

“UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN”

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

E.A.P. ODONTOLOGIA



**“CAUSAS PARA LA EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES
EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
ODONTOLOGIA DEL HOSPITAL II ES SALUD – HUANUCO
2015”**

ASESOR:

C.D. Césa Lincol Gonzáles Soto

ALUMNA:

Fiorella Solis Herrada

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.

I. PANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

- 1.1. Origen y definición del problema
- 1.2. Formulación del problema
- 1.3. Objetivos
 - 1.3.1. Objetivo General
 - 1.3.2. Objetivos Específicos
- 1.4. Justificación e Importancia
- 1.5. Limitaciones

II. MARCO TEÓRICO

- 2.1. Antecedentes
- 2.2. Marco Conceptual
- 2.4. Hipótesis
- 2.5. Variables
- 2.6. Operacionalización de Variables

III. MARCO METODOLOGICO

- 3.1. Nivel y Tipo de Investigación
- 3.2. Diseño de la Investigación
- 3.3. Población y Muestra
 - 2.4.1. Población
 - 2.4.2. Muestra.
- 3.4 Criterios de selección
 - 3.4.1 Criterio de inclusión.
 - 3.4.2 Criterio de exclusión
- 3.4. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos
- 3.5. Procesamiento, Análisis y Recolección de Datos

IV. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. *Recursos Humanos*

4.2. *Recursos Materiales*

4.3. *Recursos Financieros*

4.4. *Cronograma de Actividades*

V. REFRECIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Los terceros molares son las últimas piezas en erupcionar en las arcadas dentarias y con mayor frecuencia se encuentran retenidos, dando lugar a que la exodoncia quirúrgica se realice comúnmente en la práctica odontológica, y es frecuente en el medio social y familiar, incluso pacientes que han presentado la sintomatología propia por la presencia de terceros molares dan testimonio de su experiencia.

Actualmente debido a la gran información de los medios de comunicación, especialmente el internet, algunos pacientes investigan y conocen acerca del tema, mediante artículos y videos publicados, lo que ocasiona que acudan con mayor frecuencia a la consulta y tomen la decisión de su pronta extracción quirúrgica.

Dentro de las causas para la exodoncia de terceros molares se encuentran el dolor local o irradiado, cefaleas, motivos ortodónticos, indicaciones protésicas, pericoronaritis, periodontitis, caries, quistes o tumores, rizólisis de piezas vecinas, fracturas óseas y dentarias, alteraciones en la Articulación Témporo-Mandibular (ATM), previo a tratamientos con radioterapia o quimioterapia y en pacientes que son remitidos por algún tipo de Medicina Alternativa.

En algunas ocasiones el tercer molar erupciona normalmente sin molestias, también durante su formación el paciente se encuentra asintomático, pero por motivos preventivos se recomienda su extracción para evitar sintomatología futura que pueda interferir en su calidad de vida.

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Origen y definición del problema

En la práctica diaria odontológica una de las razones por la cual el paciente llega a la consulta es por la presencia de sus terceros molares o conocidas comúnmente como “muelas del juicio”, debido a una sintomatología que no cede, y cada vez existen más pacientes que acuden por prevención. La sintomatología por la presencia de terceros molares afecta a los adolescentes y adultos jóvenes, sin importar su género.

En el estudio realizado en el año 2008, determinó que el motivo más frecuente de remisión al Servicio de Cirugía Bucal por parte del Odontólogo de Atención Primaria fue la extracción profiláctica (51,0%) de manera muy similar a la que indicó el cirujano bucal (46,1%).¹

. El principal motivo de extracción fue la indicación por parte del ortodoncista (40,5%), seguido por la indicación profiláctica (39,5%). La presencia de clínica fue el motivo de extracción en un 20% de los casos.²

Determinaron que una de las cirugías orales realizadas con más frecuencia en el mundo es la exodoncia de terceros molares. Las indicaciones de extracción son muy variadas, siendo algunas de ellas aun controversiales.³

La indicación de la extracción se establece cuando existe patología asociada al cordal, sin embargo las dudas surgen a la hora de tratar los dientes asintomáticos.

Se ha postulado la exodoncia de otros dientes, para facilitar el mecanismo de erupción, pero no siempre sucede así. Se ha implicado la presencia del cordal inferior como causa del apiñamiento antero-inferior. En general, se acepta su origen multifactorial, y que el tercer molar inferior, actuando conjuntamente con otros factores contribuye a su aparición.

En la sociedad actual hay un incremento en la incidencia de causas para la exodoncia terceros molares, por lo que a través del trabajo investigativo se establecen medidas preventivas y de concientización al paciente, para que la exodoncia quirúrgica se la realice como profilaxis en la adolescencia, evitando alteraciones graves a futuro y de esta manera aportar con la disminución de la ausencia laboral en la edad adulta debido al procedimiento quirúrgico.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden al servicio de odontología de hospital II ES SALUD Huánuco 2015?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

Describir las causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden al servicio de odontología de hospital II ES SALUD Huánuco 2015.

1.3.2 Objetivos Específicos

1.3.2.1 Identificar las causas más frecuentes para la exodoncia de terceros molares.

1.3.2.2 Clasificar las causas más frecuentes en los pacientes de acuerdo a la edad y sexo.

1.3.2.3 Identificar el tercer molar que presentó mayor frecuencia de sintomatología.

1.3.2.4 Relacionar la situación de los terceros molares con la sintomatología del paciente.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Los terceros molares con mayor frecuencia se encuentran incluidos, constituyendo un apartado importante de la patología odontológica, no sólo por su frecuencia y su variedad de presentación, sino también por la patología y accidentes que desencadenan, lo que explica que su extracción sea la intervención que realizan más comúnmente los cirujanos orales y maxilofaciales.

Las causas por las que se indica la extracción pueden variar, ya sea por prevención, antes de empezar un tratamiento de ortodoncia para evitar apiñamientos, en caso de que exista dolor local o irradiado, presencia de caries, pericoronaritis, problemas periodontales, rizólisis de piezas vecinas,

Formación de quistes y tumores, alteraciones en la ATM, fracturas dentales debido a inadecuadas maniobras por parte del odontólogo al momento de la exodoncia.

También está indicada en pacientes que van a ser sometidos a terapias de quimioterapia o radioterapia, y en pacientes que son remitidos por algún tipo de Medicina Alternativa.

La presente investigación, fue destinada a describir las causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden al servicio de odontología de hospital II ESSALUD Huánuco 2015, previo a su consentimiento informado a través de la aplicación de técnicas de la investigación aceptadas, como son: observación directa del paciente y de su radiografía panorámica, entrevista por medio de preguntas cerradas, registrando sus datos personales, el motivo de la exodoncia de los terceros molares con su fórmula dentaria y situación.

Bajo los aspectos mencionados, la conducción de la investigación se justificó plenamente, pues los datos estadísticos a estudiarse, tuvieron los soportes metodológicos necesarios para el desarrollo, tabulación e interpretación de los resultados en relación con las variables de estudio, las que se encuentran directamente relacionadas con los objetivos e hipótesis planteadas.

Los resultados determinados como producto de la investigación, servirán como un aporte en el área de estomatología y para aplicación en la vida profesional. Al conocer estadísticamente la información acerca de las causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acudieron odontología de hospital II ESSALUD Huánuco 2015.

Esta investigación contribuirá a establecer medidas preventivas y de concientización al paciente, para que la exodoncia quirúrgica se la realice como profilaxis en la adolescencia, evitando alteraciones graves a futuro, y de esta manera aportar con la disminución de la ausencia laboral en la edad adulta debido al procedimiento quirúrgico.

1.5 LIMITACIONES

En el desarrollo de la investigación, se tomó en cuenta algunas limitaciones que a continuación, se describen:

- La información disponible en el país, en textos, libros, revistas, folletos, artículos e internet, sobre el tema de estudio es limitada.
- La mayoría de libros que corresponden a Cirugía Bucal están desactualizados.
- No existe en el país publicaciones de las cuales se puede tener una guía de estudio de la realidad nacional acerca del presente trabajo de investigación.
- La mayor parte de investigaciones son realizadas en diferentes países, pero solamente abarcan parcialmente el tema del presente estudio.

II. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Medina C, Póntigo A, Pérez E, Hernández P, Navarrete J. **Principales razones de extracción de dientes permanentes en una muestra de adultos mexicanos**. Revista de Investigación Clínica México Marzo-Abril, 2013 / V ol. 65, Núm . 2 p p 141 -149. ⁴

El objetivo fue Identificar las razones principales para extracción dental en pacientes adultos que acuden a clínicas dentales universitarias. Se realizó un estudio transversal en 331 sujetos de entre 18 y 85 años de edad (45.37 ± 13.85) que acudieron a las clínicas dentales de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo entre enero y diciembre de 2009. Los datos sobre edad, sexo, diente y motivo para la extracción (clasificación de Kay & Blinkhorn, 1986) se analizaron mediante pruebas no paramétricas en STATA 9.0. En total se realizaron 779 extracciones. La mayoría de las personas que requirieron el servicio fueron mujeres (66.8%). La principal razón fue por caries dental (43.1%; n = 323), seguida de enfermedad periodontal (27.9%; n = 209) y razones protésicas (21.51%, n = 161). En promedio se realizaron más extracciones entre los pacientes de 45 a 85 años que entre los menores de 45 años ($p < 0.01$). No se observaron diferencias significativas del motivo de extracción por sexo ($p > 0.05$). Existieron diferencias ($p < 0.001$) respecto al motivo de extracción en cuanto a edad (la extracción por enfermedad periodontal se incrementó conforme la edad); pacientes con visita única vs. Aquéllos con visitas múltiples (caries en pacientes presentándose por única vez vs. Enfermedad periodontal en aquéllos con visitas múltiples). Por tipo de diente: superiores, posteriores y molares se extrajeron más por caries mientras que inferiores, anteriores e incisivos fueron extraídos más frecuentemente por enfermedad periodontal.

La caries dental fue la razón más común para la extracción de dientes, seguida por enfermedad periodontal. Se encontraron diferencias del motivo de las extracciones por características del paciente y del tipo de diente.

Moncada E, Martínez J, Merchán S, Barona C, Fernández F, **Influencia de los terceros molares retenidos en pacientes con trastornos de la articulación temporomandibular en el hospital de Madrid. España, 2009** AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA Vol. 25 - Núm. 1 – 2009.⁵

El objetivo general del presente trabajo ha sido analizar una muestra de pacientes que acudieron al Hospital de Madrid, con trastornos de la articulación temporomandibular, que presentaron inclusión de los terceros molares, comparándolas con otro grupo poblacional con trastornos de la articulación temporomandibular sin la presencia de los mismos. El estudio se basó en la recolección y análisis de datos de 60 historias clínicas, de pacientes con diagnóstico de trastornos de la articulación temporomandibular atendidos en el Hospital de Madrid divididos en dos grupos con presencia o no de terceros molares incluidos. A dichos grupos se les realizó un estudio comparativo de las variables utilizadas en el estudio: edad, sexo, presencia o no de dolor en la ATM, ruidos en la ATM y disminución de la máxima apertura bucal (MAB). Se realizó un estudio descriptivo y comparativo de las variables sexo, edad, presencia o ausencia de dolor en ATM, ruidos en ATM y máxima apertura oral encontrando mayor número de casos en el sexo femenino, la media de las edades oscilan entre los 40 años, en cuanto a la variable dolor en la ATM se encontró aumentada en los pacientes del grupo A, con (43,33%), con respecto a los del grupo B, (38,33%) y las variables ruidos en ATM y máxima apertura bucal se encontraron ligeramente superiores en los pacientes del grupo A.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Definición de los Terceros Molares

Los terceros molares también conocidos con el sobrenombre “muela del juicio” o “cordales”, es debido a que la erupción del tercer molar supuestamente coincide con el momento en que la persona empieza a ser responsable de sus actos, siendo capaz de decidir y aceptar el resultado de sus acciones. (Navarro, 2008, p. 19)

Navarro (2008) indica que: “la erupción del tercer molar suele ocurrir entre los 18 y 22 años” (p 19) son los últimos dientes que erupcionan en la boca.

