

MEMORIA FINAL DE PROYECTO DE INNOVACIÓN DOCENTE. CURSO
2017/18



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

Vicerrectorado de Calidad

Proyectos de Innovación

Convocatoria 2017 / 2018

Título: PROYECTO PARA AUTOEVALUACIÓN DEL ALUMNO DE ODONTOLOGÍA
EN CONOCIMIENTOS DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL

Responsable: JUAN LOPEZ-QUILES MARTINEZ

Proyecto Nº: 226

Innova-Docencia

Facultad de Odontología

Estomatología III (Medicina y Cirugía Buco-Facial)

1. OBJETIVOS PROPUESTOS

- 1) Revisar las competencias diagnósticas concretas que componen cada una de las patologías del territorio maxilofacial;
- 2) Definir específicamente cada uno de los ítems que constituyen dichas competencias clínicas a partir de la información recogida en el plan de estudios y de la experiencia clínica del equipo y ponderar, dentro de cada competencia clínica, el peso que tendrá cada ítem en la evaluación;
- 3) Establecer un formato de evaluación consensuado por el equipo de profesores que forman parte de este proyecto partiendo del conocimiento, puesta en común y debate acerca de los aspectos mejorables de los procesos de evaluación aplicados hasta la fecha en nuestro Departamento y de los métodos de evaluación desarrollados en otros centros;
- 4) Crear tests objetivables que contemplen secuencialmente todos los aspectos clínicos en los que el alumno debe demostrar competencia para acometer una práctica clínica eficaz y razonable;
- 5) Definir con claridad la sistemática de aplicación de los tests en el caso de ser utilizados para la autoevaluación del alumno. Señalar los matices necesarios y acordar las pautas de aplicación, de modo que la autoevaluación sea un proceso eficaz y constatable. Establecer la forma y periodicidad con las que el alumno informará a su profesor de prácticas de sus progresos.
- 6) Definir con claridad la sistemática de aplicación de los tests en el caso de que la evaluación sea externa (por profesores), de modo que el alumno solicitará ser examinado cuando haya constatado mediante los procesos autoevaluadores que está capacitado para superar la evaluación de una competencia determinada. Acordar cuántas veces podrá pedir el alumno dicha evaluación en caso de no haberla obtenido en primera instancia, o cuánto tiempo deberá transcurrir entre dos evaluaciones consecutivas de una misma competencia;
- 7) Exponer de forma motivada qué profesores realizarán la evaluación (profesor de prácticas que tutoriza al alumno o/y profesor de otro grupo de prácticas);

- 8) Describir cómo se obtendrá la puntuación final de los tests y fijar la puntuación mínima necesaria para la superación de las competencias clínicas que integran el manejo del paciente con patología maxilofacial.
- 9) Dentro de cada evaluación, destacar ciertos ítems que por sí solos serán motivo de la no consecución de la competencia en caso de no ser puntuados de forma positiva.
- 10) Aplicar tests de satisfacción a los actores implicados (alumnos y profesores) para velar por la calidad y extrapolabilidad del proceso.

2. OBJETIVOS ALCANZADOS

- 1) Se han revisado las competencias diagnósticas concretas que componen cada una de las patologías del territorio maxilofacial;
- 2) Se han definido específicamente cada uno de los ítems que constituyen dichas competencias clínicas a partir de la información recogida en el plan de estudios y de la experiencia clínica del equipo y ponderado, dentro de cada competencia clínica, el peso que debe tener cada ítem en la evaluación;
- 3) Se ha establecido un formato de evaluación consensuado por el equipo de profesores que forman parte de este proyecto partiendo del conocimiento, puesta en común y debate acerca de los aspectos mejorables de los procesos de evaluación aplicados hasta la fecha en nuestro Departamento y de los métodos de evaluación desarrollados en otros centros;
- 4) Se ha creado un banco de preguntas para elaborar tests objetivables que contemplen secuencialmente todos los aspectos clínicos en los que el alumno debe demostrar competencia para acometer una práctica clínica eficaz y razonable;
- 5) Se ha definido con claridad la sistemática de aplicación de los tests en el caso de ser utilizados para la autoevaluación del alumno. Se han definido los matices necesarios y acordado las pautas de aplicación, de modo que la autoevaluación sea un proceso eficaz y constatable. Se ha determinado la forma y periodicidad con las que el alumno informará a su profesor de prácticas de sus progresos;
- 6) Se ha definido con claridad la sistemática de aplicación de los tests en el caso de que la evaluación sea externa (por profesores), de modo que el alumno solicitará ser examinado cuando haya constatado mediante los procesos autoevaluadores que está capacitado para superar la evaluación de una competencia determinada. Se ha acordado cuántas veces podrá pedir el alumno dicha evaluación en caso de no haberla obtenido en primera instancia, o cuánto tiempo deberá transcurrir entre dos evaluaciones consecutivas de una misma competencia;
- 7) Se ha expuesto de forma motivada qué profesores realizarán la evaluación (profesor de prácticas de otro grupo de prácticas);

- 8) Se ha descrito cómo se obtendrá la puntuación final de los tests y se ha fijado la puntuación mínima necesaria para la superación de las competencias clínicas que integran el manejo del paciente con patología maxilofacial;
- 9) Dentro de cada evaluación, se han destacado ciertos ítems que por sí solos serán motivo de la no consecución de la competencia en caso de no ser puntuados de forma positiva;
- 10) Se han elaborado los tests de satisfacción que deberán ser cumplimentados por los actores implicados (alumnos y profesores) para velar por la calidad y extrapolabilidad del proceso.

3. METODOLOGÍA EMPLEADA EN EL PROYECTO

A. Metodología y plan de trabajo (fases, actividades, cronograma):

- a. Discusión y definición de las competencias concretas en Cirugía Maxilofacial (enmarcadas en la asignatura de Grado: Cirugía Maxilofacial; impartida en 5º curso de Odontología). Julio 2017.
- b. Discusión y descripción de los ítems que componen cada competencia. Julio 2017.
- c. Reunión para debate y puesta en común sobre las competencias e ítems definidos para las distintas patologías de la región maxilofacial; estableciendo los ítems, competencias, contenidos, extensión, y métodos de formulación de las preguntas. Julio 2017.
- d. Reuniones de los miembros del equipo para la elaboración de los tests de evaluación y el establecimiento del protocolo de aplicación. Octubre 2017.
- e. Puesta en común y debate sobre el trabajo realizado. Noviembre 2017.
- f. Incorporación consensuada de los matices diferenciadores entre los tests de evaluación gestionados por los profesores y los tests de autoevaluación que utilizarán los alumnos. Enero 2018.
- g. Aplicación práctica de los tests (prueba piloto). Febrero 2018.
- h. Aplicación de tests de satisfacción a profesores y alumnos seleccionados. Marzo 2018.
- i. Discusión sobre el "feedback" recibido. Mejora de los tests originales tras la puesta en común y debate sobre la experiencia adquirida. Abril 2018.
- j. Prueba de publicación de los tests en el Campus Virtual de Cirugía Maxilofacial aplicable al curso 2018/2019. Mayo 2018.
- k. Redacción del protocolo específico y las pautas a seguir en la evaluación de competencias. Junio 2018.
- l. Elaboración de la Memoria final. Junio 2018.

B. Responsables, implicados, coordinación y seguimiento del plan:

El Proyecto ha tenido un seguimiento dinámico a lo largo de su desarrollo, de modo que la retroalimentación obtenida durante su realización y aplicación piloto ha servido para su continua implementación y aplicabilidad para el curso 2018/19. El "feedback" registrado y la participación de los profesores y alumnos seleccionados ha sido muy

positiva para conseguir un proyecto aplicable de forma contrastada desde el inicio al ejercicio de la profesión mediante la adecuación de las prácticas clínicas.

El reparto de tareas ha sido equitativo. Se ha cumplido con la realización de reuniones mensuales de 1h-2h de duración para debate y puesta al día con todo el equipo.

4. RECURSOS HUMANOS

Para cumplir con los objetivos propuestos, hemos contado en el equipo con Cirujanos Maxilofaciales de prestigio internacional y con más de 20 años impartiendo docencia de forma activa. Creemos que la colaboración multidisciplinar es enriquecedora y garante de una mayor eficacia en la consecución de los objetivos y la interpretación de los resultados preliminares que permitan alcanzar la excelencia en los resultados finales.

El presente Proyecto de Innovación Docente se ha desarrollado con la labor coordinada de los miembros del equipo de trabajo, el cual se ha configurado atendiendo a la preparación de sus componentes respecto al tema objeto del Proyecto, su capacidad de trabajo en equipo y la experiencia en la materia a la que se enfoca la propuesta planteada.

Prof Dr. Juan López Quiles-Martínez: PDI de la Universidad Complutense de Madrid.
Prof Responsable de la asignatura Cirugía Maxilofacial.

Prof Dr. Apolinar Genadio García Peñín: PDI de la Universidad Complutense de Madrid. Cirujano Oral y Maxilofacial.

Dr. Carlos Manuel Cobo Vázquez: Estudiante Doctorado Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid.

Baoluo Gao: Estudiante de la Universidad Complutense de Madrid. Alumno de la asignatura Cirugía Maxilofacial.

5. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

En la presente memoria final se ofrece toda la información sobre el desarrollo y ejecución del Proyecto para hacer posible su extrapolabilidad e implementación dinámica de cara a su futura incorporación en Cirugía Maxilofacial y en otras áreas de conocimiento. Tal y como anticipábamos, los resultados del proyecto solicitado serán extensibles a diversas ramas del conocimiento, especialmente a otras disciplinas de las Ciencias de la Salud.

Las actividades se han desarrollado, tal y como se describe en el cronograma del Proyecto.

Se celebraron reuniones periódicas del equipo de trabajo para definir las competencias concretas en Cirugía Maxilofacial (enmarcadas en la asignatura de Grado: Cirugía Maxilofacial; impartida en 5º curso de Odontología). Una vez establecidos los contenidos y los ítems que componen cada competencia, se determinaron las competencias, contenidos, extensión, y métodos de formulación de las preguntas para evaluar las patologías de la región maxilofacial.

A continuación se elaboraron las preguntas que deben componer el banco de preguntas inicial para la realización de los tests de evaluación. Se determinaron la periodicidad de las pruebas, así como la puntuación mínima requerida para superarlas y los contenidos cuyo conocimiento resulta ineludible para superar la prueba. Se elaboraron los tests de evaluación gestionados por los profesores y los tests de autoevaluación que utilizarán los alumnos. Se aplicaron de forma práctica de los tests (prueba piloto) en un grupo de 10 alumnos. Posteriormente se aplicaron los tests de satisfacción a 5 profesores y 10 alumnos seleccionados.

Finalmente, el equipo de trabajo se reunió para discutir sobre el "feedback" recibido. Se propusieron mejoras de los tests originales tras la puesta en común y debate sobre la experiencia adquirida. Se estableció una prueba de publicación de los tests en el Campus Virtual de Cirugía Maxilofacial para su aplicación en el curso 2018/2019.

Por tanto, el protocolo que presentamos debe resultar útil para poder adecuar los recursos docentes disponibles en función de los resultados preliminares de la aplicación del presente Proyecto, de cara a garantizar la mayor eficacia posible en el proceso de adquisición de competencias en las distintas materias y titulaciones.

En resumen, además de la generalización de este Proyecto a otras áreas, su mayor impacto en la docencia consiste en que mediante su ejecución pretendemos otorgar

mayor relevancia a los procesos evaluadores a fin de readaptar los recursos docentes a la adquisición de competencias por parte de los alumnos.

El presente Proyecto constituye una actualización constante de los conocimientos y métodos docentes y evaluadores de la asignatura Cirugía Maxilofacial, de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid. Esta transferencia de conocimientos se realizará inicialmente complementando los conocimientos la bibliografía recomendada en la asignatura con la autoevaluación virtual y los casos clínicos del soporte digital para los alumnos matriculados.

De este modo, se espera que el beneficio que reportará a los estudiantes el desarrollo del presente Proyecto de Innovación sea el conocimiento pormenorizado de los ítems que serán objeto de evaluación dentro de cada una de las competencias definidas en materia de Cirugía Maxilofacial.

Disponiendo de esta información, los estudiantes podrán potenciar su preparación en la dirección adecuada que les permita adquirir las habilidades precisas para el manejo y diagnóstico de las patologías de sus pacientes.

6. ANEXOS

INFORMCIÓN SOBRE LA ASIGNATURA CIRUGÍA MAXILOFACIAL. GRADO EN ODONTOLOGÍA

CIRUGÍA MAXILOFACIAL - 801455

Curso Académico 2018-19

DATOS GENERALES

- Plan de estudios: **0822 - GRADO EN ODONTOLOGÍA (2009-10)**
- Carácter: **Obligatoria**
- ECTS: **6.0**

SINOPSIS

LA DISCIPLINA

La Cirugía Maxilofacial es una asignatura obligatoria que se encuentra encuadrada en el Módulo IV, materia Patología Médico-Quirúrgica Bucal, con 6 ECTS a cursar anualmente en 5º de grado y perteneciente al Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial (Estomatología III).

Consta de 30 horas didácticas y 75 horas práctico-clínicas.

El programa teórico y práctico-clínico se halla especificado en el plan de estudios.

DESCRIPTOR

Etiología, clínica, diagnóstico y orientación terapéutica de las enfermedades buco-maxilo-cérvico-faciales de predominante tratamiento quirúrgico: patología tumoral, traumatológica y malformativa.

PROFESORADO

Juan LÓPEZ-QUILES MARTÍNEZ (Profesor Contratado Doctor y encargado) (jlopezquiles@ucm.es).

Apolinar GARCIA PEÑIN (Profesor Titular) (gapenin@ucm.es).

Luis BLANCO JEREZ (Profesor Titular) (lblanco@ucm.es).

Senén BLANCO SAMPER (Profesor Asociado) (sblanco@ucm.es).

Herminia MORENO LÓPEZ (Profesora Asociada) (hmoreno@ucm.es).

Isabel FERNÁNDEZ-TRESGUERRES (Profesora Asociada) (isabelfe@ucm.es)

Sergio TRAPOTE MATEO (Profesor Colaborador) (strapote@ucm.es).

Eulalia FERNÁNDEZ (Profesora Colaboradora).

REQUISITOS

Tener aprobadas las asignaturas:

Anatomía Humana y Embriología 801420
Biología Celular e Histología 801423
Cirugía Bucal I 801442
Cirugía Bucal II 801447
Comunicación y Psicología 801425
Fisiología 801421
Genética, Bioquímica y Biología Molecular 801422
Introducción a la Investigación y Estadística 801426

OBJETIVOS

El objetivo global de la disciplina será el de obtener un odontólogo que sea capaz de:

- prestar asistencia preventiva y colaborar en la educación sanitaria de la población desde el punto de vista quirúrgico maxilofacial.

- diagnosticar correctamente aquellos procesos patológicos de su competencia. Es decir, que demuestre la posesión de conocimientos teóricos sobre las bases conceptuales de la patología oncológica, traumática, de las glándulas salivales y del cuello, de la ATM y de las deformidades adquiridas y congénitas, precisamente en este orden de importancia.

- ejecutar con destreza y precisión las técnicas básicas y elementales para la resolución de los problemas patológicos de su competencia a los que haremos referencia más adelante.

- perfeccionar y actualizar sus competencias profesionales dentro del área quirúrgica odontológica.

- identificar aquellas entidades clínicas más complejas que deban ser tratadas por el especialista, conociendo los tipos de tratamiento que éste utiliza e incluso colaborando con él en su resolución.

COMPETENCIAS

Generales

- Aplicar los conocimientos anatomo-embriológicos a la Cirugía Maxilofacial.
- Describir la metodología para la realización de una correcta historia clínica y exploración
- Describir qué batería de pruebas complementarias son necesarias para efectuar una aproximación diagnóstica.
- Describir qué pruebas radiológicas y de imagen se utilizan.

- Establecer las correctas indicaciones de cada prueba de imagen en nuestros procesos patológicos.
- Conocer la terminología, clínica, diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento de las lesiones tumorales y no tumorales de las glándulas salivales.
- Efectuar una aproximación diagnóstica, diagnóstico diferencial y plan de tratamiento de los quistes y fístulas de la encrucijada cervicofacial, así como de otras lesiones del cuello.
- Describir los procesos patológicos más frecuentes de la ATM, el método para llegar a una aproximación diagnóstica basándose en datos clínico-radiológicos, de los procesos quirúrgicos de la ATM, así como de su terapéutica quirúrgica.
- Describir la metodología para un examen de urgencia a un traumatizado cráneo-maxilo-facial.
- Formular las situaciones de emergencia que puede presentar un traumatizado maxilofacial y su resolución y los métodos de traslado y evacuación del mismo.
- Conocer las características clínicas generales de un traumatizado maxilofacial.
- Poseer conocimientos sobre los hallazgos radiológicos en cada clase de fractura maxilofacial y las proyecciones específicas para cada caso.
- Conocer la fisiopatología, clínica y diagnóstico de las fracturas mandibulares, así como los métodos de tratamiento de las fracturas mandibulares y de las fracturas de los tercios medio y superior faciales.
- Conocer el material e instrumental necesario para realizar los procedimientos ortopédico-quirúrgicos en un traumatizado facial.
- Aplicar las técnicas biópsicas a la Cirugía Maxilofacial.

Transversales

Instrumentales: resolución de problemas, toma de decisiones, capacidad de organización y clasificación, capacidad de análisis y síntesis y comunicación oral y escrita.

Personales: compromiso ético, razonamiento crítico, habilidades en las relaciones interpersonales, trabajo en un equipo de carácter interdisciplinar y trabajo en equipo.

Sistémicas: motivación por la calidad, aprendizaje autónomo, adaptación a nuevas situaciones e iniciativa y espíritu emprendedor.

Otras

Continuación de competencias generales:

- Determinar los tipos, diagnóstico y plan de tratamiento de las lesiones premalignas de la mucosa bucal.
- Describir la terminología y definiciones relativas a la etiología, patogénesis e historia natural, la distribución, el diagnóstico, los signos y síntomas clínicos, el pronóstico, el tratamiento y la prevención del cáncer de la mucosa bucal.

