivos planteados.

d) Graficación

A partir de las tablas se procedió a la elaboración de gráficos, que complemente a estas; confeccionando básicamente del tipo de barras.

4.2. Plan de análisis de datos

4.2.1. Tipo de análisis.

Cuantitativo, trivariable.

4.2.2. Tratamiento estadístico

VARIABLE	TIPO	ESCALA	ESTADISTA DESCRIPTIVO.	PRUEBA
Nivel de conocimiento del Pre Operatorio.			. Frecuencia Absoluta	x ²
Nivel de conocimiento del Operatorio.	Ordinal	Ordinal	. Frecuencia Porcentual.	
Nivel de conocimiento del Post Operatorio.				



CAPITULO III

RESULTADOS

TABLA N° 1

GENERO DE LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.

GENERO	Nº	%
Masculino	39	31.5
Femenino	85	68.5
TOTAL	124	100

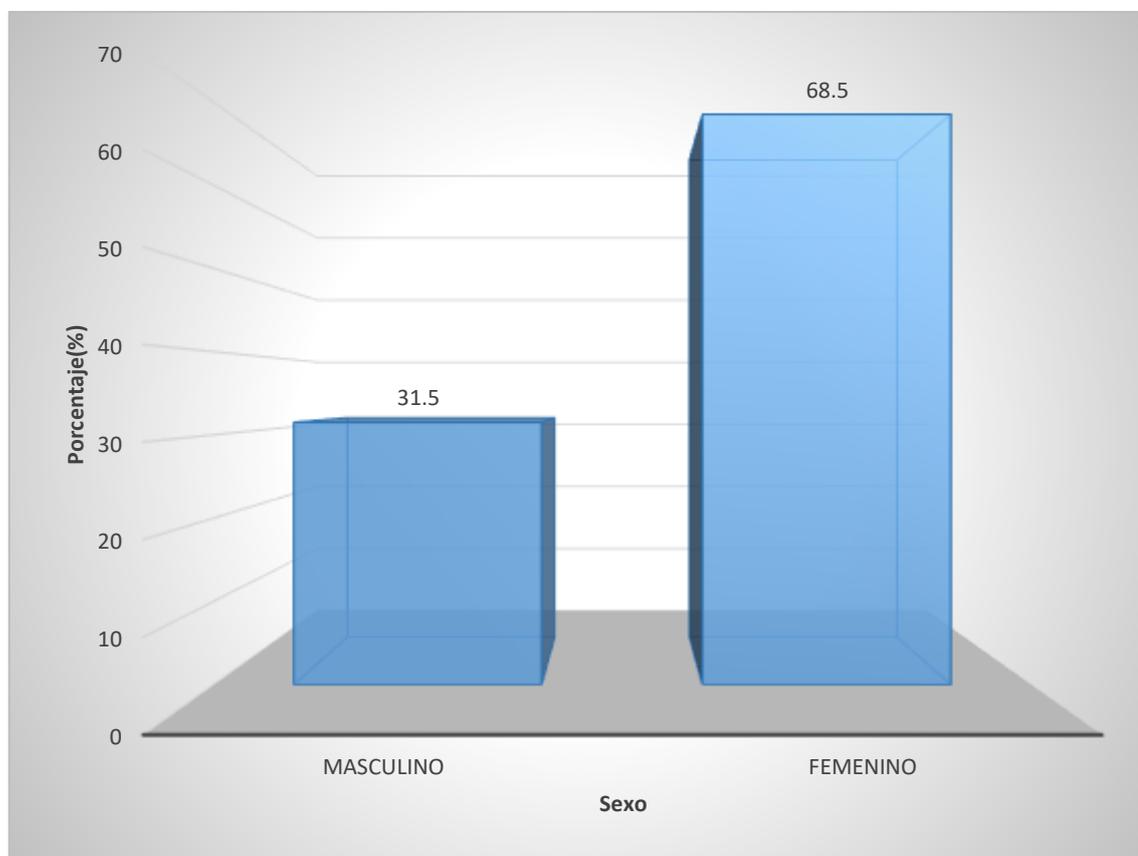
Fuente: Matriz de datos propio del investigador. Año - 2018.

Interpretación:

Observamos la Tabla N° 1 muestra que el 68.5% de los alumnos del IX semestre de la facultad de Odontología de la UCSM son de género femenino, mientras que el 31.5% de los alumnos son de género masculino.

GRAFICO Nº 1

GÉNERO DE LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.



Fuente: Matriz de datos propio del investigador. Año - 2018.

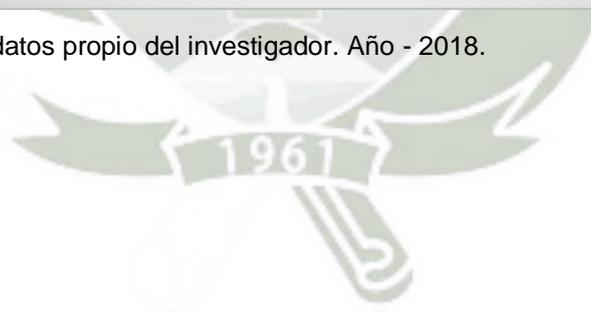


TABLA N° 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PRE OPERATORIO EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.