Existen cuatro terceros molares en la dentadura humana. Hay dos terceros molares maxilares y dos mandibulares, de los cuales uno es derecho y el otro izquierdo. Son las piezas que con mayor frecuencia quedan incluidas y semincluidas y una vez erupcionadas surgen con frecuencia en posiciones ectópicas. Los terceros molares presentan el mayor número de variaciones morfológicas. (Hernández, 2003, pp. 24-25)

2.2.2 Condiciones Embriológicas

Los terceros molares nacen de un mismo cordón epitelial, con la característica de que el mamelón del tercer molar se desprende del segundo molar, como si se tratara de un diente de reemplazo. La calcificación comienza a los 8-10 años, pero su corona no termina de calcificarse hasta los 15-16 años; a los 25 años de edad se completa la calcificación de sus raíces, en un espacio muy limitado. El hueso en crecimiento, tiende a llevar hacia atrás las raíces no calcificadas de este molar. De esta manera se explica la oblicuidad del eje de erupción hacia la cara distal del segundo molar. El tercer molar normal evoluciona siempre de abajo arriba y de atrás hacia delante, según una línea curva de concavidad posterior. (Gay Escoda y Berini, 2004, p. 355)

Se debe tomar en cuenta que a lo largo de la evolución de la especie humana, se reducen las dimensiones de los dientes, los maxilares y la mandíbula, en especial en los segmentos dentados óseos, por lo que el tercer molar dispone de menos espacio para su ubicación. (Donado, 2005, p. 396)

2.2.3 Condiciones Anatómicas

De acuerdo a Donado (2005) existe una reducción progresiva a lo largo de la filogenia humana respecto al número, el volumen y la forma de los dientes; el tercer molar cada vez presenta una erupción más retrasada, y puede estar ausente por falta de formación. (p. 396)

Frente a lo expresado Gay Escoda y otros., (2004) indican que:

En la mandíbula del hombre neolítico, existía un espacio importante entre la cara posterior del tercer molar y el borde anterior de la rama ascendente. Este espacio, actualmente, ha desaparecido completamente y por ello el cordal no tiene espacio suficiente para erupcionar y queda parcialmente enclavado en la rama ascendente y se ve obligado a desarrollarse en situación ectópica, generalmente en la cara interna de esta rama ascendente mandibular. (p. 356)

Hay que señalar el papel que desempeña el patrón de crecimiento mandibular de cada individuo, independientemente de la presencia de un cordal erupcionado, semierupcionado o retenido, y el grado de remodelación de la mandíbula, con la dificultad que ello implica al momento de predecir si la erupción del diente será normal o con patología. (Donado, 2005, p. 396)

Gay Escoda y otros., (2004) determinan que:

Las referencias anatómicas empeoran aún más el problema provocado por la falta de espacio óseo. Estas son:

Delante: El segundo molar limita el enderezamiento del tercer molar que puede traumatizarlo a cualquier nivel.

Debajo: El tercer molar está en una relación más o menos estrecha con el paquete vásculo-nervioso contenido en el conducto dentario inferior. Esta proximidad es el origen de distintas alteraciones reflejas.

Arriba: La mucosa, laxa y extensible, no se retrae con el cordal, con lo que se puede formar, detrás del segundo molar, un fondo de Saco donde los microorganismos pueden multiplicarse y provocar una infección. (p. 356)

2.2.4 Morfología de los Terceros Molares

2.2.4.1 Tercer Molar Superior

Es la pieza dentaria más irregular. Puede estar incluído o con una orientación vestibular o mesial, su corona es más pequeña que el primer y segundo molar. Las raíces pueden ser tres, pero con frecuencia están fusionadas o son convergentes. La altura media de la corona es 6,1mm y de la raíz es 11,1mm. (Velayos, 2007, pp. 136-137)

2.2.4.2 Tercer Molar Inferior

Es similar al segundo molar inferior, pero su corona y raíces son más pequeñas, irregulares y más variables que los otros molares, con frecuencia están fusionadas, con orientación distal. Puede encontrarse retenido dentro de hueso por falta de espacio. La altura media de la corona es 6,6mm y de la raíz es 9,1mm. (Velayos, 2007, p. 138)

2.2.5 Terminología según la Situación de los Terceros Molares

2.2.5.1 Retenidos (no erupcionados)

Un diente retenido es el que no erupciona en la arcada dentaria dentro del tiempo esperado y se retiene por los dientes adyacentes, un hueso demasiado denso, un exceso de tejidos blandos o alteraciones genéticas que impiden su erupción. “El término no erupcionado incluye dientes retenidos y dientes que están en proceso de erupción” (Hupp, Ellis y Tucker, 2010, p. 153)

Sailer y Pajarola (2003) expresan que: “a menudo, diferentes síntomas patológicos están relacionados con los dientes retenidos” (p. 71)

2.2.5.2 Impactados

El diente impactado es aquel que ha terminado su proceso de desarrollo y su fuerza eruptiva, debido a una acción traumática se impactan o se intruyen en el hueso.

El trayecto normal de erupción del diente se halla interferido por un obstáculo mecánico (otros dientes, hueso de recubrimiento excesivamente denso, exceso de tejidos blandos). El saco pericoronario puede estar o no estar, abierto en boca. (Raspall, 2007, pp. 95-96)

2.2.5.3 Incluidos

Donado (2005) señala que el tercer molar incluido: “corresponde al diente retenido en el maxilar o mandíbula rodeado del saco pericoronario y de su lecho óseo intacto” (p. 385)

2.2.5.4 Parcialmente retenidos o Semierupcionados

Pueden presentar una comunicación hacia la cavidad oral por medio de una bolsa periodontal ligeramente perceptible, situada sobre la cara distal del segundo molar contiguo, predisponiendo al diente retenido a una infección pericoronaria y caries dental. (Sapp, Eversole y Wysocki, 2005, p.5-6)

2.2.5.5 Mal posición o ectopía

De acuerdo a Raspall (2007) “el término ectopía se refiere al diente incluido en una posición anómala, pero cercana a su lugar habitual. La heterotopía es una inclusión en una posición irregular, pero más alejada de la localización normal” (p. 96)

2.2.6 Clasificación de los Terceros Molares

En las diferentes clasificaciones se toma en cuenta el análisis radiográfico, ya que proporciona información detallada. La radiografía panorámica muestra tanto la pieza a extraer como toda la anatomía de la región a evaluar.

A continuación se presentan las diferentes clasificaciones de los terceros molares.

2.2.6.1 Clasificación de Winter

Clasificación de acuerdo a la posición del eje longitudinal del tercer molar, con respecto al eje longitudinal del segundo molar.

- Mesioangular
- Distoangular
- Vertical
- Horizontal
- Vestíbulo versión o Bucoangular
- Linguoversión o Linguoangular
- Invertida
- Transversa (Raspall, 2007, p. 103)

2.2.6.2 Clasificación según Pell y Gregory

2.2.6.2.1 Clasificación según el Tipo: según la profundidad del tercer molar en relación al segundo molar, plano oclusal y línea cervical.

- Tipo A (leve): el punto más alto del diente incluido está al nivel, o por arriba de la superficie oclusal del segundo molar.
- Tipo B (moderada): el punto más alto del diente se encuentra por debajo de la línea oclusal pero por arriba de la línea cervical del segundo molar.
- Tipo C (grave): el punto más alto del diente está al nivel, o debajo de la línea cervical del segundo molar. (Gay Escoda y otros., 2004, p. 356)

2.2.6.2.2 Clasificación según la Clase:

2.2.6.2.2.1 Terceros Molares Superiores:

De acuerdo a la relación con el seno maxilar.

- Clase I: cuando la parte más alta del tercer molar superior está retirado del seno maxilar. Sin ninguna aproximación sinusal.
- Clase II: cuando la parte más alta del tercer molar está cerca del seno maxilar, con aproximación sinusal.
- Clase III: cuando la parte más alta del tercer molar está en relación directa con el seno maxilar. (Arteaga, 2004, p. 119)

2.2.6.2.2.2 Terceros Molares Inferiores:

De acuerdo a la relación entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar.

- Clase I: existe suficiente espacio entre la rama ascendente de la mandíbula y la parte 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. (Gay Escoda y otros., 2004, p. 356)

2.2.7 Indicaciones para la Exodoncia de Terceros Molares

Lago (2007) indica que “con frecuencia, los terceros molares inferiores retenidos no evolucionan a la posición adecuada en la arcada, provocando, en ocasiones, anomalías de localización y dirección que pueden obligar al cirujano bucal a plantearse una actitud intervencionista realizando la exodoncia quirúrgica” (p. 20)

Con el paso de la historia, esta intervención ha evolucionado. La práctica de exodoncia profiláctica de los terceros molares estaba ampliamente aceptada, especialmente previa a la época de los antibióticos. En la primera mitad del siglo XX, la extracción quirúrgica de los terceros molares impactados era competencia de pocos especialistas y se realizaba en caso de síntomas evidentes, en este mismo período, apareció el primer esquema de seguro médico y dental. En los años siguientes, aumenta el número de cirujanos orales y también el número de operaciones de remoción de terceros molares con motivos profilácticos. (p. 20)

El hecho de que un diente no erupcione el momento indicado no constituye una razón para su exodoncia, por eso la necesidad de cirugía se debe decidir de acuerdo al caso en particular. (Sailer, y otros., 2003, p. 72)

El extraer o no un tercer molar, es una de las decisiones de tratamiento más frecuentes a las que se enfrenta la profesión dental. Mientras que el diagnóstico de exodoncia de terceros molares asociados con patología es sencillo, la decisión de extraer terceros molares sintomáticos es más conflictiva. (Lago, 2007, p. 21)

Frente a lo expresado Hupp y otros (2010) indican que deben extraerse todos los dientes retenidos a menos que exista una contraindicación. La extracción se debe realizar tan pronto el odontólogo determine que el diente se encuentra retenido, ya que dicha extracción se hace más difícil a medida que avanza la edad y es probable que la cirugía sea complicada. Una regla fundamental de la filosofía de la odontología es que se deben evitar los problemas. De esta manera la odontología preventiva determina que los dientes retenidos deben ser extraídos antes de que aparezcan complicaciones. (p. 153)

Entre las indicaciones que justifican la exodoncia quirúrgica de los terceros molares, se mencionan las siguientes:

2.2.7.1 Indicaciones Profilácticas

Debido a la frecuente patología que acompaña la erupción o impactación del tercer molar, está justificada su eliminación profiláctica antes de que se presente la patología asociada, excepto en aquellos casos en que sea poco aconsejable o imposible. Leonard califica a los terceros molares incluidos como “bombas de efecto retardado”, ya que si no se eliminan profilácticamente, pueden causar dolor, infecciones, etc., además que no pueden asumir ninguna función masticatoria, por lo cual son innecesarios.

El momento idóneo para realizar la exodoncia preventiva es cuando ya se ha formado la mitad o las dos terceras partes de la raíz, lo que coincide generalmente entre los 16 y 18 años. Aparente cree que la edad óptima es antes de los 20 años de edad, antes de que se haya producido la mineralización de los ápices.

