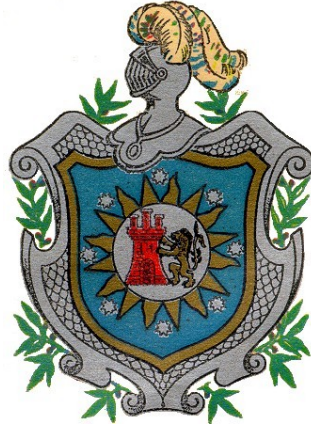


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNAN-LEÓN



**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE CIRUJANO
DENTISTA**

“Frecuencia de Complicaciones y algunos factores asociados a las mismas en el Trans y Postoperatorio de Cirugías de Terceros Molares realizadas en la Clínica de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, en los meses de Septiembre-Octubre del 2003.”

Autoras:

*Doris Carla Bravo Valle
Kenia Eunice Castro Rosales
Alejandra Larios Zambrana*

*Tutor: Dra. Yadira Granados
Asesor: Dra. Tania Almendárez*

León, Nicaragua.

INDICE

	Págs.
Resumen	02
Dedicatoria	03
Agradecimiento	06
Introducción	07
Problema	08
Objetivos	09
Marco Teórico	10
Diseño Metodológico	26
Resultados	30
Discusión de Resultados	40
Conclusiones	42
Recomendaciones	43
Bibliografía	44
Anexos	45

RESUMEN

El presente estudio determinó la frecuencia de complicaciones en el trans y postoperatorio de cirugía de terceros molares, realizada en la clínica de cirugía oral de la Facultad de Odontología. Dicho estudio se realizó en el período comprendido en los meses de septiembre y octubre del año 2003; asociando ciertas variables como habilidad y destreza del estudiante, así como el planeamiento preoperatorio, para valorar si influía en la presencia o ausencia de complicaciones.

El estudio está orientado para que los estudiantes de la Facultad de Odontología puedan conocer las complicaciones que se producen durante y después del acto quirúrgico.

Al llevar a cabo el estudio, se tomó como universo una población de 50 pacientes y sus expedientes, encontrándose más complicaciones en el transoperatorio que en el postoperatorio.

Relacionado con lo anterior, podemos decir que el grado de habilidades y destrezas que presentaron los estudiantes incidió significativamente en la presencia de las complicaciones, es decir, que a mayor grado de habilidades y destrezas presentadas por los estudiantes menor número de complicaciones y viceversa; no siendo así con la calidad del planeamiento preoperatorio, dado que en su mayoría fue adecuado y a pesar de esto se presentaron complicaciones.

DEDICATORIA

Este trabajo es un símbolo de victoria para mí, y quiero dedicarlo a las personas que amo.

A Dios primeramente, que es la roca en la que me sostengo, el que comenzó la buena obra en mí y ha sido fiel en completarla, gracias Señor.

A la persona que más ha luchado por que esto no fuera un simple sueño sino una realidad, quien construyo con mucho sacrificio cada trecho del camino hasta llevarme a la meta, mi mamá Lucila valle, muchas gracias.

A los grandes compañeros de mi vida, quienes han compartido conmigo los peores y los mejores momentos, mis hermanos: José Elías, Lucy Haydee y Carlos Francisco.

Al regalo más hermoso que he tenido hasta hoy, y que se da espontáneamente, mi linda sobrina Heydi Judith.

Muchas gracias por su amor.

Doris Carla Bravo Valle.

DEDICATORIA

Dedico el presente estudio:

A mis padres, que con su esfuerzo, amor y dedicación, hacen posible mi plena realización como ser humano digna de mencionar, construyendo en el mañana una sociedad donde reine la Paz, Justicia y Amor.

Doy gracias a Dios por permitirnos realizar este trabajo, que será de gran utilidad para las futuras generaciones.

Kenia Castro Rosales.

DEDICATORIA

Esta monografía está dedicada:

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y hacer realidad este día tan especial.

A mi Papá, por apoyarme, encaminar mi vida, Y aunque no está entre nosotros, lo está en mí corazón, esto es para tí.

A mi Mamá, pilar fundamental en mi vida, en mi formación como persona y como profesional. Por darme todo su apoyo, dedicación y por todo el amor que me ofrece día a día.

A mis hermanos, por ayudarme y estar conmigo siempre.

A mis amigas(os) y personas especiales, por apoyarme y compartir momentos únicos.

A todos los que han encontrado en esta carrera, mucha satisfacción personal y profesional.

Alejandra Larios Zambrana.

AGRADECIMIENTO

Queremos expresar nuestro sincero agradecimiento, primeramente a Dios por darnos la vida y habernos permitido culminar nuestros estudios.

Les agradecemos su valiosa colaboración a:

Nuestros padres, por su amor, apoyo económico y dedicación.

Al Jefe del Departamento de Cirugía Oral, por darnos la autorización para entrar a los quirófanos.

A la Asistente Dental Marcia, por su amabilidad y colaboración.

A los Pacientes y los estudiantes, por permitirnos recolectar la información.

A la Dra. Miriam Herrera, al Dr. Luis Espinoza,, por brindarnos su tiempo y ayuda científica.

Al Tutor y al Asesor, por su dedicación y apoyo, a lo largo de la realización de esta monografía.

INTRODUCCIÓN

En los Quirófanos de la Clínica de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, se realizaron diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos, como parte de los requisitos que deben cumplir los estudiantes dentro del plan de estudio, siendo las cirugías de terceros molares las más frecuentes.

El estudiante se desempeña en un área que cuenta con instrumentos y materiales básicos para cada tipo de intervención quirúrgica, además de la presencia de un tutor en cada cirugía y de una asistente dental.

Para la realización de dichas cirugías, se requiere de un llenado de historia clínica de forma adecuada, de la exposición y defensa del caso, reforzado con conocimiento teórico, de exámenes complementarios, y de habilidades y destrezas por parte del operador.

Las complicaciones pueden presentarse a pesar de haberse realizado un correcto examen preoperatorio, un estudio radiológico adecuado y una técnica correcta; además por las características anatómicas, condiciones fisiológicas y patológicas, por lo cual debe conocerse el manejo de estas situaciones con el fin de no causar iatrogenia.

Actualmente existen pocos estudios acerca del tema y los existentes evalúan Complicaciones y Accidentes de cirugía oral y Frecuencia de Complicaciones Postoperatorias en cirugía de terceros molares, ambos estudios refieren que la Alveolitis fue la complicación más frecuente.

En este estudio se identificó la Frecuencia de Complicaciones en el Trans y Postoperatorio de cirugía de terceros molares, para conocer la magnitud del problema y qué factores se asocian a la presencia de éstas, debido a que los estudios referidos anteriormente hacen referencia del problema pero no lo abarcan de una manera directa con el paciente y no involucran ambos tiempos operatorios; por esta razón el presente estudio es un poco más completo y basado en el desempeño del estudiante en la práctica del tratamiento quirúrgico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las complicaciones de terceros molares son frecuentes según la literatura, aunque algunas veces pueden pasar desapercibidas, por tal razón nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la Frecuencia de Complicaciones y algunos factores asociados a las mismas en el trans y postoperatorio en cirugías de terceros molares realizadas en pacientes atendidos en las Clínicas de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN- León, en Septiembre - Octubre del 2003?

OBJETIVO GENERAL

Identificar las complicaciones más frecuentes y algunos factores asociados a las mismas en el trans y postoperatorio en cirugías de terceros molares.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la frecuencia de complicaciones en cirugías de terceros molares en el trans y postoperatorio.
2. Determinar que tipo de complicaciones fueron las más frecuentes en el trans y postoperatorio.
3. Valorar el grado de destreza y habilidad que tiene el alumno en la realización de cirugías de terceros molares.
4. Identificar si el planeamiento preoperatorio es adecuado o inadecuado para el tratamiento quirúrgico.

MARCO TEORICO

La evolución normal del tercer molar es alterada a menudo por las condiciones anatómicas, ya que las arcadas han venido disminuyendo en sus dimensiones, quedando muy poco espacio para que puedan erupcionar y quedan frecuentemente impactadas en una zona de encrucijada por los espacios celulares; generalmente suelen estar en una posición anormal, las molares superiores casi siempre están vestibularizadas y los inferiores presentan obstáculos que los impacta empeorando su condición.

Los problemas aparecen preferentemente entre los 18 y 28 años de edad, por que en este momento ya están casi completas y erupcionan siendo indicada su extracción.

Parece existir un ligero predominio en el sexo femenino, ya que los estados fisiológicos femeninos exacerban o despiertan problemas originados por el tercer molar (locales, infecciosos, mecánicas, nerviosos, etc).