- Describir los tipos más frecuentes de tumores no odontogénicos y los medios para llegar a su diagnóstico, así como el plan de tratamiento adecuado para cada entidad clínica.
- Formular el diagnóstico diferencial clínico-radiológico de los tumores de los maxilares y de la mandíbula.
- Conocer los tipos, clínica y diagnóstico, así como el plan de tratamiento de las lesiones de los maxilares y de la mandíbula de comportamiento tumoral.
- Describir las características más importantes de las deformidades congénitas bucofaciales.
- Describir las características más importantes de las deformidades de desarrollo de los maxilares y de la mandíbula.
- Recordar las pautas de tratamiento actuales de las deformidades bucofaciales.
- Inducir al estudiante para estar al día en lo concerniente a los apartados de la disciplina.
- Estimular al estudiante para informar y poner en marcha todos los aspectos preventivos de los apartados citados de esta disciplina, sobre todo en lo que se refiere al cáncer oral y los accidentes de tráfico.
- Ser competente en la indicación, planificación y prevención y resolución de riesgos de un acto anestésico o sedativo y conocer los fármacos, dosis y efectos adversos.
- Ser competente en el manejo de situaciones de emergencia perioperatoria, parada cardíaca, RCP y desfibrilación.
- Ser competente en la utilización de analgésicos en tratamiento del dolor perioperatorio.

ACTIVIDADES DOCENTES

Clases teóricas

Lecciones magistrales. El profesor presentará las líneas maestras de los contenidos del programa.

Seminarios

Relacionados con las tareas inherentes a los objetivos.

Clases prácticas

Los alumnos realizarán prácticas de simulación en clínicas de las actividades clínicas para alcanzar las competencias previstas.

Prácticas clínicas

Los alumnos realizarán prácticas clínicas con pacientes para adquirir las competencias previstas.

- Asistencia al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Clínico.
- Asistencia a la clínica quirúrgica de la Facultad: realización de técnicas de exodoncia

simple y complicada; ayuda directa al profesor en la realización de técnicas de cirugía oral tanto en la consulta odontológica como en quirófano.

- Realización de las técnicas quirúrgicas correspondientes a extracción de dientes retenidos, quistes de los maxilares, biopsias y extirpación de tumores benignos y lesiones óseas y mucosas de la cavidad bucal.

Laboratorios

Los alumnos realizarán prácticas de simulación en laboratorios de las actividades clínicas para alcanzar las competencias previstas. Prácticas preclínicas y de laboratorio.

Simulación de los métodos de preparación del cirujano y del campo quirúrgico para la realización de intervenciones quirúrgicas, tanto en quirófano como en la consulta odontológica.

Realización sobre cabezas de animales de técnicas de exodoncia quirúrgica y de dientes retenidos, técnicas de colocación de drenajes para infecciones, técnicas de tomas de biopsias, colgajos intraorales.

Realización sobre mandíbulas de plástico y modelos de escayola de: fracturas mandibulares y su resolución, así como de osteotomías para cirugía ortognática.

Presentaciones

Presentaciones de temas muy actuales de la patología estudiada mediante la revisión bibliográfica.

Otras actividades

Tutorías personales y grupales, para la realización del trabajo bibliográfico y demás actividades docentes.

PRESENCIALES 4,5

NO PRESENCIALES 1,5

SEMESTRE 2

EVALUACIÓN

Contenidos teóricos: asistencia a clases teóricas, seminarios y tutorías, superación de dos evaluaciones parciales y una final.

Los contenidos teóricos serán evaluados de forma continua mediante dos exámenes tipo test consistentes en 50 preguntas. Se superará la prueba con una nota superior al 7 siempre que las preguntas sobre los temas destacados en el programa sean correctas.

La primera de estas evaluaciones continuas se realizará la semana siguiente a la clase magistral del tema 8, incluyendo en el contenido del examen los temas 1-8 inclusive. En caso de una evaluación negativa podrá repetirse a las 5 semanas desde la publicación de notas con el mismo temario.

Se realizará una segunda evaluación continua la semana siguiente a la clase magistral del tema 21, incluyendo en el contenido del examen los temas 1-21 inclusive. En caso de una evaluación negativa podrá repetirse a las 4 semanas desde la publicación de notas con el mismo temario.

La superación de ambas evaluaciones continuas permitirá sumar 0,5 puntos sobre la nota final siempre que en las evaluaciones parciales o final se logre una nota de 5 puntos.

La no superación de las evaluaciones continuas no impide la realización de evaluaciones parciales ni la evaluación final.

Contenidos prácticos: asistencia a prácticas, tanto preclínicas, como clínicas, que se evaluarán continuamente. El incumplimiento de asistencia o de la evaluación, conducirá a una evaluación práctico-clínica final, tanto en convocatoria ordinaria como extraordinaria.

Calificación final. Se hallará compuesta por la consecución de aptitud en todos los apartados evaluables citados, con el siguiente porcentaje:

De los conocimientos teóricos: dos evaluaciones parciales tipo test (liberatorias) y una evaluación final oral. Valoración: 60 % de la nota final.

De los conocimientos práctico-clínicos: evaluación continuada. Valoración. 30 % de la nota final total.

De un trabajo sobre el "Estado actual y revisión bibliográfica de ..." cualquier tema quirúrgico. Valoración: 10 % de la nota final total.

CONTENIDO

Lecciones de Patología Quirúrgica Maxilofacial

TEMA	PORCENTAJE
<u>INTRODUCCIÓN</u>	
1.- Bases generales de la PQMF. Bases diagnósticas y terapéuticas.	1%
<u>PATOLOGÍA TUMORAL</u>	
A) <u>Patología quirúrgica de las glándulas salivales.-</u>	
2.- Patología de las glándulas salivales. Introducción. Patología no tumoral de las glándulas salivales. Sialadenitis bacterianas. Sialolitiasis.	5%
3.- Tumores de las glándulas salivales. Introducción. Estudio de los tumores benignos de las glándulas salivales mayores.	4%
4.- Tumores malignos de las glándulas salivales. Tumores de las glándulas salivales menores. Otros tumores.	4%
B) <u>Patología quirúrgica de los tejidos blandos de cara, boca y cuello.-</u>	
5.- Tumoraciones y tumores benignos de los tejidos blandos bucales.	5%
6.- Patología tumoral y no tumoral de cara y cuello. Adenopatías cervicofaciales. Quistes y fístulas del cuello. Infecciones de los espacios fasciales de cara y cuello. Tumores de los tejidos blandos de cara y cuello.	4%
7.- Lesiones premalignas de la mucosa bucal.	5%
8.- Carcinoma epidermoide de la mucosa bucal.	

Epidemiología. Etiopatogenia. Anatomía patológica. Clínica. Estadiaje. Diagnóstico. Orientaciones terapéuticas. Otras formas de tumores malignos. **5%**

C) Patología tumoral de los maxilares.-

9.- Patología tumoral de los maxilares. Generalidades. Clasificación. Estudio de los tumores odontógenos. **5%**

10.- Tumores benignos de los maxilares. **5%**

11.- Tumores malignos de los maxilares. Tumores óseos malignos primarios. Tumores óseos malignos de estructuras vecinas. **5%**

12.- Lesiones pseudotumorales de los maxilares. **5%**

13.- Métodos reconstructivos en oncología maxilofacial. **2%**

PATOLOGÍA DE LA ATM

14.- Patología de la ATM. Generalidades. Medios exploratorios. Anomalías y deformidades. Luxaciones: clases y mecanismo de producción. Diagnóstico y tratamiento. **5%**

15.- Rigideces articulares y periarticulares: trismo, constricción mandibular permanente y anquilosis. **4%**

16.- La perspectiva quirúrgica de las alteraciones internas de la ATM. **3%**

TRAUMATOLOGÍA

17.- Traumatismos maxilofaciales (I). Generalidades. Situaciones de emergencia y su tratamiento. Exploración del traumatizado cráneo-maxilo-facial. **4%**

18.- Lesiones traumáticas de los tejidos blandos. **5%**

19.- Fracturas de la mandíbula. Factores que condicionan el desplazamiento de los fragmentos. Clasificación y frecuencia. Formas anatomoclínicas. Clínica. Diagnóstico. Estudio topográfico. Tratamiento por medios ortopédicos y quirúrgicos. **4%**

20.- Fracturas del tercio medio facial (I). Introducción. Clasificación. Estudio de las fracturas del tercio medio facial que interesan la oclusión. **4%**

21.- Fracturas del tercio medio facial (II). Estudio de las fracturas del tercio medio facial que no interesan la oclusión. Fracturas del tercio facial superior. **4%**

MALFORMACIONES Y DEFORMIDADES

22.- Malformaciones congénitas cráneo-faciales. Labio leporino y fisura palatina: clínica y orientación terapéutica. Otras deformidades congénitas. **3%**

23.- Estudio general de las alteraciones del desarrollo (I). Introducción. Clasificación. Etiología. **3%**

24.- Estudio general de las alteraciones del desarrollo (II). Diagnóstico y planificación del tratamiento. **3%**

25.- Estudio general de las alteraciones del desarrollo (III). Formas clínicas y tratamiento de las mismas. **3%**

TOTAL 100%

En rojo se destacan los contenidos que el alumno debe superar para poder ser calificado como apto en la asignatura de Cirugía Maxilofacial.