Hasta los 25 años estaría indicada la extracción preventiva, pues el hueso está menos mineralizado (elasticidad y resistencia) y el ligamento periodontal aún no está plenamente formado. A partir de esta edad, el riesgo de pérdida ósea y periodontal del segundo molar adyacente es mayor. (Gay Escoda y otros., 2004, p. 387)

En el actual entorno social las razones preventivas se presentan en pacientes que van a ingresar a las Fuerzas Policiales, Militares y Navales, ya que es un requisito indispensable. También en pacientes que viajan constantemente y que no viven en un lugar estable, y en personas que van a realizar misiones, y recorren lugares distantes donde no existe un servicio médico y odontológico a su alcance.

2.2.7.2 Motivos Ortodónticos

Navarro (2008) indica que: “se ha postulado la erupción de los terceros molares como causa del apiñamiento dental anterior. Por ello, un gran número de pacientes son enviados al cirujano para su extracción previa al inicio del tratamiento ortodóntico” (p. 22)

Además “cuando los pacientes requieren retracción de los primeros y segundos molares mediante técnicas ortodónticas” (Hupp, y otros., 2010, p. 157)

De acuerdo con Llamas, el ortodoncista puede recomendar la extracción de los cordales incluidos en los siguientes casos:

- a) En apiñamientos dentarios poco importantes que no requieren la extracción de otros dientes, especialmente si los cordales están en mal posición o presentan problemas de erupción.
- b) Cuando es necesario distalizar los molares, para ganar espacio por distal de los segundos molares.
- c) Para enderezar un segundo molar.
- d) Al corregir una maloclusión de clase III con extracciones de los primeros o segundos premolares inferiores, se creará una relación molar de mesioclusión, quedando el tercer molar superior sin antagonista facilitando su extrusión y la posterior aparición de complicaciones.
- e) En pacientes con agenesia de algún tercer molar, debe valorarse la necesidad de extraer el cordal antagonista.
- f) En pacientes que serán sometidos a técnicas de cirugía ortognática en las que la línea de osteotomía coincida con la ubicación de los terceros molares. (Gay Escoda y otros., 2004, p.388)

2.2.7.3 Indicaciones Protésicas

Conforme avanza la reabsorción de los huesos maxilares con la edad y el edentulismo, algunos dientes retenidos se hacen más superficiales y pueden interferir en el ajuste de una prótesis total, causar dolor por caries y ulceración gingival e infección. (Raspall, 2007, p. 100)

Los dientes retenidos se deben extraer antes de elaborar una prótesis, porque si se extrae después de haberla fabricado, puede alterarse el reborde alveolar debido a la extracción y la prótesis se vuelve antiestética y menos funcional. (Hupp, y otros., 2010, pp. 156)

Gay Escoda y otros., (2004) “indica la extracción del tercer molar cuando sea necesario el acceso al margen disto-gingival del segundo molar para efectuar una correcta obturación” (p. 388)

De acuerdo a Raspall (2007), en pacientes ancianos con prótesis fija, los dientes impactados en profundidad que se encuentran sintomáticos, pueden dejarse en hueso. Pero si son portadores de prótesis removible y el diente impactado solamente está cubierto por una capa delgada de hueso, deberían ser exodonciados antes de la colocación de la prótesis.

En cuanto a los terceros molares superiores, algunos rehabilitadores orales recomiendan en pacientes jóvenes dejarlos erupcionar y no exodonciarlos de forma sistemática para conservar la tuberosidad del maxilar, aunque cada situación debe individualizarse, valorando los riesgos y beneficios de la exodoncia del diente impactado. (p. 100)

2.2.7.4 Indicaciones Terapéuticas

En ocasiones los terceros molares retenidos pueden permanecer asintomáticos durante toda la vida, pero lo más frecuente es que estas piezas participen en algunos procesos patológicos. (Gay Escoda y otros., 2004, p. 359)

Entre las afecciones que pueden presentarse están:

2.2.7.4.1 Pericoronaritis:

Se presenta en el tercer molar semierupcionado, el espacio pericoronal es un espacio en el que se acumulan restos alimentarios y proliferan bacterias, con el desarrollo de un proceso inflamatorio agudo o crónico denominado Pericoronaritis. (Navarro, 2008, p. 21)

Según Chiapasco (2004) la pericoronaritis “está asociada en el 95% de los casos al tercer molar inferior semi incluido” (p. 121)

De acuerdo a Hupp, y otros (2010), la pericoronaritis también puede manifestarse tras un traumatismo menor producido por el tercer molar superior. “El tejido blando que recubre la superficie oclusal de un tercer molar inferior parcialmente erupcionado (conocido como opérculo) puede traumatizarse e inflamarse”. Muchas veces esta espiral de traumatismo e inflamación solamente se interrumpe después de la extracción del tercer molar superior.

Otro motivo para la aparición de pericoronaritis es el atrapamiento de comida debajo del opérculo debido a que esta bolsa no se puede limpiar y se produce una colonización bacteriana.

Para prevenir la pericoronaritis se debe extraer los terceros molares retenidos antes de que atraviesen la mucosa oral y se hagan visibles. (p. 156)

Gay Escoda y otros., (2004) señalan que:

La pericoronaritis es una situación muy común que aparece por igual en ambos sexos y su frecuencia va en aumento. Puede afectar a pacientes de cualquier edad; pero lo más frecuente es entre los 16 y 30 años de edad y la incidencia máxima es entre los 20 y 25 años. Para Lopes y cols. la pericoronaritis fue el motivo para justificar la extracción del 37,5% de los casos incluidos en su estudio. (p. 361)

Aproximadamente, el 25-30% de los terceros molares mandibulares impactados son extraídos debido a pericoronaritis, en particular si se producen episodios de repetición y no existe la posibilidad de completar la erupción debido a falta de espacio o malposición, es una frecuente justificación para la exodoncia de un tercer molar. Sin embargo, la exodoncia nunca debe llevarse a cabo durante el proceso inflamatorio agudo, ya que aumenta el riesgo de una alveolitis seca e infección. (Raspall, 2007, p. 99)

2.2.7.4.2 Periodontitis:

La dificultad del paciente en realizar una correcta higiene oral ante la presencia de terceros molares impactados, puede conducir a gingivitis con migración apical de la inserción gingival en la región distal al segundo molar, dando lugar a la aparición precoz de periodontitis intensa localizada, esto justifica el 5% de las exodoncias de terceros molares. (Raspall, 2007, p. 99) Chiapasco (2004) expresa que:

Las lesiones periodontales que afectan al segundo molar inferior representan, junto con la pericoronaritis, la principal indicación para la extracción de los terceros molares inferiores. También en la arcada superior, a causa de la particular situación anatómica, la presencia de un tercer molar incluido representa un riesgo para la salud periodontal del séptimo, porque es posible una precoz afección de su bifurcación radicular. (p. 122)

Raspall (2007) define que: “la remoción precoz de los terceros molares previene la aparición de enfermedad periodontal, a la vez que cursa con una mejor cicatrización ósea y mejor llenado óseo del espacio que antes ocupaba la corona” (p. 99)

Frente a lo citado anteriormente Gay Escoda y otros., (2004) sostienen que: “al realizar esta extracción debe procurarse no traumatizar los tejidos periodontales con el fin de que estas bolsas periodontales no aumenten después de la extracción quirúrgica” (pp. 371-372)

Existe mayor probabilidad de que los terceros molares que son extraídos a pacientes antes de los 25 años, presenten una mejor cicatrización ósea que aquellos en los que se extraen posteriormente. “En el paciente joven no solo es mejor la cicatrización periodontal inicial, sino que a largo plazo también lo es claramente la regeneración continua del periodonto” (Hupp, 2010, p. 157)

2.2.7.4.3 Caries:

Según Chiapasco (2004) “la incidencia de caries en los dientes incluidos o semiincluidos oscila entre el 3 y el 15%” (p. 122)

La retención de un molar parcialmente erupcionado provoca una zona de atrapamiento de alimentos, que con el tiempo provoca la aparición de caries en la superficie oclusal del tercer molar, en la superficie distal del segundo molar, o en los dos sitios. (Raspall, 2007, p. 99)

Navarro (2008) indica que “la formación de caries en la cara distal del segundo molar suele estar en relación con la posición mesioangular del cordal” (p. 22) acuerdo a Gay Escoda y otros., (2004) en la mayoría de los casos, la restauración de caries que afectan al tercer molar no es práctica, y a menudo es técnicamente imposible, por lo que se recomienda la exodoncia, sin esperar a que la caries afecte a la pulpa, produzca un absceso o se desarrolle una infección periapical. “La presencia de caries en un tercer molar es un factor a considerar; a menudo complica la extracción ya que la resistencia de la corona es importante para el procedimiento quirúrgico”.

No se debe realizar ningún tipo de tratamiento restaurador definitivo del segundo molar sin antes extraer el cordal, ya que durante las maniobras quirúrgicas, se puede dañar la restauración del segundo molar; pero si presenta patología pulpar, sí podemos efectuar tratamiento de conductos sin ningún inconveniente. (p. 371)

2.2.7.4.4 Dolor:

Navarro (2008) indica que: “el dolor asociado a los terceros molares mandibulares impactados suele deberse a pericoronaritis, caries o presión sobre los dientes adyacentes” (p. 22)

En varias ocasiones, los pacientes acuden al odontólogo quejándose de dolor a nivel de la región retromolar de la mandíbula sin una explicación evidente. Si ya se ha descartado enfermedades como el síndrome de dolor y disfunción miofacial y otros trastornos dolorosos faciales, y el paciente presenta una pieza dentaria sin erupcionar, con frecuencia la solución puede ser la exodoncia para eliminar el dolor. (Hupp, y otros., 2010, p. 157)

Raspall (2007) expresa que en ocasiones el estudio del diente impactado no revela signos clínicos ni radiológicos de alguna patología. El 1-2% de las exodoncias de terceros molares se realizan por la presencia de dolor. (p. 99)

2.2.7.4.5 Cefalea

Conocida comúnmente como “dolor de cabeza”, se puede describir como una sensación de pesadez, de tensión o de pinchazos a nivel del cráneo.

La certeza de que el dolor funciona como una alarma ante circunstancias que potencialmente pueden dañar al ser humano, se entiende como mecanismo esencial de supervivencia que nos indica que algo no está funcionando bien en nuestro organismo. (Medicinas Alternativas, 2006, p. 9)

En cuanto a problemas dentales en algunos casos los dolores pueden relacionarse con muelas del juicio o con problemas de la mandíbula.

Un alto porcentaje de personas que padecen cefaleas frecuentes, no conoce esta causa por lo que circulan por consultorios de diferentes especialidades, cuando la solución definitiva puede ser en la consulta odontológica. (Medicinas Alternativas, 2006, p. 28)

Peña (2004) expresa que debido a la presencia de terceros molares se produce una cefalea de tensión crónica, la cual se manifiesta por lo menos dos veces por semana, hasta quince días al mes, durante un período mínimo de seis meses.