PRE OPERATORIO	Nº	%
MALO	4	3.2
REGULAR	41	33.1
BUENO	79	63.7
TOTAL	124	100

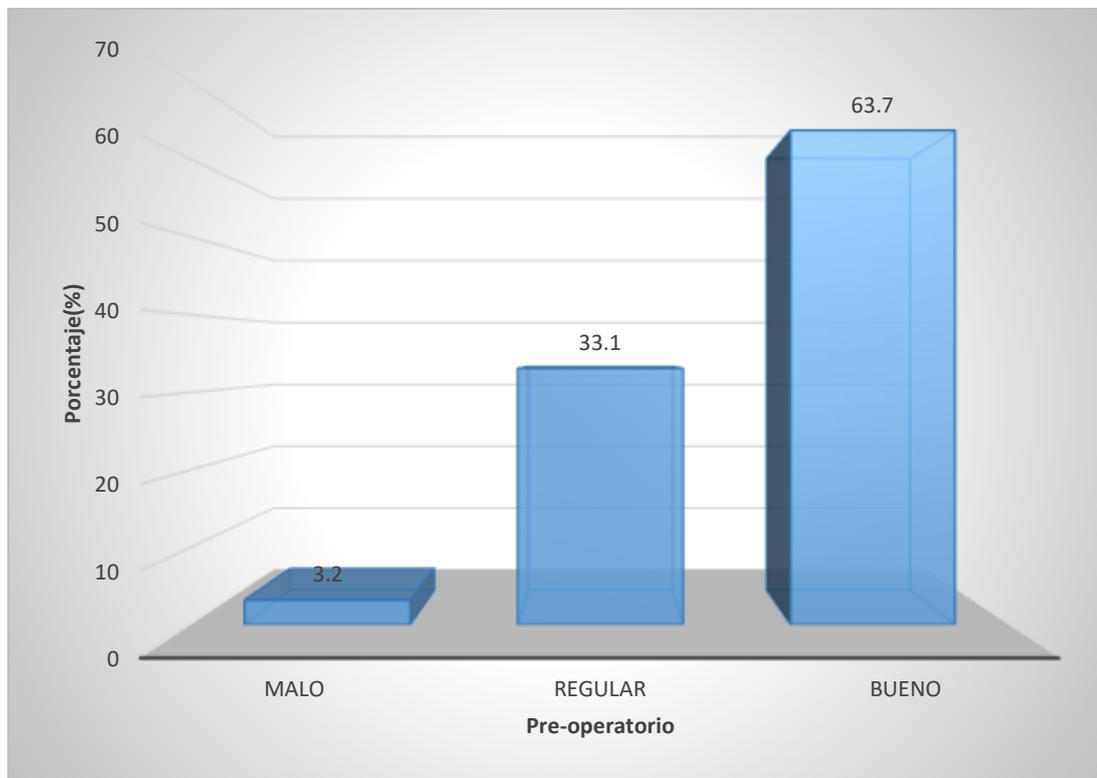
Fuente: Matriz de datos propio del investigador. Año - 2018.

Interpretación:

Observamos que en la Tabla N° 2 muestra que el 63.7% de los alumnos del IX semestre de la facultad de Odontología de la UCSM tienen nivel de conocimiento Pre Operatorio bueno, el 33.1% nivel de conocimiento regular, mientras que el 3.2% de alumnos presentan nivel de conocimiento malo.

GRAFICO Nº 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PRE OPERATORIO EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.



Fuente: Matriz de datos propio del investigador. Año - 2018.

TABLA N° 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO OPERATORIO EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.

OPERATORIO	Nº	%
MALO	4	3.2
REGULAR	48	38.7
BUENO	72	58.1
TOTAL	124	100

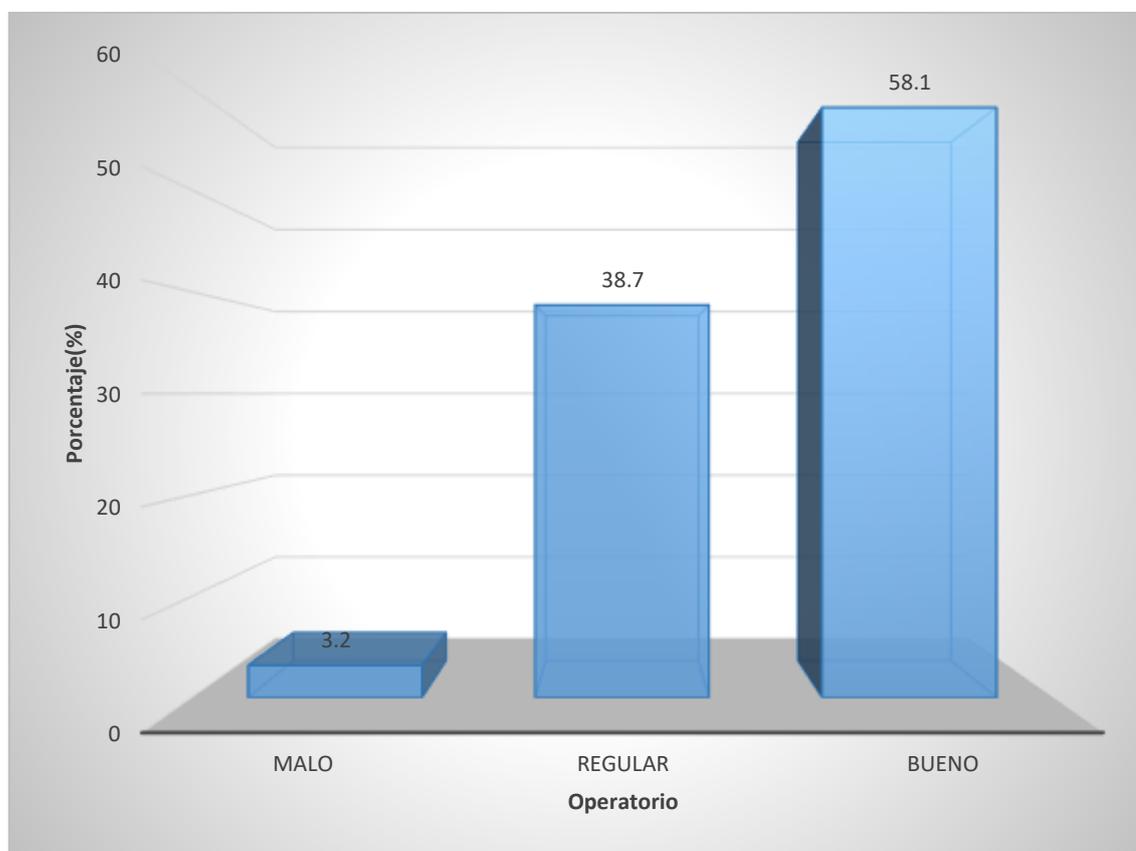
Fuente: Matriz de datos propio del investigador. Año - 2018.

Interpretación:

Observamos que en la Tabla N° 3 muestra que el 58.1% de los alumnos del IX semestre de la facultad de Odontología de la UCSM tienen nivel de conocimiento Operatorio bueno, el 38.7% presentan nivel de conocimiento regular, mientras que el 3.2% de alumnos presentan nivel de conocimiento malo.

