

Revista Científica / Escuela Profesional De Estomatología

UAC

Universidad Andina del Cusco, acreditada internacionalmente y licenciada por la SUNEDU



Visión Odontológica

ISSN 2410-583X / ISSN-e 2663-9580 **Vis. odontol.**

Volumen 6 - Nº 2 Julio a Diciembre 2019

Visión Odontológica



Vis. odontol.

ISSN 2410-583X

Volumen 6 - N° 2 Julio a Diciembre 2019

Universidad Andina del Cusco
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Estomatología

Volumen 6 - N° 2 Julio a Diciembre 2019

Autoridades

Rector: Dr. Emeterio Mendoza Bolivar

Vicerrector Académica: Dra. Deysi Nuñez del Prado

Vicerrector Administrativa: Dra. Maria Antonieta Olivares Torre

Vicerrectora de Investigación: Dra. Di-Yanira Bravo Gonzales

Decano de la facultad de ciencias de la salud

Dr. Juan Carlos Valencia Martínez

Director de Departamento Académico de Estomatología

Dr. Cesar Enrique Herrera Menéndez

Director de la Escuela Profesional de Estomatología

Mgt. Rudyard Jesús Urbiola Camacho

Director de Publicación

Mgt. Martín Tipián Tasayco - Editor Jefe (Docente de la Universidad Andina del Cusco)

Consejo Editorial

Mgt. Longa Ramos Eduardo Jose (Docente de la Universidad Andina del Cusco)

Mgt. Cabrera Cuestas Rocio (Docente de la Universidad Andina del Cusco)

Mgt. Reinoso Zevallos Jenny (Docente de la Universidad Andina del Cusco)

Mgt. Garate Villasante Eleana Danitza (Docente de la Universidad Alas Peruanas - Cusco)

C.D. Sánchez Palomino Ninoska (Docente de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco)

C.D. Tipismana Vera Ilia Vanina (Sociedad Peruana de Endodoncia Cusco)

Esp. C.D. Llanos Carazas Monica Yizely (Sociedad Peruana de Endodoncia)

Composición y Diagramación:

Sr. Bustinza Baldarrago Johannes Hector

Sr. Gutierrez Ttito Yacmel Felix

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú

N° 2014 - 18990

ISSN. 2410-583X / ISSN-e 2663-9580

Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco

Prolongación Av. Manco Ccapac s/n Qollana - San Jeronimo

Teléfono: 084 605000 Anexo 3121

Email: visionodontologicauc@gmail.com

Edición:

Andina Imprenta

Área de impresiones / Dirección de Producción de Bienes y Servicios UAC Urb. Ingeniería Larapa Grande A-5.

Teléfono 271840 anexo 117-416

Publicación Periódica: Semestral

Editorial

La construcción del conocimiento está basada en los aportes de una determinada comunidad científica. Los cuales son una recopilación de información seria y confiable que se basa en su rigurosidad científica. Creemos fervientemente que en este proceso, la visión retrospectiva nos demuestra el lugar que tenemos como país en cuanto a investigación.

El primer paso que tenemos que realizar para conseguir una mejora sustancial es que debemos ampliar los horizontes de expectativa, al pensar que nuestras publicaciones no solo sea para nuestra colectividad académica.

Al romper esta primera barrera podremos tomar el pulso de nuestras investigaciones al ser compartida con otros especialistas de otras realidades, y serán ellos los que puedan determinar la calidad y valía de nuestro trabajo.

La función de nuestra revista se eleva en este sentido, ya que servirá como medio de difusión de conocimientos nuevos de nuestra realidad, al compartir información de profesionales de nuestra casa de estudio como de la comunidad científica de Cusco.

Todo esto es con la finalidad de poner en valor los estudios que involucran a la mejora de nuestra realidad profesional que al contar con aportes locales con la finalidad de poner en vigencia a todos los círculos de estudio de nuestra querida profesión Odontológica

Dr. Cesar Enrique Herrera Menéndez

ARTÍCULO DE ORIGINAL



CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO, SEMESTRES 2018 I - II.

Cruz I., Meza R.