12	La forma de evaluación resulta clara desde el comienzo de la asignatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Las fechas de evaluación fueron expuestas desde el comienzo de la asignatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Las fechas de evaluación permiten adquirir los conocimientos previstos de forma progresiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Los contenidos teóricos de las clases presenciales permiten adquirir los conocimientos que se evalúan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Existe una bibliografía adecuada para la adquisición de los conocimientos que se evalúan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Los criterios de evaluación de la asignatura son apropiados para determinar el grado de conocimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Satisfacción global con la asignatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Califica de 1 a 10 el nivel de conocimientos que consideras tener sobre Cirugía Maxilofacial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Califica de 1 a 10 la correspondencia entre las evaluaciones continuas realizadas y la evaluación final	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALORACIÓN GLOBAL DE LA EVALUACIÓN										
21	El acceso a evaluaciones continuadas facilita la adquisición de conocimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	La forma de evaluar resulta adecuada para comprobar los conocimientos adquiridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

MADRID

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL PROFESORADO

La finalidad de este cuestionario es recoger la opinión de los/las profesores sobre distintos aspectos de la enseñanza de la Asignatura y de la metodología Docente. La información recogida se tratará de forma confidencial.

NÚMERO DE AÑOS EN LA ASIGNATURA [1] [2] [2-5] [5-10] [>10]

INFORMACIÓN DE CARÁCTER GENERAL
Sexo: Hombre, Mujer
Edad:
¿Ha impartido clases teóricas durante el presente curso?: Sí, No

Table with 10 columns for ratings (1-10) and 8 rows of evaluation items. Header: VALORACIONES. Section: NIVEL DE SATISFACCIÓN. Items include: 1. Los contenidos expuestos en las clases teóricas son suficientes para obtener la máxima evaluación; 2. El número de horas de clases teóricas es suficiente para exponer la totalidad de los contenidos de forma adecuada; 3. Existen contenidos teóricos que se imparten durante las actividades prácticas; 4. El alumno debe consultar la bibliografía recomendada para adquirir los conocimientos necesarios; 5. Existe bibliografía adecuada para la adquisición de conocimientos de Cirugía Maxilofacial para alumnos de Odontología; 6. El porcentaje de valor de cada tema determina qué contenidos son mejor adquiridos por el alumno; 7. El sistema de evaluación continua permite conocer qué contenidos debe afianzar el alumno; 8. Las fechas de evaluación permiten orientar al alumno sobre los contenidos que debe reforzar su conocimiento.

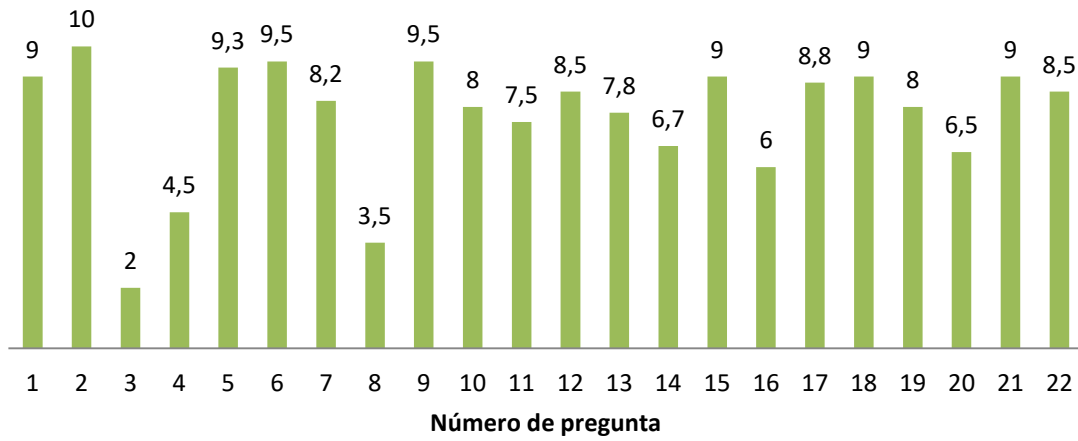
9	Los criterios de evaluación de la asignatura son apropiados para determinar el grado de conocimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Satisfacción global con el sistema de evaluación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALORACIÓN GLOBAL DE LA EVALUACIÓN										
11	La realización de evaluaciones continuadas facilita la adquisición de conocimientos al alumno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	La forma de evaluar resulta adecuada para comprobar los conocimientos adquiridos por el alumno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES	
----------------------	--

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

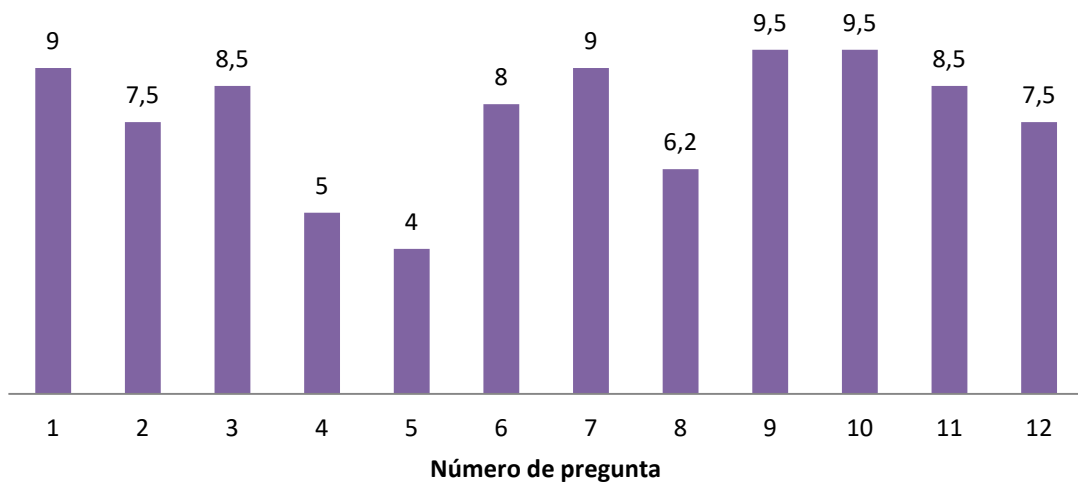
VALORACIÓN ALUMNOS

■ VALORACIÓN



VALORACIÓN PROFESORES

■ VALORACIÓN



BANCO DE PREGUNTAS DE LA ASIGNATURA CIRUGÍA MAXILOFACIAL

1. Pregunta vinculada a la imagen. Una paciente de 76 años consulta por dolor en la masticación y alteraciones en la oclusión dentaria. Entre sus antecedentes destaca una hipertensión de muchos años de evolución que trata con dieta hiposódica y nifedipino y unos episodios de pérdida de conciencia diagnosticados, hace más de 25 años, de "epilepsia", por los que sigue tratamiento con 100 mg/día de fenitoína. Por lo demás, se encuentra bien, no ha perdido peso y mantiene una vida normal por edad. La exploración de la boca puede observarse en la figura. ¿Cuál sería la actitud más razonable en un primer momento? pulsa en la imagen para agrandarla

- Dado que el hipotiroidismo es la causa más probable del problema de la paciente, solicitaría una analítica completa que incluya TSH.
- Consideraría la posibilidad de factores yatrógenos y evaluar la retirada tanto de la fenitoína como del nifedipino.
- Lo más probable es que factores locales como una mala higiene dental estén en el origen del problema, por lo que haría recomendaciones en este sentido y remitiría la paciente a un odontólogo.
- La causa más habitual de hiperplasia gingival en la vejez son las leucemias monocíticas, por lo que iniciaría estudios en este sentido.

2. Respecto al adenoma pleomorfo, señale la respuesta correcta:

- Es un tumor de las glándulas salivales que rara vez recidiva.
- Afecta predominantemente a la glándula sublingual.
- Se trata habitualmente mediante parotidectomía conservadora del nervio facial.
- Se trata habitualmente mediante parotidectomía radical dada la posibilidad de recidiva.

3. Señale qué característica de la dirección de batida del nistagmo es propia de un síndrome vestibular periférico agudo no posicional:

- Con fijación visual y en posición primaria de la mirada cambia o alterna la dirección de manera espontánea y periódicamente.
- Con fijación visual cambia de dirección al mirar a uno u otro lado.
- Con fijación visual y en posición primaria de la mirada es vertical hacia abajo puro, sin componente horizontal.
- Tanto con fijación visual como al anularla es unidireccional.

4. ¿Cuál es la causa más frecuente de síndrome vertiginoso?

- Enfermedad de Ménière.
- Neurinoma del acústico.
- Vértigo posicional paroxístico.
- Neuronitis vestibular viral.

5. ¿Cuál es el germen que se aísla con frecuencia en las secreciones y costras de las rinitis atróficas?

