

**TRABAJO FIN DE MÁSTER**  
**MÁSTER UNIVERSITARIO EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**



**ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE  
DURANTE LA EXODONCIA QUIRÚRGICA DE TERCEROS  
MOLARES MEDIANTE EL CUESTIONARIO BIOS-Q.**

Alumna: Marisel Alonso Santiago

Tutora: Dra. María Isabel Leco Berrocal

Curso

2021 -2022



## **AGRADECIMIENTOS**

Primeramente, agradecer a mi tutora Dra María Isabel Leco Berrocal por los aportes para la realización de este trabajo, por brindarme su apoyo incondicional sin él no habría sido la culminación del mismo. Gracias por su paciencia y dedicación infinitas, por sus conocimientos, por dedicarme su tiempo, reconozco que no ha sido fácil. La recordaré con mucho cariño.

A los profesores del Máster de Ciencias Odontológicas por otorgarme el placer de aprender sobre el mundo de la investigación, por brindar todos sus conocimientos y querer formar buenos profesionales para el futuro.

A mi hermana que ha sido mi apoyo en este nuevo camino que me ha tocado emprender. Sin ella no hubiese sido posible. Gracias por estar siempre a mi lado y nunca soltarme la mano.

A mis padres porque ellos son la motivación de mi vida, la razón de sentirme tan orgullosa de culminar mi meta, gracias a ellos por confiar siempre en mí.

A los residentes y pacientes del Máster de Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad Complutense de Madrid, por su cooperación en este estudio.

A mis amigas y compañeras de estudios por los buenos momentos vividos y por su apoyo en los momentos difíciles en los que las fuerzas flaqueaban para seguir adelante.

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>ABSTRACT</b> .....	2
<b>1. INTRODUCCIÓN:</b> .....	4
4.1. Terceros Molares .....	5
4.2. Calidad de Vida .....	8
4.3. Cuestionario BiOS-Q .....	9
4.4. Absentismo Laboral .....	11
<b>2. HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS</b> .....	13
<b>3. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	15
3.1. Diseño del estudio.....	16
3.2. Participantes de estudio.....	16
3.3. Cálculo del Tamaño Muestral.....	17
3.4. Recogida de los datos.....	18
3.5. Análisis Estadístico.....	19
<b>4. RESULTADOS</b> .....	21
4.1. Características sociodemográficas.....	22
4.2. Características de la intervención realizada de terceros molares.....	24
4.3. Resultados del cuestionario BiOS-Q y postoperatorio.....	26
4.4. Estadística Inferencial.....	29
<b>5. DISCUSIÓN</b> .....	38
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	44
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	46
<b>8. ANEXOS</b> .....	53

# RESUMEN

## **Introducción:**

La cirugía de terceros molares es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes y reduce significativamente la calidad de vida del paciente en el postoperatorio inmediato. El Bios-Q (Burdens in Oral Surgery Questionnaire) es una herramienta válida para evaluar la calidad de atención relacionada con el proceso de cirugía oral y la percepción de los pacientes durante el tratamiento.

## **Material y método:**

Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo transversal en 53 pacientes, en el cual se aplicó el cuestionario BiOS-Q con el objetivo de evaluar la percepción individual del paciente durante la exodoncia quirúrgica de terceros molares y su relación con la recuperación postoperatoria. Se aplicaron la prueba U de Mann-Whitney, Anova y Kruskal Wallis y se registró un intervalo de confianza del 95% (nivel de significación  $p < 0.05$ ).

## **Resultados**

La percepción más desagradable para los pacientes sometidos a la cirugía del tercer molar correspondió a la Manipulación de tejidos blandos y hueso, siendo el dominio de Efectos secundarios el que mayor puntuación presentó. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el dominio de Efectos secundarios y Total BiOS-Q con valores de  $p = 0,008$  y  $p = 0,032$  en los grupos de edades 21 y 31 años y  $\geq 20$  años, que presentaron puntuaciones más elevadas, así como el grupo de trabajadores frente a estudiantes ( $p = 0,021$ ). La dificultad quirúrgica a nivel de los terceros molares inferiores izquierdos presentó relación con valores más elevados de BiOS-Q, Se observaron diferencias significativas entre el día 1 y día 3 de ausencia laboral en los dominios Manipulación de hueso y tejidos blandos ( $p = 0,045$ ) y en Total BiOS-Q ( $p = 0,023$ ).

## **Conclusiones**

Existe una relación entre los dominios del BiOS-Q y la recuperación postoperatoria de los pacientes sometidos a la cirugía del tercer molar. No obstante, se precisan más estudios con diferentes intervenciones y con un mayor tamaño muestral que permitan concretar qué factores pueden influir en la calidad de vida postoperatoria de los pacientes

**Palabras claves:** Tercer molar, cirugía, absentismo laboral, calidad de vida, BiOS-Q

# ABSTRACT

## **Introduction:**

Third molar surgery is one of the most common surgical procedures and significantly reduces the patient's quality of life in the immediate postoperative period. The Bios-Q (Burdens in Oral Surgery Questionnaire) is a valid tool to assess the quality of care related to the oral surgery process and patients' perception during treatment.

## **Material and Method:**

A cross-sectional descriptive observational study was performed in 53 patients, in which the BiOS-Q questionnaire was applied with the aim of evaluating the individual patient's perception during surgical third molar exodontia and its relationship with postoperative recovery. The Mann-Whitney U test, Anova and Kruskal Wallis tests were applied, and a 95% confidence interval was recorded (significance level  $p < 0.05$ ).

## **Results**

The most unpleasant perception for patients undergoing third molar surgery corresponded to Manipulation of soft tissue and bone, with the Side effects domain having the highest score. Statistically significant differences were found in the domain of Side effects and Total BiOS-Q with values of  $p = 0.008$  and  $p = 0.032$  in the age groups 21 and 31 years and  $\geq 20$  years, which presented higher scores, as well as the group of workers versus students ( $p = 0.021$ ). Surgical difficulty at the level of the lower left third molars was associated with higher BiOS-Q values. Significant differences were observed between day 1 and day 3 of absence from work in the domains Bone and soft tissue manipulation ( $p = 0.045$ ) and Total BiOS-Q ( $p = 0.023$ ).

## **Conclusions**

There is a relationship between BiOS-Q domains and postoperative recovery of patients undergoing third molar surgery. However, more studies with different interventions and with a larger sample size are needed to determine which factors can influence the postoperative quality of life of patients.

**Keywords:** Third molar, surgery, absenteeism, quality of life, BiOS-Q

# **1. INTRODUCCIÓN**

## 1.1 TERCEROS MOLARES

La cirugía de terceros molares es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes, la prevalencia de cirugías oscila en torno a un 80% debido, por una parte, a la alta frecuencia de impactación y, por otra, a la presencia de caries y de enfermedad periodontal (1)

Cronológicamente los terceros molares son los últimos dientes en erupcionar en la cavidad oral. La erupción se produce por término medio entre 5 y 7 años después de la calcificación inicial que tiene lugar entre los 7 y los 12 años de edad. A su vez presentan una probabilidad de agenesia entre el 9% y el 20%, siendo los dientes permanentes que presentan situaciones de agenesia con mayor frecuencia. Al mismo tiempo son los dientes con mayor incidencia de retención. Más del 80% de la población europea occidental presenta uno o más terceros molares retenidos. (2)

Según lo informado en la literatura, del total de los dientes retenidos, el 98% corresponde al tercer molar. (3)

Los factores genéticos y del medio ambiente juegan un papel fundamental en los trastornos del desarrollo que determinan las retenciones. También son determinantes de la retención el cambio en la orientación o la posición del tercer molar en erupción, el crecimiento diferencial de las raíces mesial y distal, el tamaño de la mandíbula o el maxilar, con la resultante falta de espacio y la maduración retardada de los terceros molares en comparación con el crecimiento esquelético de los maxilares. (4)

Es por ello que, la mayoría de las personas requieren la extracción del tercer molar en algún momento de la vida, principalmente debido a dolor, caries o enfermedad periodontal. (5)

La extracción profiláctica del tercer molar es un tema controvertido y debe realizarse dependiendo de cada caso individualmente. Sin embargo, la extracción del tercer molar impactado está indiscutiblemente indicada cuando se presenta con condiciones patológicas equilibradas con los costes y riesgos asociados con el procedimiento quirúrgico. (6)

Las indicaciones para la extracción de terceros molares sintomáticos son inequívocas, pero la extracción sistemática de dientes asintomáticos genera una gran controversia. La extracción de terceros molares asintomáticos es un procedimiento frecuente en la práctica clínica diaria (18-69%) que no debe considerarse como una terapéutica rutinaria, sin evaluar previamente las indicaciones reales y la relación coste – beneficio. (3,7).

Por principio se ha de considerar que la extracción de los terceros molares asintomáticos es una intervención programada que tiene unas exigencias específicas de información preoperatoria al paciente. (2)

Más complejo es evaluar los beneficios y los riesgos de la extracción quirúrgica profiláctica para evitar posibles patologías asociadas a los terceros molares. Entre los argumentos a favor se encuentran evitar eventuales pérdidas de jornadas laborales y mejorar la calidad de vida de los pacientes. (8) Existen además indicios de un aumento de la morbilidad postextracción de terceros molares a edades avanzadas. Por otro lado, se ha demostrado con el paso del tiempo, que los terceros molares parcial o totalmente retenidos pueden experimentar cambios favorables en relación con la angulación y la posición. Los factores de riesgo de complicaciones postoperatorias incluyen, además de la edad, el tabaquismo, el sexo, el uso de anticonceptivos orales, la experiencia del cirujano, la presencia de patologías asociadas a los molares y las impactaciones profundas. (9)

No obstante, se estima que aproximadamente un 1-2% de los terceros molares retenidos desarrollarán patologías como quistes y tumores odontógenos o fracturas mandibulares. Sin embargo, no se puede hacer una predicción fiable de los casos que evolucionarán de forma patológica. Por esa razón, es difícil defender la justificación indiscriminada de la extracción de terceros molares asintomáticos. (10)

Las complicaciones postoperatorias más comunes son dolor, trismo, inflamación y alveolitis, que influyen en la calidad de vida del paciente en el período postoperatorio. En la literatura abundan medios para controlar la respuesta inflamatoria inmediata asociada a la cirugía del tercer molar, como técnicas de cierre quirúrgico, uso de fármacos como analgésicos, corticoides, antibióticos, crioterapia y láser. (11)

El dolor es una respuesta esencial a la lesión, permite que el organismo desarrolle un comportamiento de cuidado ante posibles amenazas. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo define como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño". Es una respuesta necesaria que puede dictar un comportamiento protector del tejido lesionado durante el proceso de curación y que incorpora aspectos neurobiológicos y psicosociales. (12)

La extracción de los terceros molares produce una respuesta inflamatoria local que aumenta la sensibilidad y la actividad de los nociceptores en el área afectada, lo que lleva a una sensibilización del sistema nervioso central, generalmente transitoria. (12)

La inflamación es una respuesta protectora del huésped, siendo considerada la primera fase de la cicatrización y la respuesta inicial de una lesión. Consiste en la liberación de mediadores químicos del plasma o de origen celular. Algunos de éstos, como las aminas vasoactivas, las citocinas, las especies reactivas de oxígeno, el óxido nítrico, los metabolitos del ácido araquidónico y los neuropéptidos, inducen una reacción vascular y celular, apareciendo clínicamente signos cardinales de inflamación como edema, calor, eritema, dolor, y pérdida de función. Las respuestas inflamatorias postoperatorias alcanzan un nivel máximo 1 a 2 días después de la cirugía y generalmente se resuelven al final de la semana. (13)

Otra de las complicaciones más frecuentes que puede aparecer es el trismo, el cual definimos como un espasmo tetánico prolongado de los músculos masticatorios de la mandíbula, lo cual incapacita al paciente el poder abrir la boca de manera transitoria o temporal. La rigidez transitoria de la mandíbula generalmente alcanza su punto máximo en el segundo día y se resuelve al final de la primera semana. Los factores que contribuyen al trismo pueden ser: intervenciones largas y laboriosas en las que son necesarios amplios colgajos y despegamientos mucoperiosticos; una infección de bajo grado posterior a la administración de agentes anestésicos locales; elevación del colgajo más allá de la cresta oblicua externa; mordeduras del paciente en su lengua o mejilla bajo el efecto de la anestesia que resulta en un trismo reflejo; múltiples infiltraciones del anestésico local que pueden causar inflamación en esta región. (14)

La alveolitis es otra complicación después de realizar la cirugía, como resultado de la alteración en la cicatrización de la herida alveolar después de una exodoncia. Se describe como un dolor postoperatorio interno y alrededor del lugar de la extracción que aumenta en severidad entre el primer y tercer día post-extracción, pudiendo estar acompañado por la desintegración total o parcial del coágulo alveolar con o sin halitosis. (14,15)

Los factores que pueden influir en la incidencia de complicaciones tras la extracción del tercer molar son la edad (los pacientes adultos presentan un aumento en la densidad ósea, lo que puede llevar a un procedimiento más traumático y un mayor riesgo de complicaciones), el sexo, la ingesta de anticonceptivos orales, la presencia de pericoronaritis, mala higiene oral, tabaquismo, el tipo de impactación, tiempo quirúrgico, relación del tercer molar con el nervio alveolar inferior, experiencia del profesional y técnica utilizada, entre otras. (11)

Las complicaciones anteriormente expuestas causan malestar general al paciente y pueden ocasionar un absentismo laboral que aumenta el coste sanitario y el coste social en las empresas.

Todo ello hace que la prevención sea fundamental. Los métodos recomendados para controlar estas complicaciones son el consumo de analgésicos, antibióticos, antisépticos y agentes antifibrinolíticos. (16)

Aunque normalmente el postoperatorio y las complicaciones tras la exodoncia quirúrgica de los terceros molares no ponen en peligro la salud, su frecuencia constituye un problema importante que puede reducir significativamente la calidad de vida de los pacientes sometidos a esta intervención. (17)

## **1.2 CALIDAD DE VIDA**

El término calidad de vida (CdV) describe un concepto multidimensional sobre la capacidad de los pacientes para llevar a cabo sus actividades diarias. (17) La calidad de vida es un concepto difícil de evaluar teniendo en cuenta que el resultado puede tener diferencias en función de la percepción individual. Sin embargo, los cuestionarios para evaluar la CdV están diseñados para medir la calidad, la efectividad y la eficiencia de los métodos de tratamiento, así como las consecuencias físicas, psicológicas y sociales para pacientes con diferentes estados de salud. (18)

La CdV, definida por la OMS, como la percepción personal del individuo de su situación de vida, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas e interés, que a su vez se interrelacionan con diversos factores. Abarca un amplio concepto, que considera que la salud oral se ve afectada por la interacción de la condición de salud oral, social, factores ambientales y salud general, reflejando la satisfacción del individuo con su salud oral. Con lo expuesto, se puede considerar que la percepción de salud es una variable multidimensional dependiente tanto de factores internos como externos del individuo. (19)

La autoestima y el bienestar, se pueden ver disminuidos por trastornos en la cavidad oral, esta afirmación dio lugar al concepto de Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral (CVRSO), lo que puede convertirse en una herramienta que permita comprender el comportamiento del paciente desde una perspectiva más amplia dentro de la práctica clínica, investigación odontológica y prevención de salud oral, así como también en la comunidad, pues estos deberán ser la base para el desarrollo de los programas de salud oral. (20)

La percepción del paciente resulta importante cuando se evalúa la necesidad de tratamiento, planificación y la espera de un resultado clínico, en el consultorio odontológico.

Según Aravena y cols. (21), las complicaciones postoperatorias asociadas a la cirugía de terceros molares alteran el patrón normal de las actividades diarias de las personas, afectando su calidad de

vida fundamentalmente durante los tres primeros días del postoperatorio, pero desaparecen casi por completo al quinto día. Consideran que la CdV evalúa los síntomas, los aspectos psicológicos y la función. A su vez, la CdV en salud bucal refleja la comodidad de una persona al comer, dormir y en la interacción social, así como su autoestima y satisfacción con su salud bucal. (21)

Los autores mencionados anteriormente, realizaron un estudio en una población chilena realizando una medición de la CdV después de una cirugía de extracción de terceros molares, observando una disminución de la CdV durante los primeros cinco días postoperatorios con presencia de dolor y alteración de su vida laboral.

Shugars y cols. (22) diseñaron un instrumento para medir la CdV después de la cirugía del tercer molar que fue modificado por Conrad y cols. (23) Este instrumento se utiliza específicamente para medir la percepción de los pacientes después de la cirugía en cuatro dominios (función bucal, actividad general, signos y síntomas y dolor).

En los últimos años la Calidad de Vida Laboral (CVL) es considerada una forma de CdV que ha tomado mayor fuerza en las organizaciones, tratando de implementar cada vez más este concepto que ve al individuo como un ser con necesidades biológicas, psicológicas y sociales. Existen diferentes factores y situaciones dentro de las diferentes organizaciones que cuestionan la satisfacción laboral y, por ende, también los niveles de CVL que tienen los trabajadores. Uno de estos factores que llaman la atención y es de gran preocupación es el índice de absentismo laboral. (24)

### **1.3 CUESTIONARIO BIOS- Q**

El Bios-Q (Burdens in Oral Surgery Questionnaire) es una herramienta fiable y válida para la evaluación de la calidad de la atención relacionada con el proceso en la cirugía oral. Permite una visión más profunda de la perspectiva del paciente. Los resultados de los estudios que utilicen el BiOS-Q ayudarán a reducir el dolor, las cargas y el malestar de los pacientes durante la cirugía oral, y, en consecuencia, la ansiedad previa. (25)

El BiOS-Q proporciona información de calidad de la atención relacionada con el proceso de cirugía oral de los pacientes durante la intervención quirúrgica y permite comparar la percepción de los pacientes. (26)

Aunque hay un número, cada vez mayor, de instrumentos validados que se adaptan a la cirugía oral y maxilofacial para los resultados comunicados por los pacientes, estos instrumentos no pueden

evaluar la percepción de los pacientes durante el tratamiento en sí. El BiOS-Q amplía esta gama de instrumentos de evaluación de las percepciones de los pacientes, pasando de las medidas relacionadas con los resultados a las relacionadas con el proceso, y es una herramienta valiosa que complementa el proceso, y los criterios objetivos disponibles sobre la calidad de la atención relacionada con el proceso. (25)

Se ha evaluado el impacto que tiene la cirugía del tercer molar sobre los cambios en la salud bucal del paciente mediante diferentes escalas, y se ha concluido que esta intervención reduce significativamente la CdV del paciente en el postoperatorio inmediato; sobre todo durante los tres primeros días, aunque puede aumentarse este período hasta los cinco días siguientes a la intervención. Sin embargo, siete días después de la operación, prácticamente todos los signos y síntomas asociados a esta cirugía han desaparecido. (27) Así mismo, se ve afectada su reincorporación al trabajo; se estima que el tiempo medio de ausencia laboral tras la extracción del tercer molar es de 2,5 días, aunque otros autores estiman un rango de 1 – 6 días, con una media de un día. (28)

Según Berge y cols. (29), la mitad de los pacientes continúan con su actividad laboral tras la extracción quirúrgica de terceros molares el día después de la cirugía y el 90 % regresan al trabajo el día 3, aunque se requiere una investigación mucho más detallada, ya que el coste económico del absentismo laboral y la pérdida del salario asociado con la cirugía del tercer molar es elevado.