7

CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN EN PACIENTES RESPIRADORES BUCALES DE 12 A 14 AÑOS QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO-2019

Aguilar, G .

13

RELACIÓN ENTRE LA UBICACIÓN DE LESIONES CARIOSAS Y LA DESCODIFICACIÓN DENTAL DE CHRISTIAN BEYER EN PACIENTES ADULTOS DE LA CLINICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI

Benito S. Mormontoy S.

19

EFFECTO ANTIBACTERIANO *in vitro* DEL ACEITE ESENCIAL DE Schinus Molle “Molle” A DIFERENTES CONCENTRACIONES SOBRE *Aggregatibacter Actinomycetemcomitans* CUSCO – 2019.

Ibarra L.

23

PATRÓN FACIAL EN RELACIÓN A LA SONRISA EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO, 2017 - II

Arostegui D.*.

28

NECESIDAD DE TRATAMIENTOS CON PRÓTESIS REMOVIBLES EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA "LUIS VALLEJOS SANTONI" DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO, CICLO 2018-I.

Palomino R.

33

CONOCIMIENTO SOBRE ANTIBIOTICOS DE USO ODONTOLÓGICO, DE ALUMNOS DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJO SANTONI 2019-I

Paredes D.

38

CONOCIMIENTO SOBRE ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL Y SU APLICACIÓN EN EL ÁREA DE CIRUGÍA, ENDODONCIA Y PERIODONCIA EN LA CLÍNICA “LUIS VALLEJOS SANTONI” 2019-I

Vargas A.

44



ARTÍCULO DE ORIGINAL >>>

MORFOLOGIA DE CONDUCTOS EN PRIMERAS Y SEGUNDAS MOLARES INFERIORES PERMANENTES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE VERTUCCI EN TOMOGRAFÍAS DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI

Quispe v. 51

AUTOCAUIDADO DE LA SALUD DENTAL EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE UNIVERSIDAD PRIVADA DE LA REGIÓN SUR DEL PERÚ.

Muñoz A. Valero J. Palomino I. Peralta L. Vargas G. 55

CASO CLÍNICO >>>

REHABILITACIÓN ORAL CON SOBREDENTADURA MANDIBULAR SOBRE 2 IMPLANTES EN PACIENTE DIABÉTICO CONTROLADO

Reinoso J. 61

RESTITUTIO AD INTEGRUM MEDIANTE FÉRULA, LIGADURA Y COMPOSITE EN TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR

Laquihuanaco F. Juárez V. Lizarme A. 66

IMPLANTES UNITARIOS

Villa D.. 72

CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO, SEMESTRES 2018 I - II.

Cruz I., Meza R.*

Autor: Iván Cruz Rosales
E-mail: tpp.cusco@gmail.com
Celular: 984192869
Cirujano Dentista
Consulta privada

Autora: Rocio Meza Salcedo
E-mail: mezasalcedorocio@gmail.com
Celular: 984208530
Magister - Cirujana Dentista
Consulta privada



RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad del registro de las historias clínicas en la Clínica Estomatológica Luis Vallejo Santoni de la Universidad Andina del Cusco, semestres 2018 I – II. **Material y método:** Metodológicamente el trabajo de investigación es de un enfoque cualitativo, no experimental, observacional, retrospectivo y transversal. Se trabajó con una muestra integrada por 574 historias clínicas, seleccionadas con la técnica probabilística de tipo aleatorio simple utilizando el programa epidat. Como instrumento se utilizó una ficha de recolección de datos elaborada para la investigación. Para determinar la calidad de registro de las historias clínicas se estimó mediante la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la atención en Salud otorgada por el MINSA en el año 2016. La información se registró en una hoja de cálculo Excel versión 2010. El procesamiento de datos se realizó mediante el programa SPSS versión 24.0, se utilizó la estadística descriptiva con distribuciones de frecuencia y tendencia central. **Resultados:** permitieron determinar que el 74.5% de las historias clínicas se encuentran por mejorar, el 23% presentan un llenado satisfactorio y el 1.6% se encuentran deficientes. **PALABRAS CLAVE:** calidad de registro, auditoría de historias clínicas odontológicas.