GRÁFICO Nº 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO OPERATORIO EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.



Fuente: Matriz de datos propio del investigador. Año - 2018.

TABLA N° 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL POST - OPERATORIO EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.

POST OPERATORIO	Nº	%
Malo	10	8.1
Regular	24	19.4
Bueno	90	72.6
TOTAL	124	100

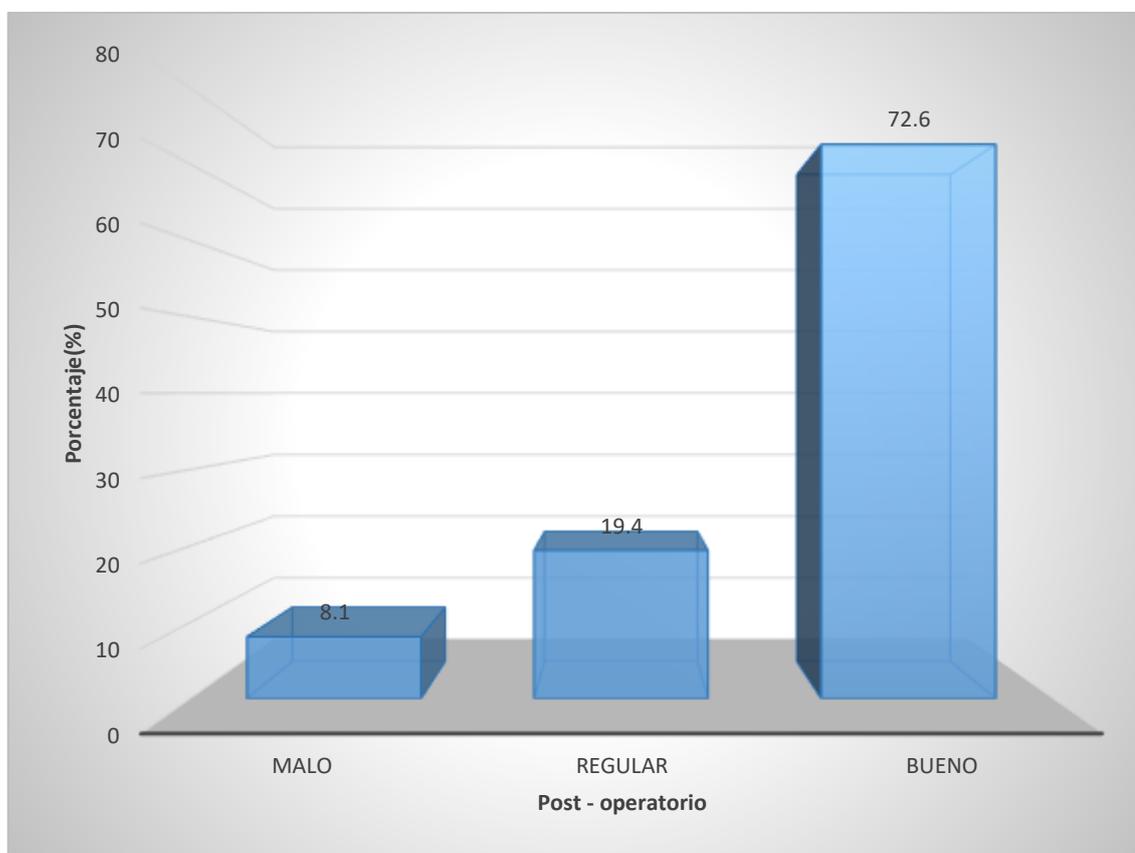
Fuente: Matriz de datos propio del investigador. Año - 2018.

Interpretación:

Observamos que en la Tabla N° 4 muestra que el 72.6% de los alumnos del IX semestre de la facultad de Odontología de la UCSM tienen nivel de conocimiento Post Operatorio bueno, el 19.4% presentan nivel de conocimiento regular, mientras que el 8.1% de alumnos presentan nivel de conocimiento malo.

GRÁFICO Nº 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL POST - OPERATORIO EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.



Fuente: Matriz de datos propio del investigador. Año - 2018.

TABLA N°. 5

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PRE OPERATORIO, OPERATORIO Y POST OPERATORIO EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.

Nivel de Conocimiento	N°	%
Malo	3	2.4
Regular	47	37.9
Bueno	74	59.7
TOTAL	124	100

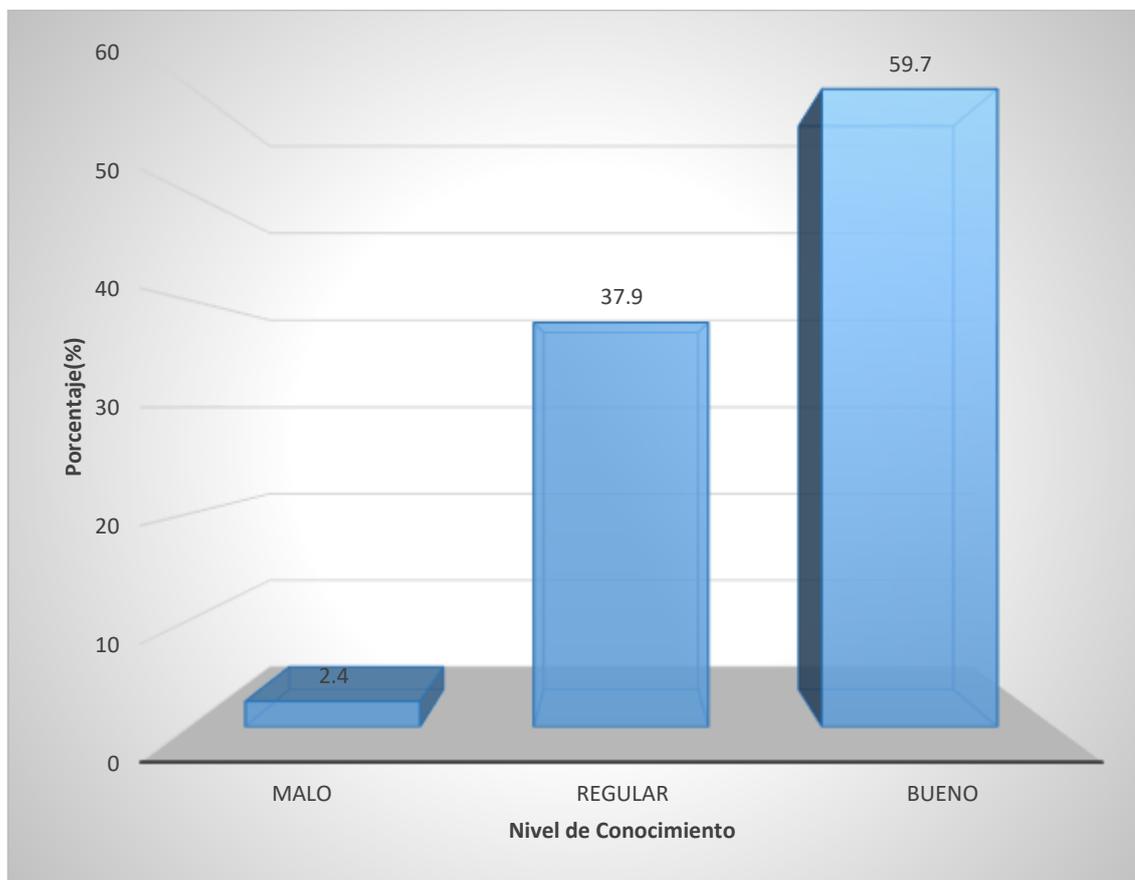
Fuente: Matriz de datos propio del investigador. Año - 2018.