Es importante precisar el estudio del paciente con una correcta anamnesis, investigando todos los antecedentes que puedan ser de interés, sin descuidar todos los signos y síntomas del proceso o enfermedad actual, estableciendo un buen diagnóstico, tomando en cuenta la anatomía y análisis radiográfico. Se requiere una técnica cuidadosa, ya que la extracción quirúrgica de los terceros molares constituye un problema mecánico, en la que se necesita la aplicación de leyes físicas e instrumentos adecuados, basados en principios quirúrgicos, tomando en cuenta los conocimientos, exactitud, habilidad y experiencia del operador. Bajo ningún concepto se debe ejecutar una intervención quirúrgica que no se conozca a la perfección, ya que pudieran provocar situaciones imprevistas o desagradables que pudieran ocurrir durante o después de la intervención. ²

En 1968, un estudiante de odontología de la UNAN-León realizó un estudio sobre Complicaciones y Accidentes en Cirugía Oral, basados en 6 casos clínicos tratados en la sala de exodoncia de las Clínicas de Odontología; de estos 6 casos, tres de ellos presentaron como complicación más frecuente la Alveolitis, uno presentó alergia al anestésico, otro tuvo hemorragia, y el último presentó dolor inmediato a la extracción. ³

En un estudio sobre Frecuencia de Complicaciones Postoperatorias de cirugía de terceros molares, se encontró que las complicaciones postoperatorias fueron mínimas y que el sexo femenino fue de gran importancia, ya que se demostró que las pertenecientes a este género tienden a preocuparse por conservar su salud oral, sin menospreciar que el tamaño de los maxilares es más reducido, lo que impide una adecuada posición y una erupción del tercer molar que conserve el equilibrio entre las relaciones maxilares.¹

Es necesario conocer los conceptos de algunos términos utilizados por el cirujano en el ambiente quirúrgico para establecer su diferencia:

DIENTE IMPACTADO

Se detuvo el proceso de erupción porque el diente se encontró con una barrera física que impide la erupción, o el germen está en una posición inadecuada, es visible clínica y radiográficamente.²

DIENTE RETENIDO

Detención del proceso de erupción, se clasifica en primaria y secundaria:

Retención primaria: se detiene la erupción del diente que no ha aparecido en boca y clínica y radiográficamente no hay evidencia de barrera física o de la mala posición del germen.

Retención secundaria: detención en el proceso de erupción del diente que tiene erupción parcial en boca y no hay evidencia clínica y radiográfica de barrera física.²

DIENTE INCLUIDO

El diente está dentro del hueso cuando llega la época de erupcionar, puede estar parcial o ausente. Esta inclusión puede ser:

Ectópica: cuando el diente tiene posición anormal, pero se encuentra cerca del área correspondiente.²

Heteroectópica: la posición es anormal pero alejada del sitio normal donde está el germen.

CLASIFICACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES

1. Relación del molar con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar:

- Clase I. Existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la cara distal del segundo molar para albergar todo el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- Clase II. El espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte distal del segundo molar es menor que el diámetro mesiodistal de la corona del tercer molar.
- Clase III. Todo o casi todo el tercer molar está dentro de la rama de la mandíbula.²

2. Profundidad relativa del tercer molar en el hueso:

- ❖ Posición A. El punto más alto del tercer molar está a nivel o por arriba de la superficie oclusal del segundo molar.
- ❖ Posición B. El punto más alto del diente se encuentra por debajo de la línea oclusal, pero por arriba de la línea cervical del segundo molar.
- ❖ Posición C. El punto más alto del diente está al nivel o debajo de la línea cervical del segundo molar.²

3. Clasificación de Winter:

Valorando la posición del tercer molar en relación con el eje longitudinal del segundo molar.²

- Mesioangular
- Distoangular
- Vertical
- Horizontal
- Vestibuloversión
- Linguoversión
- Invertido

Un factor importante es la elaboración de un planeamiento preoperatorio adecuado, que consiste en una descripción rápida de toda la operación:

1- **Asepsia:** La extraoral se realiza con una gasa húmeda impregnada de suero fisiológico o solución salina y se lleva a cabo desde el borde inferior de la órbita hasta el borde inferior de la mandíbula en sentido vertical, y en sentido horizontal desde la línea media hasta el trago de la oreja. Luego se continúa con la asepsia intraoral, que se realiza con un enjuagatorio de clorexidina al 2%.

2- **Anestesia:** Se selecciona el tipo de anestésico, la cantidad y la técnica a realizar (dependiendo que si es en mandíbula o en el maxilar).

En la mandíbula se realiza un bloqueo troncular de los nervios bucal, dentario inferior y lingual. En el maxilar se anestesian los nervios alveolar posterosuperior y palatino anterior.

3- **Incisión:** Para realizar la incisión utilizaremos un mango de bisturí nº 3 y una hoja nº 15. La incisión que se prefiere es la angular (en bayoneta), esta se realiza en dos tiempos, una primera incisión que va de la cara distal del tercer molar (cuando está erupcionado) y a 1 ó 1.5 cm de espacio (cuando no está erupcionado) hasta la cara distal del segundo molar, siguiendo a través del surco gingival vestibular y la segunda incisión es una descarga vertical en mesial de este diente, teniendo como objetivo evitar tenciones cuando se separa el colgajo mucoperióstico y desgarro de los tejidos blandos. Toda la

incisión debe ser realizada de un sólo trazo, profundizando hasta la cortical ósea e incidiendo en el periostio. ²

4- Desprendimiento del colgajo: Se utiliza un periostótomo de Freer o de Obwegeser. Se despegará el colgajo vestibular, colocando la superficie cóncava de éste hacia el hueso y realizando movimientos rotatorios suaves de adelante hacia atrás y arriba, hasta dejar desprendido el colgajo lo suficiente para trabajar adecuadamente sin problema de acceso al sitio de intervención.

El levantamiento del colgajo debe efectuarse sin desgarrar ni perforar la mucosa, especialmente en las zonas de mayor dificultad como mucosa adherida y mucosa bucal fibrosa.

5- Osteotomía y ostectomía: Es la delimitación y eliminación de hueso respectivamente, por lo general se realiza con instrumentos rotatorios (turbina y fresas redondas 6 u 8), cuando el hueso cubre total o parcialmente la corona del tercer molar, con el objetivo de dejar expuesta y tener acceso a la corona. Se debe irrigar con suero fisiológico o agua destilada estéril (con el fin de evitar el recalentamiento del hueso), realizando aspiración constante.

7- Operación propiamente dicha: Consiste en la aplicación, luxación y elevación del tercer molar con elevador o botador, aplicando de forma inteligente los principios mecánicos de palanca de primer y segundo género, la cuña y la rueda. En algunos casos se realiza odontosección (dividir el tercer molar) cuando al intentar la luxación del tercer molar no hay espacio hacia donde desplazar el cordal.

8- Limpieza del área intervenida: Se hará una limpieza cuidadosa, tanto de las partes blandas como del alvéolo y del hueso más próximo a la zona. El hueso se debe regularizar, no hay que dejar espículas óseas ni fragmentos de hueso sueltos utilizando: pinza gubia, una lima de hueso o una fresa redonda de mayor diámetro.

En las partes blandas se debe recortar los bordes de la herida dejándolos cruentos y que se puedan afrontar convenientemente, se eliminará los restos de saco folicular pericoronario y de tejido inflamatorio utilizando las cucharillas quirúrgicas acodadas o rectas. Se irrigará la herida con suero fisiológico o

agua destilada estéril con aspiración constante. ²

9- Reposición del colgajo y sutura: Afrontamos los bordes de la herida comprobando su correcta reposición. Se sutura colocando puntos simples con hilo de seda o catgut 2/0 ó 3/0. El primer punto se coloca donde iniciamos la incisión de descarga, posteriormente realizamos la sutura del triángulo retromolar y por último la de la herida vestibular sin ajustarse en exceso. En el caso superior, para colocar los puntos de sutura por detrás de la cara distal del segundo molar y encima de la zona de la cresta alveolar de la tuberosidad se recomienda pasar primero por la zona de mucosa palatina, para posteriormente coger el labio vestibular de incisión. ²

COMPLICACIONES

Una complicación puede definirse como un evento desagradable que ocurre durante o después de una intervención. Si este suceso no es advertido, provocará serias consecuencias o secuelas al paciente.

Las complicaciones se dividen en transoperatorias y postoperatorias : inmediatas o tardías.

-Complicaciones Transoperatorias

- Hemorragia
- Fractura dentaria
- Desplazamientos
- Laceraciones de tejido
- Lesiones nerviosas

-Complicaciones Postoperatorias

- Inmediatas :
 1. Hemorragia
 2. Hematoma
 3. Trismo
- Tardías : Alveolitis ²

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

I. Hemorragia

En ocasiones ocurre sangrado excesivo durante los procesos exodónticos. Por lo general esto se debe al desgarramiento o corte accidental de una arteria o vena grande, pero la mayoría de las veces sucede en regiones inflamadas donde los tejidos son demasiado hiperémicos. La lesión accidental de la arteria alveolar inferior es la causa más común de hemorragia masiva. ⁴

El carácter de la hemorragia va a depender del tipo de vaso seccionado: arterias, venas o capilares.

- La hemorragia arterial se distinguirá por su característica pulsante, el vigor del flujo y la coloración rojo brillante de la sangre.

- La hemorragia venosa puede no tener la cualidad de ser pulsátil, el flujo será menos rápido, y habrá una coloración rojo más oscura.

-La hemorragia capilar será en napa no pulsátil y de un rojo intermedio, color que está entre rojo brillante de la sangre arterial y el rojo más oscuro de la sangre venosa. ⁵

El uso intempestivo del aspirador y el frotado excesivo de la herida pueden ocasionar un sangrado persistente, porque se eliminan continuamente los coágulos de sangre. ⁴

II. Fracturas

Durante la extracción del tercer molar puede producirse fractura de una de sus raíces o de cualquiera de sus partes. ²

La fractura de un ápice dentario es una posibilidad relativamente frecuente a pesar de ser precavidos, hacer amplias osteotomías y prodigar las odontosecciones, ya que algunos de estos ápices tienen forma de gancho. Sin embargo cualquier obstrucción mecánica de las raíces o la hipercementosis

dificulta la extracción, así como también al aplicar fuerza excesiva con el botador en el momento de su luxación, cuando no se ha liberado lo suficiente de su revestimiento óseo.