El dolor no cede con la simple ingestión de analgésicos, y el paciente presenta varios síntomas como: dolor en la frente y parte posterior de la cabeza, contracturas en cuello, hombros y espalda, es un tipo de dolor de cabeza bilateral, es decir, se siente en ambos lados de la cabeza. (pp. 17-18)

2.2.7.4.6 Rizólisis de piezas vecinas:

Hupp, y otros., (2010) señalan que muchas veces un diente retenido origina una gran presión en la raíz del diente adyacente provocando una reabsorción radicular. Aunque no se define el proceso de reabsorción radicular, parece ser similar al proceso de reabsorción que sufren los dientes temporales durante la erupción de los dientes permanentes. (p. 156)

Si el estudio radiológico revela una reabsorción radicular se indicará la exodoncia del diente causal. El área de raíz que ha sufrido reabsorción se reparará mediante una capa de cemento, pudiendo ser necesaria la endodoncia del diente. En casos de rizólisis severa la exodoncia de ambos dientes puede estar indicada. (Raspall, 2007, p. 99)

2.2.7.4.7 Formación de Quistes o Tumores:

Cuando una pieza dentaria se encuentra retenida completamente en la apófisis alveolar, el saco folicular asociado también está retenido. En la mayoría de pacientes el folículo dental conserva su tamaño original, aunque puede sufrir una degeneración quística convirtiéndose en un quiste dentígeno. (Hupp, y otros., 2010, p. 157)

El tercer molar inferior participa con mayor frecuencia en la formación de quistes dentígenos. Debido a la posible aparición de esta patología se justifica

la exodoncia de terceros molares que permanecen asintomáticos por largo tiempo, pero pueden experimentar un agrandamiento considerable. En muchas ocasiones los quistes se descubren por medio de un examen radiográfico de rutina, pero en otros casos pueden causar tumefacción intrabucal o facial. (Raspall, 2007, p.100)

Hupp, y otros., (2010) resaltan que:

Del mismo modo que los quistes odontogénicos pueden aparecer alrededor de dientes retenidos, los tumores odontogénicos pueden surgir del epitelio contenido en el folículo dental. El tumor odontogénico más frecuente en esta región es el ameloblastoma. Aunque la incidencia global de quistes y tumores odontogénicos alrededor de dientes retenidos no es alta, la mayor parte de la patología del tercer molar inferior se asocia con dientes no erupcionados. (p. 157)

Raspall (2007) indica que: “sólo en el 1-2% de los terceros molares exodonciados se comprueba la existencia de patología quística o tumoral odontogénica” (p. 100)

Se recomienda la exodoncia de dientes impactados en pacientes con tumores en la cavidad oral que queden dentro o cerca de la zona que va a ser irradiada. (Navarro, 2008, p. 22)

2.2.7.4.8 Consideraciones en Fracturas

2.2.7.4.8.1 Fracturas Mandibulares:

Debido a que un tercer molar mandibular impactado ocupa un espacio que normalmente sería hueso, puede debilitar la mandíbula, causando que sea más susceptible a una fractura. (Raspall, 2007, p. 100)

Navarro (2008) expresa que si un cordal se ubica en la línea de fractura se realiza la exodoncia previamente a la reducción y fijación de la fractura. Pero si un diente retenido en el sitio de fractura evita el desplazamiento de los fragmentos óseos y el mismo diente no está fracturado, conviene dejarlo en su sitio hasta que se forme el callo de fractura. (p. 23)

2.2.7.4.8.2 Fracturas Dentarias:

Para Donado (2005) algunas fracturas dentarias son imputables al profesional que no prestó la atención necesaria por falta de estudio previo, exceso de prisas, empleo de una inadecuada técnica para el caso, dificultades propias a cada diente, y en otros casos son las características anatómicas las culpables directas de la complicación.

Dechaume señalaba: “ante un diente fracturado es preferible buscar las causas de la fractura que criticar a quien la hizo”. Lo ideal sería buscar antes de la extracción esas posibles causas para prevenir la fractura. Pueden presentarse fracturas en la corona, el cuello, la raíz o el ápice. (p. 363)

2.2.7.4.9 Alteraciones en la Articulación Témpero-Mandibular

La erupción parcial de un tercer molar mandibular (en mesioversión) induce una modificación relativamente rápida de la oclusión, con la aparición de interferencias que llevan a una situación de sobrecarga a los músculos y ligamentos de la articulación témpero-mandibular, con la consiguiente aparición de dolor, sobre todo de tipo muscular, y chasquidos al obligar a funcionar al complejo cóndilo-menisco en una mala situación mecánica.

Raustia y Oikarinen afirman que la erupción del tercer molar puede simular los signos y síntomas de una disfunción de la articulación témpero-mandibular y en un estudio realizado comprueban que la exodoncia de los terceros molares provoca un incremento en el rango de los movimientos de máxima apertura y lateralidad en los pacientes intervenidos. (Lago, 2007, pp. 18-19)

2.2.7.4.10 Tratamiento con Radioterapia o Quimioterapia:

Previo al tratamiento de radioterapia en un paciente con una neoplasia de la cavidad oral, se indica la exodoncia de todo diente impactado siempre y cuando no se encuentre incluido en la lesión. Si el diente impactado está en relación directa con la lesión maligna, se recomienda incluirlo en la pieza quirúrgica de resección mandibular.

“Ante un diente incluido en hueso ya irradiado, por lo general es mejor dejarlo, excepto que produzca sintomatología, debido al riesgo de osteorradionecrosis que complica la extracción” (Raspall, 2007, p. 101)

2.2.7.4.11 Factores Sociales y Económicos:

Raspall (2007) indica que es frecuente evitar la cirugía bucal en las edades extremas; la mayoría de los terceros molares inferiores retenidos se extraen entre los 15 y 35 años de edad. Se recomienda que el momento ideal para la exodoncia de terceros molares impactados sea a los 16-18 años, cuando las raíces están formadas en un tercio de su longitud. La exodoncia precoz reduce la morbilidad postoperatoria y permite una mejor cicatrización.

La reparación periodontal es mejor en el paciente joven porque hay una mejor regeneración ósea y readaptación de la encía adherida al segundo molar.

Los pacientes pueden escoger el momento de la extracción para reducir los inconvenientes o incluso solicitarla como medida profiláctica en caso de viajes a zonas sin hospitales o atención médica adecuada. (p. 101)

Debido al costo de la cirugía de los terceros molares algunos pacientes solicitan únicamente la exodoncia de la pieza que más afecta, dejando las otras piezas sin ningún tratamiento.

2.2.7.4.12 Medicina Alternativa:

La medicina alternativa o complementaria fue aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1979, particularmente la Medicina Tradicional China (acupuntura) por sus efectos reguladores y analgésicos. En medicina, los tratamientos alternativos son utilizados por 42% de la población en los Estados Unidos y 20% en el Reino Unido, mientras que en odontología puede apreciarse un incremento de 8% en los últimos 15 años en los Estados Unidos. (Tamashiro y Arias, 2010, p. 42)

De acuerdo al artículo publicado por Julio (2006) “La boca es parte de un todo y no hay buena salud si nos olvidamos de ella”. Se debe pensar que cuando surgen patologías orales, seguramente pertenecen a un desequilibrio que se evidencia por síntomas que van más allá del cuidado y atención que se dedique a la higiene o a la dieta.

“El diente no está alejado del ser y se relaciona con todas las células de nuestro organismo. Nuestra boca es tan personal como las huellas digitales”.

Cada persona es única y no todos los pacientes necesitan lo mismo, muchas veces acuden al consultorio con problemas crónicos porque no se llega a las causas de la enfermedad; pacientes hipersensibles, con intolerancia a metales, personas con fobias que no toleran un tratamiento odontológico, pacientes que están cansados de padecer los efectos secundarios de la medicación tradicional. “Muchos signos aparentemente extraños, raros y peculiares, que no tienen respuesta en la odontología ortodoxa pueden ser tratados con éxito utilizando medicación homeopática que estimula las propias defensas y permite que el organismo reaccione siguiendo las leyes naturales”.

En el artículo publicado por Osorio (2003) señala que Butzer en el año 1850, pretendía que “las afecciones dentales podían provocar epilepsia, neuralgias, problemas auditivos y visuales”.

Kinast (2001) indica que: “se puede entender como Odontología Neurofocal a aquella visión del Sistema Estomatognático que permite identificar diversas patologías a distancia derivadas de disfunciones o alteraciones, cuyo punto primario se encuentra en el Sistema Estomatognático”.

Las interferencias energéticas que se producen en boca pueden generar patologías en cualquier parte del organismo, ya que las piezas dentarias poseen todos los elementos propios del líquido extracelular y de la matriz extracelular, de esta manera está interconectado con todo el organismo.

Durante los tests de kinesiología, es posible encontrar un problema estructural en relación con la muela del juicio, si se encuentra que el diente es el problema principal que causa una alteración postural que induce dolores a nivel craneano, cervical, lumbar, miembros inferiores etc., es necesario extraerla para restablecer el equilibrio postural.

A menudo un tratamiento homeopático permite no sólo solucionar los síntomas de inflamación local cuando están presentes, sino también elevar el umbral máximo de tolerancia del paciente. Esto permitirá evaluar de nuevo la necesidad de extracción si la causa estructural persiste. (Bache, 2006)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

CAUSAS:

- Aquello que se considera como fundamento u origen de algo.

EXODONCIA:

- Es aquella parte de la cirugía oral que se ocupa de practicar la avulsión o extracción de un diente.

TERCERAS MOLARES:

- son los últimos órganos dentarios en erupcionar ubicados a cada lado de los maxilares

PACIENTES:

- Persona que padece física y corporalmente, especialmente quien se halla bajo atención médica.

SERVICIO DE ODONTOLOGIA:

- Organización y personal destinados a cuidar intereses o satisfacer necesidades del tratado dental.

HOSPITAL II:

- Establecimiento especializado destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practican también la investigación y la enseñanza.

2.4 HIPÓTESIS

Hi: Las causas para la exodoncia de terceras molares es alta en pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II ESSALUD Huánuco 2015

Ho: Las causas para la exodoncia de terceras molares es baja en pacientes que acuden al servicio de Odontología del Hospital II ESSALUD Huánuco 2015

2.5 VARIABLES

Variable Principal:

Causas para la exodoncia de terceras molares

Variables intervinientes

Edad

Sexo

2.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE PRINCIPAL			
CAUSAS PARA LA EXODONCIA DE TERCERAS MOLARES	TERCERAS MOLARES	Terceras molares: 1.8, 2.8, 3.8, 4.8	ORDINAL
	SINTOMATOLOGIA	-Indicaciones profilácticas o prevención -Dolor local -Dolor irradiado -Cefalea -Motivos ortodónticos -Indicaciones protésicas -Pericoronaritis -Caries -Quistes o tumores -Rizólisis -Fracturas Óseas y dentarias. -Alteraciones de la ATM -Tratamiento con radioterapia o quimioterapia -Medicina alternativa	
VARIABLE INTERVENIENTER			
CARACTERISTICAS GENERALES	EDAD	AÑOS	Razón o proporción
	SEXO	MASCULINO FEMENINO	NOMINAL

III MARCO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACION:

En el desarrollo del estudio, se utilizaron los siguientes tipos de investigación:

- a) Descriptiva.- En este tipo de investigación se describieron las características concretas del objeto de estudio, que son las causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden al servicio de Odontología del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2015.
- b) Transversal.- Es un tipo de estudio transversal de punto, porque midió el número de casos en un momento determinado denominado prevalencia. Además tiene un buen control de la selección de los sujetos de estudio, se emplea poco tiempo de ejecución, se realizó un seguimiento de los individuos a corto plazo durante el tiempo de la investigación y los gastos económicos se encontraron dentro del presupuesto.

3.2 Población y Muestra

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra a utilizarse en el desarrollo de la investigación, fue no probabilística. Fueron válidos para la investigación 25 pacientes que cumplieron con los requisitos establecidos.

3.2.1 Unidades de Análisis

Pacientes que acudieron para exodoncia de terceros molares en el servicio de odontología de hospital II ESSALUD Huánuco 2015.

3.2.1.1 Objeto de observación en cada unidad

Causas para exodoncia quirúrgica de terceros molares.

3.2.1.2 Fundamentación Legal

Para la realización del trabajo de investigación se tomó varias referencias actualizadas de libros, artículos de internet y revistas del área odontológica, especialmente de Cirugía bucal.