Interpretación:

Observamos que en la Tabla N° 5 muestra que el 59.7% de los alumnos del IX semestre de la facultad de Odontología de la UCSM tienen nivel de conocimiento bueno sobre exodoncia, el 37.9% de alumnos presentan nivel de conocimiento regular, mientras que el 2.4% de alumnos presentan nivel de conocimiento malo.

GRÁFICO Nº 5

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PRE OPERATORIO, OPERATORIO Y POST OPERATORIO EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.



Fuente: Matriz de datos propio del investigador. Año - 2018.

TABLA Nº. 6

NIVEL DE CONOCIMIENTO COMPARATIVO DE EL PRE OPERATORIO, OPERATORIO Y POST OPERATORIO EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PRE OPERATORIO		OPERATORIO		POST OPERATORIO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MALO	4	3.2	4	3.2	10	8.1
REGULAR	41	33.1	48	38.7	24	19.4
BUENO	79	63.7	72	58.1	90	72.6
TOTAL	124	100	124	100	124	100

Fuente: Matriz de datos propio del investigador. Año - 2018.

$X^2=13.25$ $P<0.05$ $P=0.01$

$X^2=11.82$ $P<0.05$ $P=0.02$

$X^2=26.46$ $P<0.05$ $P=0.00$

Interpretación:

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=13.25$) el nivel de conocimiento Pre Operatorio y Operatorio presentan comparación estadística significativa ($P<0.05$).

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=11.82$) el nivel de conocimiento Pre Operatorio y Post Operatorio presentan comparación estadística significativa ($P<0.05$).

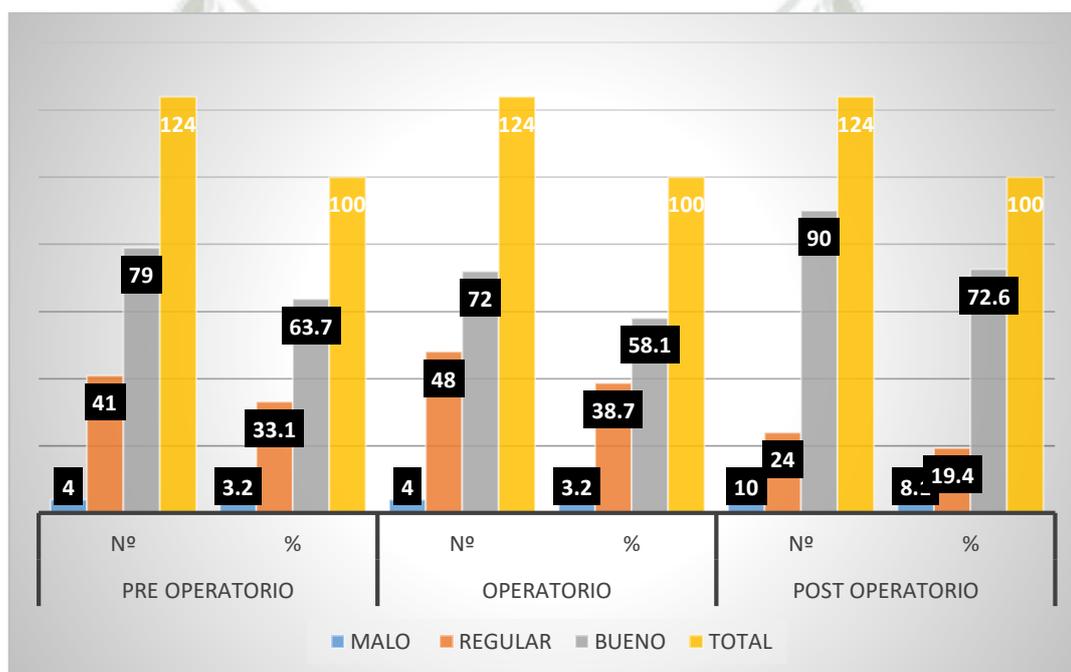
Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=26.46$) el nivel de conocimiento Operatorio y Post Operatorio presentan comparación estadística significativa ($P<0.05$).

Los resultados muestran que el nivel de conocimiento de mayor aptitud en los alumnos del IX semestre de la Facultad de Odontología de la UCSM. Arequipa 2018, es en la fase Post Operatoria es mucho mayor que en la fase Pre Operatoria, siendo ésta fase también de nivel bueno, y la fase Operatoria siendo la de menor porcentaje de conocimiento.



GRAFICO Nº 6

NIVEL DE CONOCIMIENTO COMPARATIVO DE EL PRE OPERATORIO, OPERATORIO Y POST OPERATORIO EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018.