Cuando queda un trocito en la profundidad del alvéolo muchas veces es difícil decidir si el peligro de afectar el seno maxilar o de lesionar el nervio alveolar inferior al realizar su extracción es mayor que el riesgo de dejarlo.

En ocasiones se pueden dejar pequeños ápices de 3 a 5 mm sin que ocurra complicaciones en los casos donde los dientes sean vitales, pero en general es mejor eliminar todas las raíces, en particular si hay infección. ⁴

III. Desplazamientos

Los desplazamientos de algún fragmento o de todo el tercer molar se producen a menudo al intentar extraerlos con los elevadores. ²

El cordal superior puede ser desplazado hacia el interior del seno maxilar, hacia la fosa infratemporal, hacia el espacio pterigomaxilar o bien hacia vestibular a la región geniana. ⁴

En la mandíbula, los desplazamientos más frecuentes son hacia el conducto dentario inferior, el suelo de la boca y el espacio submandibular, dependiendo de la posición del cordal y del tamaño de las paredes óseas, a menudo muy finas, que lo rodean. En otras ocasiones el tercer molar puede ser desplazado a zonas muy distantes. Con frecuencia las raíces del tercer molar están adyacentes a la cortical del conducto dentario inferior, lo que obliga a realizar maniobras “a ciegas” para conseguir la luxación de las raíces en la dirección adecuada para no introducirlas en el interior del conducto.

Cuando ya se ha realizado la exodoncia existe riesgo de que el diente se escape de la cavidad bucal a la faringe, donde puede ser deglutido por el paciente o lo que es más grave, que se desplace hacia el árbol bronquial. En los pacientes intervenidos bajo anestesia local, en principio sus reflejos (exceso de tos) evitarán el paso de un cuerpo extraño a las vías respiratorias.

IV. laceraciones de encía y mucosa

Las laceraciones gingivales y mucosas ocurren con mayor frecuencia en las extracciones difíciles y complicadas. Por lo general están provocadas por un diseño inadecuado del colgajo cuando éste es insuficiente, el separador aplica excesiva tensión en los extremos de la incisión. También puede producirse accidentalmente con fresa por separación incorrecta o insuficiente del colgajo, a una técnica incorrecta o a un método inapropiado. ²

Las laceraciones gingivales, si se asocian con destrucción y pérdida de hueso subyacente, pueden ocasionar una irregularidad en la cresta alveolar, lo cual dificulta luego la construcción de un puente fijo. ⁴

Las abrasiones y quemaduras se producen sobre el labio anestesiado, al aplicar la pieza de mano recalentada sobre el mismo durante la osteotomía o la odontosección. ²

La sujeción o blindaje incorrecto de los instrumentos también es capaz de provocar laceraciones o perforaciones accidentales de los tejidos de la boca durante el tratamiento, pero la mayoría de las lesiones curan sin complicaciones porque estos tejidos son muy resistentes. ⁴

V. Lesiones nerviosas

Durante la extracción del tercer molar inferior, se pueden lesionar, en diferente grado, tanto el nervio lingual como el nervio dentario inferior. Estas lesiones pueden causar alteraciones transitorias o permanentes del nervio afectado. La incidencia de lesiones transitorias tras extracción quirúrgica ronda el 2% tanto para el nervio dentario inferior como el lingual. En el caso del nervio dentario inferior, las lesiones permanentes se sitúan alrededor del 0.5%, y por debajo para el nervio lingual.

El nervio dentario inferior está muy relacionado con los ápices del tercer molar y durante la extracción de las raíces es relativamente fácil la presión sobre el conducto por donde discurre el nervio. La sección del nervio es mucho más rara, pero posible. Como consecuencia se produce parestesia o

anestesia del labio y/o del mentón y de todo el dermatoma correspondiente.

Estadísticamente la lesión del nervio dentario inferior se produce más frecuentemente en inclusiones verticales, intraóseas, con pérdida radiológica de la lámina dura del conducto o banda radiotransparente atravesando las raíces del tercer molar, y cuando en la intervención quirúrgica se observa una importante hemorragia intraalveolar. Este tipo de lesión se traduce en una anestesia, parestesia o disestesia cutánea y mucosa de la zona que inerva el nervio dentario inferior (piel del mentón y del hemilabio inferior, mucosa gingival y los dientes del lado afectado), lo que produce molestias importantes, que por suerte desaparecen la mayoría de las veces progresivamente en unos meses. Por otra parte, con la edad aumenta el riesgo de lesionar el nervio dentario inferior, por la mayor dificultad de la técnica quirúrgica y la relación más estrecha entre estas estructuras.

En cuanto al nervio lingual, está en íntima relación con la cortical interna mandibular y puede lesionarse durante la incisión, la ostectomía o la odontosección del tercer molar inferior. Por ello es necesaria la protección de la fibromucosa lingual, como se ha indicado anteriormente. La incidencia de alteraciones sensoriales del nervio lingual es mayor cuando se emplea la vía lingual para la extracción, en inclusiones profundas, en posición vertical y en las que se realizan ostectomías distales y de la cortical interna. Este tipo de lesión se traduce en una anestesia, parestesia o disestesia de la zona que inerva el nervio lingual, produciendo unas molestias considerables y expone la lengua a las mordeduras en el curso de los movimientos masticatorios. Aunque el sentido del gusto es suplido por el lado contralateral, se puede apreciar una cierta hipogeusia. ²

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

I- INMEDIATAS:

1. Hemorragia

Durante las primeras 12-24 horas es normal un ligero sangrado que rezuma del alvéolo, controlable mediante presión con una gasa. Cuando la pérdida de sangre es importante, más de 450 ml. en 24 horas, es necesario un control de los signos vitales del paciente: respiración, pulso, presión arterial. Así mismo, deberá efectuarse la exploración quirúrgica de la zona operatoria para la solución del origen de la hemorragia.

El 99% de las hemorragias postextracción se debe exclusivamente a causas locales:

- ❖ Lesiones traumáticas u óseas.
- ❖ Persistencia de un resto radicular (ápice) o de un granuloma apical.
- ❖ Aparición de fenómenos infecciosos.
- ❖ Anomalías en la formación estructural del coágulo.
- ❖ Vasodilatación secundaria producida por la adrenalina como fenómeno de rebote contenida en la solución anestésica.

El 1% restante de hemorragias se produce en presencia de patología de base preexistente que hace que los fenómenos hemorrágicos sean más difíciles de coaptar. Esto hace necesaria la utilización de técnicas específicas más sofisticadas y posiblemente de una asistencia de tipo hospitalario con la participación de distintos especialistas. ²

2. Hematoma

Es habitual que, en las extracciones complejas o en las que se han empleado técnicas quirúrgicas, se produzcan hematomas. El hematoma es una colección sanguínea que se puede difundir por los tejidos vecinos, desde el lugar de la extracción, normalmente a través de las fascias musculares.

Los hematomas suelen ser más frecuentes en las personas de edad avanzada porque existe fragilidad capilar y por que sus tejidos son más laxos.²

El hematoma se caracteriza por un aumento de volumen del sitio operado y un cambio de color de la piel vecina; este cambio de color sigue las variaciones de la transformación sanguínea y de la descomposición de la hemoglobina; así toma un color rojo vinoso, que se hace más tarde violeta, amarillo violeta y amarillo.⁶ Cuando el hematoma es incipiente y muy importante, es candidato a evacuación con aspiración. De todas formas lo más frecuente es que se resuelva espontánea y progresivamente en un período de 8 a 15 días. La gravedad del problema viene relacionado con su posible sobreinfección lo que justifica la antibióticoterapia.²

La colección sanguínea puede infectarse (es frecuente que así lo haga), produciendo dolor local, rubor, fiebre intensa, reacción ganglionar. Todo este cortejo dura aproximadamente una semana.²

3. Trismo

Es la incapacidad para abrir la boca hasta los límites normales, es muy frecuente que la mayoría de los pacientes lo presente en el postoperatorio.

La causa más común es un espasmo muscular debido a la inflamación relacionada con el traumatismo quirúrgico. El dolor postoperatorio también puede acentuar el espasmo y la limitación del movimiento mandibular por vía refleja.

Otras causas de trismo son:

- La presencia de infección en los espacios vecinos (maseterino, temporal, pterigomandibular, etc.).
- Por la punción del músculo pterigoideo interno o por aplicar otras técnicas de anestesia local de forma incorrecta.
- La lesión de la articulación temporomandibular durante la intervención quirúrgica.⁴

II. TARDÍAS:

Alveolitis

La alveolitis, es decir, la infección pútrida del alvéolo dentario después de una extracción, es una complicación frecuente, la más molesta y más engorrosa de la exodoncia. Para su producción intervienen diversos factores; la conjunción de alguno de ellos desatan esta afección, que en muchas oportunidades adquiere caracteres alarmantes, por la intensidad de uno de sus síntomas: el dolor.

Cabanne considera que este proceso se presenta de maneras diversas:

- a) Formando parte del cortejo de inflamaciones óseas más extendidas, osteítis, periostitis óseas, flemones perimaxilares, etc.
- b) Inflamación a predominio alveolar, con un alvéolo fungoso, sangrante y doloroso, alveolitis plástica.
- c) Alveolitis seca (Dry-Socket, Osteítis alveolar, Alveolitis fibrinolítica) alvéolo abierto, sin coágulo, paredes óseas expuestas, dolorosas, tejido gingival poco infiltrado, muy doloroso también, sobre todo en los bordes.