- Actynomices israelii.
- Klebsiella ozaenae.
- Moraxella catharralis.
- Streptococo pneumoniae

6. En la asistencia primaria de traumatismos maxilofaciales. ¿Cuál será nuestra primera prioridad?

Control de la hemorragia

Valorar lesiones acompañantes

Permeabilidad de vías aéreas

Tratamiento de las lesiones faciales

Ninguna de las anteriores

7. En lo referente al mantenimiento de la permeabilidad de las vías aéreas, señale la afirmación correcta

- Es lo primero y lo más importante
- Su obstrucción no es frecuente en el paciente traumatizado maxilofacial
- La protrusión de la lengua es la principal causa de asfixia
- A y C son correctas
- Ningunas es correcta

8. ¿Cuál de los siguientes procedimientos no es necesario en el mantenimiento de la permeabilidad de las vías aéreas en un paciente que sufre un traumatismo maxilofacial?

- Retirada de cuerpos extraños de la boca
- Reponer el tercio facial medio caído
- Maniobra de ESMARCH
- Maniobra de Nelaton
- Colocación de cánula de Guedel

9. Características de la hemorragia en traumatismo maxilofacial

- Suele tener poca importancia
- Siempre deberemos aplicar compresión en la zona sangrante
- Tiene un aspecto alarmante
- A y C son correctas
- Todas son correctas

10. La escala de coma de Glasgow mide los siguientes parámetros

- Respuesta verbal
- Respuesta motora
- Apertura de párpados
- A y B son correctas
- Todas son correctas

11. Un paciente con traumatismo craneoencefálico grave tendrá una puntuación de escala de coma de Glasgow de

- Menor de 10
- Mayor de 12
- Entre 9 y 12
- Entre 3 y 8
- Entre 0 y 3

12. Características de una conmoción cerebral.

- Puntuación de Glasgow menor de 8
- Cefaleas y vómitos
- Alteración de la consciencia entre 10 de 30 minutos
- Ausencia de amnesia postraumática
- A y D

13. La clínica de las lesiones cerebrales se puede manifestar en forma de:

- Alteración de la consciencia
- Convulsiones
- Rinorrea
- Otorrea
- Todas las anteriores

14. En lo referente al tratamiento de las lesiones blandas en el territorio maxilofacial, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es errónea?

- Hay que realizar profilaxis antibiótica
- No hay que realizar profilaxis antitetánica
- Limpieza con cepillo, suero y povidona yodada
- Suturas sin tensión
- B y D son afirmaciones erróneas

15. El primer gesto para controlar una hemorragia consiste en

- Comprimir y vendar
- Ligar la carótida externa
- Poner al paciente en posición decúbito prono
- Ligar el vaso que sangra
- Poner al paciente en posición declive

16. Un traumatizado maxilofacial consciente y sin otras lesiones, deberá ser colocado en

- Decúbito lateral
- Posición declive
- Decúbito supino
- Decúbito supino y declive alternadamente
- Ninguna de las anteriores

17. Respecto a las características de las heridas faciales contusas por abrasión, una de las siguientes es falsa

- Carácter tangencial
- No hay pérdida de sustancia
- Atricción de los bordes
- Inclusión de cuerpos extraños
- A y B son falsas

18. Las heridas por abrasión son muy frecuentes en

- Caída accidental
- Accidente de automóvil
- Accidente de motocicleta
- Fractura del malar
- A y D son verdaderas

19. En las fracturas mandibulares lo primero que debemos hacer es:

- Fijación
- Inmovilización
- Reducción
- Sutura
- Movilización

20. En lo referente al callo óseo secundario

- Es un tejido osteoide inmaduro
- Se produce entre 10 y 30 días después del traumatismo
- También llamado formación del callo fibroso
- Se produce entre 30 y 90 días después del traumatismo
- B y C son correctas

21. En el diagnóstico de una fractura, cobra especial importancia:

- Hipofosfatemia reactiva
- Recuento linfocitario disminuido
- Anamnesis
- Hipocalcemia
- Hipercalcemia

22. La palpación como método de aproximación al diagnóstico de una fractura:

- La presencia de dolor es patognomónico de la presencia de fractura
- La palpación de cordones musculares fibrosos supone contractura dolorosa reactiva a una fractura ósea
- La palpación de tejidos blandos suprapariéticos nos ofrece suficiente información
- La presencia de un escalón infraorbitario se considera dentro de lo normal
- Ninguna de las anteriores es correcta.

23. Los pacientes correctamente vacunados contra el tétano cuando se produce una herida contaminada habrá que:

- Poner una dosis de recuerdo de la vacuna antitetánica
- Poner solo antibiótico y antiinflamatorio
- Hacer la vacunación completa de nuevo
- Con tratar la herida es suficiente ya que el paciente presenta anticuerpos
- Ninguna de las anteriores.

24. Las heridas por abrasión

- Hay que tratarlas lo antes posible
- Se espera una cicatrización por primera intención
- Es suficiente con dar antibióticos para que no se infecte
- A y C son correctas
- A y B son correctas

25. Las heridas por abrasión en el macizo facial, ¿cuál es la correcta?

- Suele afectar al nervio trigémino
- No son dolorosas por ser muy superficiales
- Pueden afectar al nervio facial
- Hay que dar analgésicos por ser muy doloroso
- A y D son correctas

26. Señale la afirmación falsa:

- El hematoma del tabique nasal puede producir perforación
- Cualquier hematoma debe ser drenado siempre e inmediatamente
- Los hematomas son típicos de contusiones de segundo grado
- A y C son falsas
- B y C son falsas

27. Se dice que una fractura es complicada cuando:

- Afecta a dos huesos pero no simultáneamente
- Cuando se complica con lesiones viscerales
- Cuando requiere un tratamiento quirúrgico
- Cuando es abierta
- Cuando afecta a varios huesos de la misma región

28. Un golpe en el mentón nos hará pensar en:

- Posible fractura condilar unilateral
- Posible fractura NEMOF
- Posible fractura del arco cigomático
- Posible fractura Blow-out.
- Todas son ciertas.

29. En líneas generales, una única fractura condílea, requerirá como tratamiento:

- Bloqueo intermaxilar durante 15 semanas
- Fijación rígida durante 8 semanas
- Eliminación del cóndilo
- Bloqueo intermaxilar durante 40 días
- Ninguna de las anteriores

30. En la mandíbula, las fracturas más frecuentes solas o en combinación con otras son:

- Angulo
- Cóndilo
- Sínfisis
- Rama ascendente
- Cuerpo

31. El mecanismo indirecto es típico en la producción de una fractura de:

- Sínfisis
- Parasínfisis
- Cuello condíleo
- Rama ascendente
- C y D son correctas

32. Que tipo de las siguientes fracturas se produce poco frecuente por la protección muscular:

- Cóndilo
- Cuerpo mandibular
- Sínfisis
- Parasínfisis
- Rama Ascendente

33. Se involucra a la tracción muscular como la causa de una de las siguientes fracturas:

- Rama ascendente
- Sínfisis
- Cuerpo de la mandíbula
- Apófisis coronoides
- Ninguna de las anteriores

34.El desplazamiento del fragmento menor en las fracturas de cóndilo se debe al músculo:

- Pterigoideo lateral
- Pterigoideo medial
- Pterigoideo interno
- Temporal
- B y C son correctas

35.La mordida abierta posterior contralateral aparecerá en fracturas:

- Condílea sin luxación
- Condílea con dislocación
- Sinfisarias
- Bicondíleas
- En ninguna de las anteriores.

36. Si hablamos de fracturas de cóndilo, es falso que:

- La mayoría son bilaterales
- Las fracturas de cuello condíleo son desfavorables
- A veces no se observa en las radiografías
- La mayoría se producen por mecanismo indirecto
- Existe limitación dolorosa de apertura bucal

37.Señale la respuesta correcta:

- Las fracturas de ángulo en el eje mayor de la mandíbula si se producen de arriba abajo y de atrás adelante son desfavorables
- Las fracturas Sinfisarias oblicuas bilaterales son siempre desfavorables y existe riesgo de asfixia por caída de la lengua
- En las fracturas de la rama ascendente no suele haber desplazamiento por protección de los músculos maseteros y pterigoideos externos.
- Las fracturas de cuerpo de mandíbula en el eje menor de la misma si se producen de lamina externa a lamina interna y de adelante hacia atrás son favorables.
- Todas son correctas.

38.Señale cual de las siguientes afirmaciones no es correcta:

- La subluxación mandibular se produce por atrapamiento de menisco cuando avanza el cóndilo
- La luxación mandibular implica la pérdida de contacto con las superficies articulares

- La luxación mandibular implica imposibilidad para la reducción espontánea
- La hiper movilidad articular no presenta patología
- La subluxación mandibular no precisa ninguna maniobra terapéutica para su reducción

39. ¿Cuál de las siguientes zonas de la mandíbula es la menos propensa a sufrir fracturas?

- Cóndilo
- Cuello del cóndilo
- Sínfisis
- Rama ascendente
- A y B son correctas.

40. Señale una condición sistémica que predisponga a que el paciente sufra fracturas mandibulares

- Raquitismo
- Hiperparatiroidismo
- Osteomalacia
- Avitaminosis
- Todas las anteriores.

41. En la exploración extrabucal de un paciente que sufre una fractura mandibular, ¿Qué síntomas y signos nos encontraremos?