En cirugía, la calidad de la atención relacionada con el proceso ha recibido recientemente una atención especial. Sin embargo, los instrumentos disponibles como la Evaluación Objetiva Estructurada de las Habilidades Técnicas (OSATS) y el Sistema NO Technical Skills de los cirujanos (NOTSS) se centran únicamente en las de las habilidades quirúrgicas técnicas (21), y no incluyen la perspectiva de los pacientes. Aunque hay un número cada vez mayor de instrumentos validados que se adaptan a la cirugía oral y maxilofacial para los resultados comunicados por los pacientes (22), estos instrumentos no pueden evaluar la percepción de los pacientes durante el tratamiento en sí.

El BiOS-Q colma esta laguna ampliando la gama de instrumentos de evaluación de las percepciones de los pacientes, pasando de las medidas relacionadas con los resultados a las relacionadas con el proceso, y es una herramienta valiosa que complementa los criterios objetivos disponibles sobre la calidad de la atención relacionada con el proceso.

## 1.4 ABSENTISMO LABORAL

El absentismo laboral hace que las empresas tengan que sustituir sus trabajadores ausentes, lleva a una disminución de la producción y de su calidad, mientras que los gastos de personal se mantienen iguales o superiores. El principal motivo del absentismo al trabajo son problemas de salud, muchas veces generados por condiciones laborales. (30)

Hay dos tipos de absentismo: el tipo I es aquel representado por la ausencia simple del empleado al trabajo, de fácil mensuración y coste calculado, llevando a la pérdida de las horas no trabajadas. Ya el tipo II es el absentismo nombrado “cuerpo presente”, cuando, aunque el trabajador no falta al trabajo, no entrega su mejor desempeño, lo que lleva a la disminución en su productividad, además de predisponerlo a accidentes laborales. La ocurrencia de ese tipo de absentismo es usual en las odontalgias, pues el dolor que empieza en la madrugada lleva a la persona a dormir mal y la impide de tener un sueño reparador. Al día siguiente, el individuo estará fatigado, irritado e incapaz de concentrarse. (30,31)

Un estudio realizado en una fábrica del sector industrial ubicada en el estado de São Paulo, Brasil reportó que las razones odontológicas y médicas más indicadas en los certificados médicos, y que provocaron la ausencia del trabajador fueron dientes incluidos e impactados y diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso presumible, respectivamente. (30)

España, junto con Portugal, presentan una tasa de un 4,5% de absentismo laboral, encontrándose por encima de la media europea (4%). Los países con menos absentismo son Italia y Austria. Este afecta a la competitividad de las empresas, a sus procesos de recursos humanos, a la motivación de directivos y trabajadores y a la sociedad en general. Es por ello que, el fenómeno del absentismo se ha estudiado, principalmente, en los campos de psicología, medicina, economía, administración y dirección de empresas, y en la organización industrial y de los recursos humanos. (32)

El propio trabajador también se ve perjudicado, puesto que es quien sufre el problema de salud y la pérdida de bienestar. Además, ve reducida su capacidad de ingresos e incrementa el gasto sanitario.

Asimismo, algunos estudios revelan, que a medida que el proceso de baja se alarga, la probabilidad de volver al trabajo disminuye, y la exclusión del mercado laboral aumenta. (32)

La extracción de terceros molares impactados a menudo causa diversas complicaciones y molestias a los pacientes, lo que afecta su calidad de vida después de la cirugía (33). Actualmente, la investigación sobre la mejora de esta situación se ha centrado, principalmente, en la mejora de las técnicas de extracción de dientes (34), métodos de sutura, métodos de colgajo (35), elección de

implantes en los alvéolos de extracción, irrigación de alvéolos de extracción y métodos de cuidado postoperatorio.(36)

No son muchas las investigaciones que han considerado la perspectiva de los pacientes, es decir, cómo perciben los pacientes su salud oral y todo lo relacionado a ella, este aspecto se reconoce cada vez más como un resultado importante.

Las percepciones de los pacientes antes, durante y después del tratamiento se han vuelto más interesantes como parte de un conjunto de indicadores importantes de la calidad de la atención relacionada con el proceso, tanto en odontología general como en cirugía bucal. Claramente, los procedimientos quirúrgicos son invasivos y, por lo tanto, provocan al menos una lesión temporal de los tejidos orales y, en consecuencia, es probable que afecten a las percepciones del paciente sobre el proceso de atención, especialmente en la fase perioperatoria. (25)

La extracción de terceros molares impactados, normalmente, no ponen en peligro la salud, su frecuencia constituye un problema terapéutico importante que puede reducir significativamente la CdV de los pacientes después de la cirugía. Si bien, aunque es creciente el número de estudios que evalúan la influencia en la CdV de los pacientes durante el postoperatorio, tras someterse a diferentes tratamientos de cirugía oral, no existe suficiente información sobre la percepción individual del paciente en cuanto a la calidad de la atención durante el procedimiento quirúrgico y como puede afectar a las personas en su entorno social, escolar y laboral.

## **2. HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS**

**Hipótesis Nula (H<sub>0</sub>):**

No se espera que existan diferencias significativas entre la percepción del paciente durante el procedimiento quirúrgico de exodoncia de terceros molares y su recuperación en el postoperatorio.

**Hipótesis Alternativa (H<sub>1</sub>):**

Se espera que existan diferencias significativas entre la percepción del paciente durante el procedimiento quirúrgico de exodoncia de terceros molares y recuperación en el postoperatorio.

En función de las hipótesis planteadas se proponen los siguientes objetivos:

**OBJETIVOS:**

**General:** Evaluar la percepción individual del paciente durante la exodoncia quirúrgica de terceros molares y su relación con la recuperación postoperatoria.

**Específicos:**

- ▶ Identificar la percepción más desagradable del paciente durante la exodoncia quirúrgica de terceros molares.
- ▶ Determinar si existe relación entre la autopercepción del paciente durante la intervención y las características socio-demográficas de los pacientes.
- ▶ Valorar la asociación entre la percepción individual de los pacientes y el tipo de intervención realizada.
- ▶ Determinar si existe asociación entre la percepción del paciente durante la intervención y su reincorporación a la vida laboral.

### **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

El protocolo de investigación ha sido aprobado por la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, registrado en URI+i con el código 86/120722 y aprobado con un dictamen favorable por el Comité Ético CEIm del Hospital Clínico San Carlos, con el número de registro interno 22/261-E (Anexo 1).

### **3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO**

El estudio tiene un diseño observacional descriptivo de tipo transversal, el objetivo principal es evaluar la percepción individual del paciente durante la exodoncia quirúrgica de terceros molares y si existe relación con la evolución postquirúrgica y su repercusión en la CdV de los pacientes en relación con el al absentismo laboral o escolar.

Para la realización del estudio, se seleccionó una muestra de sujetos mayores de edad que acudieron al Máster de Cirugía Bucal e Implantología de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense, y se les aplicaron dos encuestas: en el preoperatorio y en el postoperatorio, siete días posteriores a la intervención.

### **3.2 PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**

El universo de estudio estuvo conformado por los pacientes que se sometieron a cirugía de terceros molares retenidos en el Máster de Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad Complutense de Madrid durante el curso 2021-22, y que aceptaron la participación voluntaria en el estudio. Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión que se exponen a continuación para seleccionar a los participantes que conformaron la muestra.

Los criterios de inclusión para la selección de los participantes del estudio fueron los siguientes:

- Pacientes que precisarán la exodoncia de uno o dos terceros molares homolaterales.
- Pacientes mayores de 18 años que estudiarann y/o trabajaran.
- Pacientes susceptibles de la exodoncia quirúrgica de terceros molares de tipo I, II, III, IV según la clasificación de Parant. (33)
- No ser alérgico a los medicamentos prescritos de manera postoperatoria.
- Aceptación del documento de consentimiento informado. (Anexo 2)
- Pacientes que accedieron voluntariamente a participar en el estudio.

Por otra parte, los criterios de exclusión establecidos fueron los siguientes:

- Negativa de participación en el estudio tras la explicación de este.
- Imposibilidad de acudir a la revisión y retirada de sutura a la semana después de la intervención.
- Pacientes con alcoholismo, drogadicción o fumadores de más de 10 cigarrillos al día.
- Pacientes que presentaran enfermedades sistémicas relacionadas con una peor cicatrización de los tejidos, como diabetes tipo I y II.
- Pacientes con hepatitis y otras enfermedades infecciosas (tuberculosis, Herpes, VIH, sífilis, micosis, cisticercosis...).
- Haber estado en tratamiento con antibióticos, anticoagulantes y/o antiinflamatorios durante los 4 días previos a la intervención.
- Necesidad de profilaxis antibiótica.
- Estar embarazada o en período de lactancia.
- Pacientes inmunosuprimidos médica o farmacológicamente.
- Pacientes que se encontraran en tratamiento oncológico, con fármacos sistémicos o que fuesen alérgicos a anestésicos o antibióticos.
- Cuestionarios que no estuvieran completos o en los que no se tuviera acceso a todos los datos.
- Pacientes que no se encontraran activos laboralmente o no estudiaran.

### 3.3 CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

Para el cálculo muestral se tuvo en cuenta el estudio previo realizado por Reissmann y cols.

(26). El tamaño de la muestra se calculó aplicando la siguiente formula:

$$n = \frac{N * Z^2 * \sigma^2}{Z^2 * \sigma^2 + d^2 (N-1)}$$

Donde el intervalo de confianza es del 95% ( $Z=1,96$ ), una población de 650 (N), correspondiente al número de intervenciones quirúrgicas de terceros molares que se realizan anualmente en el Máster de Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad Complutense de Madrid, y teniendo en cuenta la varianza 2 de la distribución de la variable en el estudio mencionado y que se supone que existe en la población, resultando un total de pacientes necesarios  $n=45$ . Estimando una proporción de pérdidas del 15% (abandono del estudio, no respuesta). La muestra requerida fue de 53 pacientes.

### **3.4 RECOGIDA DE DATOS**

La recogida de datos se realizó mediante la aplicación de dos cuestionarios: uno fue en la parte pre e intraoperatoria, y el otro un cuestionario validado postoperatorio BiOS-Q (Burdens in Oral Surgery Questionnaire). (6) Los cuestionarios fueron codificados y de preguntas cerradas. (Anexos 3 y 4)

Al inicio de los cuestionarios, se detallaron en una breve descripción el propósito de su aplicación, así como el interés social que podía aportar a la investigación. El cuestionario de la intervención prequirúrgica y postquirúrgica en la parte referida al paciente se solicitaba información demográfica, nivel de estudios, situación laboral o si era estudiante de qué nivel. En la parte referida al profesional se indicaba el tipo de tercer molar a intervenir, superior o inferior, derecho o izquierdo, establecer una clasificación según la clasificación de Parant, que se centra en la complejidad de los procedimientos quirúrgicos, como elementos de evaluación, y si se presentaban complicaciones durante la intervención. Este cuestionario fue rellenado por pacientes y cirujanos que participaron en el proceder quirúrgico.

El cuestionario postoperatorio BiOS-Q consta de 16 ítems, las respuestas para cada ítem se realizaron mediante una escala analógica visual que va de 0 o ninguna expresión de la percepción (por ejemplo, nada desagradable) hasta 100 para la máxima expresión (por ejemplo, muy desagradable). Dado que el BiOS-Q está concebido conceptualmente para evaluar las percepciones negativas, como el dolor, las puntuaciones más altas equivalen a una mayor carga. La puntuación total es la media de todos los valores obtenidos para cada ítem.

Además, para valorar la repercusión de la evolución postquirúrgica en el absentismo laboral se tuvo en cuenta la cantidad de días que refirió el paciente haberse ausentado a su trabajo, y como complemento se tuvo en cuenta si precisaron baja médica durante la recuperación. Estos dos aspectos se agregaron al final del cuestionario BiOS-Q, para obtener la información de los pacientes que se encontraban laboralmente activos o eran estudiantes acerca de las ausencias al trabajo o a clases.

La identificación de los participantes se codificó previamente a la realización de las entrevistas para su protección e intimidad.

### **3.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Para realizar el análisis estadístico, en primer lugar, se utilizó el programa Microsoft Excel, las variables se dispusieron en columnas, a diferencia de los sujetos participantes en el estudio, que se dispusieron en filas y se les asignó la codificación previamente establecida en los cuestionarios.

Las variables que se sometieron al análisis estadístico se muestran a continuación:

#### **Variables independientes:**

Sociodemográfico:

- Género: masculino/femenino (variable cualitativa)
- Edad en años (variable cuantitativa discreta)
- Nivel de estudios (variable cualitativa)
- Situación Laboral (variable cualitativa)
- Tipo de Tercer Molar (variable cualitativa)
- Tiempo de Intervención (variable cuantitativa discreta)
- Complicaciones (variable cualitativa dicotómica)
- Clasificación de Parant (variable cualitativa)
- Ausencia al trabajo (variable cuantitativa)
- Baja Médica (variable cualitativa)

#### **Variables dependientes:**

Items del BIOS-Q:(6)

- Anestesia.
- Manipulación ósea y de tejidos blandos.
- Efectos secundarios.

Los datos se ingresaron en MS Excel (2022, versión 2201) y fueron transferidos al programa SPSS Statistics para Windows, version 22 (IBM Corporation) para el análisis estadístico.

Para interpretar los resultados se confeccionaron tablas de contingencia, considerando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y cuantitativas independientes. Por otro lado, se obtuvieron medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas dependientes. Se comprobó la normalidad de la muestra con la prueba de Kolmogorov - Smirnov.

Finalmente, se analizaron la relación de las variables sexo, edad, clasificación de Parant, tiempo quirúrgico, absentismo laboral y baja médica con las variables cuantitativas dependientes (dominios BiOS – Q) mediante la prueba U de Mann-Whitney, Anova y Kruskal Wallis. Para todos los resultados, se registró un intervalo de confianza del 95% (nivel de significación  $p < 0.05$ ).

## **4. RESULTADOS**

#### 4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

La muestra quedó conformada por 53 pacientes que cumplían los criterios de inclusión y aceptaron su participación en el estudio. De los cuales el 54,7% se encontraban en el rango de edades de 21 a 30 años, con una edad media de 26,5 años (Figura 1). En relación con el sexo de los pacientes 27 eran hombres (50,9%) y 26 mujeres (49,1%) con una distribución muy igualada, como se puede observar en la Figura 2.

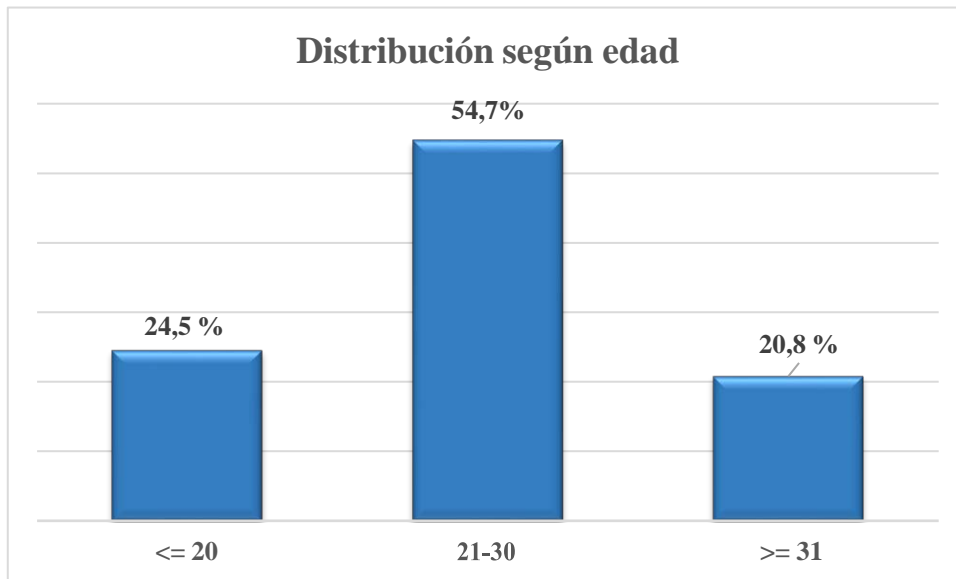
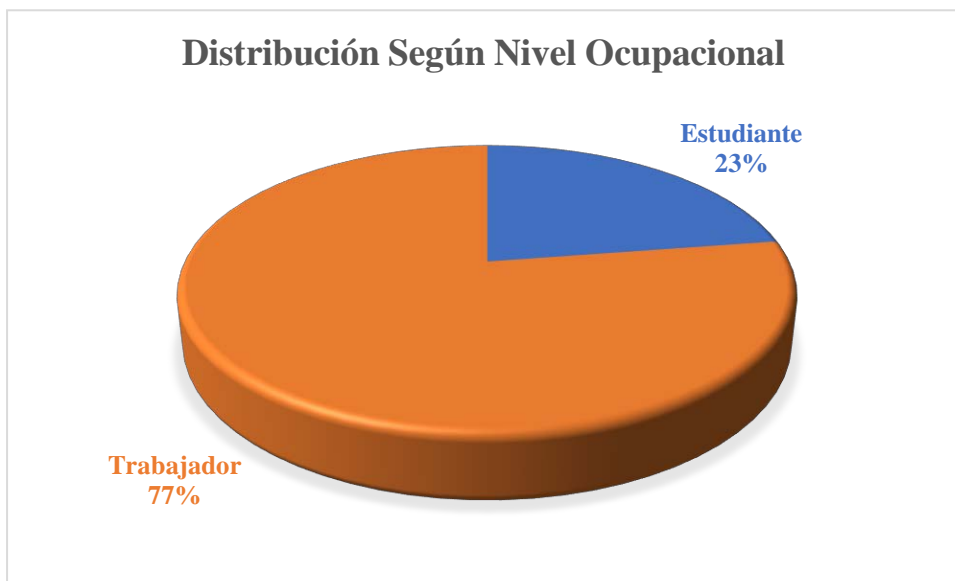


Figura 1. Distribución de la muestra según la edad.