En el primer tipo, la lesión alveolar forma parte de una gran lesión inflamatoria, sería a veces porque su extensión llega a desbordar los límites de la odontología. Sin embargo, es necesario hacer notar que existe dentro del conjunto de estas lesiones, la posibilidad de los dos casos siguientes de alveolitis (b y c).

En el segundo (b), se trata en general de reacciones ante cuerpos extraños, sobre todo esquirlas óseas y a veces esquirlas dentarias de dientes fracturados. El alvéolo presenta un coágulo de aspecto amarillento, grisáceo que está sangrante con abundante exudado purulento, hay fetidez y dolor moderado. Cuando sólo afecta la zona superficial se denomina Alveolitis Marginal Superficial.

La clase c es la causa más común de dolor en el postoperatorio tardío.

Dada la extraordinaria intensidad y la irradiación del dolor, esta complicación es sin duda una de las secuelas postoperatorias más perturbadoras de las extracciones dentarias. Ocurre aunque se trabaje con la técnica más perfecta y una asepsia excelente y cualquiera que sea la capacidad y el buen juicio del cirujano. ⁶

La osteítis alveolar es un estado en el cual se pierde el coágulo sanguíneo de la cavidad. Al principio el coágulo adquiere un color gris sucio y después se desintegra, hasta que queda una cavidad ósea amarilla grisácea sin tejido de granulación. Al verla la primera vez, puede ser que la cavidad no esté vacía del todo sino que contenga un coágulo sanguíneo necrosado en parte. El diagnóstico se confirma introduciendo con suavidad una pequeña sonda en la herida de la extracción; en la osteítis alveolar hay hueso desnudo, el cual posee una sensibilidad extraordinaria. ⁴

Aunque no suele haber supuración, existe fetidez y además, un intenso dolor irradiado. Este dolor suele describirse como profundo y pulsátil, esto se debe a la irritación química y térmica de las terminaciones nerviosas expuestas en el ligamento periodontal y en el hueso alveolar. Los síntomas suelen comenzar al tercero o quinto día de la extracción del diente y si no se los trata, duran unos 7 a 14 días. Muchas veces a este estado se le denomina alvéolo seco (Crawford, 1896), aunque no hay tal cosa sino que se trata de una cavidad vacía que se ha infectado secundariamente. ⁴

Según algunos autores, la osteítis alveolar se atribuye a una infección preexistente (Tjernberg, 1979), traumatismo del hueso durante la extracción, sangrado disminuido por el efecto hemostático de la adrenalina o de otros vasoconstrictores inyectados con el anestésico local (Lehner, 1958), infección introducida en la cavidad después de haber extraído el diente, presencia de hueso denso, debilidad general y pérdida del coágulo por enjuagar la boca o succionar la herida. Sin embargo, ninguna de estas explicaciones es del todo valedera. La mejor explicación sería el traumatismo de la extracción y/o la infección ulterior de la cavidad. ⁴

POSTOPERATORIO

Los cuidados postoperatorios correctos tras la extracción de terceros molares retenidos son esenciales para obtener un resultado final satisfactorio. Por mejor que se hagan los preparativos y por excelente que sea la intervención quirúrgica, pueden presentarse situaciones adversas evitables y los problemas inevitables se pueden magnificar si no se imparten al paciente instrucciones adecuadas para el postoperatorio o si tales instrucciones no se cumplen. ⁴

En las primeras 24 horas:

1. Mantener la gasa (colocada por el cirujano), comprimida durante 20 minutos.
2. Cambiar la gasa cuando ya esté húmeda.
3. No succionar la herida, ni escupir con frecuencia.
4. Los pacientes debe limitar su actividad física por lo menos el resto del día. Si desea acostarse, debe mantener la cabeza elevada sobre varias almohadas.
5. Tomar el analgésico 1 ó 2 horas después de la intervención quirúrgica, e iniciar la antibioticoterapia.
6. Tómese líquido sin sedimento frío o tibio en mayor cantidad de lo usual, para evitar la deshidratación por el ingreso limitado de alimentos (sin pajilla).
7. No se debe descuidar el cuidado correcto de la boca, los dientes deben cepillarse de la manera usual, pero con cuidado en el área intervenida.
8. No deben hacerse enjuagatorios bucales.
9. Realizar termoterapia, aplicándose compresas frías en la región facial adyacente al sitio operado, de manera intermitente.

Después de las 24 horas:

1. La dieta puede variar de líquida a sólida blanda. La dieta normal debe reanudarse lo antes posible para facilitar la curación de la herida.
2. Continuar con la higiene oral.
3. Realizar enjuagatorio salino (1/2 cucharadita de sal en un vaso de agua tibia), unas dos o tres veces al día.

4. No se debe tomar bebidas alcohólicas ni fumar en por lo menos 5 días.
5. Si existiese todavía un área tumefacta, debe aplicarse compresas calientes de forma intermitente, 15 ó 30 minutos cada hora.

Como mencionamos antes, el buen éxito final de una operación depende del proceder correcto en el postoperatorio, así como de las medidas adecuadas que se tomen en el preoperatorio y durante la operación. Por lo tanto, el cirujano tiene la responsabilidad de impartir al paciente instrucciones verbales y escritas para los cuidados domiciliarios. Además, se les debe insistir en que tienen la responsabilidad de seguir las instrucciones para reducir a un mínimo o evitar las complicaciones postoperatorias. ⁴

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: El presente estudio fue tipo observacional descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: Fue la clínica de cirugía oral de la Facultad de Odontología de la UNAN-león donde acudieron los pacientes para el tratamiento quirúrgico de terceros molares, que realizaron los estudiantes en los meses de septiembre-octubre 2003.

Población estudiada: La constituyeron todos los pacientes que fueron atendidos en la Clínica de Cirugía Oral en los meses de septiembre y octubre del 2003, siendo un total de 50 pacientes y sus expedientes, en el cual se recolectó información sobre la calidad del planeamiento preoperatorio.

Criterios de inclusión

1. Toda cirugía de tercer molar realizada por estudiantes durante los meses de septiembre y octubre, del 2003.
2. Los expedientes clínicos de los pacientes a los que se le realizó cirugía de tercer molar, en el período establecido.
3. Pacientes que se les hizo control postoperatorio a los 8 días (para el retiro de puntos de sutura).

VARIABLES ESTUDIADAS

1. Complicaciones transoperatorias.
2. Complicaciones postoperatorias.
3. Planeamiento preoperatorio.
4. Habilidades y destrezas.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALORES
Complicaciones Transoperatorias	Alteraciones de un órgano o sistema del cuerpo humano que sobreviene en el curso del procedimiento quirúrgico.	Hemorragia : cuando el paciente presenta sangrado que no se detiene ni con la compresión con gasa, durante el acto quirúrgico. Fractura dentaria: cuando existe pérdida de la solución de continuidad de la pieza dentaria. Laceración de tejido: cuando existen desgarros de tejido blando y fuera de la línea de incisión, así como heridas, abrasiones y quemaduras.	- Presencia - Ausencia
Complicaciones Postoperatorias	Alteraciones de un órgano o sistema del cuerpo humano que sobreviene después del procedimiento quirúrgico	Hemorragia: cuando el paciente presenta sangrado persistente que no cede de 30 a 60 minutos de comprimir mordiendo un rollo de gasa. Hematoma: el paciente presenta un aumento de volumen en el sitio operado, cambio de color de la piel vecina, que va de rojo vinoso a violeta, amarillo violeta y amarillo. Trismo: el paciente presenta dificultad y dolor para abrir la boca. Alveolitis: <i>Seca</i> , el coágulo está desintegrado o perdido, con olor fétido, y dolor intenso pero no supuración. <i>Húmeda o fungosa</i> , alvéolo con un coágulo sanguíneo necrosado, sangrante y doloroso.	- Presencia - Ausencia
Factores asociados: 1. Planeamiento Preoperatorio 2. Habilidades y destrezas	Es la descripción de todos los procedimientos encaminados a la extracción quirúrgica de terceros molares. Es la capacidad que se tiene para hacer una cosa.	Para la realización del acto quirúrgico se necesita una serie de procedimientos previamente establecidos que deben cumplirse paso a paso. Los observadores determinaron el grado de habilidad de acuerdo a lo siguiente: 1. Selección apropiada del instrumento. 2. Manipulación adecuada del instrumento. 3. Manejo delicado del tejido.	-Adecuado -Inadecuado -Bueno -Regular -Malo

Instrumento y Método de Recolección de Información:

Se solicitó al Jefe del Departamento de Cirugía Oral la autorización para entrar a los quirófanos, explicándole los objetivos de nuestro estudio. Se elaboró una ficha de recolección de información para anotar todos los datos, posteriormente se revisó el cuaderno de registro de programación de cirugía de terceros molares para seleccionar las cirugías.

Previo a recolectar la información, se realizó una Estandarización, que consistió en entrar a 5 cirugías de terceros molares en presencia de las observadoras como del tutor del estudio, para unificar criterios, ya que eran tres observadoras para recolectar toda la información; se llenaron fichas como prueba, para que a la hora de recolectar los datos en el período establecido fuese más fácil y se obtuviesen resultados más objetivos.

Se procedió a entrar a 50 cirugías de terceros molares tanto en horario matutino como vespertino, en septiembre - octubre del 2003.