- Crepitación
- Disminución de la salivación
- Deformidad facial pronunciada
- Exoftalmos
- Rinorrea

42. Para el correcto diagnóstico de una fractura mandibular, cual es la primera prueba radiológica que debemos someter al paciente

- Tomografía de cóndilo
- Resonancia magnética nuclear
- Radiografía panorámica
- Radiografía de aleta de mordida
- Radiografía con proyección de Hirtz

43. En una fractura condilar unilateral con dislocación observaremos:

- Desplazamiento anterior y medial del cóndilo
- Depresión del fragmento distal
- Contacto prematuro posterior del lado sano
- Desviación de la línea media al lado sano
- B y C son correctas

44. En una fractura condilar unilateral sin desviación, observamos:

- Edema y hemorragia Sinfisarias
- Mordida en tijera Anterior
- Mordida abierta posterior en el lado sano
- Edema y hemorragia intraarticular
- Ninguna de las anteriores

45. En una fractura condilar bilateral observamos:

- Contactos prematuros anteriores
- Mordida en tijera posterior
- No desviación de la línea media
- Acortamiento del tercio inferior de la cara
- Facilidad para protruir la mandíbula

46. La hipoplasia del cóndilo es una complicación de la fractura condilar que se da sobre todo en:

- Mujeres postmenopáusicas
- Niños
- Ancianos
- Varones de entre 20 y 50 años
- Ninguna de las anteriores

47. En una fractura Lefort ¿De qué factores no depende la desviación de los fragmentos?

- Dirección del impacto
- Energía cinética transmitida
- Inserciones musculares
- A y B son correctas
- B y C son correctas

48. Para conocer la transmisión de las fuerzas y la afectación de distintas estructuras óseas en el maxilar superior tendremos que valorar los siguientes pilares menos uno:

- Pterigoesfenofrontal
- Pterigonasoorbitario
- Nasomaxilar-Canino
- Profundo
- Maxilomalar frontal

49. ¿Cuál es el estudio más apropiado para una fractura de tipo NEMOF?

- Proyección de Parma
- Proyección de Blondeau
- Proyección de Waters
- Proyección de Hirtz
- Proyección de Russou

50. Paciente presenta diplopía, equimosis conjuntiva del ojo derecho, y palpación del malar con alteraciones, ¿Qué tipo de lesiones deberíamos de pensar?

- Lefort I del lado derecho
- Fractura del arco cigomático derecho
- Fractura nasal con desviación
- Fractura de la lámina cribosa
- Fractura del suelo de la órbita

51. La licuorrea es habitual que se presente en:

- Lefort III
- Lefort II
- Fracturas Blow-in/Blow-out
- Fractura del temporal
- B y D son correctas

52. En el cuadro clínico de una fractura de Lefort I, aparece:

- Equimosis en herradura
- Equimosis conjuntival
- Diplopía
- Retrusión de malares
- Ninguna de las anteriores

53. Las fracturas del macizo craneofacial se producen de manera más frecuente en:

- Mujeres de 50 a 70 años
- Varones menores de 10 años
- Varones entre 10 y 50 años
- Valores entre 50 y 80 años
- Población mayor de 70 años

54. En las parálisis faciales cuando dirigir la mirada hacia arriba, no se frunce la frente por parálisis del músculo frontal y el globo ocular del lado afectado mira más arriba que el contralateral se conoce como:

- Signo de Bell
- Signo de Sochantre
- Signo de Pitres
- Signo hipercinético de negro
- Signo de Schirmer

55. ¿Qué situación clínica no es característica de la fractura de Lefort tipo I?

- Equimosis en Herradura
- Equimosis Conjuntival
- Mordida abierta
- Hemoseno bilateral
- Epíxtasis

56. ¿Qué cuadro no corresponde a la fractura Lefort tipo II

- Mordida abierta
- En ocasiones movilidad normal del maxilar
- Epíxtasis
- En ocasiones alargamiento de las orbitas
- Equimosis conjuntival

57. Es cierto que las heridas por armas de fuego:

- Es imprescindible buscar el orificio de entrada y salida del proyectil
- El orificio de entrada es más grande que el de salida
- Los orificios de entrada y de salida son del mismo tamaño para el mismo proyectil
- A y B son correctas
- Ninguna es correcta

58. Son características de las fracturas de Lefort tipo III:

- Signo de la Dentadura mal adaptada
- Cara plana
- Afectación de una o las dos ATM
- Disyunción craneofacial
- B y D son ciertas

59. Un paciente que refiere parestesia del labio superior de una de sus mitades, sospecharíamos de una fractura de tipo:

- Nasal y rama ascendente del maxilar
- Orbitomalar
- Lefort I
- Del proceso alveolar superior
- B y C son correctas

60. Las fracturas del área maxilofacial más frecuentes son las:

- Fractura dentoalveolar
- Fractura del malar
- Fractura nasal
- Fractura orbitaria
- Fractura de mandíbula

61. Cual de los siguientes síntomas corresponde con la fractura de Lefort tipo I

- Contusión de partes blandas
- Equimosis en herradura
- Signo de dentadura mal adaptada
- Hemoseno
- Todos los anteriores

62. Cuál de los siguientes síntomas corresponde con la fractura de Lefort tipo II

- Gran edema (Cara de balón)
- Retrodesplazamiento facial
- Orbitas alargadas
- Ausencia de equimosis conjuntival
- A y C son correctas

63. Cuál de los siguientes síntomas corresponde con la fractura de Lefort tipo III

- Retrodesplazamiento facial
- Escalón en apófisis piramidal
- Equimosis conjuntival parcial
- Oxoftalmos
- Ninguna de las anteriores

64.La licuorrea es habitual en:

- Lefort I
- Lefort II
- Lefort III
- Fractura temporal
- Fractura orbitaria

65.El signo de dentadura mal adaptada es típica en:

- Lefort II
- Lefort I
- Fractura de la rama ascendente mandibular
- Fractura bicondilar con reducción
- Ninguna de las anteriores

66.El signo de orbitas alargadas es típico de fraturas

- Lefort I
- Lefort II
- Lefort III
- Fractura del de los huesos propios de la nariz
- B y C son correctas

67.Recién nacido que cursa con periodos asfícticos, recurrentes y que presenta micrognatia, señale la correcta:

- Precisa oxigenoterapia y observamos evolución
- Puede ser disostosis cleidocraneal
- Puede ser Síndrome de Pierre-Robien y precisa tratamiento inmediato
- Puede ser Síndrome de Treacher-Collins
- Ninguna de las anteriores

68.En lo referido a la fisura labiopalatina señale la opción correcta:

- Representa el 75% de las deformidades del macizo maxilofacial

- Presente en 1/800 nacidos
- Producido por alteraciones en el segundo arco branquial
- A y B son correctas
- A y C son correctas

69. En lo referido a la fisura labiopalatina señale la opción correcta:

- La forma más frecuente de presentación es Labio Leporino + Fisura Palatina
- La forma más frecuente de presentación es Labio leporino
- La forma más frecuente de presentación es Fisura palatina
- La forma menos frecuente de presentación es Labio Leporino + Fisura Palatina
- B y D son correctas

70. ¿Cuál es la prevalencia de la fisura labio palatina?

- 1/1000
- 1/100
- 1/10000
- 1/100000
- 1/35000

71. En lo referido a la fisura labiopalatina señale la opción correcta:

- Es más frecuente en pacientes asiáticos
- Mas frecuente en el lado izquierdo
- En caso de bilateral es más grave en el lado izquierdo
- Todas las opciones anteriores son correctas
- Todas las opciones anteriores son incorrectas

72. ¿Cual de los siguientes factores influyen en la aparición de la fisura labio palatina?

- Obesidad Materna
- Déficit de calcio durante la lactancia
- Radiación durante el embarazo
- A y C son correctas
- Todas son correctas

73. ¿Cual de las siguientes no es una secuela típica en pacientes con fisura labio palatina?

- Hipoplasia maxilar
- Hipoplasia mandibular

- Pseudoclase III
- Retracción Labial
- C y D no son típicas

74. En lo referente al tratamiento de las fisuras labio palatinas es cierto que:

- La Queiloplastia es el tratamiento de elección en fisuras palatinas
- La Queiloplastia es el tratamiento de elección en fisuras labiales
- Después de una primera fase quirúrgica correctiva, deberemos emplear una segunda fase quirúrgica con injertos microvasculares
- El tratamiento de la fisura labio palatina no necesita un procedimiento quirúrgico, ya que es autolimitante
- Ninguna de las anteriores es correcta

75. En pacientes con fisura palatina la palatoplastia se debe realizar:

- A los 6 meses del nacimiento
- Al año del nacimiento
- A los 3 años
- A los 6 años
- A los 18 años o una vez concluido el crecimiento.