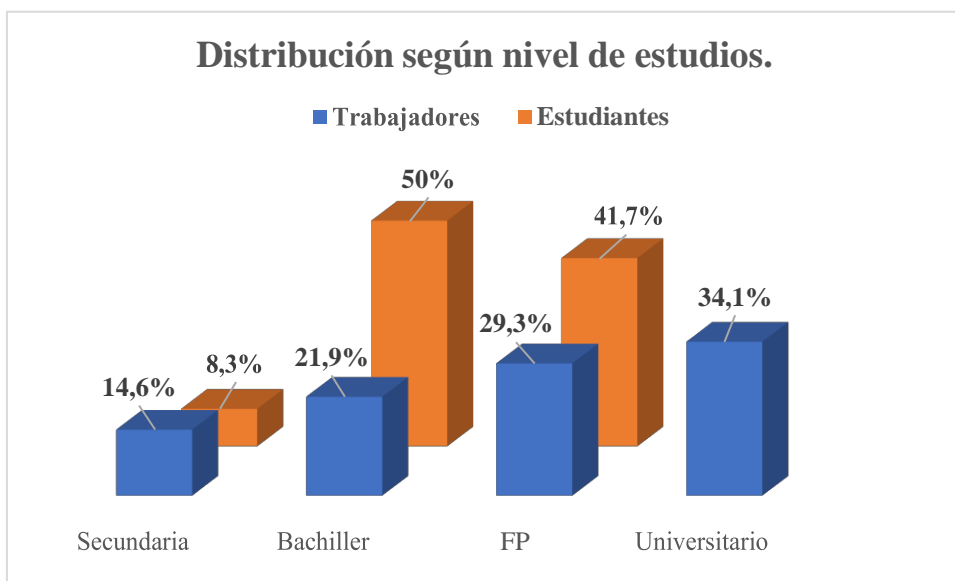


Figura 2. Distribución de la muestra según el sexo.

Los pacientes del estudio se dividieron en dos grupos, trabajadores y estudiantes. Se obtuvo un mayor porcentaje de pacientes trabajadores representando un 77,4 % del total de la muestra. De cada subgrupo se reflejó el nivel de estudios. En el grupo estudiantes el 50% estaban realizando el bachillerato, y en el subgrupo de trabajadores el 34,1% eran universitarios. (Figuras 3 y 4)



**Figura 3. Distribución de la muestra según nivel ocupacional.**



**Figura 4. Distribución de la muestra según el nivel de estudios.**

A su vez los pacientes del estudio se dividieron en dos grupos, en función de la situación de los pacientes trabajadores, el 58,5% eran trabajadores por cuenta ajena y el 18,9% eran empleados públicos, quedando la muestra dividida según se observa en la Figura 5.

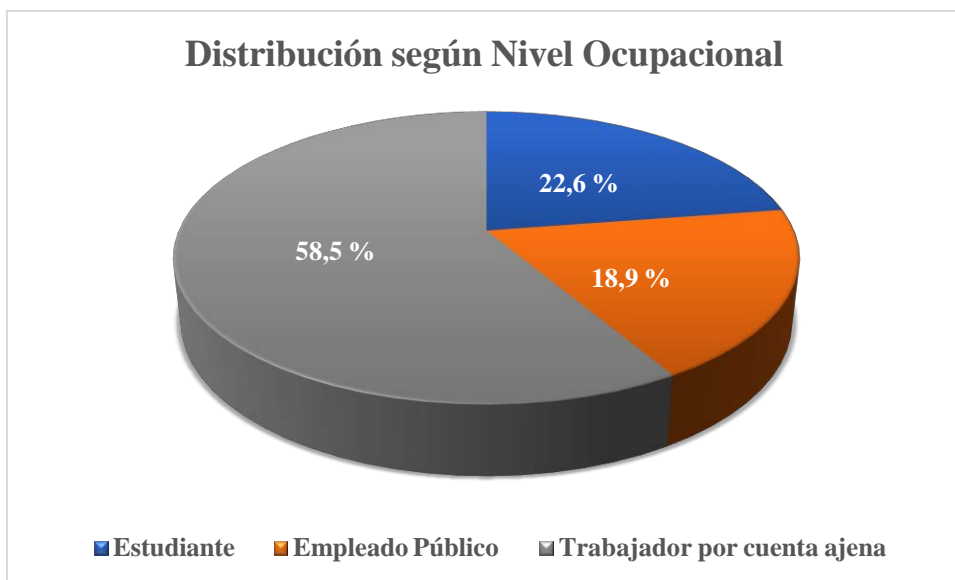


Figura 5. Distribución de la muestra según la ocupación.

#### 4.2 CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN REALIZADA DE TERCEROS MOLARES.

En la Figura 6 se muestra la distribución de extracciones realizadas según el tipo de molar. En total fueron 80 extracciones. Los terceros molares inferiores reportaron las mayores cifras, el 48 con un 37,5% y el 38 con un 30%.

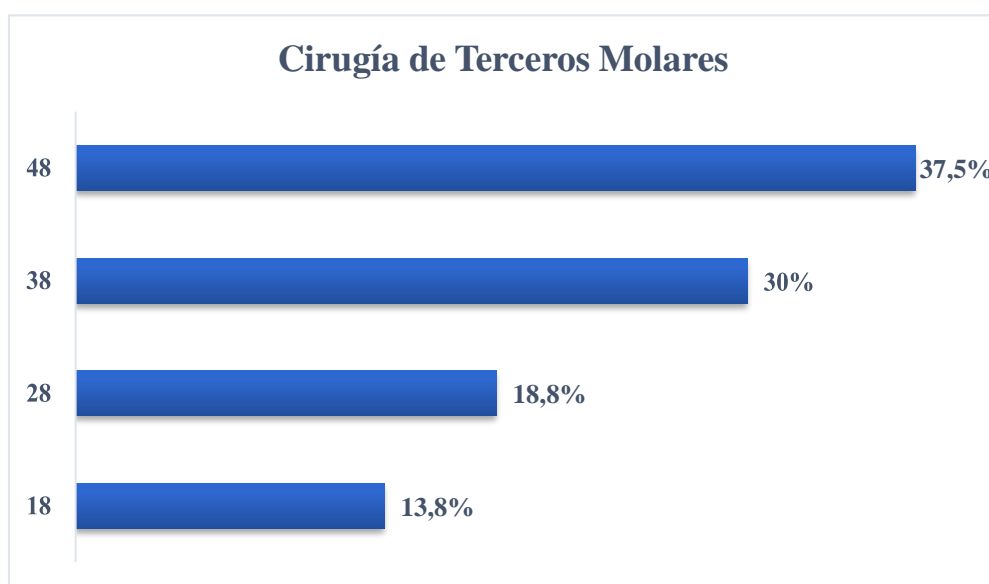
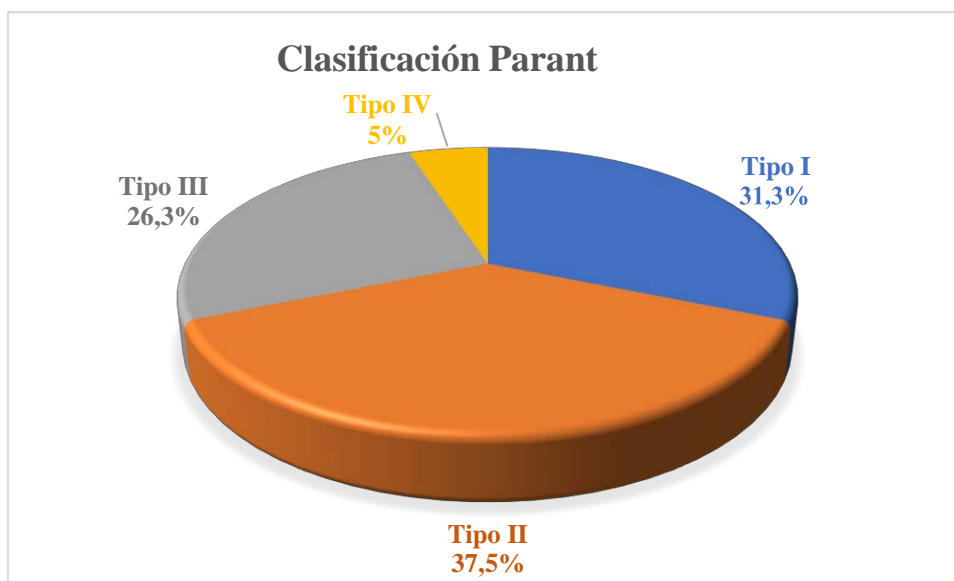


Figura 6. Distribución de la muestra según cirugía de terceros molares realizada

Los resultados obtenidos respecto a la dificultad quirúrgica de la extracción de los terceros molares, siguiendo la clasificación de Parant (33), mostraron que el 37,5% de los casos fueron de Tipo II, en los que fue necesario realizar ostectomía, seguidos de los de tipo I (31,3%) donde fue suficiente la incisión y despegamiento para realizar la extracción. En el tipo III fueron 21 casos donde se requirió realizar odontosección coronal (26,3%) y solamente 4 casos (5%) correspondieron al Tipo IV. (Figura 7)



**Figura 7. Distribución de la muestra según la clasificación de Parant.**

En la Figura 8 se refleja la presencia de complicaciones durante el procedimiento quirúrgico donde resultó que en el 98,1% de los pacientes atendidos no hubo presencia de complicaciones en el intraoperatorio.



**Figura 8. Distribución de la muestra según presencia de complicaciones**

#### 4.3 RESULTADOS DEL CUESTIONARIO BIOS – Q Y POSTOPERATORIO.

En la Tabla 1 se refleja el valor obtenido en cada ítem del BiOS- Q. La percepción más desagradable referida por los pacientes correspondió al dominio Manipulación de hueso y tejidos blandos, específicamente durante la utilización de instrumentos de manos (BiOS- Q 13) con una media de 36,38.

Ítems	Media	Desv. estándar
BIOS- Q1	25,38	28,37
BIOS- Q2	25,19	28,99
BIOS- Q3	26,89	29,19
BIOS- Q4	31,60	29,40
BIOS- Q5	33,49	29,54
BIOS- Q6	35,09	31,46
BIOS- Q7	29,72	26,48
BIOS- Q8	29,62	30,09
BIOS- Q9	25,19	24,26
BIOS- Q10	34,23	28,99
BIOS- Q11	29,04	29,00
BIOS- Q12	36,15	32,22
BIOS- Q13	<b>36,38</b>	28,03
BIOS- Q14	35,19	28,33
BIOS- Q15	33,96	29,96
BIOS- Q16	31,70	29,82

Tabla 1. Resultados de BiOS- Q por ítem.

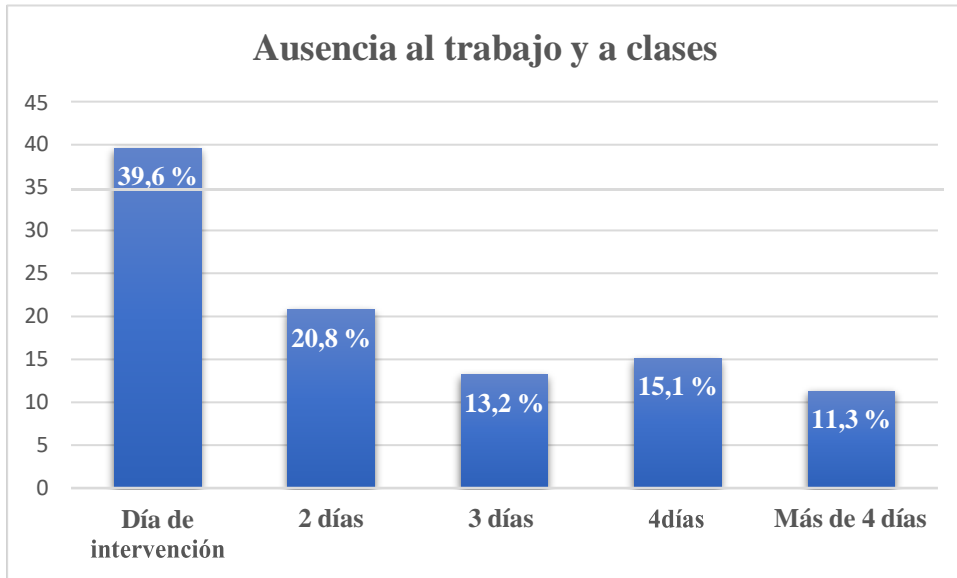
En la Tabla 2 se muestran los resultados por dominios del cuestionario BIOS-Q. Se realizó un cálculo total de medias por cada dominio. La percepción, referida por los pacientes, fue mayor para el dominio de “Efectos secundarios” con una media de 33,6, seguida por la” Manipulación de hueso y tejidos blandos” con 31,4 y “Anestesia” con 29,6.

<b>Dominios BIOS-Q</b>	<b>Medias</b>
<b>Anestesia</b>	29,6
<b>Hueso y tejidos blandos</b>	31,4
<b>Efectos Secundarios</b>	<b>33,6</b>

**Tabla 2. Resultados de BIOS-Q por dominio**

### **Ausencia al trabajo y clases**

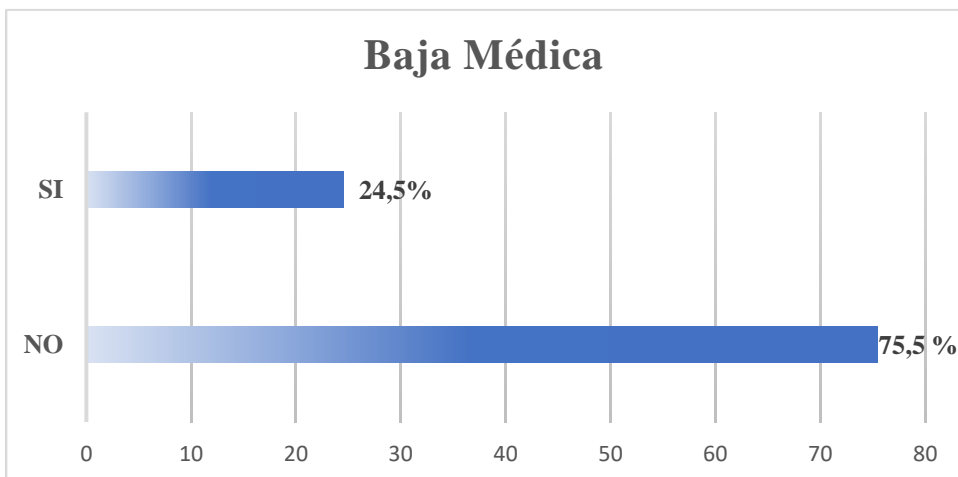
En la Figura 9 se muestran los días de ausencia al trabajo o clases, en el caso de los estudiantes. El 39,6 % refirió haberse ausentado el día de la intervención, seguido de un 20, 8% que se ausentó 2 días, el 15,1 % indicó haberse ausentado 4 días. Se ausentaron más de 4 días el 11,3% de los pacientes, siendo la cifra más baja de absentismo.



**Figura 9. Distribución de la muestra según ausencia al trabajo y a clases**

### Baja Médica

En la Figura 10 se observa que el 24,5% de los pacientes sí precisaron baja médica y el 75,5 % no la requirió.



**Figura 10. Distribución de la muestra según la necesidad de baja médica.**

#### 4.4. ESTADÍSTICA INFERENCIAL

Una vez realizada la descripción de la muestra participante en el estudio y los resultados de la estadística descriptiva, se procede al estudio comparativo entre las diferentes variables. En la Tabla 3 se muestra la relación entre dominios de BiOS- Q y el sexo. Se observó que no existen diferencias significativas entre hombre y mujer en los tres dominios analizados. Los valores obtenidos fueron Anestesia ( $p=0,493$ ), Manipulación de hueso y tejidos blandos ( $p=0,165$ ), Efectos secundarios ( $p=0,146$ ) y BiOS- Q total ( $p=0,206$ ).

<b>Dominios BiOS-Q</b>	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. estándar</b>	<b>p</b>
<b>Anestesia</b>	H	27	27,41	19,02	0,493
	M	26	31,921	21,86	
	Total	53	29,621	20,39	
<b>Hueso y Tejidos Blandos</b>	H	27	27,561	20,32	0,165
	M	26	35,50	21,48	
	Total	53	31,46	21,08	
<b>Efectos Secundarios</b>	H	27	28,83	22,94	0,146
	M	26	38,59	25,45	
	Total	53	33,62	24,47	
<b>Total BiOS-Q</b>	H	27	27,73	17,14	0,206
	M	26	34,51	19,57	
	Total	53	31,06	18,51	
<i>*Prueba U de Mann- Whitney</i>					

**Tabla 3. Distribución de la muestra según relación dominios de BiOS-Q y sexo.**

En relación a los resultados del BiOS-Q y la edad de los pacientes, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el dominio de efectos secundarios y total BiOS- Q, con valores de  $p=0,008$  y  $p = 0,032$  respectivamente, presentando puntuaciones más elevadas los grupos de edad entre 21-30 y  $\geq 20$  años (Tabla 4).

<b>Dominios BiOS-Q</b>	<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Estándar</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>p</b>
<b>Anestesia</b>	ED $\leq 20$	13	20,99	10,83	2,86	42,86	0,067
	ED 21-30	29	35,94	22,95	0,00	82,86	
	ED $\geq 31$	11	23,19	16,99	2,86	64,29	
	Total	53	29,62	20,39	0,00	82,86	
<b>Hueso y Tejidos Blandos</b>	ED $\leq 20$	13	19,74	12,19	6,67	46,67	0,053
	ED 21-30	29	34,44	22,81	0,00	91,67	
	ED $\geq 31$	11	37,42	20,82	0,00	63,33	
	Total	53	31,46	21,08	0,00	91,67	
<b>Efectos Secundarios</b>	ED $\leq 20$	13	17,05	20,14	0,00	76,67	0,008
	ED 21-30	29	40,00	23,60	0,00	83,33	
	ED $\geq 31$	11	36,36	24,15	0,00	86,67	
	Total	53	33,62	24,47	0,00	86,67	
<b>Total_BiOS- Q</b>	ED $\leq 20$	13	19,78	10,54	3,75	44,38	0,032
	ED 21-30	29	36,14	20,53	0,94	82,50	
	ED $\geq 31$	11	30,99	15,13	4,69	55,63	
	Total	53	31,06	18,51	0,94	82,50	
<i>*Prueba de Kruskal Wallis</i>							

**Tabla 4. Distribución de la muestra según dominios BiOS- Q y edad.**

La relación de los dominios BiOS- Q y la ocupación de los pacientes mostró diferencias estadísticamente significativas en el dominio de Efectos secundarios, donde los trabajadores presentaron puntuaciones más elevadas que los estudiantes ( $p= 0,021$ ) (Tabla 5).