La información fue recolectada por las observadoras, siendo una misma la que anotaba y observaba. Se solicitó a los estudiantes que iban a realizar las cirugías el expediente del paciente, para identificar si el planeamiento preoperatorio fue adecuado o inadecuado, tomándose adecuado aquellos que tenían anotado en el expediente todos los pasos de un procedimiento quirúrgico de tercer molar; e inadecuado, aquellos que no lo tenían anotado en el expediente o lo tenían de forma incompleta. Luego se valoró el grado de habilidad y destreza del estudiante, tomándose como buena si cumplía con los tres aspectos, regular si cumplía con dos de ellos, y mala si cumplía uno o ninguno. Se excluyeron 3 cirugías del estudio, porque no fueron realizadas directamente por el estudiante, sino por el docente, ya que, uno de los objetivos era valorar al alumno.

Durante el acto quirúrgico se observó si hubo o no complicación y cuál fue, anotándose posteriormente en la ficha de recolección de datos.

Las complicaciones postoperatorias se determinaron a los 8 días, cuando el paciente se presentó en la clínica de cirugía para el retiro de puntos, haciéndoles preguntas relacionadas a algunos signos o evidencias de las mismas.

Para la obtención de los datos, tuvimos algunos inconvenientes como:

1. Atraso en la obtención de información debido a falta de energía eléctrica o a que los pacientes no asistían, posponiéndose la fecha de la realización de la cirugía.
2. Dejamos de realizar otras actividades, por recolectar los datos.

Procesamiento de Datos:

La información fue procesada mediante la elaboración de tablas. Cada una de las tablas es relacionada a cada objetivo planteado en este estudio, se sacaron los porcentajes de todos y se plasmaron en las mismas.

El trabajo monográfico fue elaborado en Microsoft Word, incluyendo las tablas referentes a los resultados obtenidos durante la investigación. También se anexaron gráficos que reflejan las tablas anteriormente elaboradas por medio de un comando denominado “gráficos” para una mayor comprensión.

RESULTADOS

Tabla 1.

Frecuencia de Complicaciones de cirugías de terceros molares en pacientes atendidos en la Clínica de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN –León, (Septiembre-Octubre del 2003).

Complicaciones de Terceros Molares	Fr	%
Complicaciones transoperatorias	26	55
Complicaciones postoperatorias	6	13
Ambas complicaciones	6	13
Ninguna complicación	21	45

La tabla anterior refleja que las complicaciones de terceros molares en base a 47 casos estudiados, fue en mayor porcentaje en el transoperatorio que en el postoperatorio, para un 55% y 13% respectivamente.

Nota: Estos datos no pueden ser sumados o totalizados, debido a que 6 casos que presentaron ambas complicaciones, se repiten en las celdas de Complicaciones Transoperatorias (26) y Complicaciones Postoperatorias (6).

Tabla 2.

Frecuencia de Complicaciones de cirugías de terceros molares en el Transoperatorio, en pacientes atendidos en la Clínica de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN – León, (Septiembre - Octubre del 2003).

Complicaciones Transoperatorias	Fr	%
Laceración de tejido	20	43
Fractura dentaria	2	4
Ambas	4	8
Ninguna	21	45
Total	47	100

De los 47 casos estudiados, el 55% presentó complicaciones transoperatorias. Las fracturas dentarias se presentaron en un 4% y las laceraciones de tejido en un 43%, resultando la más frecuente.

Tabla 3.

Frecuencia de Complicaciones de cirugías de terceros molares en el Postoperatorio en pacientes atendidos en la Clínica de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN – León, (Septiembre – Octubre del 2003).

Complicaciones Postoperatorias	Fr	%
Trismo	2	4
Hematoma	0	0
Ambas	4	9
Ninguna	41	87
Total	47	100

La mayoría de los casos estudiados 87%, no presentaron complicaciones postoperatorias, solamente en el 13%; de éstos, un 9% presentó trismo y hematoma conjuntamente.

Tabla 4.

Distribución Porcentual de alumnos según Habilidades y Destrezas en la realización de cirugías de terceros molares en la Clínica de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN- León, (Septiembre – Octubre del 2003).

Habilidades y destrezas del alumno	Fr	%
Buena	15	32
Regular	32	68
Total	47	100

Los estudiantes que realizaron las cirugías de terceros molares demostraron en el 68% de los casos habilidad y destreza regular y en el 32% buena habilidad y destreza.

Tabla 5.

Calidad de Planeamiento Preoperatorio para el tratamiento quirúrgico de cirugías de terceros molares elaborado por estudiantes del v año de la Facultad de Odontología de la UNAN – León, (Septiembre – Octubre del 2003).

Planeamiento preoperatorio	Fr	%
Adecuado	40	85
Inadecuado	7	15
Total	47	100

Fuente secundaria

El planeamiento preoperatorio fue elaborado de forma adecuada en el 85% de los casos y en el 15% de forma inadecuada.

Tabla 6.

Frecuencia de Complicaciones Transoperatorias según Habilidades y Destrezas de los estudiantes en la realización de cirugías de terceros molares en la Clínica de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de UNAN-León, (Septiembre-Octubre del 2003).

Habilidades y Destrezas Complicaciones Transoperatorias	Buena		Regular	
	Fr.	%	Fr.	%
Presencia de Complicación	0	0	24	75
Ausencia de Complicación	15	100	8	25
Total	15	100	32	100

En los casos donde los estudiantes demostraron habilidad y destreza regular, el 75% presentó complicación transoperatoria; en cambio los casos atendidos por estudiantes que demostraron buena habilidad y destreza no presentaron complicaciones.

Tabla 7.

Frecuencia de Complicaciones Postoperatorias según Habilidades y Destrezas de los estudiantes en la realización de cirugías de terceros molares en la Clínica de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, (Septiembre- Octubre del 2003).

Habilidades y Destrezas Complicaciones Postoperatorias	Buena		Regular	
	Fr.	%	Fr.	%
Presencia de Complicación	0	0	6	19
Ausencia de Complicación	15	100	26	81
Total	15	100	32	100

Cuando el estudiante demostró habilidad y destreza regular el 19% de los casos presentaron complicación postoperatoria y cuando el estudiante fue valorado con buena habilidad y destreza, el 100% de los casos no presentaron complicación.

Tabla 8.

Frecuencia de Complicaciones Transoperatorias según la Calidad de Planeamiento Preoperatorio establecido para el tratamiento quirúrgico en la realización de cirugías de terceros molares en la Clínica de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, (Septiembre-Octubre del 2003).

Planeamiento Preoperatorio Complicaciones Transoperatorias	Adecuado		Inadecuado	
	Fr.	%	Fr.	%
Presencia de Complicación	21	52	5	71
Ausencia de Complicación	19	48	2	29
Total	40	100	7	100

Los casos donde el planeamiento preoperatorio fue elaborado de forma adecuado, el 52% presentó complicación transoperatoria y cuando se elaboró de forma inadecuada el 71% presentó complicación.

Tabla 9.

Frecuencia de Complicaciones Postoperatorias según la Calidad de Planeamiento Preoperatorio establecido para el tratamiento quirúrgico en la realización de cirugías de terceros molares en la Clínica de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, (Septiembre-Octubre del 2003).

Planeamiento Preoperatorio Complicaciones Postoperatorias	Adecuado		Inadecuado	
	Fr.	%	Fr.	%
Presencia de Complicación	3	8	3	43
Ausencia de Complicación	37	92	4	57
Total	40	100	7	100

Cuando los estudiantes elaboraron un adecuado planeamiento preoperatorio el 92% de los casos no presentaron complicaciones postoperatorias y cuando fue inadecuado el 57% no presentó complicación.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio, podemos decir que las complicaciones se dieron en un 55% en el transoperatorio, prevaleciendo en la mayoría de los casos la laceración de tejido, seguido de fractura dentaria.

Las laceraciones de tejidos se produjeron probablemente porque los estudiantes hicieron diseños inadecuados del colgajo, los separadores se aplicaron con demasiada tensión sobre los tejidos, los instrumentos rotatorios se utilizaron cuando los bordes de la incisión estaban incorrectamente separados, coincidiendo estos aspectos con los que la literatura refiere.

La presencia de estas complicaciones puede atribuirse a un factor muy importante que es la demostración de las habilidades y destrezas del estudiante en el acto quirúrgico.

La mayoría de los casos demostraron una habilidad y destreza regular, presentándose complicaciones y cuando el estudiante demostró una buena habilidad y destreza no hubieron complicaciones. Esto nos demostró que la presencia de complicaciones es mayor cuando las habilidades y destrezas son menores es decir que la variable complicación es dependiente de la habilidad y destreza.

Se debe considerar que el estudio se realizó en una escuela y que los estudiantes están en un proceso de enseñanza aprendizaje y que no demuestran un completo adiestramiento.

Las complicaciones postoperatorias se presentaron en un 13 %, resultando menor que las transoperatorias. Este menor número de casos pudo estar relacionado con el hecho de que las complicaciones ocurridas durante el transoperatorio no tuvieron ninguna influencia en el postoperatorio, a que los procedimientos en su mayoría no fueron tan complejos, a que los pacientes cumplieron con las indicaciones orientadas por los estudiantes después de haberse realizado la cirugía, o probablemente a la ausencia de afecciones locales o sistémicas.