76. Paciente que presenta alteraciones bilaterales consistentes en: Hendiduras de parpado, oblicuidad antimongoloide de los ojos, hipoplasia mandibular y del malar, la sospecha diagnóstica será:

- Síndrome de Marfan
- Síndrome de Ehler-Danlhos
- Displasia mandibular de Golden-Har
- Disostosis mandibulofacial de Treacher-Collins
- Disostosis cleidocraneal

77. La palatoesquisis se refiere a:

- Cierre del paladar primario
- Cierre del paladar secundario
- Hendidura del paladar primario
- Hendidura del paladar Secundario
- Ninguna de las anteriores

78. Indique la respuesta correcta

- El labio fisurado se suele empezar a operar alrededor del año de edad
- El labio leporino es más frecuente en el lado derecho
- La hendidura labial se denomina también quiloesquisis
- B y C son ciertas
- Todas son ciertas

79.El síndrome de Crouzon se caracteriza por:

- Nariz puntiaguda
- Es autosómico recesivo
- Ausencia de lesiones craneales
- Exoftalmos
- A y B son correctas

80.Es falso que:

- Las fisuras labio palatinas son más frecuentes en países desarrollados
- Las fisuras palatinas equivalen a la fisuración post-foramen
- La técnica de millar se aplica a las fisuraciones del paladar blando
- Fisuras de paladar no tratadas puede producir problemas del oído medio
- Todas son falsas

81.Un recién nacido que cursa con periodos asfícticos recurrentes y presenta microgenia, señale la respuesta correcta

- Puede ser un síndrome de Marfan
- No precisa de tratamiento inmediato
- Precisa de tratamiento inmediato
- Puede ser una disostosis cleidocraneal
- C y D son correctas

82.El síndrome de Crouzon también es llamado

- Disostosis craneofacial congénita
- Disostosis cleidocraneal
- Displasia cleidocraneal
- B y D son correctas
- Ninguna es correcta

83.Respecto al síndrome de crouzon

- Los primeros síntomas aparecen alrededor de los 2 años

- Hipoplasia maxilar
- Exoftalmos
- Hipertelorismo
- Todas las anteriores.

84. Respecto a la técnica de Millard señale la afirmación correcta:

- Es un tratamiento para fisuras palatinas
- Es un tratamiento para fisuras labiales
- Es también llamada Doble Zataplastia inversa
- Es un tipo de faringoplastia
- A y C son correctas

85. Cual de las siguientes es una técnica de palatoplastia

- Técnica de Von Langenbeck
- Técnica de Veau-Wardill-Kilner
- Técnica de Millard
- Técnica de Furlow
- A, B y D son correctas

86. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a un paciente con fisura palatina?

- La Faringoplastia no es necesario para el tratamiento de las fisuras palatinas
- La faringoplastia se debe realizar la antes posible, antes de que el paciente cumpla un año.
- Se debe practicar injertos óseos alveolares cuando estemos realizando la palatoplastia
- Al terminar el crecimiento puede ser necesario cirugía ortognática.
- Ninguna de las anteriores es correcta

87. En el plano anteroposterior:

- La progenie maxilar suele producir una falsa clase II
- El prognatismo mandibular generalmente se debe a una hiperplasia mandibular
- La micrognacia mandibular generalmente cursa con una clase III molar
- A y B son correctas
- Todas son correctas

88. ¿Que aconsejaría a un adulto con mordida cruzada, compresión e hipermentonismo?

- Tratamiento ortodóntico, expansión quirúrgica del paladar
- Tratamiento ortodóntico, mentoplastia
- Tratamiento ortodóntico, cirugía ortognática bimaxilar
- Cirugía ortognática bimaxilar
- Ninguno de las anteriores

89. El diagnóstico clínico de un paciente dismórfico esta fundamentalmente basado en:

- Valoración facial
- Estudio oclusal
- Estudio del cartílago de crecimiento
- Cefalometría
- A y D son correctas

90. En un síndrome de cara larga, ¿Cuál es el tratamiento quirúrgico más indicado?

- Cirugía bimaxilar Lefort tipo I y osteotomía sagital mandibular
- Mentoplastia
- Cirugía Bimaxilar lefort Tipo II y mentoplastia
- Osteotomía segmentaria
- SARPE

91. ¿Cual es estas técnicas son osteotomías mandibulares?

- Técnica de Caldwell y Letterman
- Técnica de Lefort I
- Técnica de Obwegeser
- Técnica de Osteotomía sagital de rama
- A, C y D son correctas.

92. ¿Que ventajas ofrece la técnica de Obwegeser frente a la de Letterman?

- Permite retruir más la mandíbula
- Ofrece mayor estabilidad
- Se puede realizar de forma intra o extraoral
- Disminuye las complicaciones nerviosas
- Todas son correctas

93. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la mentoplastia es correcta?

- Permite el avance del mentón
- Permite la retrusión del mentón
- Siempre debe de acompañarse de una cirugía bimaxilar
- A y B son correctas
- Todas las opciones son correctas

94. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el SARPE es correcta?

- Está indicado en niños en crecimiento
- Se utiliza para el tratamiento del retrognatismo mandibular
- Es un tipo de mentoplastia
- Está indicado en el tratamiento de la deficiencia esquelética transversal en adultos
- Ninguna de las afirmaciones es correcta

95. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la osteotomía Lefort I con osteotomía segmentaria es correcta?

- Es menos invasiva que el SARPE
- Se utiliza para discrepancias transversales mayores de 15mm
- Produce un desplazamiento del maxilar en los tres planos del espacio
- A y B son correctas
- A y C son correctas

96. En relación con las anomalías dentofaciales, señale la respuesta incorrecta:

- En la cirugía bimaxilar se precisa la utilización de una férula intermedia de referencia y otra definitiva final
- Uno de los riesgos de la osteotomía de obwagaser es la disestesia del nervio dentario
- La mentoplastia de avance se realiza habitualmente con osteotomía combinada con injertos aloplásticos
- La cefalometría sobre la telerradiografía lateral de cráneo es fundamental en el diagnóstico de la dismorfia
- En un síndrome de clase III e hipertrofia se podrá tratar quirúrgicamente combinando una osteotomía Lefort I, Osteotomía sagital de rama de avance y mentoplastia.

97. En un síndrome de clase II

- Siempre habrá que realizar una osteotomía sagital de rama de retrusión
- Puede solucionarse con una mentoplastia de avance
- Se deberá realizar una primera cirugía sobre el maxilar y posteriormente una segunda cirugía sobre la mandíbula

- Todas son correctas
- Ninguna es correcta

98. En el plano anteroposterior

- La progenie maxilar equivale a la clase III
- El prognatismo mandibular generalmente se debe a una hiperplasia esquelética del tercio inferior
- La micrognatia mandibular generalmente cursa con una clase I molar
- B y C son ciertas
- Todas son falsas

99. Que aconsejarías a un paciente adulto con mordida anterior, hiperplasia maxilar, subluxación recidivante de ATM e hipermentonismo

- Tratamiento ortodóntico y mentonera
- Cirugía ortognática y mentonera
- Tratamiento ortodóntico y cirugía bimaxilar
- Tratamiento ortodóntico con SARPE
- Ninguna de las anteriores

100. El diagnóstico de una anomalía dentofacial se basa en

- Estudio oclusal
- Perfilometría
- Cefalometría
- Fotografía facial
- Todas son correctas

101. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado para un paciente adulto con el tercio inferior de la cara más largo de lo normal?

- Mentoplastia
- Tratamiento ortodóntico más mentoplastia
- Ortopedia facial
- Cirugía bimaxilar tipo Lefort I con osteotomía sagital de mandíbula
- Osteotomía segmentaria con SARPE y mentoplastia

102. Señale la respuesta correcta a la expansión palatina rápida quirúrgicamente asistida

- También llamada SARPE

- Se utiliza en niños
- Se utilizan en déficit transversales del maxilar superior
- A y C son correctas
- Todas son correctas

103. Respecto a la combinación ortodoncia + cirugía ortognática, señale la afirmación correcta

- La mayoría de los casos pueden ser tratados únicamente con cirugía
- La ortodoncia prequirúrgica también se llama ortodoncia de maquillaje
- La ortodoncia postquirúrgica no suele ser necesaria
- La cirugía puede ser sobre uno de los maxilares o bimaxilar
- Ninguna de las afirmaciones es correcta.

104. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la osteotomía Lefort tipo I es falsa?

- Se usa para protruir el maxilar
- El corte se realiza por encima de los huesos propios de la nariz
- Se usa para retruir el maxilar
- Hay que despegar la pterigoides en el proceso de la osteotomía
- Requiere de un bloqueo intermaxilar posquirúrgico.

105. ¿Cuál es la técnica de avance mandibular más utilizada en la actualidad?

- Lefort I
- Lefort II
- Osteotomía sagital de Obwegeser – Dal Pont
- Osteotomía en C de Caldwell, Hayward y Lister
- Ninguna de las anteriores

106. Si queremos avanzar el maxilar, ¿Qué técnica quirúrgica será necesaria?

- Osteotomía de Lefort I
- Osteotomía de Lefort II
- Osteotomía de Letterman
- Osteotomía de Hinds
- SARPE

107. ¿Cuáles de los siguientes signos y síntomas no presenta los pacientes con patología de ATM?

- Ruidos

- Disfunción
- Dolor
- Trastornos faríngeos
- Trastornos auditivos

108. ¿Cuánto es la apertura normal mandibular?

- 20 a 40 mm
- 40 a 60mm
- 60 a 80mm
- 40 a 80mm

109. ¿Cuales son las pruebas radiográficas por las cuales podemos estudiar el ATM?

- Proyección de Shüller
- Resonancia magnética
- TAC
- B y C son correctas
- Todas son correctas

110. ¿Cuál de los siguientes síndromes cursan con déficit de crecimiento condíleo?