Se informó a cada paciente que para la realización del presente trabajo de investigación se necesita su consentimiento, de esta manera a través de un formulario original empezó la entrevista a los pacientes por medio de preguntas cerradas.

También la Historia clínica de cada paciente constituye un documento único, legal, con el respaldo de un consentimiento informado con su firma y en el caso de los menores de edad, la firma de su representante.

3.2.2 Criterios

Los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

Criterios de Inclusión

- Pacientes con número de historia clínica de acuden al servicio de odontología de hospital II ES SALUD Huánuco 2015.
- Pacientes de cualquier edad.
- Pacientes que tenían fecha confirmada para la extracción quirúrgica de sus terceros molares.
- Pacientes atendidos dentro del período de la investigación.

Criterio de Exclusión

- Pacientes que no tenían número de historia clínica de del servicio de Odontología del Hospital II ESSALUD Huánuco 2015.
- Pacientes que se realizaron una cirugía diferente y no de terceros molares.
- Pacientes atendidos antes o después del período de la investigación.

Área de Estudio

La investigación se llevó a cabo en consultorio externo del servicio de Odontología del Hospital II ESSALUD Huánuco ubicado en:

Provincia: Huánuco. Distrito: Amarílis - Consultório N° 10 – 1er piso.

Dirección: Jr. Jose Olaya s/n

Duración de la Investigación

La duración de la investigación, fue de ocho meses, entre Mayo y Diciembre del 2015, tiempo en el cual se recolectó los datos estadísticos, y luego se realizó la tabulación e interpretación de los resultados.

3.3. Métodos y Técnicas de Recolección

Esta investigación se realizó por medio de una entrevista directa al paciente, control post- quirúrgico a los 8 y 15 días, observación de la radiografía correspondiente, se analizó y se discutió con argumentos técnicos la información recolectada, a través de la observación directa, la que se desarrolló en forma discreta y analítica, identificando las diferentes causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden al servicio de Odontología del Hospital II Huánuco 2015.

3.3.1 Primarias

3.3.1.1 Observación Directa:

Es directa porque el investigador se pone en contacto personalmente con el hecho o fenómeno que trata de investigar, en este caso con los pacientes que acudieron al consultorio de Odontología del Hospital II ESSALUD Huánuco 2015.

3.3.1.2 Entrevista:

Es una técnica que consiste en un diálogo entre el entrevistador (investigador) y el entrevistado (paciente) que se realiza con el fin de obtener información de parte de este.

3.3.1.3 Formulario:

Es un documento impreso con preguntas o requisitos para llenar en espacios en blanco, en donde se escriben los datos solicitados.

3.3.1.4 Instrumento:

Se utilizaron formularios para realizar la entrevista directa al paciente, además la historia clínica con su consentimiento informado que facilitó la obtención de información y datos específicos, con la radiografía panorámica correspondiente.

3.3.1.4.1 Validez y Confiabilidad del Instrumento

La validez se refiere a la verdad y corrección de un planteamiento. Un argumento válido es plausible, bien fundamentado, justificable, fuerte y convincente. En la investigación cualitativa, la validez refleja el grado en que el método investiga lo que se propone al punto que las observaciones reflejan el fenómeno o las variables en estudio.

Según Díaz (2009) la confiabilidad se refiere a la consistencia de los hallazgos de la investigación, abarca la totalidad de la investigación. En los instrumentos de investigación se trata de evitar distorsiones producidas por la ubicación de la investigación en el terreno. “Las preguntas no pueden inducir respuestas, deben ser comprensibles para los entrevistados y respetar sus ritmos” (p. 529) Frente a lo expresado anteriormente se verificó la pertinencia de las preguntas del formulario en función de los objetivos de la investigación y la claridad en la redacción de las preguntas. De esta manera se diseñó la ficha epidemiológica con preguntas cerradas, se eliminaron preguntas innecesarias, se realizaron correcciones en las preguntas y se ubicaron en orden lógico.

3.3.2 Secundarias

Para el desarrollo de la investigación, se utilizó la investigación bibliográfica para la elaboración del marco teórico, el cual aportó información suficiente para poder conocer los conceptos fundamentales de la investigación y su problema.

3.3.2.1 Fuentes Primarias

- Bibliografía
- Investigaciones previas relacionadas con el problema

3.3.2.2 Fuentes Secundarias

- Compilaciones
- Resúmenes
- Listado de referencias publicadas

3.3.2.3 Fuentes Terciarias

- Documentos
- Catálogos

VII. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

7.1. POTENCIAL HUMANO

RECURSOS HUMANOS	CANTIDAD	TOTAL
Investigador.	01	01
Asesor.	01	01
Colaboradores.	01	01
Estadista.	01	01
Total de recursos humanos.	04	04

7.2. RECURSOS MATERIALES

MATERIALES Y EQUIPOS	DESCRIPCION	CANTIDAD
Materiales	- USB	10
	- cámara	01
	- Papel bond A4	01 paquete
	- Fólder de manila	10
	- Lapicero	30
	- Engrapador	01
Equipos	- Laptop	01
	- Impresora	03
Servicios	- Movilidad	10

7.3. RECURSOS FINANCIEROS

RECURSOS HUMANOS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO(s/.)	TOTAL(s/.)
Investigador.	02	500 00	500 00
Asesor.	01	100 00	100 00
Colaboradores.	01	150.00	150 00
Estadista.	01	200 00	200 00
Sub total de recursos humanos.	05	950.00	950 00

7.4. COSTOS

MATERIALES Y EQUIPOS	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO (s/.)	TOTAL (s/.)
Materiales	- USB	01	35	35
	- Papel bond A4	01 Paquete	30	30
	- Fólder de manila	10	0.50	15
	- camara	01	700	700
	- Lapicero	30	0.50	15
	- Engrapador	01	10	10
Equipos	- Laptop	01	1 500	1 500
	- Impresora	01	400	400
Servicios	- Movilidad	10	3	3
Sub total l de recursos de materiales y equipos		56	2679	2 708
TOTAL:		56	2679	2708

7.5. CRONOGRAMA DE ACCIONES

Cronograma de actividades									
Actividades	2015							2015	
	Jul.	Jul..	Ago.	Ago	Set..	Oct.	Oct.	Oct.	Nov.
Revisión bibliográfica	x	x	x						
<i>anteproyecto</i> elaboración			x						
Revisión y correcciones				X	x				
Elaboración del proyecto					x				
Evaluación del proyecto por la comisión Adhoc						x			
Aprobación del proyecto						X	x		
Recolección - procesamiento de los datos.						X	X	X	
Resultados - recomendaciones								X	
Elaboración del informe								X	
Presentación de la tesis									X
Publicación									X

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. FUSTER, M. GARGALLO, J. BERINI, L. GAY, C. (2008). **“Evaluación de la indicación de la extracción quirúrgica de los terceros molares según el cirujano bucal y el odontólogo de atención primaria experiencia en el Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucal de la Universidad de Barcelona”**. Barcelona – España. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal. Revista Dialnet. ISSN 1698-4447, Vol. 13, Nº. 5, p. (pp. 299-305). Disponible en: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3034518>>
2. CHAPARRO, A. PÉREZ, S. VALMASEDA, E. BERINI, L. GAY, C. (Noviembre - Diciembre 2005). **“Morbilidad de la extracción de los terceros molares en pacientes entre los 12 y 18 años de edad”**. Barcelona – España. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. Revista Scielo. Vol. 10. N. 5. p. (pp. 422-31) Disponible en:
3. OLATE, S.; ALISTER, J. P.; ALVEAL, R.; THOMAS, D.; SOTO, M.; MANCILLA, P. y CEBALLOS, M. (2007). **Hallazgos clínicos y radiográficos de terceros molares con indicación de extracción. Resultados preliminares**. Int. Journal Odontostomat., p. (pp. 29-34)
4. Medina C, Pontigo A, Pérez E, Hernández P, Navarrete J. **Principales razones de extracción de dientes permanentes en una muestra de adultos mexicanos** Revista de Investigación Clínica México Marzo-Abril, 2013 / V ol. 65, Núm. 2 p p 141-149.
5. Moncada E, Martínez J, Merchán S, Barona C, Fernández F, **Influencia de los terceros molares retenidos en pacientes con trastornos de la articulación temporomandibular en el hospital de Madrid. España, 2009** AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA Vol. 25 - Núm. 1 – 2009

6. ADEYEMO, WL. (2006). **Do pathologies associated with impacted lower third molars justify prophylactic removal. A critical review of the literature.** *Oral Surg Oral Med. Oral Pathol Oral Radiol Endod*; 102: 448-52.
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1698-44472005000500007&script=sci_arttext>
7. GARCÍA, F. TORO, O. VEGA, M. VERDEJO, M. (2009). **“Erupción y Retención del Tercer Molar en Jóvenes entre 17 y 20 Años, Antofagasta, Chile”.** Antofagasta – Chile. *Revista Scielo*. p. (pp. 727-736) Disponible en:
<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95022009000300016&script=sci_arttext>
8. HERRERA, I. (2002). Tesis **“Frecuencia y clasificación de terceros molares retenidos, superiores e inferiores, en una muestra de pacientes mayores de 18 años de edad, que asistieron a la Facultad de Odontología de la Universidad Francisco Marroquín durante el año 2001”.** Guatemala – Guatemala. 59 p.
9. INFANTES, J. (2009). **Odontología Biológica Neurofocal. Málaga-España. Centro de medicina Natural y antienvjecimiento.** Disponible en:
<<http://www.medicinabiologica.es/odontologia-biologica.html>>
10. MARTÍNEZ, J. (2009). **Cirugía Oral y Maxilofacial.** México D.F-México: Editorial Manual Moderno S.A. 559 p.
11. MEDEIROS, PJ. (2006). **Cirugía de dientes incluidos, extracción del tercer molar.** Caracas-Venezuela: Editorial Amolca.

12. MOLINA, J. (Octubre 2012). Artículo **“Terceros Molares o Muelas del juicio”**. **Año 1. Edición 1. Revista Salud en Cuernavaca**. Ejemplar gratuito. Revista trimestral. Editada por Grupo Editorial Expresión e Imagen S.A de C.V. Morelos-México.
13. MONCADA, Escorcia. MARTÍNEZ, JM. MERCHÁN, S. BARONA, C. FERNÁNDEZ, F. (Enero - Febrero 2009). **“Influencia de los terceros molares retenidos en pacientes con trastornos de la articulación temporomandibular en el hospital de Madrid”**. Revista Scielo. Vol. 25. N.1. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n1/original4.pdf>
14. SAAVEDRA, M. (2001). **Elaboración de Tesis Profesionales. México D.F - México: Editorial Pax México. Primera edición. 118 p.**
15. WERKMEISTER, R. FILLIES, T. JOOS, U. SMOLKA, K. (2005). **Relationship between lower wisdomtooth position and cyst development, deep abscess formation and mandibular fracture**. J Craniomaxillofac Surg; 33: 164-8.

ANEXO

RESULTADOS

A. Análisis univariado

Tabla 1. Edad de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Edad	Nº	%	% acumulado
18 a 20	2	7.7	7.7
21 a 23	2	7.7	15.4
24 a 26	2	7.7	23.1
27 a 29	4	15.4	38.5
30 a más	16	61.5	100.0
Total	26	100.0	

Fuente: cuestionario para identificar causas para la exodoncia.