Fuente: Matriz de datos propio del investigador. Año - 2018.

CONCLUSIONES

- PRIMERA** El nivel de conocimiento del Pre Operatorio en una exodoncia en los alumnos del IX semestre de la facultad de odontología de la UCSM. Arequipa – 2018, muestra que el 63.7% es bueno, el 33.1% es regular y que el 3.2% es malo.
- SEGUNDA** El nivel de conocimiento del Operatorio en una exodoncia en los alumnos del IX semestre de la facultad de odontología de la UCSM. Arequipa – 2018, muestra que el 58.1% es bueno, el 38.7% es regular y que el 3.2% es malo.
- TERCERA** El nivel de conocimiento del Post Operatorio en una exodoncia en los alumnos del IX semestre de la facultad de odontología de la UCSM. Arequipa – 2018, muestra que el 72.6% es bueno, el 19.4% es regular y que el 8.1% es malo.
- CUARTA** El nivel de conocimiento en la tabla comparativa del tiempo Pre Operatorio, Operatorio y Post Operatorio; el nivel con mayor conocimiento es el Post Operatorio con un 72.6% siendo éste bueno.
- QUINTA** Con los resultados obtenidos en la tabla comparativa, resultó que la hipótesis no fue verdadera, ya que los resultados obtenidos nos da que un mayor nivel de conocimiento está en la fase Post Operatoria y no en las fases Pre Operatoria y Operatoria propiamente mencionada en la hipótesis.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se recomienda hacer un seguimiento especial a los alumnos del IX semestre sobre el tiempo operatorio, ya que es el tiempo en donde sacaron un porcentaje relativamente inferior sobre los otros dos tiempos quirúrgicos.

SEGUNDA: Se recomienda hacer un seguimiento minucioso también a todos los alumnos que se encuentren en clínica (VII y IX semestre), si aplican y cumplen con todos los puntos críticos necesarios para realizar un correcto y adecuado trato sobre los tres tiempos quirúrgicos en una cirugía oral, en este caso sobre la exodoncia.

TERCERA: Se recomienda al alumnado seguir realizando un buen nivel del procedimiento al realizar una exodoncia, para el reconocimiento de sus aptitudes en el campo de la cirugía bucal, y el prestigio de nuestra clínica odontológica siga en forma creciente.

CUARTA: Se recomienda realizar una encuesta de todos los pacientes que acuden a la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María, si el trato que reciben, en este caso sobre una extracción dental es buena y si está conforme con lo realizado.

LISTA DE REFERENCIAS

1. GAY ESCODA, C. "Tratado de Cirugía Bucal".
2. CANEDO LAZO, M. "Cirugía Oral".
3. CEDEÑO PACHECO, E. "Manual de Cirugía Oral".
4. DONADO RODRIGUEZ, M. "Cirugía Bucal, Patología y Técnicas".
5. PARI, R – ZAVALA, E – ENDARA, J. "Técnica Quirúrgica".
6. GAY, C – BERINI, L. "Tratado de Cirugía Bucal".
7. LOPEZ DAVIS, A – MARTIN GRANIZO, R. "Cirugía Oral y Maxilofacial".
8. ESPINOSA MELENDEZ, M. "Farmacología y Terapéutica en Odontología".
9. KRUGER, G. "Tratado de Cirugía Bucal".
10. MADEIROS PAULO, J. "Cirugía de Dientes Incluidos".

ANEXOS





**ANEXO 1:
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

El presente cuestionario forma parte de un proyecto investigativo, es ANÓNIMO. Los resultados obtenidos ayudarán a identificar el nivel de conocimiento sobre **“NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PRE OPERATORIO, OPERATORIO Y POST OPERATORIO EN UNA CIRUGÍA ORAL”**.

Agradeceré mucho su colaboración al contestar las preguntas de manera objetiva y veraz.

INSTRUCCIONES: Leer cada pregunta cuidadosamente y responda marcando con un aspa la respuesta que usted vea conveniente.

Sexo:

Edad:

PRE OPERATORIO

1. Tiene por objeto evitar que los gérmenes penetren al organismo humano con técnicas que eviten la contaminación.
 - a) Asepsia
 - b) Antisepsia
 - c) Asepsia y antisepsia

2. Es la acción por la cual se matan organismos patógenos y saprofitos incluyendo esporas.
 - a) Asepsia
 - b) Antisepsia
 - c) Esterilización**

3. Cuál es el punto más importante y a donde queremos llegar con la historia clínica.
 - a) Anamnesis
 - b) Diagnostico**
 - c) Pronóstico

4. En la historia clínica, donde se efectúa el interrogatorio al paciente se llama:
 - a) Anamnesis**
 - b) Diagnostico
 - c) Pronóstico

5. Parte de la historia clínica donde nos proporcionan las radiografías, los análisis de sangre, análisis de orina, etc.
 - a) Anamnesis
 - b) Exámenes auxiliares**
 - c) Diagnóstico

6. Cuál es el antiséptico más utilizado en enjuagues bucales:
 - a) Clorhexidina 0.5% - 0.8%
 - b) Hipoclorito de sodio 0.5% - 1%
 - c) Clorhexidina 0.12% - 0.2%**

7. Cuáles son las indicaciones para una extracción dentaria:
 - a) Las cardiopatías
 - b) La discrasia sangría
 - c) Dientes impactados o supernumerarios**

8. Entre cuanto oscila tensión arterial normal
 - a) TAS < 140 y TAD < 90
 - b) TAS < 130 y TAD < 85**
 - c) TAS < 135 y TAD < 95

9. Entre cuanto oscila una hipertensión en estadio IV
 - a) TAS > 190 y TAD > 100
 - b) TAS > 200 y TAD > 110
 - c) TAS > 210 y TAD > 120**

10. Cuál es el nivel normal de glucosa en la sangre
 - a) 70 a 100 ml gr. 1000 CC.
 - b) 80 a 120 ml gr. 1000 CC.**
 - c) 50 a 80 ml gr. 1000 CC.