Otro factor que se estudió fue el planeamiento preoperatorio para saber

si existía relación entre éste y la presencia de complicaciones. Los resultados de nuestro estudio demostraron que en los casos en los que se había elaborado un planeamiento preoperatorio inadecuado presentaron mayor porcentaje de complicaciones trans y postoperatorias que los que habían elaborado un planeamiento preoperatorio adecuado, aunque está la limitante que sólo fueron 7 casos de planeamiento inadecuado. Por otra parte, no se puede afirmar que una correcta planificación del proceso quirúrgico garantice la ausencia de complicaciones, ya que, en los casos donde se elaboró un planeamiento preoperatorio adecuado se presentaron complicaciones, determinándose que no hubo dependencia de variables.

Al comparar nuestros resultados con los que refiere Brabant en la literatura (Cirugía Oral Cosme Gay), “Que existe una frecuencia de complicaciones, y que ésta es relativamente alta, pero que en muchos casos puede pasar desapercibida o ser de poca importancia”, pudimos determinar que en nuestra escuela hubo frecuencia de complicaciones en el transoperatorio, porque se presentaron en más de la mitad de los casos; por el contrario el postoperatorio reflejó una menor presencia, de manera que nuestros datos en cierta forma coinciden con los de Brabant, sin embargo nuestra comparación es limitada, ya que la literatura no refiere una separación de ambos tiempos operatorios, sino que hace una referencia de manera global, desconociéndose las circunstancias y el lugar donde se obtuvieron los datos referidos anteriormente.

CONCLUSIONES

1. Las complicaciones se presentaron en mayor porcentaje en el transoperatorio que en el postoperatorio, siendo la laceración de tejido la complicación más frecuente en el primer tiempo operatorio y hematoma y trismo conjuntamente, en el segundo tiempo operatorio.
2. El grado de habilidad y destreza desarrollada por los estudiantes en el proceso quirúrgico fue el factor más altamente asociado a la presencia de complicaciones, en comparación al otro factor estudiado, como fue el planeamiento preoperatorio.

RECOMENDACIONES

1. Mantener la evaluación preoperatoria que se realiza a los estudiantes en cada caso clínico que llega a los quirófanos de cirugía oral de la Facultad de Odontología.
2. Se sugiere a los tutores estar presentes durante todo el procedimiento quirúrgico que realizan los estudiantes, para que sirva de guía a éste, pero sin intervenir de forma directa mientras no sea necesario.
3. Recomendamos a los estudiantes que realizan tratamiento quirúrgico en los quirófanos de la Facultad de responsabilizarse tanto en la preparación de sus casos clínicos como del control postoperatorio de sus pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Altamirano V. Adriana. Dávila R. María. Espinoza R. Dina. Complicaciones Frecuentes en el tratamiento de terceras molares. (Monografía) Fac. Odontología, UNAN-León. Mayo-julio, 2002.
2. Cosme Gay Escoda. Cirugía Bucal y Maxilofacial. Primera Edición. Madrid. Ediciones Avances Médico – Dentales, S.L. 1997, Páginas :466-469.
3. Godoy Cabrera. Complicaciones y Accidentes de terceros molares. (Monografía) UNAN-León, 1968.
4. Laskin Daniel M. Cirugía Bucal y Maxilofacial. Primera Reimpresión. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana. Septiembre 1987, Páginas : 44-51, 58.
5. O. Kruger Gustavo. Cirugía Bucal y Maxilofacial Quinta Edición. Herscel 153, México D.F. Editorial Médica Panamericana. 1986, Páginas: 81-94.
6. Ries Centeno, Guillermo A. Cirugía Bucal con Patología Bucal y Terapéutica. Octava edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial " El Ateneo " . 1979, Páginas: 349- 351

ANEXOS

Gráfico 1

Frecuencia de Complicaciones de cirugías de terceros molares en pacientes atendidos en la Clínica de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, (Septiembre-Octubre del 2003).

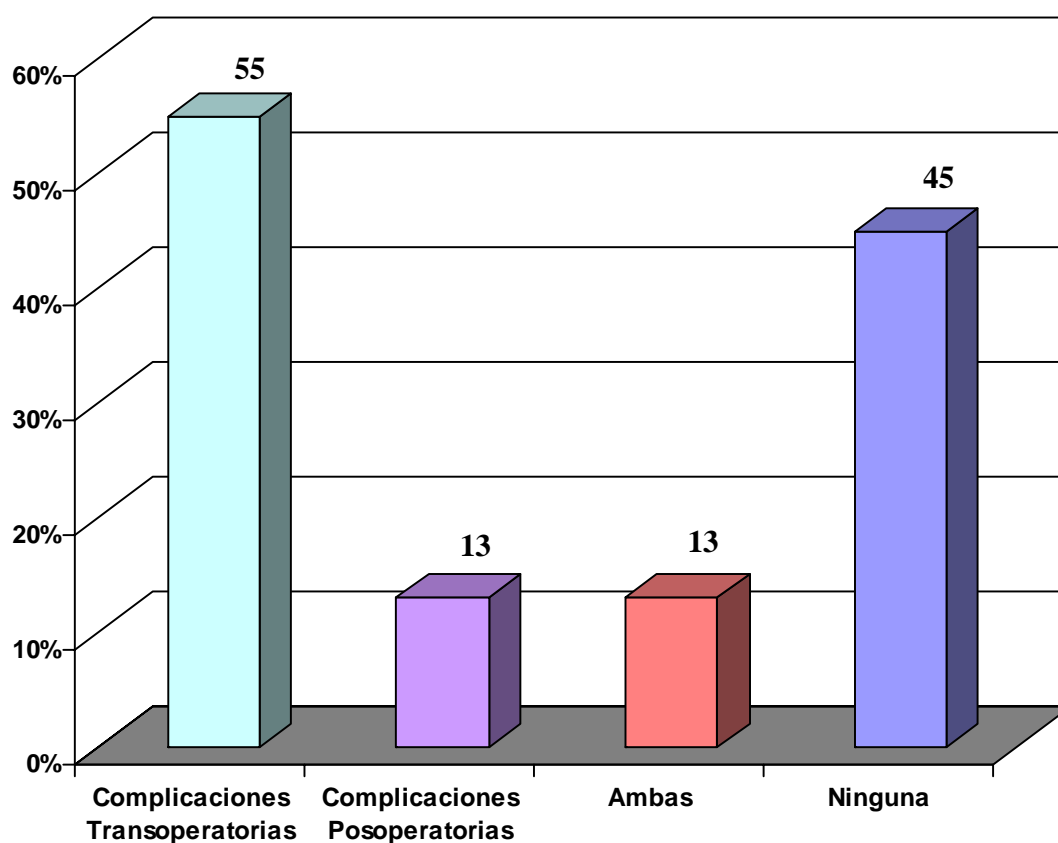


Gráfico 2

Frecuencia de Complicaciones de cirugías de terceros molares en el Transoperatorio en pacientes atendidos en la Clínica de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN-León, (Septiembre- Octubre del 2003).

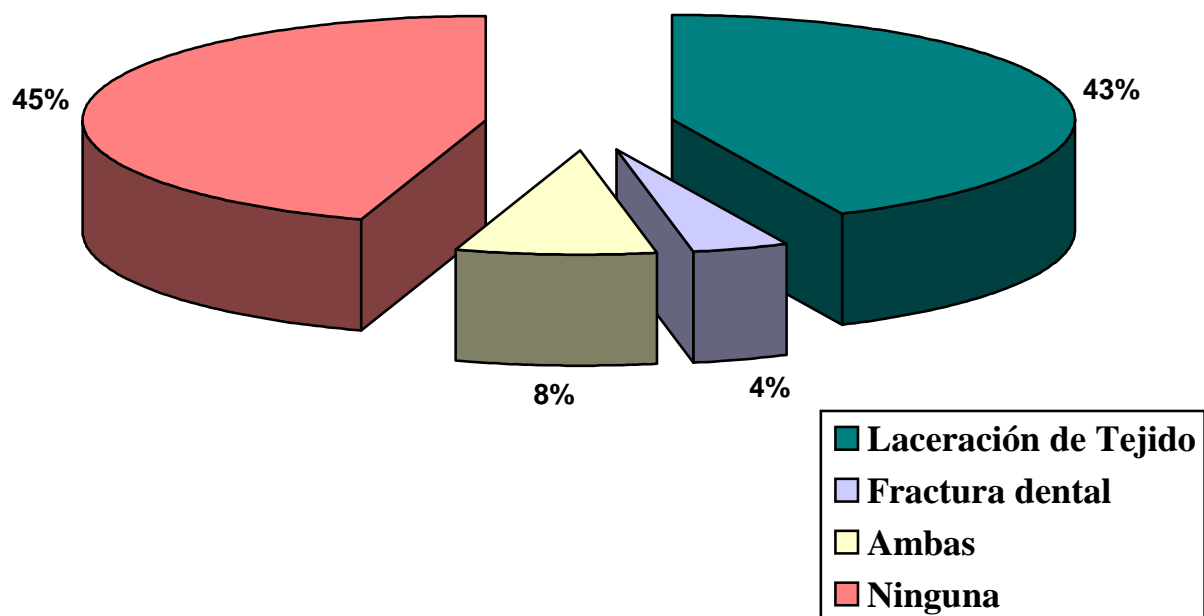


Gráfico 3

Frecuencia de Complicaciones de cirugías de terceros molares en el Postoperatorio de pacientes atendidos en la Clínica de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN – León, (Septiembre- Octubre del 2003).