<b>Dominios BiOS-Q</b>	<b>Ocupación</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. estándar</b>	<b>Median</b>	<b>Mínim</b>	<b>Máxim</b>	<b>p</b>
<b>Anestesia</b>	Estudiante	12	29,35	24,92	20,71	2,86	82,86	0,663
	<b>Trabajador</b>	41	29,70	19,23	28,57	0,00	74,29	
	Total	53	29,62	20,39	27,14	0,00	82,86	
<b>Hueso y Tejidos Blandos</b>	Estudiante	12	25,35	18,47	17,08	6,67	65,00	0,255
	<b>Trabajador</b>	41	33,24	21,67	31,67	0,00	91,67	
	Total	53	31,46	21,08	28,33	0,00	91,67	
<b>Efectos Secundarios</b>	Estudiante	12	19,31	18,90	8,33	0,00	50,00	<b>0,021</b>
	<b>Trabajador</b>	41	37,80	24,51	30,00	0,00	86,67	
	Total	53	33,62	24,47	30,00	0,00	86,67	
<b>Total BiOS- Q</b>	Estudiante	12	25,96	19,36	19,06	3,75	68,13	0,234
	<b>Trabajador</b>	41	32,55	18,23	32,50	0,94	82,50	
	Total	53	31,06	18,51	31,56	0,94	82,50	
<i>*Prueba U de Mann- Whitney</i>								

**Tabla 5. Distribución de la muestra según dominios BiOS- Q y ocupación del paciente**

En el análisis del número de molares extraídos y los resultados del BiOS-Q no se encontraron diferencias en ninguno de los dominios, ni en el total del BiOS-Q. Aunque las medias de las puntuaciones fueron algo más elevadas en los pacientes que se realizaron dos exodoncias, estas diferencias no fueron significativas, como se muestra en las Figuras 11, 12,13 y 14.

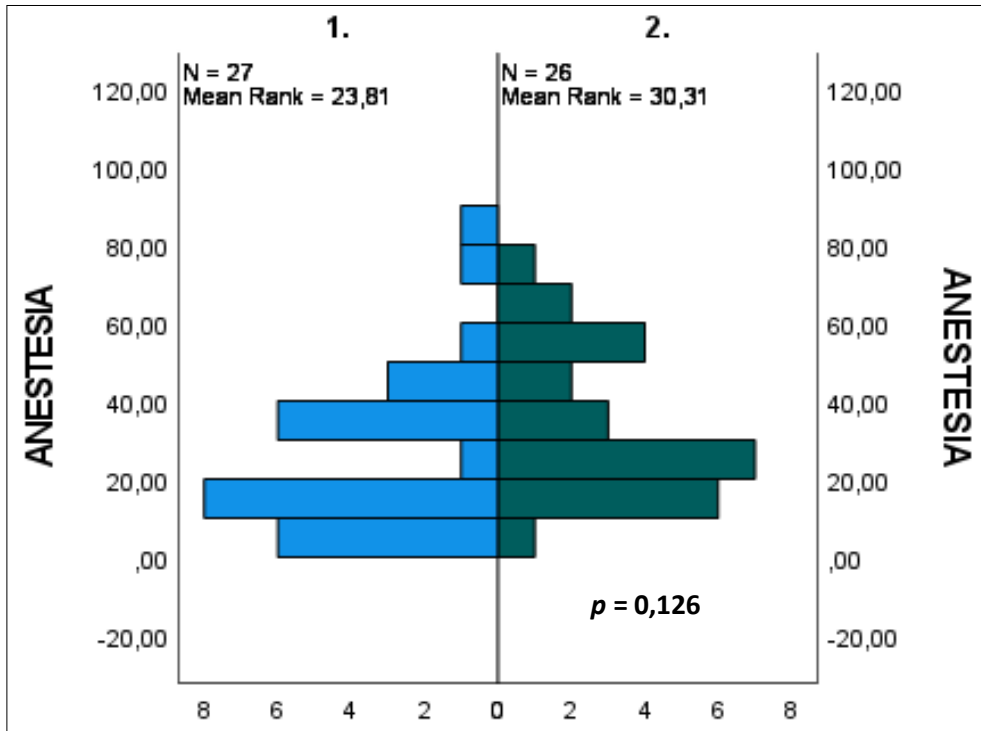


Figura 11. Resultados del dominio Anestesia del BiOS-Q según el número de molares extraídos

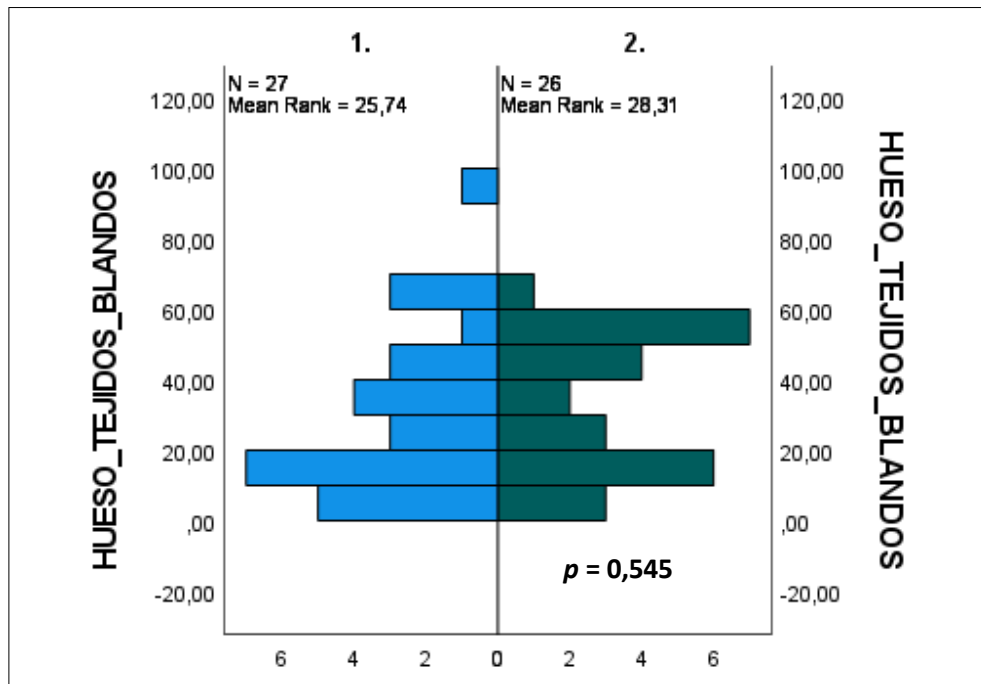


Figura 12. Resultados del dominio Hueso y tejidos blandos según el número de molares extraídos

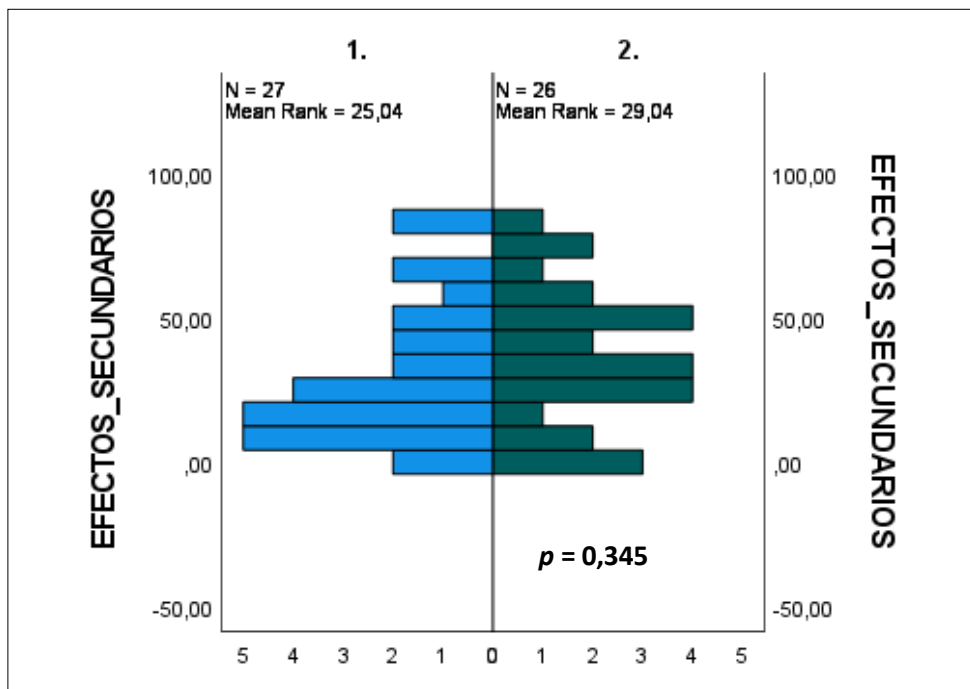


Figura 13. Resultados del dominio efectos secundarios según el número de molares extraídos

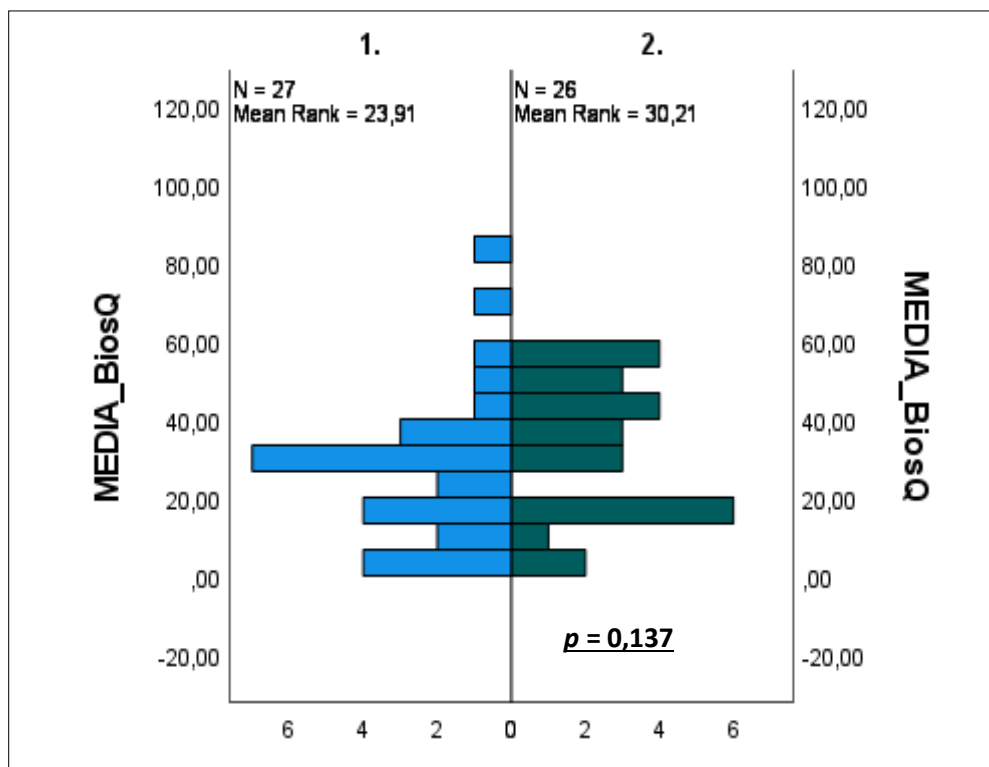
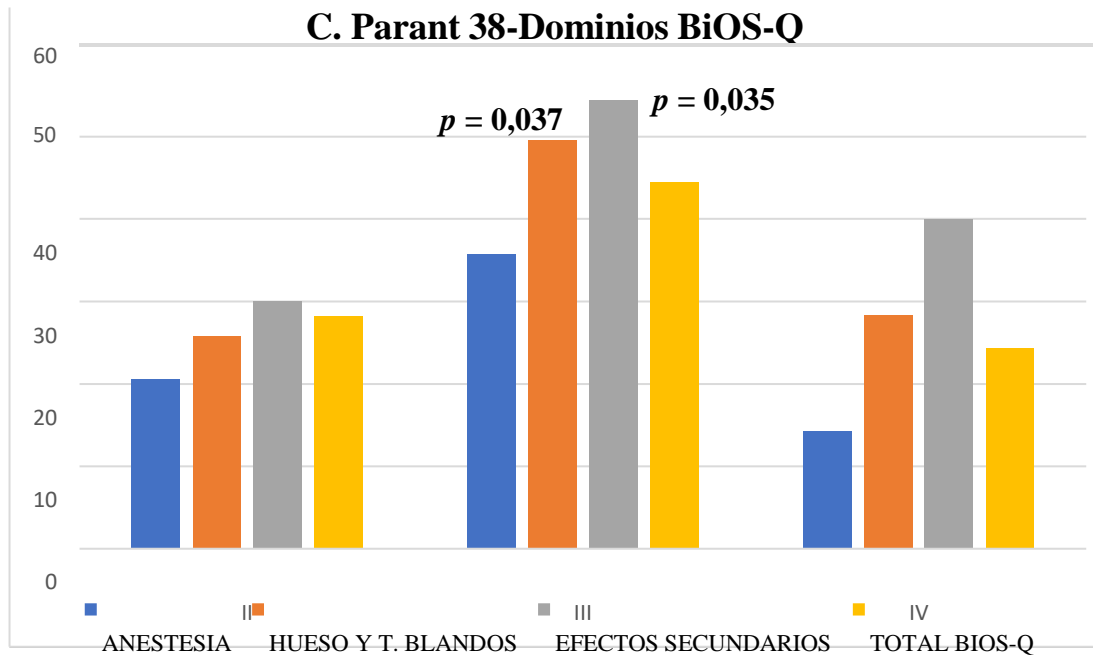
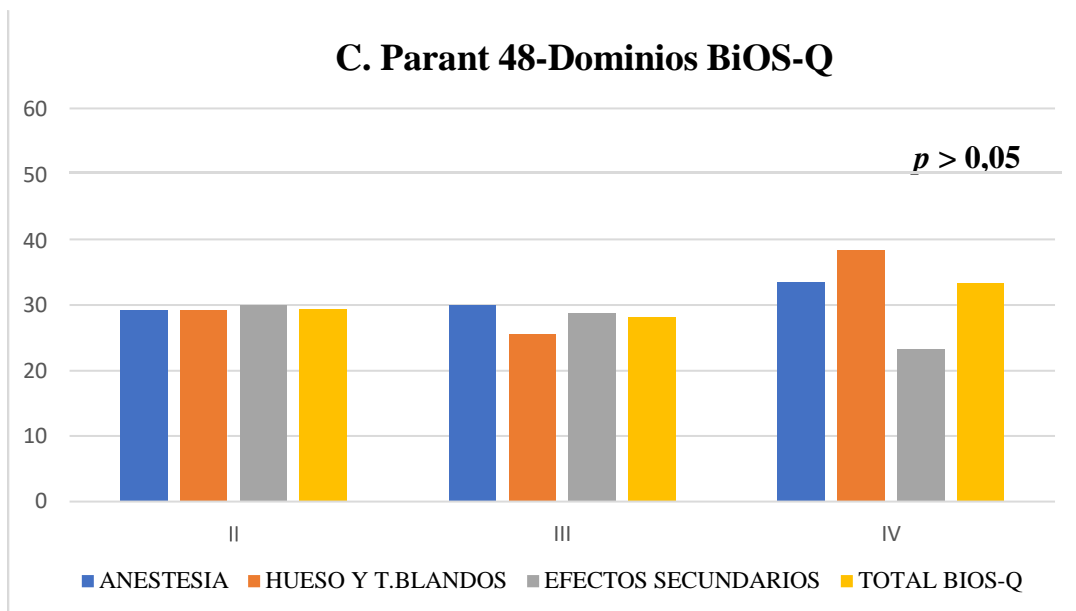


Figura 14. Resultados del dominio BiOS-Q según el número de molares extraídos

En las Figuras 15 y 16 se reflejan la relación de los dominios BiOS- Q y la clasificación de Parant para terceros molares. Según los resultados obtenidos (Anexo 5) no existen diferencias significativas entre la complejidad quirúrgica de los terceros molares y los dominios evaluados, excepto a nivel del molar 38, donde los molares con un grado de dificultad quirúrgica III, presentaron mayores puntuaciones en los dominios de Hueso y tejidos blandos y Efectos secundarios.



**Figura 15. Relación entre Clasificación de Parant y dominios BiOS-Q para el molar 38**



**Figura 16. Relación entre Clasificación de Parant y dominios BiOS-Q para el molar 48**

Respecto a la relación de dominios BiOS- Q y tiempo quirúrgico. Se dividieron en cuatro grupos en función de la duración de la intervención: inferior a 20 minutos, entre 20 y 30 minutos, entre 31 y 40 minutos y más de 40 minutos. No se observaron diferencias estadísticas con relación a la variable tiempo quirúrgico (Tabla 6).

<b>Dominios BiOS-Q</b>	<b>Tiempo Interv</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. estándar</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>p</b>
<b>Anestesia</b>	<20	8	32,77	9,99	17,86	47,14	0,184
	20-30	26	26,51	23,26	0,00	82,86	
	31-40	14	36,07	18,11	10,71	74,29	
	>40	5	22,71	22,29	2,86	57,14	
	Total	53	29,62	20,39	0,00	82,86	
<b>Hueso Tejidos Blandos</b>	<20	8	33,13	17,51	10,00	66,67	0,116
	20-30	26	28,81	20,17	0,00	65,00	
	31-40	14	41,01	24,02	0,00	91,67	
	>40	5	15,77	12,04	5,83	35,50	
	Total	53	31,46	21,08	0,00	91,67	
<b>Efectos Secundarios</b>	<20	8	24,58	22,25	6,67	66,67	0,300
	20-30	26	32,95	24,64	0,00	86,67	
	31-40	14	43,09	26,19	0,00	83,33	
	>40	5	25,00	17,87	5,00	53,33	
	Total	53	33,62	24,47	0,00	86,67	
<b>Total BiOS- Q</b>	<20	8	31,37	11,98	18,13	58,13	0,223
	20-30	26	28,58	19,09	0,94	68,13	
	31-40	14	39,24	19,67	4,69	82,50	
	>40	5	20,54	16,03	9,06	48,31	
	Total	53	31,06	18,51	0,94	82,50	
<i>*Prueba de Kruskal - Wallis</i>							

**Tabla 6. Distribución de la muestra según dominios BiOS- Q y tiempo quirúrgico.**

En la Tabla 7 se refleja relación de los dominios BiOS- Q con los días de absentismo al trabajo y a clases. Los días se dividieron de la siguiente manera: el día de la intervención (día 1), 2 días, 3 días, 4 días y más de 4 días. Se observaron diferencias significativas en los dominios Manipulación de hueso y tejidos blandos ( $p = 0,045$ ) y en Total BiOS-Q ( $p = 0,023$ ). Las diferencias son notables entre el día 1 de la intervención (con una media en manipulación de hueso y tejidos blandos de 22,58 y en Total BiOS-Q de 22,49) y los 3 días de ausencia (44,29 de media en Manipulación de tejidos blandos y hueso y 46,92 en Total BiOS-Q).