- Síndrome de Goldenhar
- Síndrome de Treacher-Collins
- Síndrome de Marfan
- A y B son Correctas
- Todas son correctas

111. ¿Cuál de los siguientes síndromes cursan con un aumento de la laxitud condílea?

- Síndrome de Goldenhar
- Síndrome de Treacher-Collins
- Síndrome de Marfan
- A y B son Correctas
- Todas son correctas

112. Respecto a las luxaciones mandibulares, señale la afirmación correcta.

- Es el desplazamiento del cóndilo completamente fuera de la cavidad articular
- No suele producirse desgarros musculares ni rotura de la cápsula
- Producido casi siempre por traumatismo directo
- Nunca se producirá de forma espontaneo

-A y C son correctas.

113.La luxación del cóndilo también se conoce como:

- Bloqueo Cerrado
- Bloqueo abierto
- Bloqueo accidental
- Bloqueo nervioso paroxístico
- Ninguno de los anteriores

114.La luxación del cóndilo puede ser según su localización:

- Superior, entrando en el cráneo
- Posterior
- Lateral
- Anterior
- Todas las opciones anteriores.

115.Afirma cual de las siguientes afirmaciones no es correcta

- El trismo es la incapacidad de abrir la boca de carácter transitorio
- La constricción mandibular permanente se debe a una afectación intracapsular
- La anquilosis de ATM puede ser fibrosa, fibroósea y ósea
- Las alteraciones internas de la ATM se deben a una relación anormal del menisco, cóndilo, fosa y eminencia articular
- La constricción mandibular permanente puede ser consecuencia de un trismo mal tratado

116.¿Cuales de las causas enumeradas a continuación no se considera determinante en la etiología de la alteración interna de la ATM?

- Intoxicación con fenotiacinas
- Traumatismo
- Sobrecarga funcional
- Enfermedad degenerativa
- Hiperapertura bucal

117.Entre los factores desencadenantes de la luxación mandibular, ¿Cuál de los enumerados no es correcto?

- Golpe directo sobre el mentón con la boca abierta
- Bostezo

- Síndrome de Marfan
- Exodoncias bruscas en la mandíbula
- Mantener al paciente con la boca abierta mucho tiempo

118. Señale la afirmación falsa:

- La radiografía de Shuller es la más útil en el estudio de ATM
- La tomografía convencional aporta más datos que la radiografía simple
- La panorámica es la de elección
- El TAC ofrece una gran definición de los tejidos duros del ATM
- La resonancia magnética está indicada para el estudio de patologías del menisco

119. Señale cuál es el cáncer de la mucosa oral más frecuente:

- Melanoma maligno
- Carcinoma verrucoso
- Leucoplasia oral
- Carcinoma epidermoide o de células escamosas
- Carcinoma de células de Merkel

120. ¿Cuál de estas estructuras no proviene del segundo arco faríngeo?

- Arteria hioidea
- Ventre posterior del digástrico
- Ventre anterior del digástrico
- Estríbo
- Estilohioideo

121. El traumatismo maxilo-facial más frecuente es:

- Fractura de cóndilo mandibular
- Fractura de suelo de la órbita
- Fracturas de malar
- Fracturas naso-orbito-etmoidales
- Ninguna es correcta

122. Localizaremos un torus en:

- En la línea media del paladar
- En el hueso alveolar, entre el área premolar y molar
- En la cortical externa mandibular de zona de caninos y premolares.
- En el vestíbulo

-Ninguna es correcta

123. Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto al absceso oral:

- Temperatura elevada de continuo, palpación fluctuante, contenido serosanguinolento.
- Temperatura elevada ocasional, palpación fluctuante, contenido purulento.
- Temperatura elevada de continuo, palpación indurada, contenido purulento.
- Temperatura elevada ocasional, palpación fluctuante, contenido edematoso.
- Ninguna de las anteriores es cierta.

124. Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa:

- Las asas de Ivy son una medida de fijación interdental.
- Los tornillos de Fami son de elección en fracturas desplazadas.
- Al realizar una fijación interna corremos el riesgo de lesionar vasos y nervios.
- La férula de metal en arco o barra se utiliza en fracturas desplazadas.
- La finalidad de los métodos de reducción es la normo-oclusión dentaria.

125. ¿Qué es una fractura de Le Fort tipo II?

- Una fractura por encima de la nariz.
- Una fractura de la rama mandibular.
- Una fractura que afecta a pirámide nasal y maxilar.
- Una fractura de los incisivos.
- Una fractura que ocasiona una disyunción craneomandibular.

126. ¿Cuál de los siguientes es un apartado de la Historia Clínica?

- Anamnesis
- Cuestionario de salud
- Exploración clínica
- Pruebas complementarias
- Todos los anteriores

127. En la Historia Clínica deberemos indagar acerca de:

- Los antecedentes personales
- Los antecedentes familiares
- Los antecedentes hereditarios
- Ninguna de las anteriores
- Todas las anteriores

128. ¿Cuál de las siguientes características se debe explorar en la inspección extrabucal?

- Simetría
- Color
- Surcos y pliegues
- Lesiones elementales
- Todas las anteriores

129. ¿Cuál de las siguientes regiones no se valorará en la exploración intrabucal?

- Encías
- Labios
- Dientes
- Oclusión
- Ganglios

130. ¿Cómo se realiza la palpación de la glándula submaxilar?

- Digitalmente de forma intraoral
- Digitalmente de forma extraoral
- Mediante instrumental de exploración (espejo y sonda)
- Mediante percusión
- Digitalmente de forma combinada intraoral y extraoral

131. Señale la falsa con respecto a la región laterocervical

- Una región doble
- Delimita con el músculo trapecio
- Delimita con la clavícula
- Se encuentran estructuras vaculares, nerviosas y ganglionares
- Comprende al hioides

132. Una masa de pocos días de evolución y crecimiento rápido puede ser indicativo de...

- Neoplasia maligna
- Tumoración congénita
- Neoplasia benigna
- Quiste
- Inflamación

133. ¿Cómo debe posicionarse al paciente para explorar las adenopatías laterocervicales profundas al músculo esternocleidomastoideo derecho?

- Paciente con el cuello flexionado recto
- Paciente con el cuello extendido y girando a la derecha
- Paciente con el cuello flexionado y girando a la izquierda
- Paciente con el cuello flexionado y girando a la derecha
- Paciente con el cuello extendido y girando a la izquierda

134. ¿Qué lesión es más probable que se trate una masa móvil que puede movilizarse por encima del borde basal mandibular?

- Tumor glandular
- Glándula inflamada
- Mucocele
- Tumoración congénita
- Ganglio submaxilar

135. ¿Cuál es una ventaja de la cervicotomía?

- Requiere anestesia general
- Puede requerir incisiones amplias
- Requiere planificación multidisciplinar
- Puede requerir pruebas complementarias
- Eficacia diagnóstica

136. ¿Cuál de las siguientes es una glándula salival mayor?

- Parótida
- Submaxilar
- Sublingual
- Ninguna de las anteriores
- Todas las anteriores

137. ¿En qué tejido existen glándulas salivales menores?

- Dorso lingual
- Paladar duro
- Encías
- Todas las anteriores
- Mucosa yugal

138. ¿Qué prueba complementaria está generalmente contraindicada en la glándula parótida?

- Ecografía
- Radiografía simple
- Endoscopia
- PAAF
- Biopsia incisional

139. ¿En qué casos no estaría indicado el cultivo de infecciones?

- Pacientes hospitalizados con cuadros graves
- Pacientes hospitalizados con infecciones quirúrgicas
- Pacientes hospitalizados con bacteriemia
- Pacientes no hospitalizados con resistencia a antibióticos
- Infecciones agudas

140. ¿Cuáles son los síntomas más habituales en la patología de la ATM?

- Dolor
- Trismo
- Ruido articular
- Ninguno de los anteriores
- Todos los anteriores

141. ¿Qué prueba de diagnóstico por imagen permite específicamente valorar el menisco articular?

- TAC
- Telerradiografía lateral
- Arteriografía
- Ortopantomografía
- RMN

142. ¿Cuál de las siguientes no es un inconveniente de la radiografía panorámica?

- Menor nitidez
- No localización bucolingual de objetos
- Defectuosa visualización de los senos
- Deformación de la imagen
- Alta dosis de radiación

143. ¿De qué patología es característica la imagen "arrosariada" de la sialografía?

- Parotiditis crónica epidémica
- Parotiditis aguda purulenta
- Sialolitiasis
- Síndrome de Sjögren
- Parotiditis crónica recidivante

144. ¿Cómo se define un paciente ASA II?

- Paciente sin enfermedades sistémicas
- Paciente con alteración funcional que impide desarrollo de la vida normal
- Paciente con enfermedad terminal
- Paciente con patología local
- Paciente con patología sistémica que no compromete la actividad normal

145. ¿Cómo se define un paciente ASA III?

- Paciente sin enfermedades sistémicas
- Paciente con patología sistémica que no compromete la actividad normal
- Paciente con enfermedad terminal
- Paciente con patología local
- Paciente con alteración funcional que impide desarrollo de la vida normal