ABSTRACT

Objective: To determinate the recording quality of the clinical reports in the Estomatologic Clinic Luis Vallejos Santoni of the Andean University of Cusco, semesters 2018 I – II. **Material And Methods:** Methodologically the investigation had a quantitative, non-experimental, observational, retrospective and cross-sectional approach. The sample was integrated by 574 clinical reports, selected by a simple random sampling test, using the Epidat computational program. The instrument was composed by a data collecting sheet specifically made for the study; to determine the recording quality, the investigator employed the Health Technical Policies for the Healthcare Quality Survey granted by the Peruvian Health Ministry at 2016. The data was registered employing an Excel 2010 spreadsheet; the data processing was made by the usage of the SPSS 24.0 program employing descriptive statistics to determine frequency distributions and central tendency measures. **Results:** showed that the 74.5% of the clinical reports need to get improved, a 23% have been appropriately fulfilled and the remaining 1.6% is defective.

KEYWORDS: recording quality, odontology clinical report survey.

INTRODUCCIÓN

La historia clínica constituye un documento de muy alto nivel e importancia en el sector médico legal y académico; un correcto manejo de las historias clínicas ayuda a tener una mejor calidad de atención para los pacientes, de igual manera de optimar la administración de los diferentes establecimientos de salud, protegiendo los intereses legales tanto del paciente como del personal y del establecimiento de salud.fabricante.

La evaluación de las historias clínicas ayudará a conocer la calidad de atención de los pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejo Santoni. Por ende, la correcta administración de los mecanismos de registro de las historias clínicas, debe constar desde el ingreso del paciente hasta el alta del mismo y deberían cumplir con los estándares de calidad.

El registro de las historias clínicas es una constante preocupación de autores e instituciones y de cualquier establecimiento de salud por lo tanto es debido elevar

la calidad de prestación de servicio a los pacientes.

Una historia clínica de buena calidad y bien registrada sería más eficaz y seguro para un mejor tratamiento y diagnóstico, así brindaría una correcta atención de calidad a los pacientes.

Muchos establecimientos de salud tienen inconvenientes en sus historias clínicas, debido a falencias de parte de los profesionales en salud, ya que presentan historias sin firmas ni sellos, ilegibilidad en la escritura, uso de abreviaturas inadecuadas enmendaduras, tachones, anamnesis y exámenes clínicos y físicos incompletos como también ausencia de algunos registros importantes.

Estos errores pueden ocasionar una incorrecta interpretación al realizar el procedimiento al paciente. Además, al momento de un proceso legal no sería posible utilizar estas historias clínicas como un soporte jurídico.

Por consiguiente, sería de importancia evaluar la calidad de las historias clínicas en la clínica estomatológica Luis Vallejos Santoni del Cusco, con el fin de verificar el cumplimiento de las características de la historia clínica según las Normas técnicas de salud, que fuera refrendada a través de la Resolución 502-2016/Minsa, del 15 de Julio del 2016, emanadas por el Ministerio de Salud del Perú.

De tal manera lo que pretende esta investigación es evaluar la calidad del registro de las historias clínicas donde están registrados los datos de filiación, de la anamnesis y el examen clínico de los pacientes; ya que se evidenció mala praxis en el registro y manejo de las historias clínicas, y es necesario hacer este estudio para tomar medidas preventivas y de mejora para los siguientes semestres académicos.

Para ello es importante la participación de la institución formadora universitaria para el proceso de adecuación y educación permanente, siendo esto un aspecto fundamental para los futuros profesionales que egresan.

La Historia Clínica

Es un instrumento básico para la auditoria médica, ya sea en los centros hospitalarios estatales y en la práctica privada. (1)

La historia clínica es un documento médico-legal que nos informa la situación y desarrollo clínico de un paciente en el proceso asistencial (2)

Debe agregarse, la garantía de confidencialidad y la obligación de su conservación. (1)

Características: (3)

Según resolución del año 1995 dispone las características básicas siguientes:

Integralidad: Donde la historia clínica debe reunir toda la información necesaria del paciente antes y después del tratamiento.