<b>Dominios BiOS-Q</b>	<b>Ausencias</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>p</b>
<b>Anestesia</b>	1 día	21	22,14	0,076
	2 días	11	38,57	
	3 días	7	38,67	
	4 días	8	25,00	
	+4 días	6	35,00	
<b>Hueso y Tejidos Blandos</b>	1 día	21	22,58	0,045
	2 días	11	31,03	
	3 días	7	44,29	
	4 días	8	31,15	
	+4 días	6	40,14	
<b>Efectos Secundarios</b>	1 día	21	23,09	0,100
	2 días	11	34,85	
	3 días	7	56,67	
	4 días	8	35,00	
	+4 días	6	39,44	
<b>Total BiOS- Q</b>	1 día	21	22,49	0,023
	2 días	11	35,05	
	3 días	7	46,92	
	4 días	8	29,18	
	+4 días	6	37,76	
<i>*Prueba de Kruskal-Wallis</i>				

**Tabla 7. Distribución de la muestra según dominios BiOS- Q y ausencias al trabajo y clases**

En la Tabla 8 se muestra la relación entre los dominios BiOS- Q y la presencia de baja médica. No se evidencian diferencias significativas, aunque las puntuaciones fueron más elevadas en todos los dominios en los pacientes que precisaron baja.

Dominios BiOS-Q	Baja Médica	N	Media	Desv. estándar	Median	Mínim	Máxim	<i>p</i>
Anestesia	NO	40	28,57	20,75	25,36	0,71	82,86	0,426
	SI	13	32,86	19,69	30,00	0,00	64,29	
	Total	53	29,62	20,39	27,14	0,00	82,86	
Hueso y Tejidos Blandos	NO	40	29,05	20,82	25,83	0,00	91,67	0,118
	SI	13	38,85	20,95	46,67	3,33	66,67	
	Total	53	31,46	21,08	28,33	0,00	91,67	
Efectos Secundarios	NO	40	30,79	24,05	25,83	0,00	86,67	0,144
	SI	13	42,31	24,62	50,00	0,00	76,67	
	Total	53	33,62	24,47	30,00	0,00	86,67	
Total BiOS-Q	NO	40	29,17	18,91	29,38	0,94	82,50	0,121
	SI	13	36,88	16,58	41,56	3,75	58,13	
	Total	53	31,06	18,51	31,56	0,94	82,50	
<i>*Prueba U de Mann- Whitney</i>								

**Tabla 8. Distribución de la muestra según dominios BiOS- Q y baja médica.**

Se encuentra relación, a través de la prueba de correlación Spearman, entre los dominios BiOS- Q y la edad de los pacientes en los dominios de Manipulación de tejidos blandos y hueso, Efectos secundarios y total del BiOS-Q ( $p < 0,05$ ), por lo que el factor edad puede determinar en la percepción de los pacientes durante la cirugía y en el postoperatorio. En la dificultad quirúrgica del tercer molar se encuentra relación en el dominio de Efectos secundarios en el tercer molar inferior izquierdo ( $p = 0,040$ ). Y hay asociación entre la ausencia a las ocupaciones habituales de los trabajadores o estudiantes y los dominios Manipulación de tejidos blandos y hueso, y Efectos secundarios ( $p = 0,021$  y  $0,012$ , respectivamente). (Anexo 5)

Finalmente, no se ha encontrado relación entre las variables socio-demográficas de los pacientes, características de la intervención, ocupación y nivel de estudios de los pacientes con el absentismo laboral, ni la necesidad de baja médica (Anexo 5).

## **5.DISCUSIÓN**

La finalidad del presente estudio fue evaluar la percepción individual del paciente durante la exodoncia quirúrgica de terceros molares y su relación con la recuperación postoperatoria. Utilizamos el cuestionario BiOS –Q para evaluar la percepción del paciente durante el proceso quirúrgico y cómo influye posteriormente en la calidad de vida de los pacientes, particularmente en su incorporación a la vida laboral y escolar.

El sexo y la edad son las dos variables demográficas más referidas en estudios relacionados con la intervención quirúrgica de terceros molares.

En el presente estudio se determinó que la distribución de mujeres y hombres era casi igualitaria, el 50,1 % correspondió a las mujeres, siendo similar al estudio de Reissman y cols (25) donde refieren que las mujeres representaban un poco más de la mitad de los pacientes (52%), en el caso de los grupos de edades la edad media de los pacientes era de 37,7 años resultado que no coincide con el presente estudio donde la edad media es de 26,5 años. En el estudio de Baranda (37), la muestra estaba compuesta por 71 mujeres (60,2%) y 47 varones (39,8%), con una edad media global  $27,1 \pm 6,5$  años en un rango de 18 a 40 años, al igual que el anterior los resultados obtenidos no son similares al presente estudio.

Maldonado Alvear (38) en su investigación refiere que el sexo femenino representó el 67,2% en relación con los hombres; la edad de 16 a 25 años con el 78.5%. Montes de Oca y cols. (39) plantearon en su estudio que el 62,08% de los actos se efectuó en mujeres (663). La mayor distribución según edades fue en el grupo de 18 a 30 años, representando el 32,5 %. En relación a la edad los resultados si se comportan parecidos a los nuestros, no ocurre de igual forma en el sexo donde predomina el femenino.

Según la relación de las variables sexo y edad con los dominios BiOS- Q, Reissman y cols (25) plantearon que ambas tuvieron un efecto en las puntuaciones totales de BiOS-Q con mayores cargas percibidas en pacientes mujeres y jóvenes, que según Herrera (40) es la edad en que los pacientes más acuden para realizarse la cirugía de terceros molares. En nuestro estudio no se obtuvieron diferencias significativas en relación con el sexo. Sin embargo, en la edad existen diferencias significativas, aunque en este caso son los pacientes entre los grupos 21-30 años y mayores de 30 años, los que presentan puntuaciones más elevadas en el total de BiOS-Q y Efectos secundarios.

El estudio realizado por Reissman y cols (25) es considerado por sus autores como el primer estudio que evalúa de manera integral las percepciones de los pacientes durante la colocación de implantes, estableciendo una comparación con la extracción quirúrgica (variable de interés para

comparar resultados) y apicectomía, utilizando al igual que en nuestro BiOS- Q, refieren que la comparación con la literatura es limitada.

Del total de intervenciones quirúrgicas realizadas, los terceros molares inferiores reportaron las mayores cifras, el 48 con un 37,5% y el 38 con un 30%. Coincide con resultados obtenidos por Maldonado (38) donde se realizaron con mayor frecuencia extracciones de los terceros molares inferiores representando el 55% (38) y el 45% (48) con respecto a los superiores, esto puede estar condicionado porque el tercer molar inferior es el diente que con mayor frecuencia presenta problemas de inclusión (6 – 96%), seguido a distancia de los caninos superiores y el tercer molar superior. (41). Vargas (42) concluye que el 51% de las extracciones se realizaron en el lado derecho al igual Herrera (40), contrastando con este estudio en el que predominó más el lado derecho (60%), en cambio Llerena (43) obtuvo que la mayor cantidad de extracciones se realizaron en el lado izquierdo con una frecuencia del 52%.

Los resultados obtenidos del estudio realizado por Tapia (44) respecto a la dificultad quirúrgica de la extracción de los terceros molares, siguiendo la escala de Parant, mostraron que más de la mitad de los casos fueron de Tipo II (52,5%), coincide con lo obtenido en nuestro estudio, sin embargo en relación con las otras clasificaciones el orden de frecuencia es diferente. De todos los estudios revisados la mayoría establecen otros sistemas de clasificación para determinar dificultad quirúrgica de los terceros molares como Pell - Gregory y Pederson, siendo estos los más aplicadas. Este criterio se considera para valorar las complicaciones postoperatorias principalmente, y no se considera la percepción del paciente según la complejidad, siendo esta el motivo de interés de la presente investigación.

En el presente estudio en los resultados se observó que la complejidad quirúrgica del 38 se asocia a mayores cargas percibidas por los pacientes en el dominio Efectos secundarios.

Este aspecto es importante, pues según la complejidad de los terceros molares para su extracción estará asociado a un menor o mayor trauma quirúrgico, por lo cual mientras mayor sea el mismo, el tiempo operatorio generalmente se prolonga, el proceso inflamatorio también aumenta y por ende los cuadros clínicos de dolor también. El aumento del tiempo operatorio también se asocia con la disminución de la calidad de vida y del tiempo de reincorporación a la rutina diaria (45).

En el estudio actual no se observaron diferencias estadísticas con relación a la variable tiempo quirúrgico y los dominios analizados de BiOS-Q. En contraste a lo planteado por Reissman y cols.

(25) que sí refieren en sus resultados que los pacientes percibieron mayores cargas en los tratamientos prolongados. El tiempo quirúrgico empleado sí puede ser determinante en la percepción del paciente durante el procedimiento y en la evolución postoperatoria, en este aspecto estudios realizados por Olate y cols. (46), Gonzáles y cols. (47) consideran que el tiempo quirúrgico está relacionado con la aparición de complicaciones postoperatorias y la intensidad del dolor postexodoncia.

La percepción más desagradable referida por los pacientes correspondió a la utilización de instrumentos de manos, ítem que pertenece al dominio Manipulación de hueso y tejidos blandos, (BIOS- Q 13) con un valor de media de 36,38.

En la evaluación de los dominios el resultado no fue similar al obtenido por Reissman y cols. (25) donde la puntuación más alta correspondió al dominio de anestesia en la extracción quirúrgica de dientes con 36,5. Nuestros pacientes percibieron como procedimientos más desagradables durante la extracción quirúrgica los que corresponden al dominio Efectos secundarios con un 33,6. Se puede plantear que el tiempo de duración de la intervención sigue siendo un factor a considerar pues el dominio Efectos secundarios en BIOS-Q hace referencia al tiempo y al dolor en la articulación durante el momento de la operación, y además se registra si los pacientes percibieron un sabor desagradable durante o después. Seferli y cols. (48) observaron una correlación positiva entre la duración del procedimiento quirúrgico y la percepción de malestar ( $r = 0,34$ ).

Según McGrath y cols. (29) la identificación de los factores y de mejores enfoques de tratamiento es importante para mejorar la recuperación de los pacientes y reducir la carga que la cirugía del tercer molar supone para la calidad de vida en el período posoperatorio inmediato.

En relación con la ausencia al trabajo y a clases se obtuvieron valores significativos en los dominios Manipulación de hueso y tejidos blandos y Efectos secundarios, por lo que la percepción de los pacientes puede ser determinante en el postoperatorio.

Así mismo, es importante tener en cuenta que la cirugía del tercer molar reduce significativamente la calidad de vida del paciente en el postoperatorio inmediato; sobre todo durante los tres primeros días tras la extracción, período en el que se produce el pico máximo de la inflamación. La mayoría de los pacientes afirman que la limitación más grave que sufren durante las primeras 24 horas hace referencia a la masticación. (50,51)

Además, se ve afectada su reincorporación al trabajo; se estima que el tiempo medio de ausencia laboral tras la extracción del tercer molar es de 2,5 días. (52)

La pérdida del salario, junto con el coste económico del absentismo laboral hace que la implicación económica asociada con esta cirugía sea muy alta. (53) Se cree que los trabajadores más calificados y que reciben mayor sueldo se ausenten menos debido a la satisfacción con su sueldo y su condición laboral. (54)

Saliba y cols. (30) observaron en su estudio que la razón odontológica principal que provocó la ausencia del trabajador fue dientes incluidos e impactados, siendo precisamente el objeto de estudio en la presente investigación.

En el estudio referido, la población estudiada se dividió en franjas etarias de 10 años, siendo la de 20 a 29 años la más ausente. El resultado coincide con nuestro estudio en relación con el grupo de edad (20 a 31 años), pero la diferencia radica en que se consideró no solo la ausencia al trabajo sino también a clases.

La mayoría de las ausencias reportadas tuvieron la duración de un día hasta el máximo de 5 días, al igual que en el presente estudio el mayor reporte de ausencias fue de 1 un día, y una menor cantidad refirió ausentarse más de 4 días. Puede estar relacionado a que la mayor parte de los pacientes que conforman nuestro estudio son trabajadores.

Según Reissman y cols. (26) los resultados de futuros estudios que utilicen el BiOS-Q ayudarán a reducir el dolor, las cargas y el malestar de los pacientes durante la cirugía oral, y, en consecuencia, la ansiedad previa.

La utilización de encuestas o cuestionarios, como método para medir la satisfacción en la atención de salud es una herramienta muy importante para la gestión de salud y se usa ampliamente en países desarrollados.

Este tipo de análisis se está utilizando como instrumento para legitimar diferentes reformas sanitarias, empoderando a los pacientes e incorporando su punto de vista en la gestión de procesos de calidad para asegurar un mejoramiento continuo de la atención de salud. (38)

En Odontología, una de las medidas más utilizadas para cuantificar la calidad de vida relacionada con la salud bucal (en inglés, “Oral Health Impact QoL” - OHRQoL) es el perfil de impacto en la salud bucal (en inglés, “Oral Health Impact Profile” - OHIP) (55). El cuestionario OHIP tiene como finalidad preguntar sobre los impactos negativos que los problemas bucales causan al bienestar de los pacientes, incluyendo parámetros como el dolor, los estados psicosociales, la interacción social y el desarrollo de las actividades diarias (56).

Los resultados del cuestionario «Oral Health Impact Profile» (OHIP) evalúan la calidad de vida en el postoperatorio realizado después de la extracción de terceros molares, y mostraron una disminución de la calidad de vida relacionada con la salud bucal en más de un 90% de los pacientes.

(57) La esencia de este cuestionario es evaluar la calidad de vida en el postoperatorio, a diferencia de BiOS- Q que evalúa como es la percepción del paciente durante la cirugía

Los instrumentos de calidad de vida relacionados a la salud cada día son más usados para determinar la percepción del paciente frente a un tratamiento o enfermedad, por lo cual consideramos necesario la realización de más estudios donde utilicen el cuestionario BiOS-Q como una herramienta importante que registra la experiencia de los paciente durante la cirugía, y establecer estrategias para mejorar aspectos del tratamiento que puedan proporcionar al paciente una mejor calidad de vida en el postoperatorio y no afectar su incorporación a la actividades laborales.

## **6. CONCLUSIONES**

- En el análisis de los dominios BIOS-Q se pudo identificar que los Efectos secundarios son el dominio con puntuación más elevada.
- La percepción más desagradable referida por los pacientes estaba relacionada al dominio Manipulación de hueso y tejidos blandos.
- Se encontraron diferencias significativas entre los resultados del BIOS-Q y la edad y la ocupación de los pacientes, siendo los trabajadores los más afectados.
- Se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación a los dominios BIOS-Q y la dificultad quirúrgica, pero solo en los terceros molares inferiores izquierdos.
- Existe una correlación entre las puntuaciones más elevadas de los dominios Manipulación de hueso y tejidos blandos y BIOS-Q total con la mayor ausencia laboral de los pacientes.
- A la vista de los resultados se considera necesario la realización de más estudios que comparen diferentes intervenciones quirúrgicas a través del cuestionario BIOS-Q. Así como aumentar el tamaño muestral para analizar la relación con las repercusiones en la calidad vida de los pacientes.

## **7. BIBLIOGRAFÍA**

1. Martínez González JM, Donado. Cirugía: Patología y técnica. 5ª ed. Barcelona: Elsevier 2019
2. Kämmerer PW, Bilal Al-Nawas. La extracción quirúrgica de terceros molares. Quintessence [Internet]. 2012 [citado el 4 de octubre de 2021];25(2):69–75.
3. Gatti PC, Gualtieri A, Prada S, Montes de Oca H, Puia SA. Prevalence and descriptive analysis of third molars in a dentistry service in the Metropolitan Area of Buenos Aires. Rev Asoc Odontol Argent 2020;6–13.
4. Alzate-García F de L, Universidad Santo Tomás, Serrano-Vargas L, Cortes-López L, Ariel Torres E, Rodríguez MJ, et al. Cronología y secuencia de erupción en el primer periodo transicional. CES odontol.. 2016;29(1):57-69.
5. Avellaneda-Gimeno V, Figueiredo R, Valmaseda-Castellon E. Quality of life after upper third molar removal: A prospective longitudinal study. Med Oral Patol Oral Cirugía Bucal. 2017;0-0.
6. Karaca İ, Şimşek Ş, Uğar D, Bozkaya S. Review of flap design influence on the health of the periodontium after mandibular third molar surgery. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007;104(1):18-23.
7. Dunne CM, Goodall CA, Leitch JA, Russell DI. Removal of third molars in Scottish oral and maxillofacial surgery units: A review of practice in 1995 and 2002. Br J Oral Maxillofac Surg 2006;44(4):313-6.
8. Bagheri SC, Khan HA. Extraction versus non-extraction. Management of third molars. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2007;19(1):15-21.
9. Haug RH, Perrott DH, Gonzalez ML, Talwar RM. The American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Age-Related Third Molar Study. J Oral Maxillofac Surg 2005;63(8):1106-14.
10. Marciani RD. Third molar removal: An overview of indications, imaging, evaluation, and assessment of risk. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2007;19(1):1-13.
11. Sánchez Cruzado, R; Salido Ramírez, MA; Cabrera Márquez, MA, Fernández Conde I,

- Navarro Suarez S, Flores Ruiz, R. Complicaciones en cirugías de terceros molares. *Revista Andaluza de Cirugía Bucal*. 2020; 10: 19-23.
12. Vidal Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Rev Soc Esp Dolor*. 2020;27(4):232–3.
  13. Hernández Viana S, Silva Gómez N, Gálvis Pareja DA, Martínez Pabón MC. Uso de Analgésicos y antiinflamatorios en un Servicio de Cirugía Bucal en Medellín, 2013-2015. *Rev Fac Odontol [Internet]*. 2019 [citado 21 de junio de 2022];30(2).
  14. Sukegawa S, Yokota K, Kanno T, Manabe Y, Sukegawa-Takahashi Y, Masui M, et al. What are the risk factors for postoperative infections of third molar extraction surgery: A retrospective clinical study-? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2019 Jan 1;24(1): 23-29.
  15. Jaroń A, Preuss O, Konkol B, Trybek G. Quality of life of patients after kinesio tape applications following impacted mandibular third molar surgeries. *J Clin Med* 2021;10(10):2197.
  16. Rubio-Palau J, Garcia-Linares J, Hueto-Madrid Ja, Gonzalez-Lagunas J, Raspall-Martin G, Mareque-Bueno J. Effect of intra-alveolar placement of 0.2% chlorhexidine bioadhesive gel on the incidence of alveolar osteitis following the extraction of mandibular third molars. A double-blind randomized clinical trial. *Med Oral Patol Oral Cir Buc*. 2015;e117-22.
  17. Colorado-Bonnin M, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Quality of life following lower third molar removal. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006;35(4):343-7.
  18. Sancho-Puchades M, Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Quality of life following third molar removal under conscious sedation. *Med Oral Patol Oral Cir Buc* 2012;e994-9.
  19. Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Rebelo MAB. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(suppl 1):1007-15.
  20. Diaz-Reissner CV, Casas-García I, Roldán-Merino J. Calidad de vida relacionada con salud oral: Impacto de diversas situaciones clínicas odontológicas y factores socio-demográficos. Revisión de la Literatura. *Int J Odontostomatol* 2017;11(1):31-9.