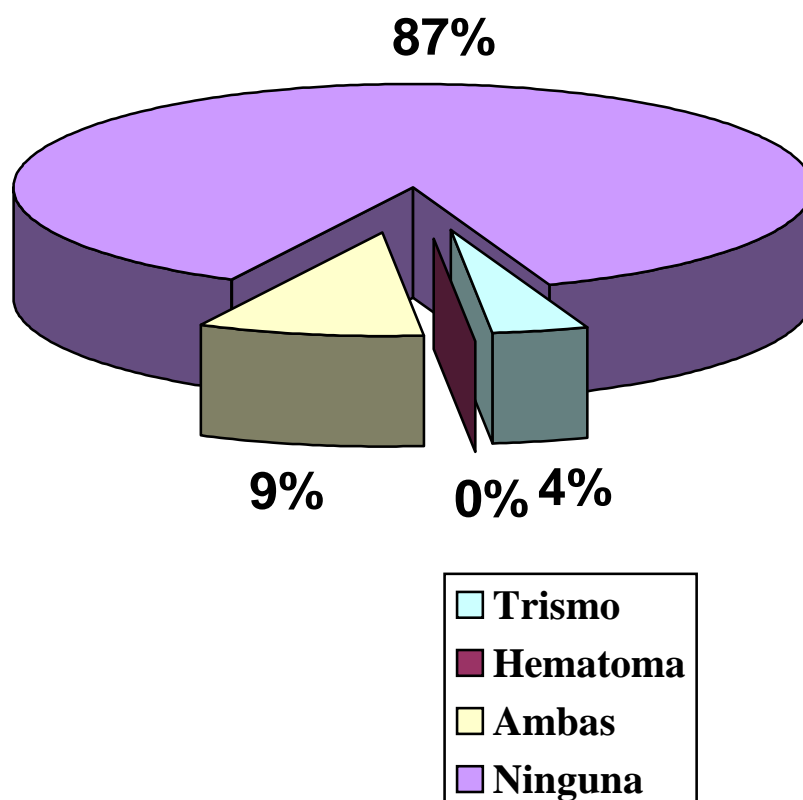


Gráfico 4

Distribución Porcentual de alumnos según Habilidades y Destrezas en la realización de cirugías de terceros molares en la Clínica de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN- León, (Septiembre- Octubre del 2003).

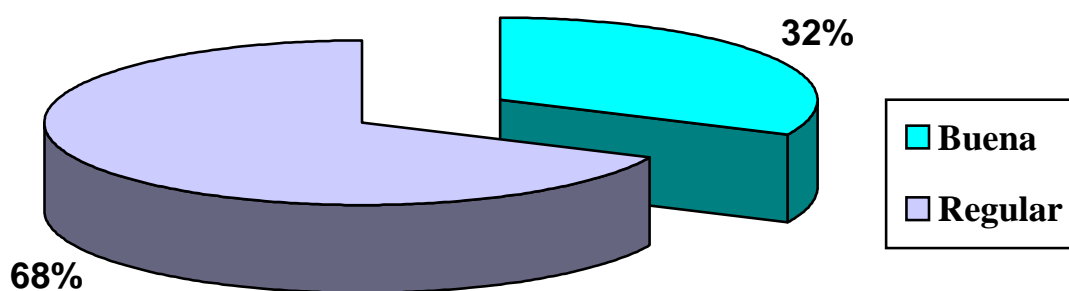


Gráfico 5

Calidad de Planeamiento Preoperatorio para el tratamiento quirúrgico de cirugías de terceros molares elaborado por estudiantes del v año de la Facultad de Odontología de la UNAN – León, (Septiembre- Octubre del 2003).

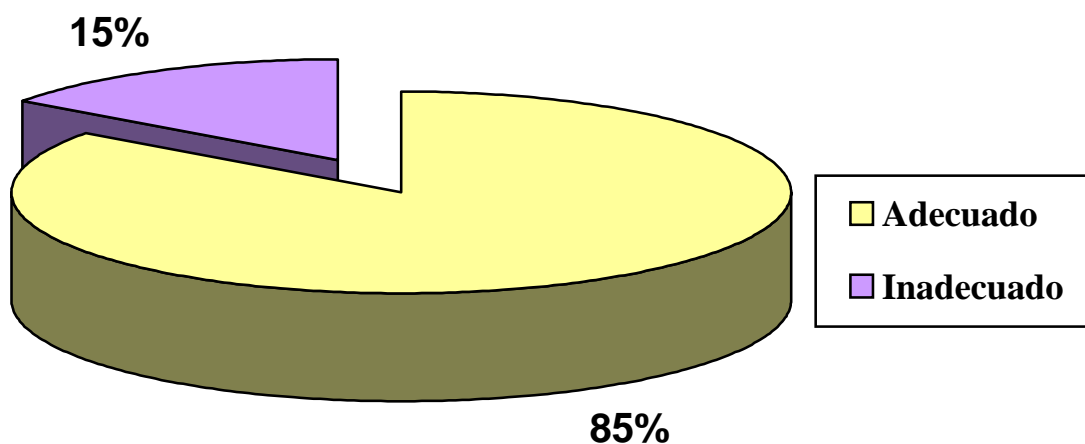


Gráfico 6

Frecuencia de Complicaciones Transoperatorias según Habilidades y Destrezas de los estudiantes en la realización de cirugías de terceros molares en la Clínica de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN- León, (Septiembre- Octubre del 2003).

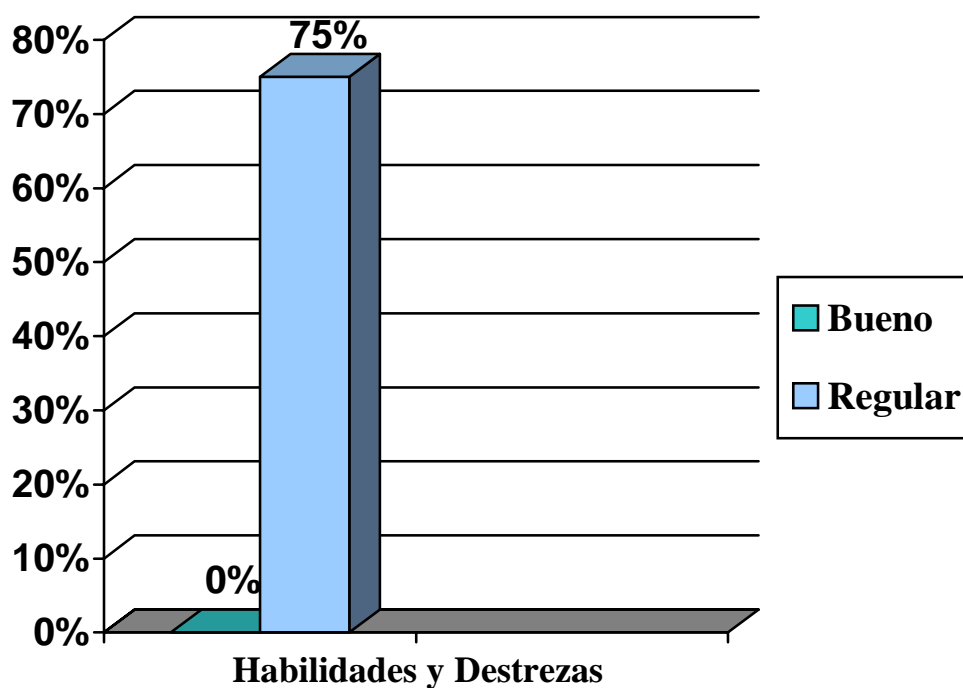


Gráfico 7

Frecuencia de Complicaciones Postoperatorias según Habilidades y Destrezas de los estudiantes en la realización de cirugías de terceros molares en la Clínica de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN- León, (Septiembre- Octubre del 2003).

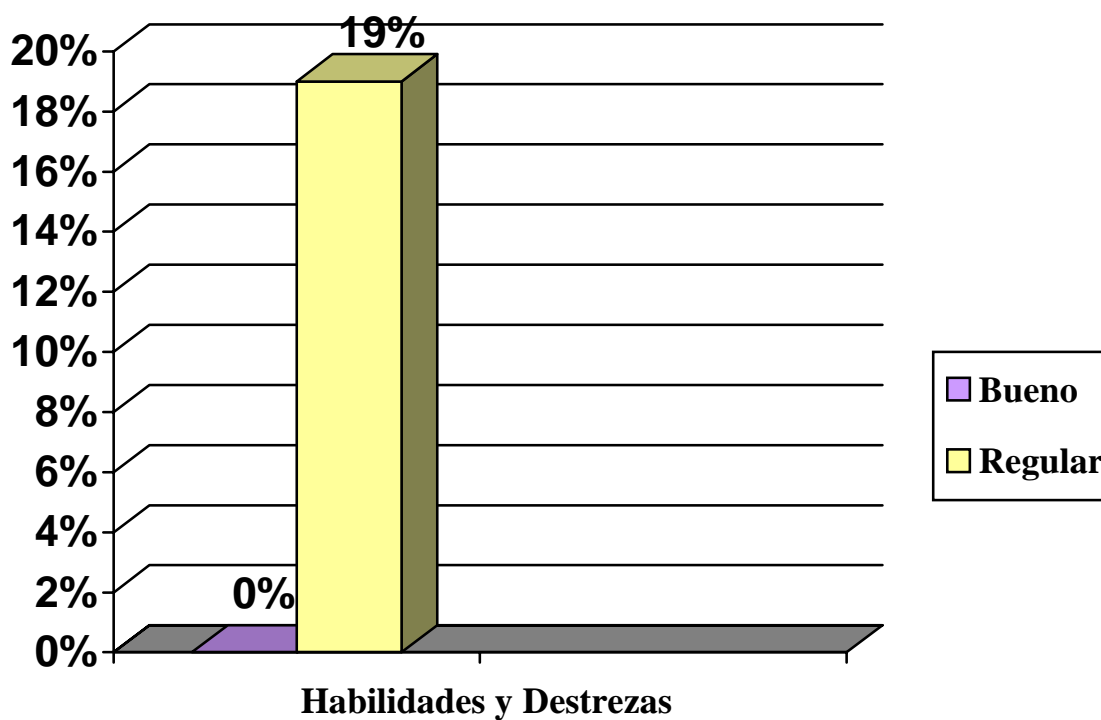


Gráfico 8

Frecuencia de Complicaciones Transoperatorias según la Calidad de Planeamiento Preoperatorio establecido para el tratamiento quirúrgico en cirugías de terceros molares realizadas en las Clínicas de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN- León, (Septiembre- Octubre del 2003).