Secuencialidad: Consignar la secuencia cronológica de atención al paciente.

Racionalidad Científica: Brindar al paciente el procedimiento que se realizó de forma lógica, clara y completa del diagnóstico y tratamiento realizado.

Disponibilidad: Usar la historia clínica en cualquier momento que se necesita, de acuerdo a ley.

Oportunidad: Es la inmediata prestación del registro a el área correspondiente.

Estructura de las Historias clínicas

Una forma de esquema más sencillo a la hora de clasificar las historias clínicas es diferenciarlos en los siguientes grupos:

a.- Historias clínicas abiertas: no hay diseño predeterminado, el profesional redacta según su criterio científico.

b.- Historias clínicas cerradas: Existe un diseño predeterminado, con datos precisos y siguiendo un orden expreso.

Historia Clínica General: Realizada por profesionales generales, donde se estudia detenidamente los demás órganos y sistemas.

Historia Clínica de especialidad: Realizada por profesionales especialistas, como los odontólogos. Se extienden más en los aspectos relacionados con su especialidad. (4)

Otro esquema utilizado en los establecimientos de salud, tiene la siguiente estructuración. (5)

Filiación: Se registra los siguientes datos: fecha, N° de historia clínica, apellidos y nombres, edad, sexo, ocupación, estado civil, grado de instrucción, lugar de nacimiento, lugar de procedencia, domicilio, centro de trabajo y teléfono.

Anamnesis: Es el interrogatorio directo o indirecto entre el paciente y el profesional en salud. (6)

Examen físico: Se inicia al momento de determinar sus signos vitales, luego la exploración de la cabeza y el cuello.

Diagnóstico: Hay dos tipos

1.- Diagnóstico presuntivo: Donde se identifica la enfermedad basándose en signos y síntomas. Estos no son definitivos ya que se pueden descartar con exámenes complementarios.

2.- Diagnóstico definitivo: Se llega a este diagnóstico después de haber realizado los exámenes complementarios.

Tratamiento: Detallar todas las posibilidades para realizar el tratamiento de la enfermedad.

Plan de trabajo: Indicar cuales son la etapas y técnicas que se seguirán para lograr nuestro objetivo.

Requisitos (7)

-Conocimiento científico y humano.

-Claridad: Coherencia entre lo registrado y lo que le ocurre al paciente.

-Legibilidad

-Integridad y escritura: Debe existir orden y congruencia.

-Veracidad

-Exactitud

MATERIAL Y MÉTODOS

Nivel de investigación: Descriptivo

Tipo de Investigación: Cualitativo, transversal.

Diseño de investigación: No experimental.

Técnica: Observacional.

Instrumento: Ficha de recolección de datos.

La población está constituido por 2.261 historias clínicas de diagnóstico de la clínica estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco.

Se tomó una muestra de 574 historias clínicas, se tomó en cuenta los criterios de exclusión.

RESULTADOS

TABLANº 1

Distribución numérica y porcentual de la calidad del registro de las historias clínicas en la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni De La Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 I - II.

CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS	Nº	Porcentaje
DEFICIENTE	9	1.6%
POR MEJORAR	433	75.4%
SATISFACTORIO	132	23.0%
Total	574	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que del total de las historias estudiadas, el 75.4% se encuentran en la categoría por mejorar, el 23% presentan un registro satisfactorio y el 1.6% se encuentran deficientes.

TABLANº 2

Distribución numérica y porcentual de las historias clínicas, según la calidad de los datos de filiación – Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 I - II.

CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE FILIACIÓN	F	%
SATISFACTORIO	428	74.6%
POR MEJORAR	145	25.3%
DEFICIENTE	1	0.2%
Total	574	100.0%

Fuente: ficha de recolección de dato En la tabla se observa que del total de las historias estudiadas

respecto a la filiación, el 74.6% presentan un registro satisfactorio, el 25.3% se encuentran por mejorar y el 0.2% se encuentran deficientes.