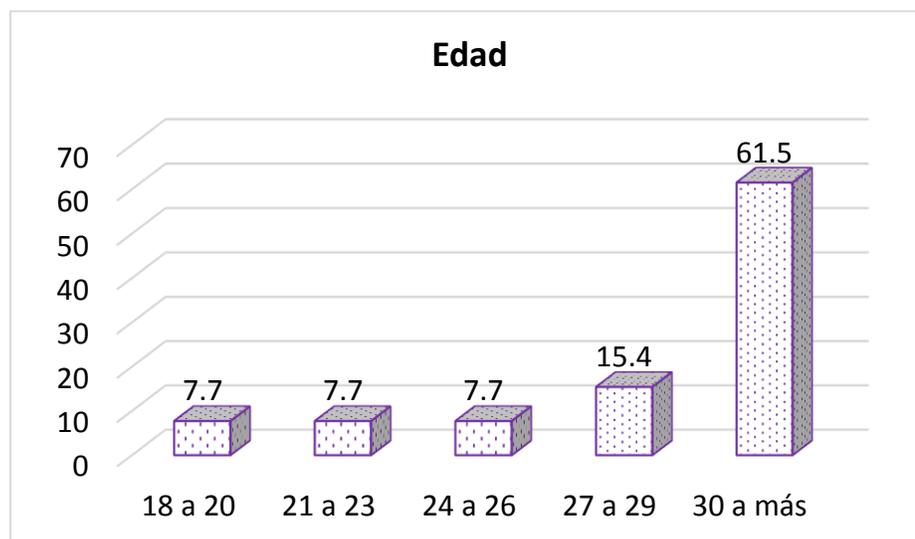


Figura 1. Edad de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Análisis

En la tabla 1, se aprecia que el 61.5% (16) de los pacientes tienen 30 a más años de edad; el 15.4% (4) tienen entre 27 a 29 años; y el acumulado de 23.1% agrupa a las edades de 18 a 20, 21 a 23 y 24 a 26 años, y que cada uno representa a un 7.7% (2).

Interpretación

La mayor cantidad de pacientes está por encima de 30 a más años de edad.

Tabla 2. Sexo de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Sexo	Nº	%
Femenino	15	57.7
Masculino	11	42.3
Total	26	100.0

Fuente: cuestionario para identificar causas para la exodoncia.

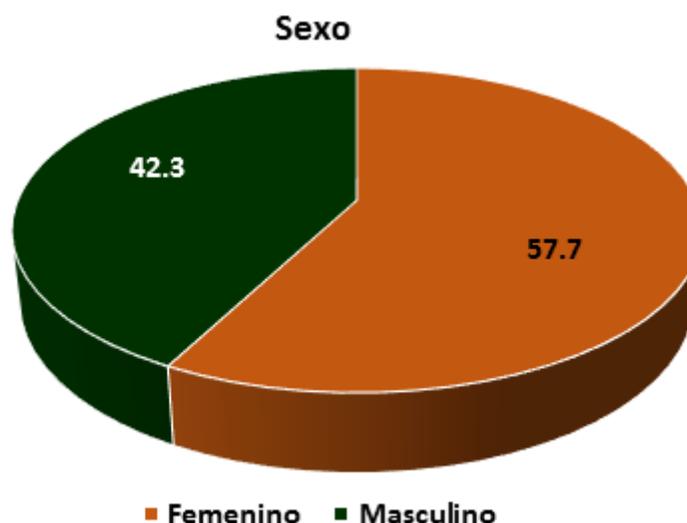


Figura 2. Sexo de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Análisis

En la tabla 2, se aprecia que el 57.7% (15) de los pacientes en estudio son mujeres; mientras que el 42.3% (11) son varones.

Interpretación

El mayor número de pacientes son del sexo femenino.

Tabla 3. Piezas dentarias de terceros molares de los pacientes que acuden al

servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Pieza dentaria de terceros molares	Nº	%	% acumulado
Pza 18	10	38.5	38.5
Pza 28	8	30.8	69.2
Pza 38	3	11.5	80.8
Pza 48	5	19.2	100.0
Total	26	100.0	

Fuente: cuestionario para identificar causas para la exodoncia.

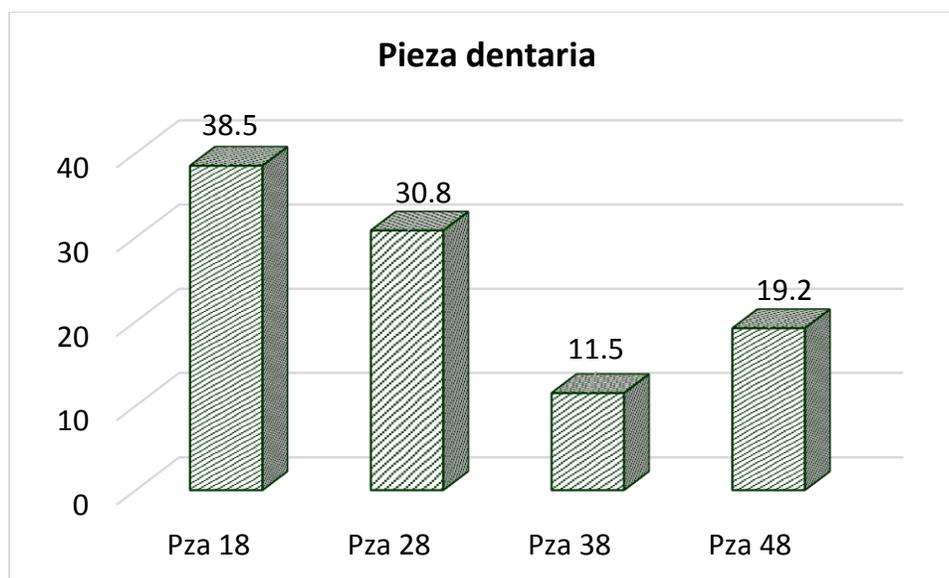


Figura 3. Piezas dentarias de terceros molares de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Análisis

En la tabla 3, se aprecia que el 38.5% (10) de los molares en estudio corresponden a la pieza 18; el 30.8% (8) estudiada fue la pieza 28; el 19.2% (5) la pieza 48; mientras que solo el 11.5% (3) correspondió a los terceros molares, pieza 38.

Interpretación

Las piezas 18 y 28, representaron al 69.2% de los terceros molares estudiados.

Tabla 4. Causas para exodoncia en los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015

Causas para exodoncia	Nº	%	% acumulado
Caries	12	46.2	46.2
Dolor irradiado	10	38.5	84.6
Pericoronaritis	2	7.7	92.3
Dolor local	1	3.8	96.2
Rizólisis	1	3.8	100.0
Total	26	100.0	

Fuente: cuestionario para identificar causas para la exodoncia.

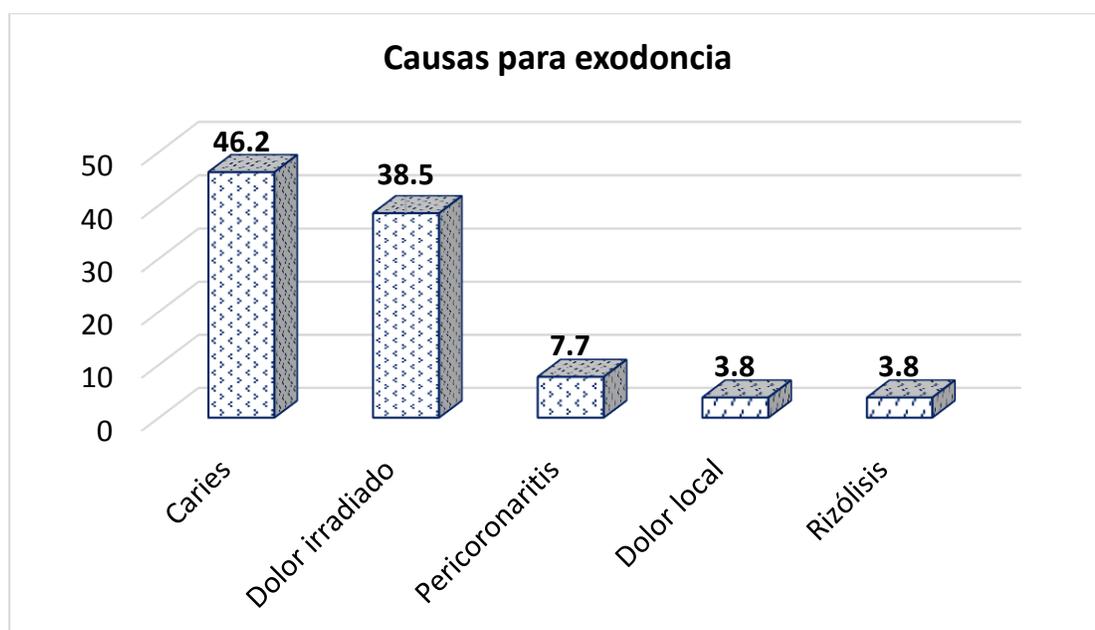


Figura 4. Causas para la exodoncia en los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Análisis

En la tabla 4, se aprecia que el 46.2% (12) fue la caries la causa más prevalente para la exodoncia; mientras que el 38.5% (10) de los dientes fue afectado por el dolor irradiado; el 7.7% (2) sufrió pericoronaritis; mientras que el dolor local y rizólisis afectó al 3.8% (1) de los dientes respectivamente.

Interpretación

Las causas más prevalentes para la exodoncia de los terceros molares fueron la caries y el dolor irradiado.

B. Análisis bivariado

Tabla 5. Causas para exodoncia según edad de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Edad	Causas para la exodoncia de terceros molares					Total	
	Dolor local	Dolor irradiado	Peri coronaritis	Caries	Rizólisis		
18 a 20	Nº	0	2	0	0	0	2
	%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%	7.7%
21 a 23	Nº	0	2	0	0	0	2
	%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%	7.7%
24 a 26	Nº	0	2	0	0	0	2
	%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%	7.7%
27 a 29	Nº	0	1	1	2	0	4
	%	0.0%	3.8%	3.8%	7.7%	0.0%	15.4%
30 a más	Nº	1	3	1	10	1	16
	%	3.8%	11.5%	3.8%	38.5%	3.8%	61.5%
Total	Nº	1	10	2	12	1	26
	%	3.8%	38.5%	7.7%	46.2%	3.8%	100.0%

Fuente: cuestionario para identificar causas para la exodoncia.