21. Aravena P, Delgado F, Olave H, Ulloa C, Perez-Rojas F. Chilean patients' perception of oral health-related quality of life after third molar surgery. *Patient preference* 2016; 10:1719-25.
22. Shugars DA, Gentile MA, Ahmad N, Stavropoulos MF, Slade GD, Phillips C, et al. Assessment of oral health-related quality of life before and after third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64(12):1721-30.
23. Conrad SM, Blakey GH, Shugars DA, Marciani RD, Phillips C, White RP Jr. Patients' perception of recovery after third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 1999;57(11):1288-94; discussion 1295-6.
24. Gutiérrez Uribe L. Calidad de vida laboral y su relación con el ausentismo laboral en BIOSERVICIOS S.A.S. Universidad de Manizales; 2021
25. Reissmann DR, Semmusch J, Farhan D, Smeets R, Heiland M, Heydecke G. Development and validation of the Burdens in Oral Surgery Questionnaire (BiOS-Q). *J Oral Rehabil* 2013;40(10):780-7.
26. Reissmann DR, Pouloupoulos G, Durham J. Patient perceived burden of implant placement compared to surgical tooth removal and apicectomy. *J Dent* 2015;43(12):1456-61.
27. McGrath C, Comfort MB, Lo EC, Luo Y. Can third molar surgery improve quality of life? A 6-month cohort study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003 Jul;61(7):759-63; discussion 764-5.
28. Limeres J, Sanromán JF, Tomás I, Diz P. Patients' perception of recovery after third molar surgery following postoperative treatment with moxifloxacin versus amoxicillin and clavulanic acid: A randomized, double-blind, controlled study. *J Oral Maxillofac Surg* 2009;67(2):286-91.
29. Berge TI, Bøe OE. Predictor evaluation of postoperative morbidity after surgical removal of mandibular third molars. *Acta Odontol Scand* 1994;52(3):162-9.
30. Saliba Rovida TA, Martins RJ, Ísper Garbin AJ, Saliba Garbin CA. Absentismo laboral por patología odontológica y médica en una industria de gran porte del sector mecánico y mueblera. *Med Segur Trab* 2014;60(236):489-96.

31. Vinicius J, Rodrigues M, Vasconcelos F, Paula ;, Da Mata S. Revista Científica UMC [Internet]. 2018.Umc.br. [citado el 3 de julio de 2022]. Disponible en: <http://seer.umc.br/index.php/revistaumc/article/viewFile/539/432>
32. Gelabert MP. El absentismo laboral en la empresa española. Revista técnico laboral [Internet]. 2012;34(131):5–81.
33. Garcia AG, Sampedro FG, Rey JG, Torreira MG. Trismus and pain after removal of impacted lower third molars. J Oral Maxillofac Surg 1997;55(11):1223-6.
34. Monaco G, De Santis G, Pulpito G, Gatto MRA, Vignudelli E, Marchetti C. What Are the Types and Frequencies of Complications Associated With Mandibular Third Molar Coronectomy? A Follow-Up Study. J Oral Maxillofac Surg 2015;73(7):1246-53.
35. Ali AS, Benton JA, Yates JM. Risk of inferior alveolar nerve injury with coronectomy vs surgical extraction of mandibular third molars-A comparison of two techniques and review of the literature. J Oral Rehabil 2018;45(3):250-7.
36. Zandi M, Amini P, Keshavarz A. Effectiveness of cold therapy in reducing pain, trismus, and oedema after impacted mandibular third molar surgery: a randomized, self-controlled, observer-blind, split-mouth clinical trial. Int J Oral Maxillofac Surg 2016;45(1):118-23.
37. Fernández Sainz de Baranda B. Estudio de la relación entre la dificultad quirúrgica en la exodoncia del tercer molar y las variables clínicas y séricas (Tesis Doctoral). Valencia: Universidad de Valencia. Facultad de Medicina y Odontología; 2017. Disponible en: <https://mobiroderic.uv.es/bitstream/handle/10550/59136/TESIS%20DOCTORAL%20BEATRIZ%20FDEZ%20SAINZ%20DE%20BARANDA%20final%20pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. Maldonado Alvear J J. Cambios en la calidad de vida después de la extracción quirúrgica de terceros molares mandibulares impactados (Tesis de Especialidad). Quito. UCE; 2020. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21382>
39. Montes de Oca H, Brusca MI, Markiewicz J, Puia SA. Estudio comparativo de las complicaciones quirúrgicas de los alumnos de la asignatura Cirugía I, entre exodoncias del tercer molar inferior y el resto de las piezas dentarias. Rev Fac Odontol (Buenos Aires). 2019;13–8.

40. Herrera Martínez KD. Prevalencia de terceros molares mandibulares retenidos en El Centro Quirúrgico de La Clínica. (Tesis de Especialidad). Lima. USMP; 2010. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/352833788/Herrera-M-2010-Prevalencia-de-Terceras-Molares-Mandibulares-Retenidas-Atendidas-en-El-Centro-Quirurgico-de-La-Clinica>
41. León C, Geovanni G. Relación entre el grado de dificultad quirúrgica en la extracción de terceros molares inferiores, usando una escala radiológica de valoración prequirúrgica, y el dolor postoperatorio en pacientes adultos. (Tesis de Especialidad). Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/9787>
42. Madrid V, Andrés W. Factores predictivos para la valoración de dificultad en la extracción de terceros molares inferiores retenidos usando la escala de Romero Ruiz. (Tesis de Especialidad) Quito. UCE; 2018. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/14408>
43. Llerena García G, Arrascue Dulanto M. Tiempo de cirugía efectiva en la extracción de los terceros molares realizadas por un cirujano oral y maxilofacial con experiencia. Rev estomatol hered. 2011;16(1):40.
44. Tapia Párraga AT. Valoración de la eficacia del gel tópico mucorepair Lacer ren la disminución de la inflamación, el dolor, el trismo y la mejora de la cicatrización tras la extracción de los terceros molares. Estudio controlado aleatorizado a boca partida. (Trabajo Fin de Máster). Madrid. UCM;2021. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/70508/>
45. García C, Mariel C. Factores predictivos más frecuentes para determinar la dificultad en cirugía de terceros molares inferiores no erupcionadas. (Tesis de Especialidad). Lima. UIGV;2018. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3433>
46. Olate S, Alister JP, Alveal R, Soto M, de Miranda Chaves Netto HD, Thomas D. Variables preoperatorias e intraoperatorias asociadas al aumento del tiempo quirúrgico en la exodoncia de terceros molares inferiores. Av Odontoestomatol.2012;28(6):275–80.
47. González B, Pereira S. Effective surgery time and pain post-exodontia of impacted inferior third molars. Odous Científica. 2020; 21 (1): 9-17.

48. Seferli J, Michelin M, Klinge B, Wettergren L. Patients' experiences of dental implant placement for treatment of partial edentulism in a student clinic setting. *Swed Dent J*. 2014;38(2):77-85.
49. McGrath C, Lam O, Lang N. An evidence-based review of patient-reported outcome measures in dental implant research among dentate subjects. *J Clin Periodontol*. 2012;39(12):193-201.
50. Colorado-Bonnin M, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Quality of life following lower third molar removal. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2006;35(4):343-7.
51. White RP Jr, Shugars DA, Shafer DM, Laskin DM, Buckley MJ, Phillips C. Recovery after third molar surgery: clinical and health-related quality of life outcomes. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003;61(5):535-44.
52. Lopes V, Mumenya R, Feinmann C, Harris M. Third molar surgery: an audit of the indications for surgery, post-operative complaints and patient satisfaction. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1995;33(1):33-5.
53. Berge TI. Inability to work after surgical removal of mandibular third molars. *Acta Odontol Scand* 1997;55(1):64-9.
54. Martins RJ, Garbin CAS, Garbin AJÍ, Moimaz SAS. Absenteísmo por motivos odontológico e médico nos serviços público e privado. *Rev Bras Saúde Ocup* 2005;30(111):09-15.
55. Ibikunle AA, Adeyemo WL. Oral health-related quality of life following third molar surgery with or without application of ice pack therapy. *Oral Maxillofac Surg* 2016;20(3):239-47.
56. McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A. Defining health and health inequalities. *Public Health* 2019;172:22-30.
57. Clarisse V, Casas-García I, Roldán-Merino J. Quality of Life Related to Oral Health: Impact of Various Socio-Demographic Factors and Dental Clinical Situations. Review of Literature. *Int. J. Odontostomat*. 2017; 11(1):31-39.

## **8.ANEXOS**

## ANEXO 1. Acta del Comité de Ética del Hospital Clínico San Carlos.

Dra. Mar García Arenillas  
Presidenta del CEIm Hospital Clínico San Carlos

### CERTIFICA

- Que el CEIm Hospital Clínico San Carlos en reunión de Comisión Permanente, acta 5.2/22, ha evaluado la respuesta a las aclaraciones solicitadas con anterioridad al estudio:

Título: *PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DURANTE LA EXODONCIA QUIRÚRGICA DE TERCEROS MOLARES Y REPERCUSIÓN EN SU CALIDAD DE VIDA.*

Investigadora principal: **MARÍA ISABEL LECO BERROCAL**. Facultad de Odontología de la U.C.M.

Código Interno: 22/261-E

Tipo Documento	Versión
Hoja Información de Paciente	V2: 9-05-2022
Protocolo	V2: 9-05-2022

- Que en este estudio:
  - Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
  - Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.
  - La capacidad del investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio.
  - El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto de los postulados éticos.
  - Se cumplen los preceptos éticos formulados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y en sus posteriores revisiones, así como aquellos exigidos por la normativa legal aplicable en función de las características del estudio.
- Que este Comité ha decidido emitir un **DICTAMEN FAVORABLE**.
- Que en dicha reunión se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente – Real Decreto 1090/2015 – para que la decisión del citado CEIm sea válida.
- Que el CEIm Hospital Clínico San Carlos tanto en su composición como en sus procedimientos, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y con la legislación vigente que regula su funcionamiento, y que la composición del CEIm Hospital Clínico San Carlos es la indicada a continuación, teniendo en cuenta que en el caso de que algún miembro participe en el proyecto o declare algún conflicto de interés no habrá participado en la evaluación ni en el dictamen de la solicitud de autorización del proyecto.



## **ANEXO 2: Hoja de Información para el paciente y Formulario de Consentimiento Informado.**

Todos los datos relativos a usted y a su salud que se recojan durante el transcurso del estudio sólo serán utilizados para la realización del mismo; en caso de otros posibles estudios futuros relacionados con su patología, éstos serán aprobados previamente por un Comité de Ética de la Investigación. Sus datos se gestionarán bajo la confidencialidad más estricta: su nombre y su información médica personal se sustituirán por un código para que no pueda identificarse a ningún participante individual. La única persona que tendrá acceso a la clave de códigos es el investigador principal del estudio. El responsable del tratamiento de sus datos es el Centro, que guardará todas las medidas de seguridad necesarias para la protección de sus datos. De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, usted puede ejercer sus derechos de acceso, modificación, oposición y supresión de datos. También tiene derecho a limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio, en la medida que sean aplicables. Para ejercitar estos derechos, diríjase al investigador principal del estudio (Dra. Ma ISABEL LECO BERROCAL, Servicio Máster de Cirugía Bucal e Implantología de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, teléfono 913941966). Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho/a. Para obtener información más detallada puede consultar el siguiente enlace: <https://www.aepd.es/sites/default/files/2019-10/guia-ciudadano.pdf>.

## Formulario de Consentimiento Informado.

Don/Doña \_\_\_\_\_

De \_\_\_\_\_ años de edad y D.N.I nº \_\_\_\_\_

Con domicilio en \_\_\_\_\_

### DECLARA

Que el doctor/a me ha informado y explicado el proceder al realizar un tratamiento en el que se me va a realizar la extracción quirúrgica de un tercer molar, dándome la siguiente información: Comprendo y acepto que el procedimiento al que voy a ser sometido, forma parte de un protocolo de estudio, que doy mi autorización a que se me efectúe, que se utilicen mis datos, radiografías y fotografías, y entren a formar parte del estudio con fines científicos; todo ello para contribuir al avance de la odontoestomatología. Comprendo y acepto que el procedimiento que se me va a llevar a cabo se realiza en una fase, y requiere una revisión posterior, a los 7 días en la que se realizará la retirada de los puntos. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento y en tales condiciones doy mi consentimiento para la realización de esta intervención.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022\_

Fido. El paciente

## ANEXO 3: Cuestionario día de la intervención

### Intervención Quirúrgica de Terceros Molares Retenidos.

IDENTIFICADOR:

FECHA:

**1- EDAD:**

**2- SEXO:**    \_\_\_HOMBRE        \_\_\_MUJER

**3- NIVEL DE ESTUDIOS:**

\_\_\_PRIMARIA

\_\_\_SECUNDARIA

\_\_\_FORMACIÓN PROFESIONAL

\_\_\_ENSEÑANZA UNIVERSITARIA

\_\_\_NO ESTUDIOS

**4- ESTUDIANTE:**

\_\_\_ESO

\_\_\_BACHILLERATO

\_\_\_FORMACIÓN PROFESIONAL

\_\_\_UNIVERSITARIO

**5- SITUACIÓN LABORAL:**

\_\_\_TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA

\_\_\_TRABAJADOR POR CUENTA AJENA

\_\_\_FUNCIONARIO PÚBLICO

\_\_\_EMPRESA PÚBLICA

**6- TERCER MOLAR INTERVENIDO:**

\_\_\_SUPERIOR DERECHO

\_\_\_SUPERIOR IZQUIERDO

\_\_\_INFERIOR DERECHO

\_\_\_INFERIOR IZQUIERDO

**7- TIEMPO DE INTERVENCIÓN (Cirujano):**

**8- COMPLICACIONES EN EL ACTO QUIRÚRGICO (Cirujano)\_SI\_\_\_NO**

**9- CLASIFICACIÓN QUIRÚRGICA DE 3ros MOLARES SEGÚN LA ESCALA DE PARANT (Cirujano)**

\_\_\_ I.- Extracción solo con fórceps o incisión y despegamiento

\_\_\_ II.- Extracción por ostectomía

\_\_\_ III.- Extracción por ostectomía y corte coronal

\_\_\_ IV.- Procedimientos Complejos (requiere además odontosección radicular)

## ANEXO 4

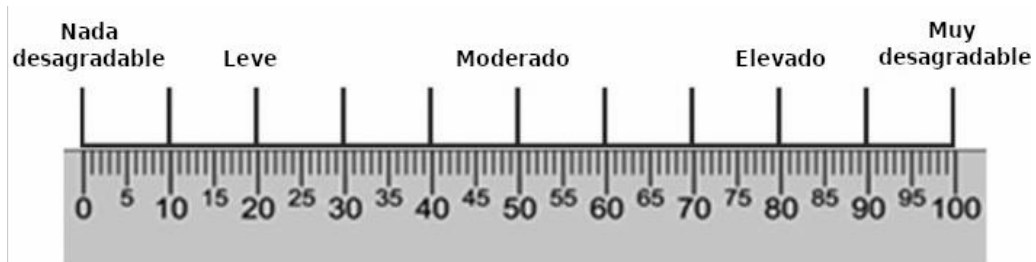
### Postoperatorio de Terceros Molares Retenidos. Cuestionario BIOS-Q

POR FAVOR, CONTESTE A ESTAS PREGUNTAS SOBRE EL DÍA DE LA INTERVENCIÓN. LA ESCALA ES DEL 1 AL 100, CONSIDERANDO:

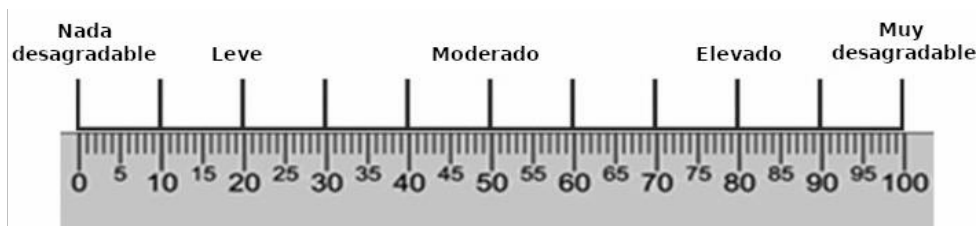
1: NADA DESAGRADABLE

100: MUY DESAGRADABLE

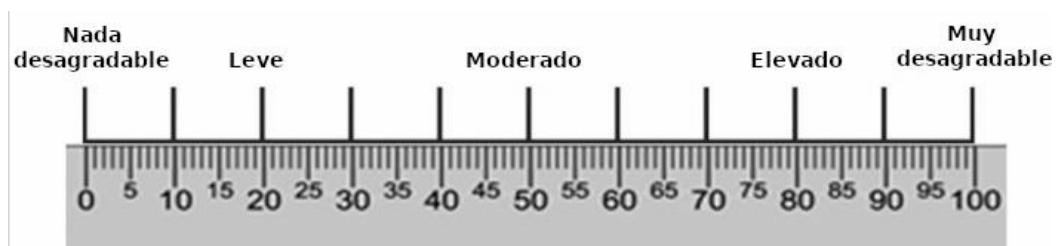
1- ¿EXPERIMENTÓ UNA SENSACIÓN DESAGRADABLE CUANDO LA AGUJA PERFORÓ LA MUCOSA ORAL?