TABLANº 3

Distribución numérica y porcentual de las historias clínicas, según la calidad de los datos de anamnesis - Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco, Semestre 2018 I - I

CALIDAD DEL REGISTRO DE LOS DATOS DE ANAMNESIS	F	%
DEFICIENTE	16	2.8%
POR MEJORAR	34	5.9%
SATISFACTORIO	524	91.3%
Total	574	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que, del total de las historias estudiadas, respecto a la anamnesis, el 91.3% presentan un registro satisfactorio, el 5.9% se encuentran por mejorar y el 2.8% se encuentran deficientes.

TABLANº 4

Distribución numérica y porcentual de las historias clínicas según la calidad de los datos del examen clínico - Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 I - II.I.

CALIDAD DE REGISTRO DE LOS DATOS DEL EXAMEN CLÍNICO	F	%
DEFICIENTE	83	14.5%
POR MEJORAR	141	24.6%
SATISFACTORIO	350	61.0%
Total	574	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que del total de las historias estudiadas, respecto al examen clínico, el 61% presentan un registro satisfactorio, el 24.6% se encuentran por mejorar y el 14.5% se encuentran deficientes.

TABLANº 5

Distribución numérica y porcentual de las historias clínicas según la calidad de los datos de diagnóstico - Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina Del Cusco, semestre 2018 I - II.

CALIDAD DE REGISTRO DE LOS DATOS DEL EXAMEN CLÍNICO	Frecuencia	Porcentaje
DEFICIENTE	83	14.5%
POR MEJORAR	141	24.6%
SATISFACTORIO	350	61.0%
Total	574	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que del total de las historias estudiadas, respecto al examen clínico, el 61% presentan un registro satisfactorio, el 24.6% se encuentran por mejorar y el 14.5% se encuentran deficientes.

TABLAN° 6

Distribución numérica y porcentual de las historias clínicas según la calidad de los datos de exámenes auxiliares - Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 I- II.

CALIDAD DE REGISTRO DE LOS DATOS DE EXÁMENES AUXILIARES	F	%
DEFICIENTE	514	89.5%
SATISFACTORIO	60	10.5%
Total	574	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que del total de las historias estudiadas, respecto a los exámenes auxiliares, el 89.5% se encuentran deficientes, el 10.5% presentan un registro satisfactorio.

TABLAN° 7

Registro de los datos de exámenes auxiliares según ítems de las historias clínicas de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 I- II.

REGISTRO DE LOS DATOS DE EXÁMENES AUXILIARES SEGÚN ÍTEMS	NO CONFORME		CONFORME		Total	
	F	%	F	%	F	%
1. Exámenes auxiliares	500	87.1%	74	12.9%	574	100.0%
2. Interconsultas	394	68.6%	180	31.4%	574	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que los ítems de exámenes auxiliares: el mayor porcentaje que no estuvo

conforme fue el ítem número 1 (Exámenes auxiliares) con el 87.1%; respecto a la conformidad, el mayor porcentaje fue para el ítem número 2 (Interconsultas) con el 68.6%.

TABLAN° 8

Distribución numérica y porcentual de las historias clínicas según la calidad de los datos de atributos de las historias clínicas - Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco, semestre 2018 I- II.

CALIDAD DE REGISTRO DE LOS ATRIBUTOS	Frecuencia	Porcentaje
DEFICIENTE	147	25.6%
POR MEJORAR	402	70.0%
SATISFACTORIO	25	4.4%
Total	574	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla se observa que del total de las historias estudiadas, respecto a los atributos de la historia clínica, el 70.0% se encuentran por mejorar, el 25.6% se encuentran deficientes, y el 4.4% presentan un registro satisfactorio.

Interpretación:

El mayor porcentaje del total de las historias clínicas estudiadas, en el 75.4% se encuentran por mejorar, el 23% presentan un registro satisfactorio y el 1.6 % se encuentran deficientes.

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación, dan a conocer la calidad del registro de las historias clínicas en la Clínica Estomatológica “Luis Vallejos Santoni” de la Universidad Andina del Cusco, correspondientes a los semestres 2018 I– II, en función a la normatividad vigente.

Salinas M. Yosselyn (Ecuador 2018). En su trabajo de investigación titulada: “Evaluación de la calidad de la información registrada en las historias clínicas en el centro de atención odontológico de la Universidad de las Américas en el periodo académico 2018–I”.