OPERATORIO

1. Cuál es el anestésico local indicado en pacientes gestantes:
 - a) Articaína
 - b) Lidocaína**
 - c) Benzocaína

2. Instrumental quirúrgico manual para alisar bordes y eliminar espículas o puntas óseas se emplea:
 - a) Limas de hueso, pinza gubia.**
 - b) Cureta o cuchareta.
 - c) Fresa quirúrgica para hueso.

3. Instrumental quirúrgico que usamos para cortar el anillo de kolliker y el ligamento del alveolo dentario:
 - a) Cureta o cuchareta.
 - b) Sindesmótomo.**
 - c) Pinza gubia.

4. Instrumental quirúrgico para la preparación del colgajo, también lo usamos para despegar bolsas quísticas y llevar medicamentos a lechos óseos:
 - a) Legra, periostótomos, espátula roma.**
 - b) Curetas o cucharetas.
 - c) Sindesmótomo.

5. Instrumental quirúrgico que sirven para curetear o limpiar el alveolo y librar de restos óseos, granulomas y bolsas quísticas:
 - a) Curetas o cucharetas.**
 - b) Legras, periostótomo, espátula roma.
 - c) Sindesmótomo.

6. Tiempo de la exodoncia con fórceps:
 - a) Prehension, Luxación y Tracción.**
 - b) Aplicación, Luxación y Extracción propiamente dicha.
 - c) N.A.

7. Tiempo de la exodoncia con elevadores:
 - a) Prehension, Luxación y Tracción.
 - b) Aplicación, Luxación y Extracción propiamente dicha.**
 - c) N.A.

8. Para efectuar la extracción de los dientes de la mandíbula de la hemiarcada derecha, que posición opta el operador :

- a) A la derecha del sillón dental y delante del paciente.
 - b) A la izquierda del sillón dental y delante del paciente.
 - c) N.A.
9. Los fórceps pico de milano están indicados para la exodoncia de:
- a) Premolares inferiores
 - b) Molares inferiores
 - c) Molares superiores
10. Complicación durante el procedimiento de una exodoncia:
- a) Trismus
 - b) Parestesia
 - c) Fractura ósea

POST OPERATORIO

1. Una hemorragia secundaria:
- a) Se dan mucho después del acto quirúrgico, producto de un coágulo mal formado.
 - b) Aparece inmediatamente después del acto quirúrgico.
 - c) No tiene importancia.
2. Cual es las complicación post exodoncia en la que el alveolo carece de coágulo sanguíneo con dolor intenso y pared ósea expuesta:
- a) Alveolitis seca
 - b) Osteomielitis
 - c) Alveolitis húmeda
3. Por cuánto tiempo se debe utilizar un analgésico:
- a) 1 día

- b) 2 días
 - c) **Consecuente al dolor**

4. Es una complicación post exodoncia
 - a) Fractura ósea
 - b) Fractura coronaria del diente
 - c) **Alveolitis**

5. Antibiótico de elección en una cirugía de un tercer molar , donde implica el hueso:
 - a) Amoxicilina.
 - b) **Clindamicina.**
 - c) Amoxicilina + Ácido clavulánico.

6. Luego de una exodoncia compleja, se indica clindamicina de 300 mg:
 - a) **Cada 8 horas.**
 - b) Cada 12 horas.
 - c) Cada 24 horas.

7. En una infección bacteriana que antibiótico recetarías al paciente:
 - a) Metamizol 500 mg c/6 horas.
 - b) Amoxicilina + Ácido clavulánico 250 mg c/12 horas.
 - c) **Amoxicilina 500 mg c/ 8 horas.**

8. Analgésico de elección post exodoncia para calmar el dolor :
 - a) Clindamicina 300 mg c/ 8 horas.
 - b) Naproxeno 100 mg c/ 24 horas.
 - c) **Diclofenaco 50 mg c/ 8 horas.**

9. Entre qué tiempo se debe retirar los puntos de sutura
 - a) Entre el 3er y 4to día.

- b) Entre el 5to y 7mo día.
 - c) Entre el 2do y 3er día.
10. Indicaciones post operatorias al paciente:
- a) Tiempo de coagulación y sangría.
 - b) Colocación de compresas frías, medicación, dieta y citas post operatorias.
 - c) Pruebas de laboratorio.