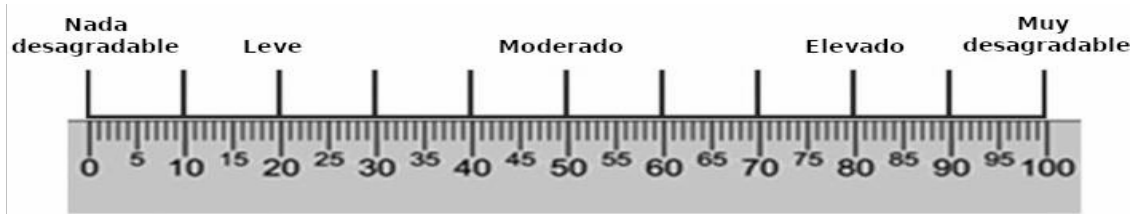
2- ¿SINTIÓ ALGUNA PRESIÓN DESAGRADABLE DURANTE LA INYECCIÓN DE LA ANESTESIA?



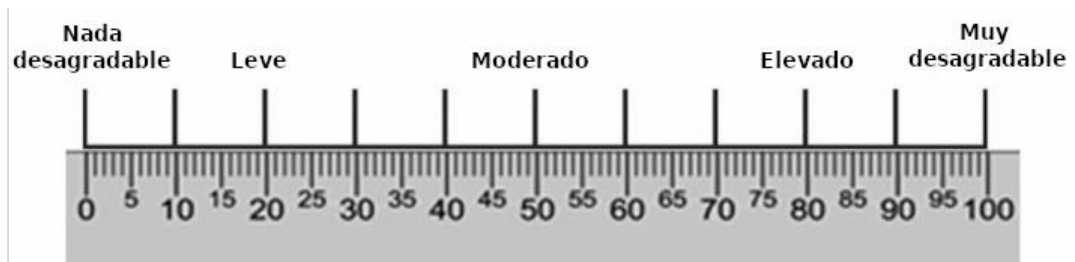
3- ¿SINTIÓ ALGÚN SABOR DESAGRADABLE POR LA ANESTESIA?



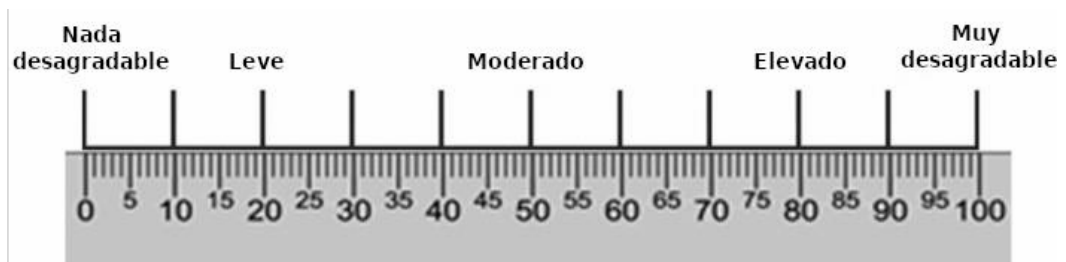
4- ¿SINTIÓ ALGUNA HINCHAZÓN DESAGRADABLE DURANTE O DESPUÉS DE LA ANESTESIA?



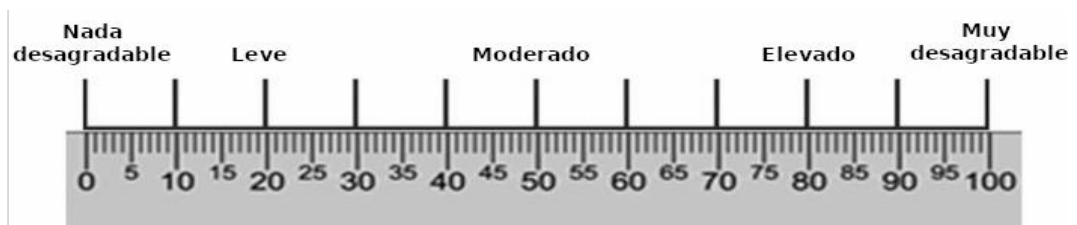
5- ¿SINTIÓ ADORMECIMIENTO DESAGRADABLE DEL LABIO O LA MEJILLA DURANTE O DESPUÉS DE LA ANESTESIA?



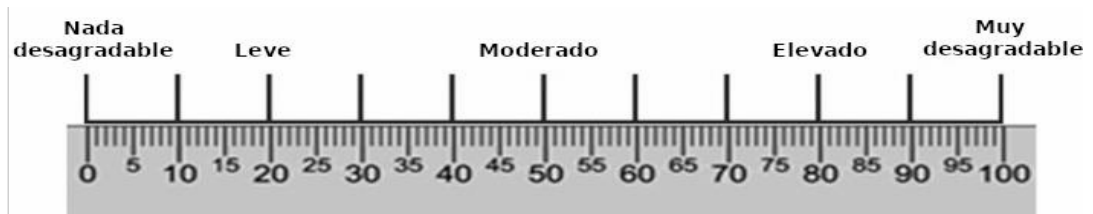
6- ¿DESPUÉS DE LA ANESTESIA FUE DESAGRADABLE TRAGAR?



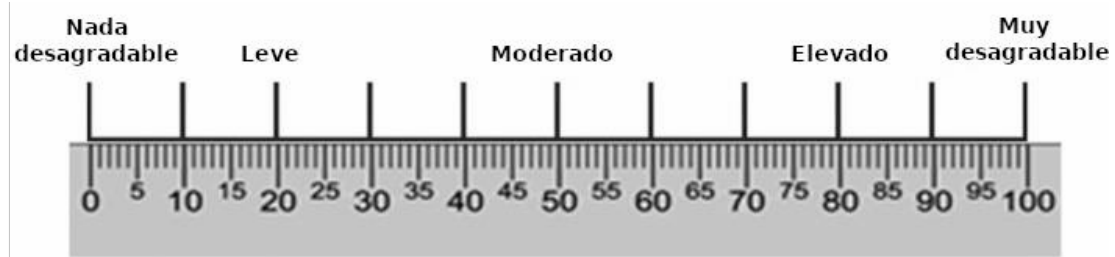
7- ¿FUE DESAGRADABLE HABLAR DURANTE O DESPUÉS DE LA ANESTESIA?



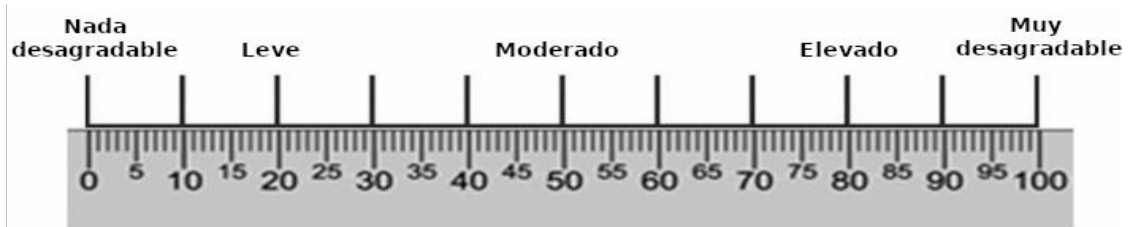
8- ¿SINTIÓ ALGUNA PRESIÓN DESAGRADABLE AL RETRAER EL LABIO O LA MEJILLA?



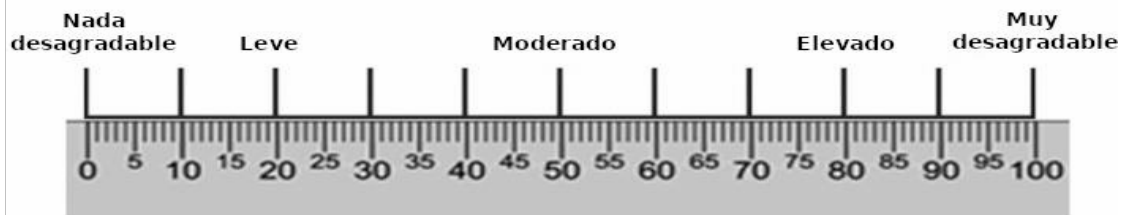
9- ¿SINTIÓ ALGUNA PRESIÓN DESAGRADABLE DURANTE LA PRIMERA INCISIÓN AL PRINCIPIO DE LA OPERACIÓN?



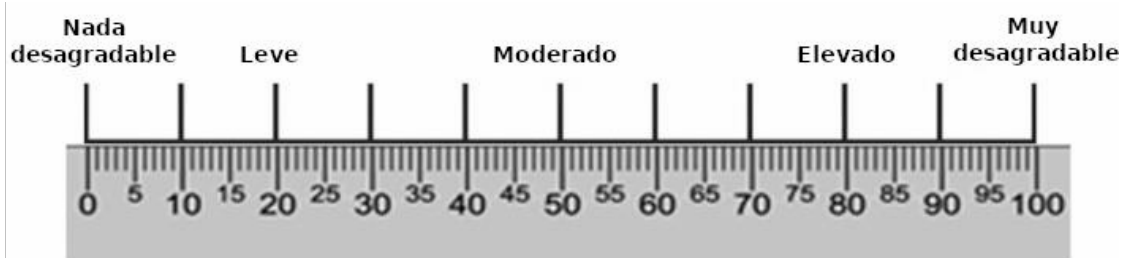
10- ¿SINTIÓ ALGUNA PRESIÓN DESAGRADABLE CUANDO SE UTILIZARON INSTRUMENTOS ROTATORIOS (TALADRO)?



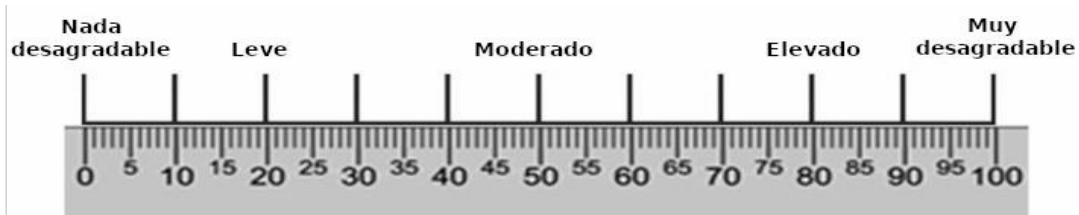
11- ¿EL TALADRO HA SIDO DESAGRADABLEMENTE RUIDOSO?



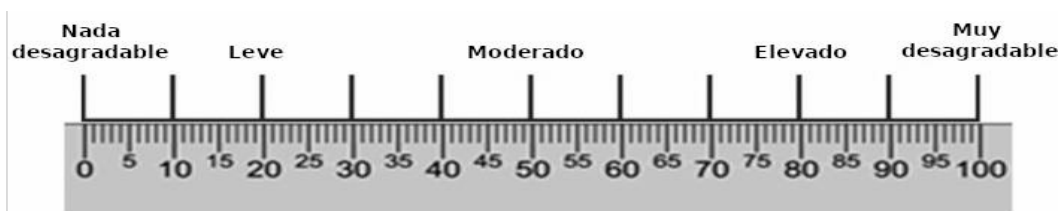
12- ¿SINTIÓ ALGUNA VIBRACIÓN DESAGRADABLE CUANDO SE UTILIZARON INSTRUMENTOS ROTATORIOS (TALADRO); SE UTILIZARON EN EL HUESO?



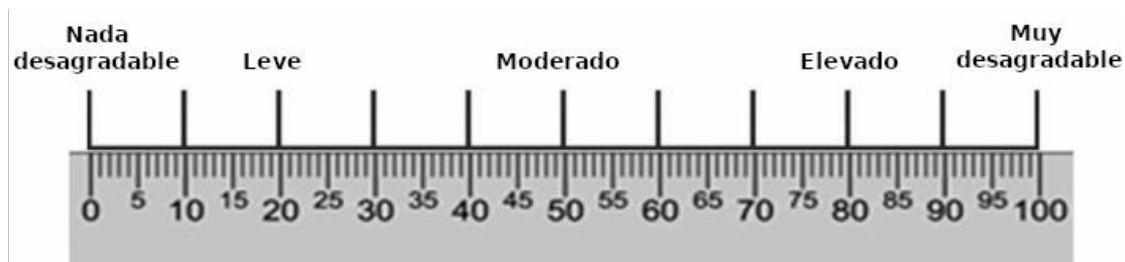
13- ¿SINTIÓ ALGUNA PRESIÓN DESAGRADABLE CUANDO SE UTILIZARON INSTRUMENTOS DE MANO?



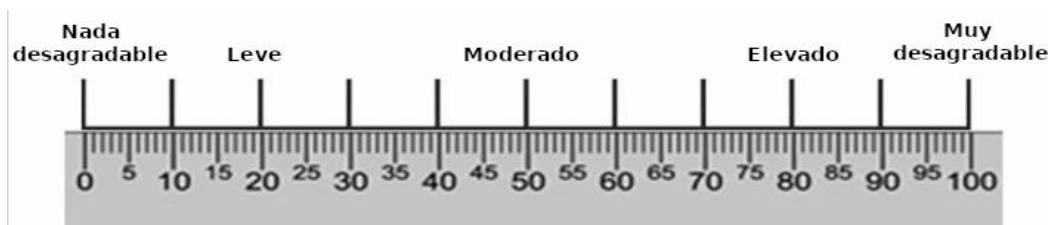
14- ¿SINTIÓ ALGÚN DOLOR DESAGRADABLE EN LA ZONA DE LA ARTICULACIÓN DE LA MANDÍBULA DURANTE LA OPERACIÓN?



15- ¿SINTIÓ ALGÚN SABOR DESAGRADABLE DURANTE O DESPUÉS DE LA OPERACIÓN?



16- ¿FUE DESAGRADABLE LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN?



17- ¿CUÁNTOS DÍAS SE AUSENTÓ DEL TRABAJO O NO PUDO ASISTIR A CLASE?

- DÍA DE LA INTERVENCIÓN
- DÍA DE LA INTERVENCIÓN + 1 DÍA
- DÍA DE LA INTERVENCIÓN + 2 DÍAS
- DÍA DE LA INTERVENCIÓN + 3 DÍAS
- MÁS DE 4 DÍAS

18- SÓLO EN CASO DE SER TRABAJADOR. INDIQUE SI PRECISÓ BAJA MÉDICA:

- SÍ
- NO

**ANEXO 5.**

**Tablas de Clasificación de Parant y Dominios BIOS-Q**

**Relación de dominios BIOS- Q y clasificación Parant para molar 18.**

<b>Dominios BIOS-Q</b>			<b>Sum of Squares</b>	<b>df</b>	<b>Mean Square</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Anestesia</b>	Between Groups	(Combined)	1287,774	2	643,887	1,583	0,215
	Within Groups		20336,312	50	406,726		
	Total		21624,085	52			
<b>Hueso Tejidos Blandos</b>	Between Groups	(Combined)	962,283	2	481,141	1,086	0,345
	Within Groups		22150,059	50	443,001		
	Total		23112,342	52			
<b>Efectos Secundarios</b>	Between Groups	(Combined)	91,906	2	45,953	0,074	0,929
	Within Groups		31039,960	50	620,799		
	Total		31131,866	52			
<b>Total BIOS-Q</b>	Between Groups	(Combined)	629,712	2	314,856	0,916	0,407
	Within Groups		17191,025	50	343,821		
	Total		17820,738	52			

**Relación de dominios BIOS-Q clasificación de Parant para molar 28**

<b>Dominios BIOS-Q</b>		<b>Sum of Squares</b>	<b>df</b>	<b>Mean Square</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Anestesia</b>	Between Groups	(Combined) 266,313	1	266,313	0,636	0,429
	Within Groups		21357,772	51	418,780	
	Total		21624,085	52		
<b>Hueso Tejidos Blandos</b>	Between Groups	(Combined) 220,167	1	220,167	0,490	0,487
	Within Groups		22892,175	51	448,866	
	Total		23112,342	52		
<b>Efectos Secundarios</b>	Between Groups	(Combined) 1039,921	1	1039,921	1,762	0,190
	Within Groups		30091,944	51	590,038	
	Total		31131,866	52		
<b>Total BIOS-Q</b>	Between Groups	(Combined) 351,575	1	351,575	1,026	0,316
	Within Groups		17469,163	51	342,533	
	Total		17820,738	52		

**Relación de dominios BIOS-Q clasificación de Parant para molar 38**

Dominios BIOS-Q		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
<b>Anestesia</b>	Between Groups (Combined)	833,181	3	277,727	0,655	0,584
	Within Groups	20790,904	49	424,304		
	Total	21624,085	52			
<b>Hueso Tejidos Blandos</b>	Between Groups (Combined)	3649,451	3	1216,484	3,063	<b>0,037</b>
	Within Groups	19462,891	49	397,202		
	Total	23112,342	52			
<b>Efectos Secundarios</b>	Between Groups (Combined)	4965,199	3	1655,066	3,099	<b>0,035</b>
	Within Groups	26166,667	49	534,014		
	Total	31131,866	52			
<b>Total BIOS-Q</b>	Between Groups (Combined)	1986,307	3	662,102	2,049	0,119
	Within Groups	15834,430	49	323,152		
	Total	17820,738	52			

**Relación de Dominios BIOS-Q clasificación de Parant para molar 48**

Dominios BIOS-Q		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
<b>Anestesia</b>	Between Groups (Combined)	36,961	3	12,320	0,028	0,994
	Within Groups	21587,124	49	440,554		
	Total	21624,085	52			
<b>Hueso Tejidos Blandos</b>	Between Groups (Combined)	983,907	3	327,969	0,726	0,541
	Within Groups	22128,435	49	451,601		
	Total	23112,342	52			
<b>Efectos Secundarios</b>	Between Groups (Combined)	1518,853	3	506,284	0,838	0,480
	Within Groups	29613,013	49	604,347		
	Total	31131,866	52			
<b>Total BIOS-Q</b>	Between Groups (Combined)	310,040	3	103,347	0,289	0,833
	Within Groups	17510,697	49	357,361		
	Total	17820,738	52			