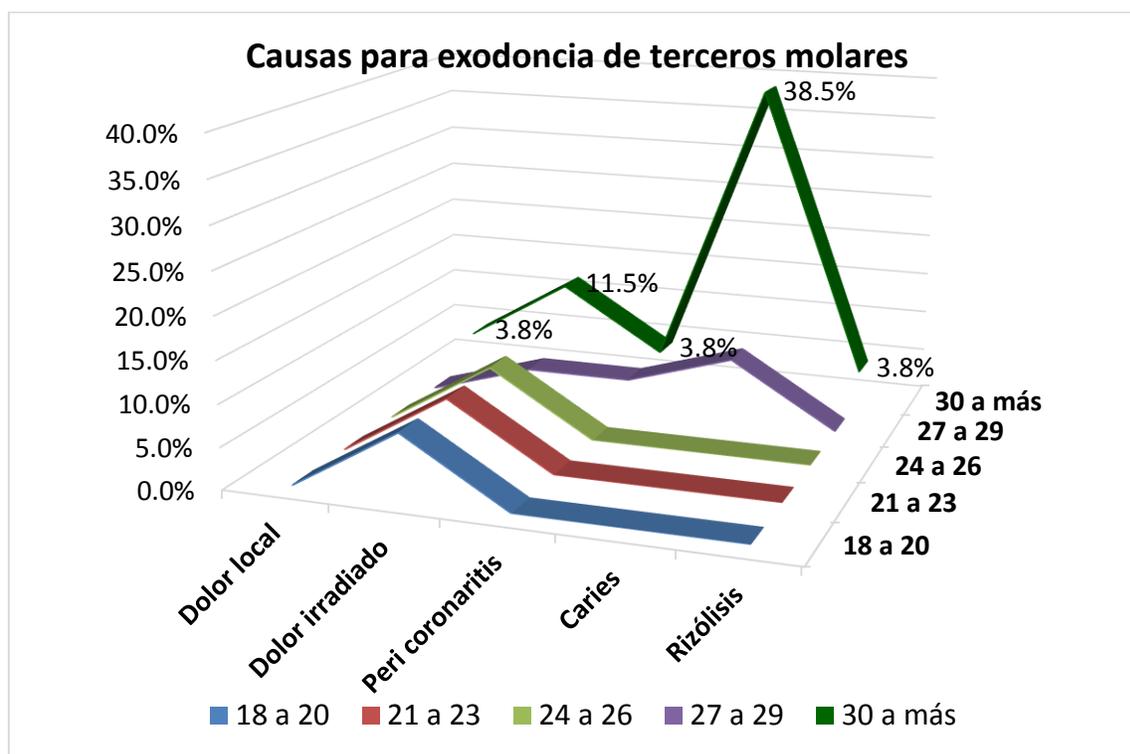


Figura 5. Causas para la exodoncia según edad de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Tabla 6. Causas para exodoncia según sexo de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Sexo	Causas para la exodoncia de terceros molares						Total
	Dolor local	Dolor irradiado	Pericoronaritis	Caries	Rizólisis		
Femenino	Nº	1	7	0	7	0	15
	%	3.8%	26.9%	0.0%	26.9%	0.0%	57.7%
Masculino	Nº	0	3	2	5	1	11
	%	0.0%	11.5%	7.7%	19.2%	3.8%	42.3%
Total	Nº	1	10	2	12	1	26
	%	3.8%	38.5%	7.7%	46.2%	3.8%	100.0%

Fuente: cuestionario para identificar causas para la exodoncia.

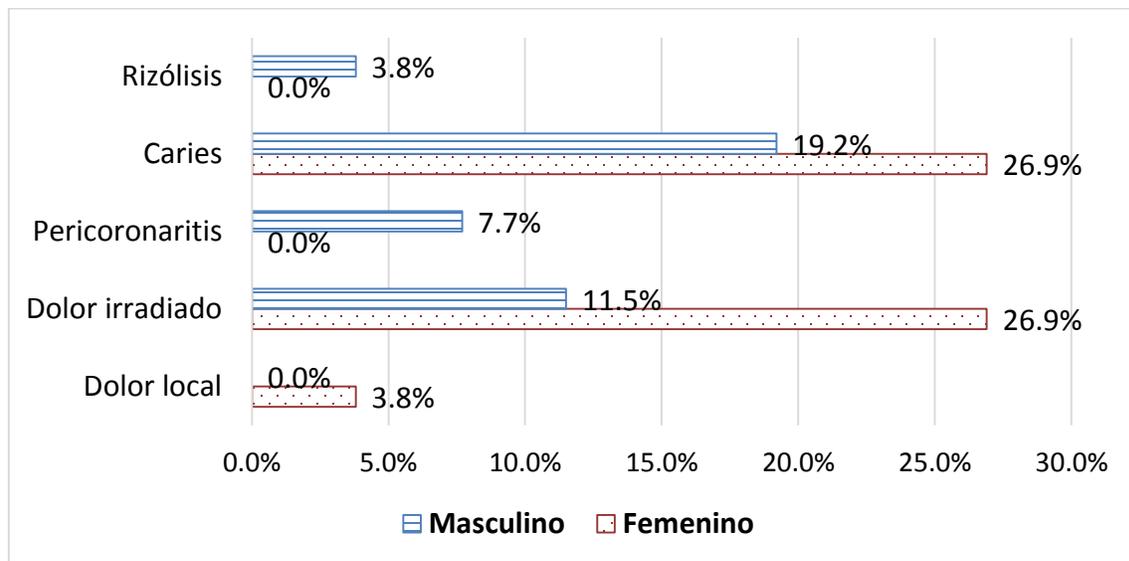


Figura 6. Causas para la exodoncia según sexo de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Tabla 7. Causas para exodoncia de terceros molares en los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Pieza dentaria	Causas para la exodoncia de terceros molares					Total
	Dolor local	Dolor irradiado	Pericoronaritis	Caries	Rizólisis	
Pza 18	Nº 0	6	0	4	0	10
	% 0.0%	23.1%	0.0%	15.4%	0.0%	38.5%
Pza 28	Nº 0	1	2	4	1	8
	% 0.0%	3.8%	7.7%	15.4%	3.8%	30.8%
Pza 38	Nº 0	1	0	2	0	3
	% 0.0%	3.8%	0.0%	7.7%	0.0%	11.5%
Pza 48	Nº 1	2	0	2	0	5
	% 3.8%	7.7%	0.0%	7.7%	0.0%	19.2%
Total	Nº 1	10	2	12	1	26
	% 3.8%	38.5%	7.7%	46.2%	3.8%	100.0%

Fuente: cuestionario para identificar causas para la exodoncia.

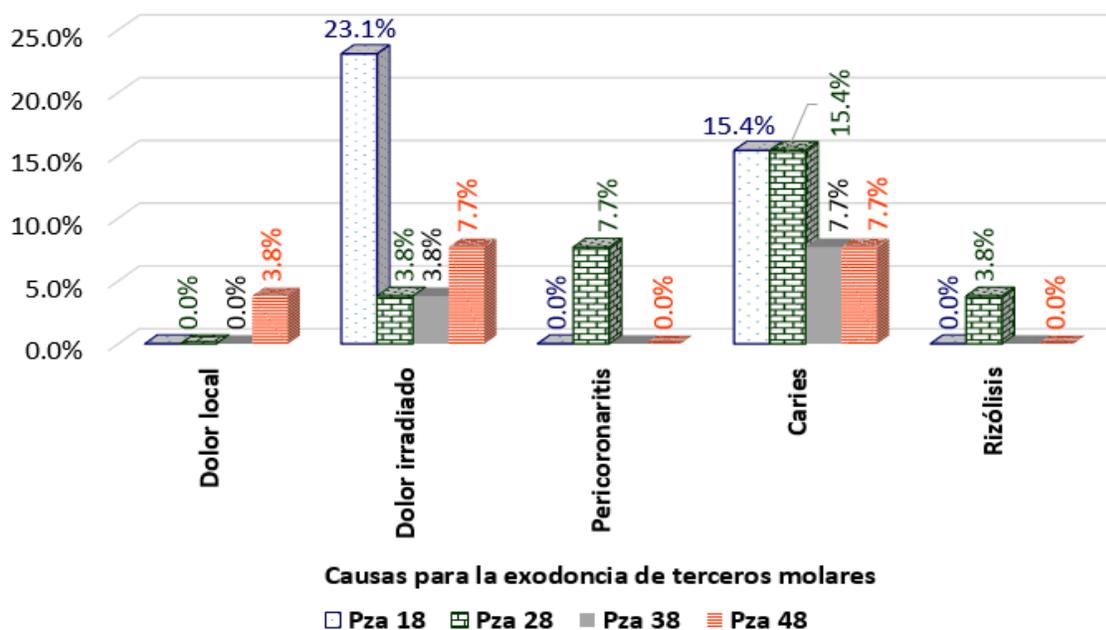


Figura 7. Causas para exodoncia de terceros molares en los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Tabla 8. Análisis de las piezas dentarias con las causas para exodoncia en los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Pieza dentaria afectada	Causas para la exodoncia de terceros molares	Nº
Pza 18	Dolor irradiado	6
	Caries	4
Pza 28	Caries	4
	Pericoronaritis	2
	Dolor irradiado	1
	Rizólisis	1
Pza 38	Caries	2
	Dolor irradiado	1
Pza 48	Caries	2
	Dolor irradiado	2
	Dolor local	1
Total		26

Fuente: cuestionario para identificar causas para la exodoncia.

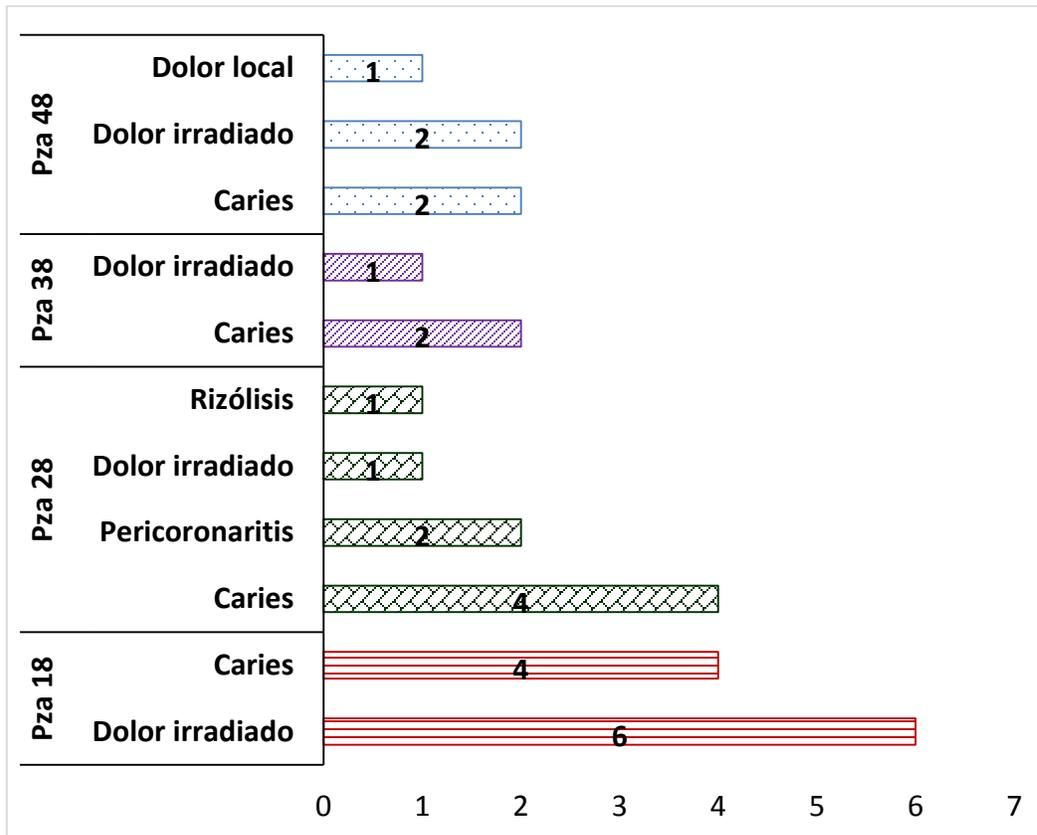


Figura 8. Representación de terceros molares afectados con las causas para exodoncia en los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Análisis

En la tabla 8, se observa que el tercer molar más afectado con el dolor irradiado y la caries es la pieza 18; pero la pieza 28 fue afectado con mayor cantidad de signos (caries, pericoronaritis, rizólisis) y síntomas (dolor irradiado); mientras que la pieza 48 fue afectado con caries, dolor irradiado y dolor local. La pieza 38 fue la menos afectada con signos (caries) y síntomas (dolor irradiado).

Interpretación

La caries y el dolor irradiado afectaron a todas las piezas dentarias del tercer molar.

Tabla 9. Análisis de la edad con las causas para exodoncia en los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Edad más afectada	Causas para la exodoncia de terceros molares	Nº
18 a 20	Dolor irradiado	2
21 a 23	Dolor irradiado	2
24 a 26	Dolor irradiado	2
27 a 29	Caries	2
	Dolor irradiado	1
	Pericoronaritis	1
30 a más	Caries	10
	Dolor irradiado	3
	Rizólisis	1
	Dolor local	1
	Pericoronaritis	1
Total		26

Fuente: cuestionario para identificar causas para la exodoncia.