**ANEXO 2:
MATRIZ DE DATOS PROPIOS DEL INVESTIGADOR - 2018**

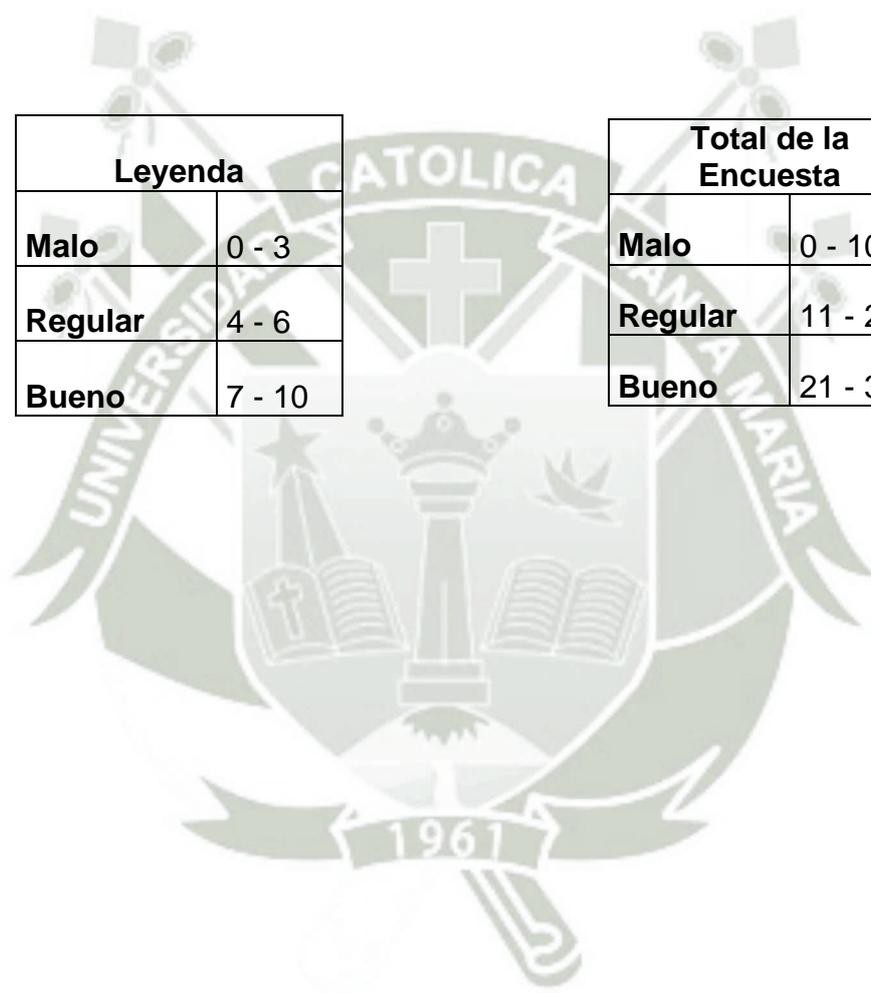


Género	Pre-Operatorio			Operatorio			Post-Operatorio			Total de la encuesta		
	Malo	Regular	Bueno	Malo	Regular	Bueno	Malo	Regular	Bueno	Malo	Regular	Bueno
M			7			8						24
F			8			8						24
M			10			8						26
F			7			7						21
M			8			9						24
F			7		5						19	
M			7			8						23
F			7			7						21
M		5				7						21
F		6			5						18	
M			8		6							23
F			7		6		3					16
M			9			7						25
F			8		5							21
M			8			7						22
F		6				7		6				19
M			7			7						21
F			7		6			6				19
M		6				8						22
F			7			8		6				21
M		5				7						19
F			7			9						25
M			8			8						24
F			8		4							20
M			9		6							22
F		6			6							20
M		4		2			2			8		
F			9			7						25
M			9			7						25
F		5				8		4				17
M		5			4			5				14
F			7		4			4				15
M			7			8						23
F			7			9						24
M			8		6							21
F			7			7						22
M			7			8						22
F			8			9						25
M			8			8						24
F			8			8						25
M		6				8		6				20
F		6				7		6				19
M			7		6							21
F			9		6							23
M		4			6							17
F		5				8						20
M			8			10						26
F		6			5							18
M			8		5							21
F			7		6							21
M	3			3				4			10	
F		6			4		1					11
M			8			8						25
F			7		6							21
M		6			4							17
F			8			9						25
M			7			8						22
F		6				7						22
M		6				9						24
F		6			5			5				16
M		6			5							19
F	3				4							14
M		5				7		6				18
F		4			4		3					11
M			8		5		3					16
F			8			7						23
M		5		1				4		10		
F		6			4							19
M		6			4		1					11
F	3				4							14
M		5				7		6				18
F		4					3					11
M					4							14
F												18
M		4			4		3					11

Género	Pre-Operatorio			Operatorio			Post-Operatorio			Total de la encuesta		
	Malo	Regular	Bueno	Malo	Regular	Bueno	Malo	Regular	Bueno	Malo	Regular	Bueno
M			8		5		3				16	
M			7		5				7		19	
M			8			7			8			23
M			8			8			8			24
M			7			7			7			21
M			7			7			7			21
M		5				7			9			21
M			8		6				9			23
M			8			7			8			23
F	4			3			3			10		
F		6			6			6			18	
F		5			6			5			16	
F			7		5			5			17	
F		6			5			5			16	
F			8		4			4			16	
F		6			5				7		18	
F		5				7			7		19	
F			7		5			5			17	
F			8		4				7		19	
F		5			6			5			16	
F		4			4			6			14	
F			7		4			5			16	
F			7			7	3				13	
F	3					7			7		17	
F		6			6				7		19	
F			7			7			7			21
F			8			7			8			23
F			7		5				9			21
F			8			8			8			24
F			7			8			9			24
F			8			9			9			26
F			7			8		6				21
F		6				8			8			22
F			8			9			7			26
F			8			7			7			22
F			8			7		6				21
F		6				8			9			23
F			9			8			8			25
F			7			9			9			25
F			8			8			8			24
F			7			7			7			21
F		6				7			8			21
F			9			8			9			26
F		6			6				9			21
F			8			7			7			22
F			8			8			8			24
F			8			8			7			23
F			7			7			8			22
F			7			7			7			21
F			8			8			8			24
F		6				7			8			21
F			9			5			9			23

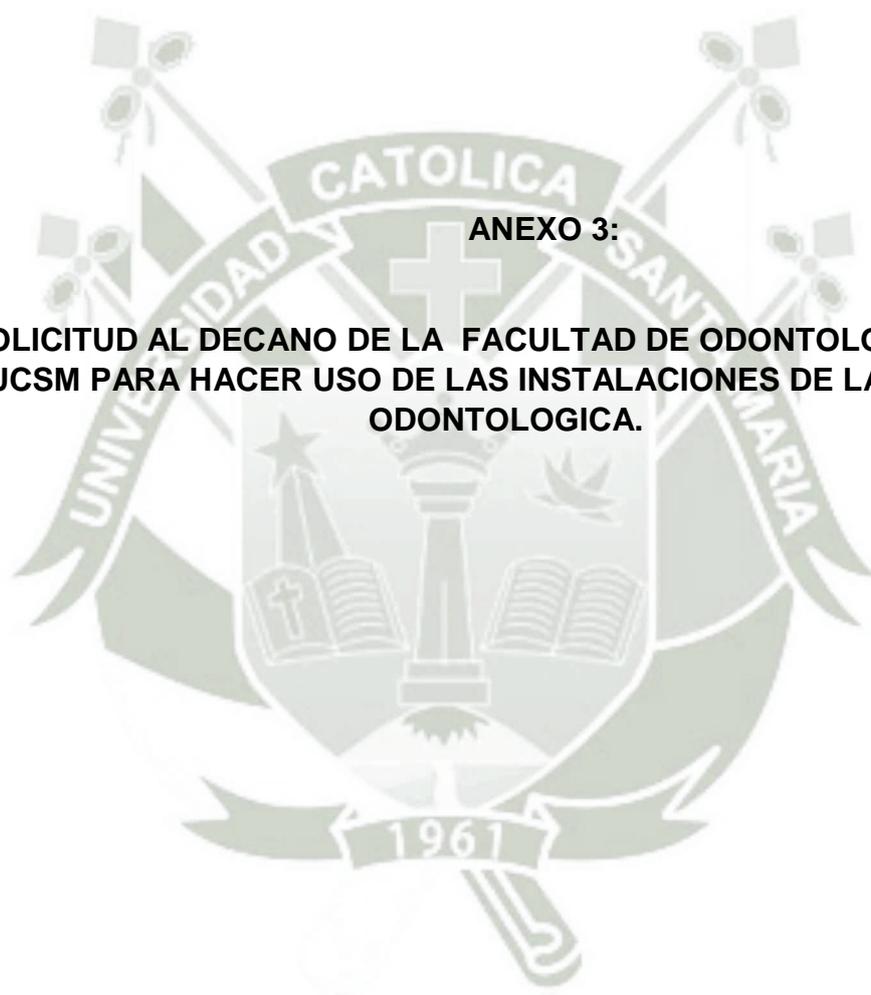
Leyenda	
Malo	0 - 3
Regular	4 - 6
Bueno	7 - 10