Tuvo como objetivo: determinar las falencias más comunes en el registro de la información de las Historias Clínicas en el Centro de Atención Odontológico de la Universidad de Las Américas en el periodo académico 2017 y 2018. Se observó, que el 69,33% de historias clínicas revisadas, se encontró algún tipo de error que puede significar consecuencias graves que comprometen la salud y vida del paciente tratado. Los resultados tienen similitud

con el presente trabajo de investigación ya que el 75.4% de historias clínicas evaluadas constan por mejorar.

Vega P. Allison (Ecuador 2017). En su trabajo de investigación titulada: “Evaluación de las historias clínicas del ministerio de salud pública. Pacientes atendidos en la clínica UCSG B- 2016”. Tuvo como objetivo: Evaluar la calidad del registro de datos en las historias clínicas del Ministerio de Salud Pública de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la UCSG B-2016. Se observó que el 13% de las historias clínicas son llenadas correctamente. El 84% tienen errores y únicamente el 3% de las historias se las historias clínicas incompletas, Conclusiones: Se comprobó que las Historias clínicas son llenadas en su mayoría con errores 84%. Los resultados tienen similitud con el presente trabajo de investigación ya que el 75.4 % de las historias clínicas se encuentran por mejorar, el 23.0 % está por mejorar y el 1.6 % se encuentra deficiente.

Guevara R, Claudia E, (Chiclayo 2016), en su investigación titulada: “Calidad del registro de las historias clínicas en una clínica de la ciudad de Chiclayo – Perú, 2016”. Tuvo como objetivo evaluar la calidad del registro de las historias clínicas en una clínica de Chiclayo. Se observó que la dimensión del registro de las historias clínicas que aparece completa con mayor frecuencia es el Examen clínico, dimensión del registro de las historias clínicas que aparece incompleta con mayor frecuencia es el Plan de tratamiento. Finalmente, las historias clínicas evaluadas en general calificaron como regulares. Los resultados son similares con la presente investigación, debido a que plan de tratamiento no se aplica, en el examen clínico se halló un 61.0% satisfactorio y en las historias clínicas evaluadas se halló un 75.4% por mejorar.

Gómez M. Jessica (Abancay 2017), en su investigación titulada: “Auditoría de las fichas estomatológicas del servicio de odontología durante el periodo 2012 – 2016, en el centro de salud de Bellavista de Abancay – 2017”. El cual tuvo como objetivo: Auditar las fichas estomatológicas del servicio de Odontología durante el periodo 2012-2016, en el Centro de Salud de Bellavista de Abancay- 2017, todas las fichas estomatológicas se distribuyeron de manera equitativa por años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016. Obteniéndose como resultados que ninguna de las fichas estomatológicas cumplía con el llenado de todos los ítems

estandarizados en la norma técnica. Del presente trabajo de investigación se concluye: las fichas estomatológicas fueron registradas de manera regular con porcentajes entre 51.24%, 64.55%, 66.5% para el niño, adulto y gestante respectivamente. Los

resultados son similares con la presente investigación, debido a que se halló un 75.4 % por mejorar a nivel general de las historias clínicas.

Meza Salcedo, Rocío (Cusco 2013). En su investigación titulada: “Calidad del llenado de las historias clínicas odontológicas. UNSAAC. Cusco – Perú 2011” estableció que una mayoría de las historias clínicas en la clínica Odontológica Alina Rodríguez de Gómez UNSAAC, fue deficiente; puesto que no se describió los datos de filiación en un 20%, careció de anamnesis y de diagnóstico y pronóstico en un 65% y 10% respectivamente, por último, los atributos se hallaban ausentes en más del 60%. Los resultados son similares con la presente investigación, debido a que la mayor parte de las historias clínicas se encuentran en una calificación “por mejorar” (75.4%), los datos de filiación, anamnesis y de diagnóstico, se encuentran deficientes en un 0.2%, 2.8% 6.97% respectivamente, mientras los atributos se hallaron deficiente en un 25.6%.