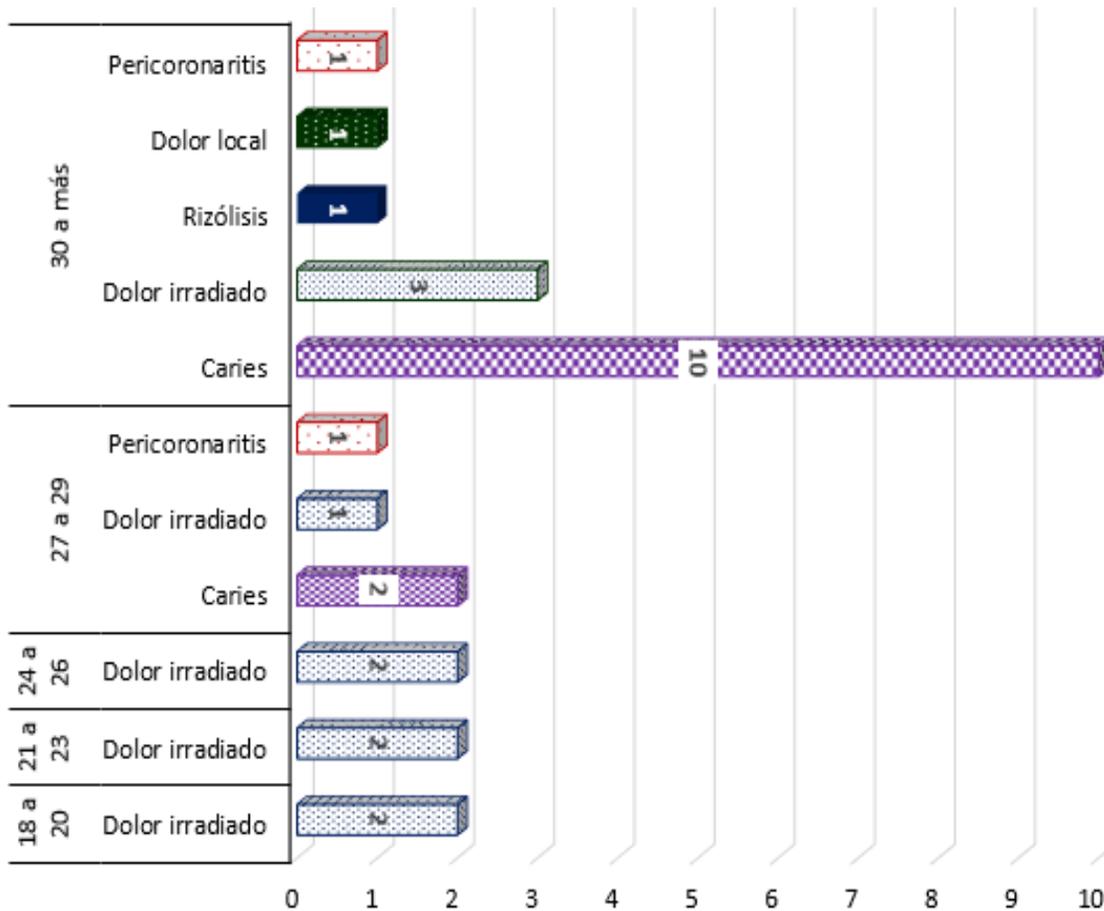


Figura 9. Análisis de la edad con las causas para exodoncia en los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Análisis

En la tabla 9, se evidencia que las personas con 30 a más años de edad fueron afectados con caries, dolor irradiado, dolor local, pericoronaritis y rizólisis; los de 27 a 29 años de edad sufrieron caries, dolor irradiado y pericoronaritis; mientras que las demás edades fueron afectadas solo con el dolor irradiado.

Interpretación

Las personas de diferentes edades sujetos en estudio fueron afectadas con dolor irradiado en sus terceros molares.

Tabla 10. Análisis del sexo con las causas para exodoncia en los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Sexo más afectado	Causas para la exodoncia de terceros molares	Nº
Femenino	Caries	7
	Dolor irradiado	7
	Dolor local	1
Masculino	Caries	5
	Dolor irradiado	3
	Pericoronaritis	2
	Rizólisis	1
	Total	26

Fuente: cuestionario para identificar causas para la exodoncia.

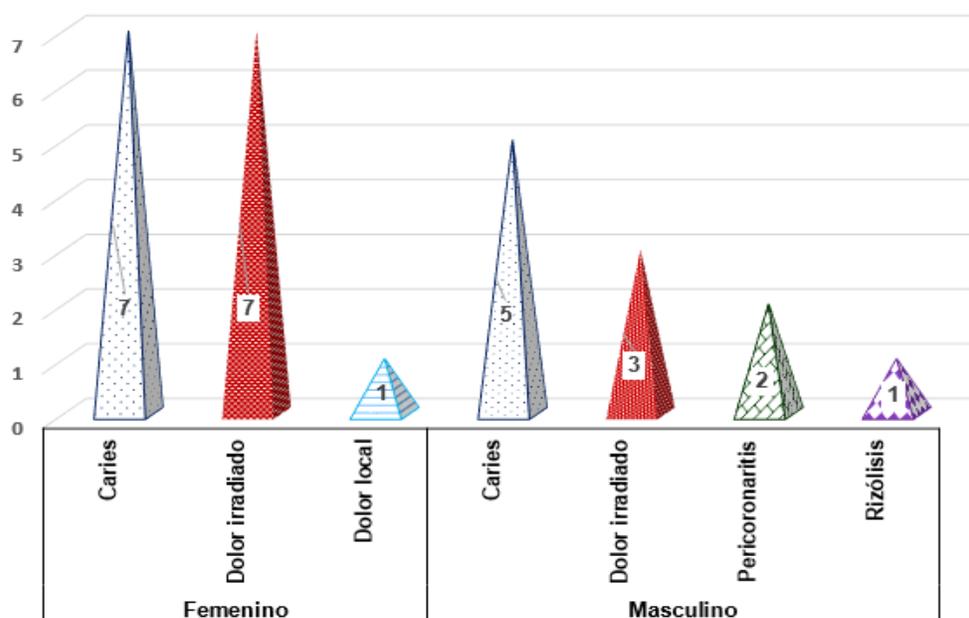


Figura 10. Análisis del sexo con las causas para exodoncia en los pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Análisis

En la tabla 10, se aprecia que las mujeres fueron afectadas mayormente por caries, dolor irradiado y dolor local; sin embargo, los varones sufrieron mayor cantidad de afecciones como la caries, dolor irradiado, pericoronaritis y rizólisis.

Interpretación

Las afecciones comunes entre las mujeres y los varones fueron caries dental y dolor irradiado.

C. Contrastación de las hipótesis

Tabla 11. Contrastación de las causas para la exodoncia en pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Causas para la exodoncia de terceros molares	Frecuencia observada	Frecuencia esperada	Residuo	Chi²	GI	p valor
Caries	12	5.2	6.8	22.1	4	0,000
Dolor irradiado	10	5.2	4.8			
Pericoronaritis	2	5.2	-3.2			
Dolor local	1	5.2	-4.2			
Rizólisis	1	5.2	-4.2			
Total	26					

Fuente: cuestionario para identificar causas para la exodoncia.

Análisis

En la tabla 11, se observa que la caries y el dolor irradiado son las causas más comunes para endodoncia de terceros molares; mientras que la pericoronaritis, dolor local y rizólisis son causas menos prevalentes. La probabilidad de que cada una de las causas sean seleccionadas fue de 0.2, resultado que sale de dividir 100.0% entre 5; mientras que la frecuencia esperada fue 5.2, multiplicando el total (26) por la probabilidad de seleccionamiento de cada causa (0.2). Los residuos de cada causa variaron al restar las frecuencias observadas menos la frecuencia esperada.

Finalmente, a fin de determinar la significancia de las diferencias entre las frecuencias observadas, se utilizó el estadístico de prueba Chi², con cuatro grados de libertad y 5% de error alfa; por lo que el Chi² calculado fue 22.1 y p valor 0.000 ($p < 0.05$); por lo que con una probabilidad de error de 0.0%, las causas para la exodoncia de terceros molares fueron los de prevalencia alta. En conclusión, se rechaza la hipótesis nula (Ho) y se acepta la hipótesis de investigación (Hi): “las causas para la exodoncia de terceros molares fueron los de prevalencia alta (caries y el dolor irradiado) en pacientes que acuden al servicio de odontología”.

Interpretación

Las causas más prevalentes fueron la caries dental y dolor irradiado, los mismos conllevaron a la exodoncia de terceros molares.

Tabla 12. Contrastación de las piezas dentarias con las causas para exodoncia en pacientes que acuden al servicio de odontología del Hospital II EsSalud – Huánuco 2015.

Variables de contrastación	Chi²	GI	p valor
P18 * Causas para la exodoncia de terceros molares	4.60	4	0.332
P28 * Causas para la exodoncia de terceros molares	9.30	4	0.055
P38 * Causas para la exodoncia de terceros molares	0.85	4	0.931
P48 * Causas para la exodoncia de terceros molares	4.97	4	0.291

Fuente: cuestionario para identificar causas para la exodoncia.

Análisis

En la tabla 12, se desea contrastar si algunas de las piezas de los terceros molares son sensibles a las causas en particular. Para tal fin se utilizó el estadístico de prueba Chi², con cuatro grados de libertad y 5% (0.05) de error alfa.

- El Chi² calculado para el tercer molar **P18** fue 4.60 y p valor 0.332 ($p > 0.05$), por lo que con una probabilidad de error de 33.2%, que las causas para la exodoncia del tercer molar son selectivas a la P18; sin embargo, el error es superior al alfa establecido. En conclusión, se acepta la primera hipótesis nula (H_{01}): las causas para la exodoncia del tercer molar no son selectivas a la P18 en pacientes que acuden al servicio de odontología.
- El Chi² calculado para el tercer molar **P28** fue 9.30 y p valor 0.055 ($p > 0.05$), por lo que con una probabilidad de error de 5.5%, que las causas para la exodoncia del tercer molar son selectivas a la P28; sin embargo, el error es superior al alfa establecido.

En conclusión, se acepta la segunda hipótesis nula (H_{02}): las causas para la exodoncia del tercer molar no son selectivas a la P28 en pacientes que acuden al servicio de odontología.

- El χ^2 calculado para el tercer molar **P38** fue 0.85 y p valor 0.931 ($p > 0.05$), por lo que con una probabilidad de error de 93.1%, que las causas para la exodoncia del tercer molar son selectivas a la P38; sin embargo, el error es superior al alfa establecido. En conclusión, se acepta la tercera hipótesis nula (H_{03}): las causas para la exodoncia del tercer molar no son selectivas a la P38 en pacientes que acuden al servicio de odontología.
- El χ^2 calculado para el tercer molar **P48** fue 4.97 y p valor 0.291 ($p > 0.05$), por lo que con una probabilidad de error de 29.1%, que las causas para la exodoncia del tercer molar son selectivas a la P48; sin embargo, el error es superior al alfa establecido. En conclusión, se acepta la cuarta hipótesis nula (H_{04}): las causas para la exodoncia del tercer molar no son selectivas a la P48 en pacientes que acuden al servicio de odontología.

Interpretación

Las causas que conllevan a la exodoncia de los terceros molares no son selectivas a ninguna de las piezas dentarias (P18, P28, P38, P48) estudiadas; es decir, las causas pueden afectar a la exodoncia de los terceros molares a cualquier pieza dentaria sin distinción.