Total de la Encuesta	
Malo	0 - 10
Regular	11 - 20
Bueno	21 - 30



ANEXO 3:

**SOLICITUD AL DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA
UCSM PARA HACER USO DE LAS INSTALACIONES DE LA CLÍNICA
ODONTOLOGICA.**



Universidad Católica de Santa María - Mesa de Partes

Expediente: 20180000030723
DNI: 71924454
Nombre: BARRIGA VIDALES, ROBERTO MANUEL
Trámite: PERMISO PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN EN CLÍNICA
Ofic. Serv.: OD
Fecha: 12/07/2018 16:46:50 Hrs.

UCSM - 20184 10910518

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MESA DE PARTES
1. 12 JUL 2018
RECIBIDOR

RECOJO DE EXPEDIENTES
Se entregará a los usuarios que la entrega de certificados, constancias y/o cualquier otro documento sólo se efectuará:
- Al final del trámite.
- A terceros personas presentada carta poder con firma legalizada.

12/07/2018 30858000

USO DE LAS
E LA CLÍNICA
UCSM.
UNIVERSIDAD CATÓLICA

EL, Bachiller de la
Escuela Profesional de Odontología con código
N°2012400201, ante Ud. respetuosamente me presento
y expongo:

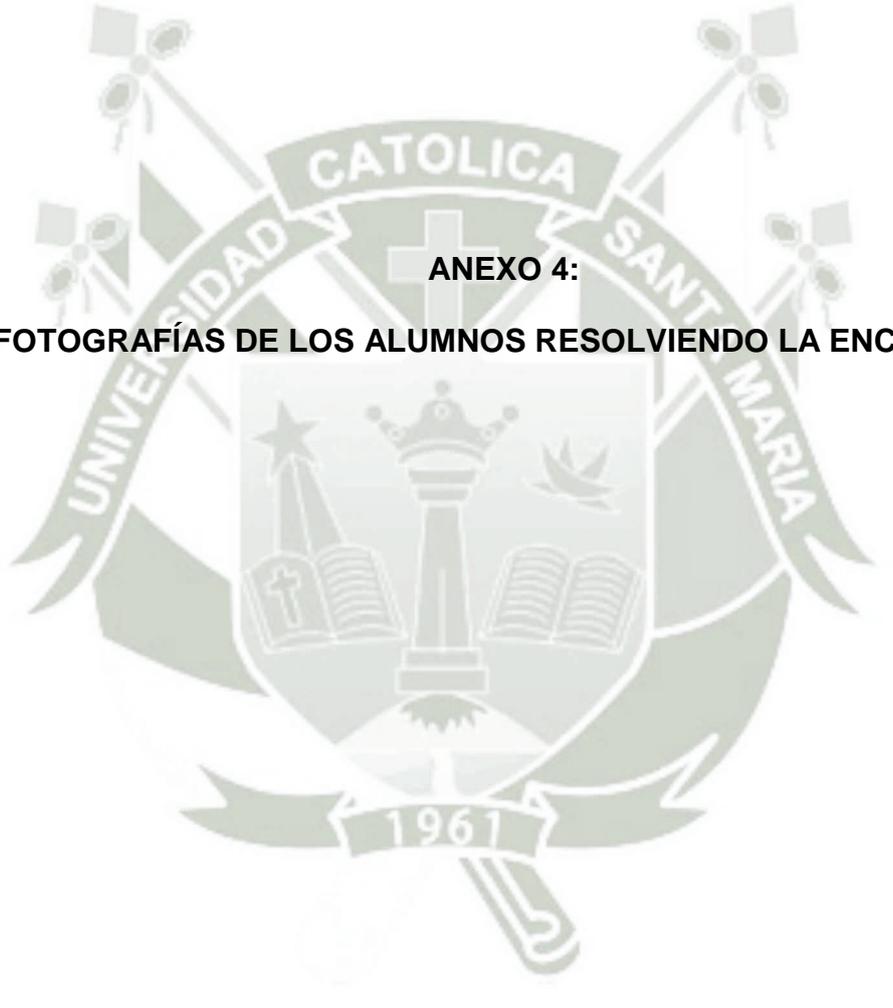
Que por estar elaborando mi Proyecto de Tesis titulado: "NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PRE OPERATORIO, OPERATORIO Y POST OPERATORIO EN UNA CIRUGÍA ORAL EN LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA – 2018." es que solicito a usted se me otorgue el permiso para hacer uso de las instalaciones de la clínica odontológica de la UCSM y a su vez realizar una encuesta a los alumnos de la Escuela Profesional de Odontología de la Clínica Odontológica de la UCSM.

POR LO EXPUESTO

Pido a usted acceder a mi solicitud.

Arequipa, 11 de Julio de 2018


BARRIGA VIDALES, ROBERTO MANUEL
CÓDIGO N° 2012400201



ANEXO 4:
FOTOGRAFÍAS DE LOS ALUMNOS RESOLVIENDO LA ENCUESTA.