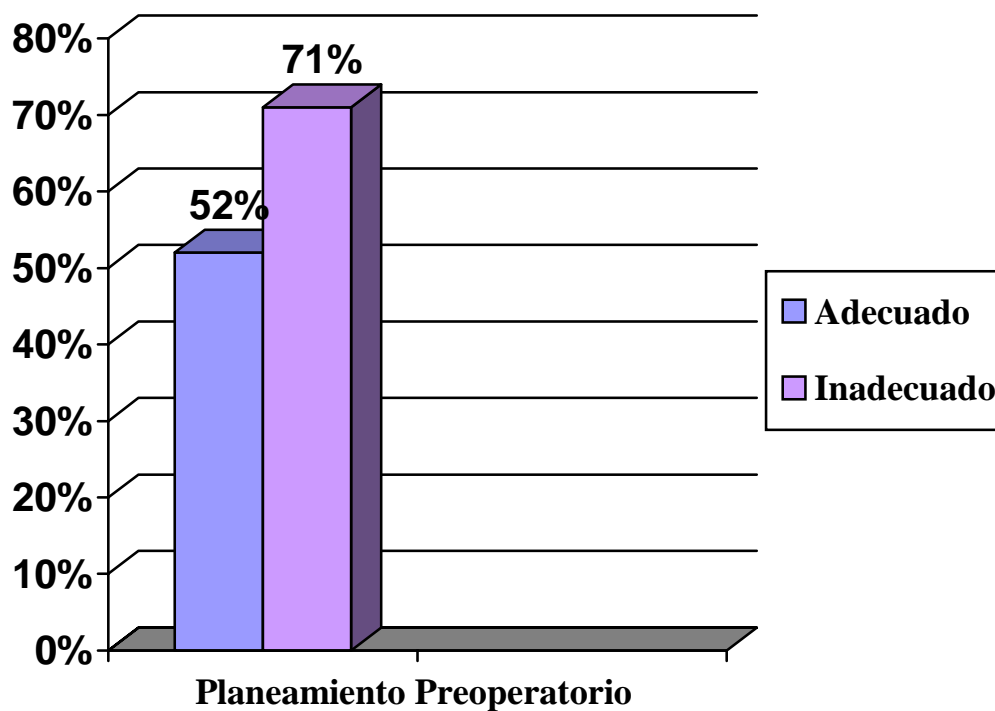
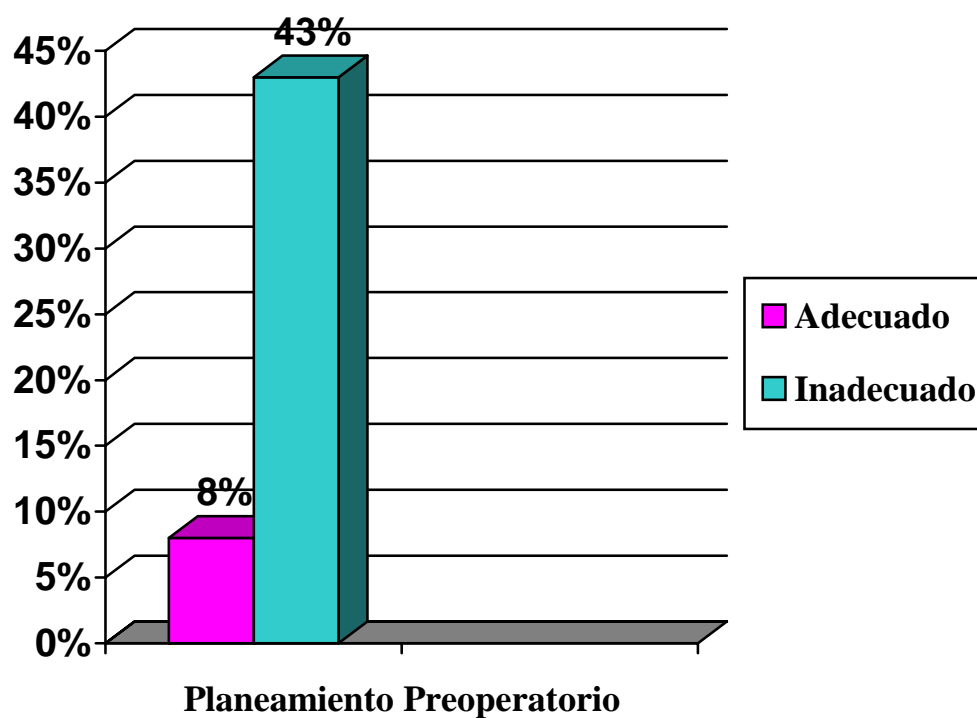


Gráfico 9

Frecuencia de Complicaciones Postoperatorias según la Calidad de Planeamiento Preoperatorio establecido para el tratamiento quirúrgico en cirugías de terceros molares realizadas en las Clínicas de Cirugía Oral de la Facultad de Odontología de la UNAN- León, (Septiembre- Octubre del 2003).



FICHA DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN

Frecuencia de Complicaciones y algunos factores asociados a las mismas en el Trans y Postoperatorio de cirugía de terceros molares realizadas en pacientes atendidos en las Clínicas de Cirugía Oral en la Facultad de Odontología de la UNAN- León, (Septiembre- Octubre del 2003).

Nº ficha _____

I – Planeamiento Preoperatorio

Adecuado

Inadecuado

II - Habilidades y destrezas del alumno

Buena

Regular

Mala

III – Complicaciones Transoperatorias

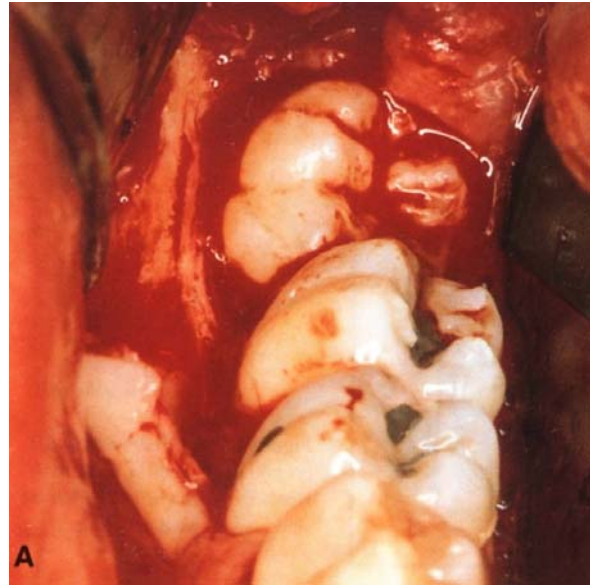
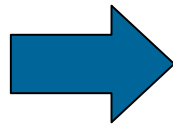
- Fractura Dentaria
- Laceración de tejidos
- Hemorragia
- Ninguna

IV – Complicaciones Postoperatorias

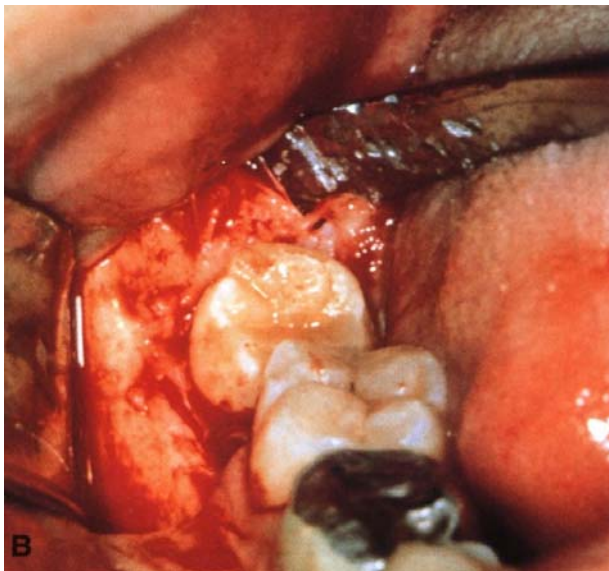
- Hematoma
- Trismo
- Hemorragia
- Alveolitis
- Ninguna

“DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO”

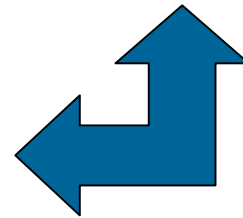
*LACERACIONES
DE TEJIDOS*



“PASO OPERATORIO”



*DESPEGAMIENTO DEL
COLGAJO Y MANEJO
DE LOS TEJIDOS*



“COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS”



***HEMATOMA Y TRISMO
CONJUNTAMENTE***