### Correlación Spearman con los dominios del BiOS-Q

		Anestesia	Hueso y tejidos blandos	Efectos Secundarios	Total BiOS- Q
<b>C.Parant 18</b>	Sig. (2-tailed)	0,314	0,898	0,668	0,739
	N	53	53	53	53
<b>C. Parant 28</b>	Sig. (2-tailed)	0,395	0,385	0,148	0,157
	N	53	53	53	53
<b>C.Parant 38</b>	Sig. (2-tailed)	0,749	0,160	0,040	0,155
	N	53	53	53	53
<b>C. Parant 48</b>	Sig. (2-tailed)	0,881	0,335	0,182	0,380
	N	53	53	53	53
<b>Edad</b>	Sig. (2-tailed)	0,344	0,023	0,014	0,042
	N	53	53	53	53
<b>Tiempo Interv</b>	Sig. (2-tailed)	0,804	0,901	0,524	0,949
	N	53	53	53	53
<b>Aus Trabajo</b>	Sig. (2-tailed)	0,082	0,021	0,049	0,012
	N	53	53	53	53

### Correlación Spearman Ausencia al trabajo

		Número Molares	C. Parant 18	C. Parant 28	C. Parant 38	C. Parant 48	Edad	Tiempo Interv
<b>Aus Trabajo</b>	Correlation Coefficient	0,044	0,078	-0,010	-0,065	0,089	-0,037	-0,068
	Sig. (2-tailed)	0,756	0,581	0,943	0,646	0,526	0,790	0,627
	N	53	53	53	53	53	53	53

### Ausentismo laboral y la edad.

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Ausencia Trabajo Edad</b>	Between Groups	(Combined)	1,360	2	0,680	0,233	0,793
	Within Groups		145,886	50	2,918		
	Total		147,245	52			

### Ausentismo y nivel de estudios

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Ausencia Trabajo Nivel de estudios</b>	Between Groups	(Combined)	7,343	3	2,448	0,916	0,443
	Within Groups		98,901	37	2,673		
	Total		106,244	40			

### Ausentismo laboral y Clasificación de Parant

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Ausencia Trabajo C.Parant 18</b>	Between Groups	(Combined)	6,460	2	3,230	1,147	0,326
	Within Groups		140,786	50	2,816		
	Total		147,245	52			

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Ausencia Trabajo C. Parant 28</b>	Between Groups	(Combined)	0,172	1	0,172	0,060	0,808
	Within Groups		147,074	51	2,884		
	Total		147,245	52			

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Ausencia Trabajo * C.Parant 38</b>	Between Groups	(Combined)	9,089	3	3,030	1,075	0,369
	Within Groups		138,156	49	2,820		
	Total		147,245	52			

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Ausencia Trabajo C. Parant 48</b>	Between Groups	(Combined)	4,666	3	1,555	0,534	0,661
	Within Groups		142,580	49	2,910		
	Total		147,245	52			

### Baja Médica y sexo (Chi Square Tests)

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
<b>Pearson Chi-Square</b>	,774a	1	0,379	0,526	0,289
<b>Continuity Correctionb</b>	0,314	1	0,575		
<b>Likelihood Ratio</b>	0,780	1	0,377	0,526	0,289
<b>Fisher's Exact Test</b>				0,526	0,289
<b>N of Valid Cases</b>	53				

## Baja Médica y nivel de estudios

			Baja Médica		Total
			NO	SI	
Nivel de estudios	Bachillerato	Count	5	4	9
		% within Nivel de estudios	55,6%	44,4%	100,0%
	Formación Profesional	Count	8	4	12
		% within Nivel de estudios	66,7%	33,3%	100,0%
	Secundaria	Count	3	3	6
		% within Nivel de estudios	50,0%	50,0%	100,0%
	Universitario	Count	12	2	14
		% within Nivel de estudios	85,7%	14,3%	100,0%
	Total	Count	28	13	41
		% within Nivel de estudios	68,3%	31,7%	100,0%

## Chi Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
<b>Pearson Chi-Square</b>	3,578a	3	0,311	0,345	
<b>Likelihood Ratio</b>	3,778	3	0,286	0,338	
<b>Fisher-Freeman-Halton Exact Test</b>	3,767			0,275	
<b>Linear-by-Linear Association</b>	1,961b	1	0,161	0,202	0,105
<b>N of Valid Cases</b>	41				

## Baja Médica Estudiante

			Baja Médica	Total
			NO	
<b>Estudiante</b>	Formación Profesional	Count	4	4
		% within Estudiante	100,0%	100,0%
	Secundaria	Count	2	2
		% within Estudiante	100,0%	100,0%
	Universitario	Count	6	6
		% within Estudiante	100,0%	100,0%
	Total	Count	12	12
		% within Estudiante	100,0%	100,0%

## Chi Square Tests

	Value
<b>Pearson Chi-Square</b>	.a
<b>N of Valid Cases</b>	12

## Baja Médica Trabajador

			Baja Médica		Total	
			NO	SI		
<b>Trabajador</b>	Estudiante	Count	12	0	12	
		% within TRABAJADOR	100,0%	0,0%	100,0%	
	Trabajador	Count	28	13	41	
		% within TRABAJADOR	68,3%	31,7%	100,0%	
		Total	Count	40	13	53
			% within TRABAJADOR	75,5%	24,5%	100,0%

## Chi Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
<b>Pearson Chi-Square</b>	5,041a	1	0,025	0,050	0,021
<b>Continuity Correctionb</b>	3,474	1	0,062		
<b>Likelihood Ratio</b>	7,831	1	0,005	0,026	0,021
<b>Fisher's Exact Test</b>				0,026	0,021
<b>Linear-by-Linear Association</b>	4,946c	1	0,026	0,050	0,021
<b>N of Valid Cases</b>	53				

## Baja Médica y clasificación Parant molar 18 (Chi Square Tests)

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
<b>Pearson Chi-Square</b>	3,199a	2	0,202	0,318	
<b>Likelihood Ratio</b>	2,938	2	0,230	0,318	
<b>Fisher-Freeman-Halton Exact Test</b>	2,712			<b>0,318</b>	
<b>Linear-by-Linear Association</b>	1,100b	1	0,294	0,386	0,224
<b>N of Valid Cases</b>	53				

## Baja Médica y clasificación Parant molar 28 (Chi Square Tests)

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
<b>Pearson Chi-Square</b>	,876a	1	0,349	0,480	0,275
<b>Continuity Correctionb</b>	0,338	1	0,561		
<b>Likelihood Ratio</b>	0,843	1	0,359	0,480	0,275
<b>Fisher's Exact Test</b>				0,480	0,275
<b>Linear-by-Linear Association</b>	,860c	1	0,354	0,480	0,275
<b>N of Valid Cases</b>	53				

**Baja Médica y clasificación Parant molar 38 (Chi Square Tests)**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
<b>Pearson Chi-Square</b>	1,460a	3	0,691	0,761	
<b>Likelihood Ratio</b>	1,420	3	0,701	0,805	
<b>Fisher-Freeman-Halton Exact Test</b>	1,800			0,624	
<b>Linear-by-Linear Association</b>	,052b	1	0,820	0,907	0,463
<b>N of Valid Cases</b>	53				

**Baja Médica y clasificación Parant molar 48 (Chi Square Tests)**

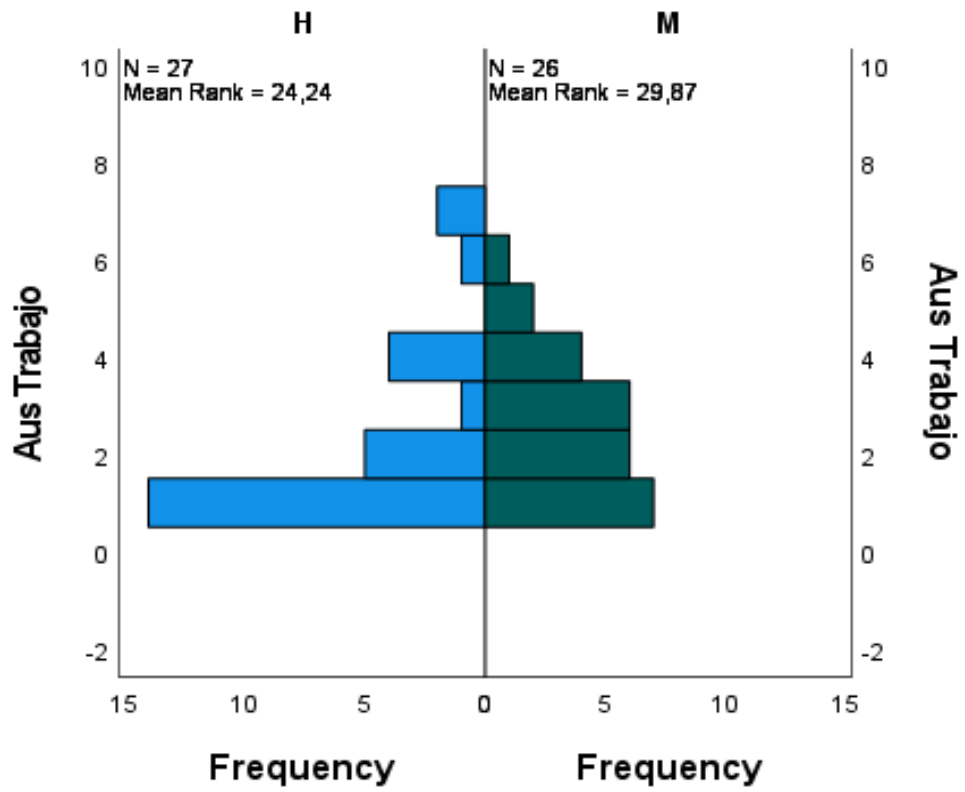
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
<b>Pearson Chi-Square</b>	3,189a	3	0,363	0,353	
<b>Likelihood Ratio</b>	3,042	3	0,385	0,469	
<b>Fisher-Freeman-Halton Exact Test</b>	3,428			0,287	
<b>Linear-by-Linear Association</b>	,629b	1	0,428	0,482	0,251
<b>N of Valid Cases</b>	53				

**Baja Médica e intervalo de tiempo quirúrgico**

		Baja Médica		Total	
		NO	SI		
<b>Tiempo Intervalo</b>	<20	Count	6	2	8
		% within TInterv_	75,0%	25,0%	100,0%
	20-30	Count	20	6	26
		% within TInterv_	76,9%	23,1%	100,0%
	31-40	Count	9	5	14
		% within TInterv_	64,3%	35,7%	100,0%
	>40	Count	5	0	5
		% within TInterv	100,0%	0,0%	100,0%
Total	Count	40	13	53	
	% within TInterv	75,5%	24,5%	100,0%	

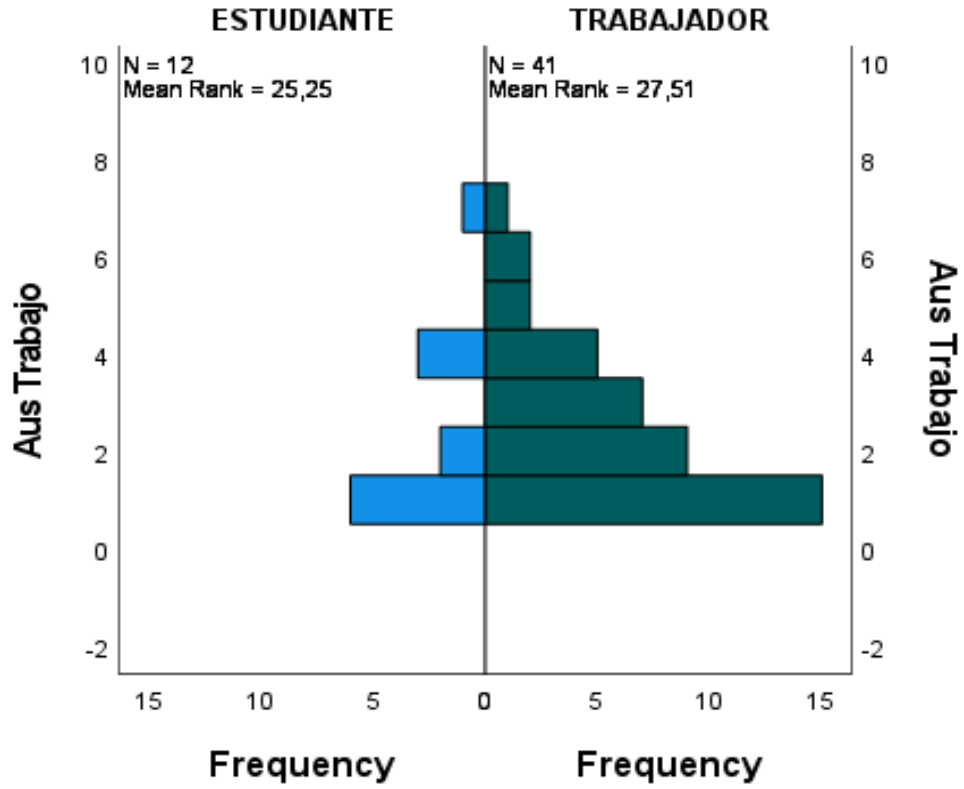
# Independent-Samples Mann-Whitney U Test

Sexo



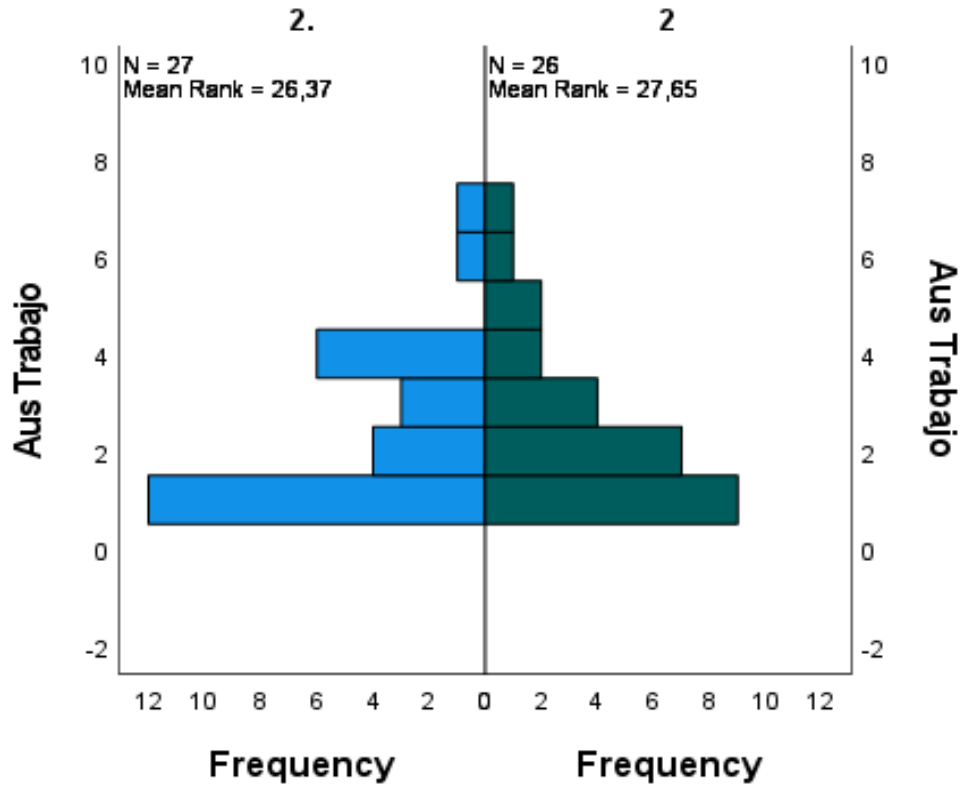
# Independent-Samples Mann-Whitney U Test

## TRABAJADOR



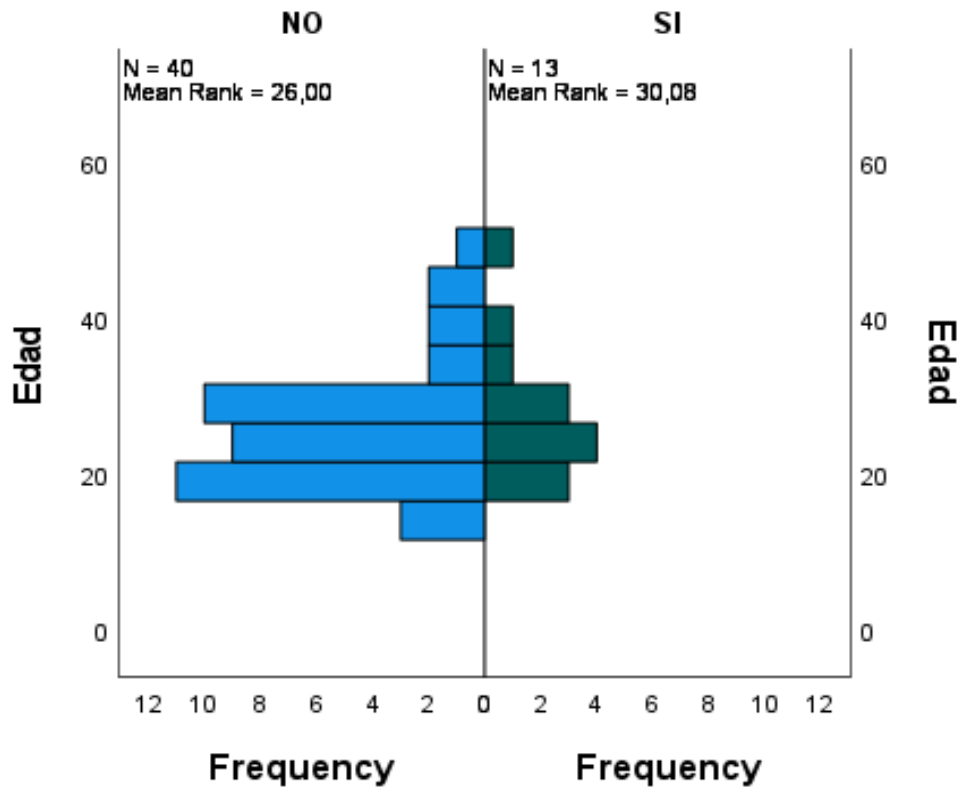
# Independent-Samples Mann-Whitney U Test

## Numero Molares



# Independent-Samples Mann-Whitney U Test

## Baja Médica



# Independent-Samples Mann-Whitney U Test

## Baja Médica