CONCLUSIONES

- 1.- La calidad del registro de las historias clínicas en la Clínica Estomatológica Luis Vallejo Santoni de la Universidad Andina del Cusco, en su mayoría corresponde a la categoría por mejorar.
- 2.- El registro de los datos de filiación de las historias clínicas, en su mayoría corresponde a la categoría satisfactorio.
- 3.-El registro de los datos de anamnesis de las historias clínicas, en su mayoría corresponde a la categoría satisfactorio.
- 4.-El registro de los datos del examen clínico de las historias clínicas, en su mayoría corresponde a la categoría satisfactorio.
- 5.-En el registro de los datos de diagnóstico de las historias clínicas, en su mayoría corresponde a la categoría por mejorar.
- 6.- En el registro de los datos de exámenes auxiliares de las historias clínicas, en su mayoría corresponde a la categoría deficiente.
- 7.- En el registro de los datos de tratamiento o plan de trabajo de las historias clínicas, no están registradas, debido a la ausencia de esta.
- 8.- En la calidad de los atributos de las historias clínicas, en su mayoría corresponde a la categoría por mejorar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Echevaria J, Pumarola J. El manual de la odontología Barcelona: Eslevier Masson; 2008. Manual de auditoria en salud. Manual de auditoria en salud del hospital San José. 2004. Disponible en:

http://www.hsj.gob.pe/web1/UGC/html/comite_auditoria/publicaciones/manual_auditoria.pdf

2. Gutierrez Rodas J., Evaluación de la historia clínica sistematizada en la relación médico paciente de las IPS adscritas a Susalud, Medellín 2002.
3. Ministerio de Salud. República de Colombia. Resolución N° 1995 de 1999. Diario oficial N° 47.708 del 17 de septiembre de 1999.
4. Ministerio de Salud. Normas para el Manejo de la Historia Clínica. Julio, 1999.
5. Diario El peruano. Ley general de Salud. Abril 20018.
6. Diccionario de la Lengua Española. 22a ed. Madrid: Espasa Calpe; 2001

Fecha de recepción 15 - 08 - 2019
Fecha de aceptación 20 - 11 - 2019

CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN EN PACIENTES RESPIRADORES BUCALES DE 12 A 14 AÑOS QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO-2019

Aguilar G.

Autor: Aguilar Ascue Greta
E-mail:
aguilar_greta@gmail.com
Cirujana Dentista

RESUMEN

Al presentar la disfunción de respiración bucal la cavidad bucal y el desarrollo esquelético podrían estar alterándose ya que el aire juega un papel importante para el desarrollo de las estructuras óseas modificando así la forma, ancho del maxilar y creando las mal oclusiones en los diferentes planos del espacio. El Objetivo de esta investigación fue evaluar las características de la oclusión en pacientes respiradores bucales de 12 a 14 años que acuden a los consultorios externos de Otorrinolaringología del Hospital Antonio Lorena del Cusco- 2019. Metodología: Este estudio es descriptivo, observacional, transversal, no experimental. Muestra conformada por un total de 30 modelos de estudio de pacientes que cumplieron con los criterios de selección. Resultados: Pacientes de 14 años con una relación molar derecha tipo I (73,7%), y con más predominancia en sexo masculino (100%); relación molar izquierda más en 14 años con tipo I (84,2%), y más en sexo masculino (81,8%); relación canina derecha más en 14 años con tipo II (63,2%), y más en sexo femenino (73,7%); relación canina izquierda más en 12 años con tipo II (100%), y más en sexo femenino(79,0%), overjet más normal en 13 años (66,7%) y porcentaje mayor en sexo femenino(47,4%), mordida profunda moderado más en 12 años (100%) y con más predominancia en varones (45,5%), mordida cruzada posterior unilateral en varones en 18,2% y más en 13 años(22,2%), más atresia maxilar en 12 años (100%) y en mujeres (89,5%), forma de arco superior ovalada en 14 años (84,2%) y más en varones (81,8%) , e inferior ovalada en 13 años (66,7%) y varones (54,5%), tipo de arco superior más apiñado (59,9%) e inferior apiñado (83,4%), arco superior apiñado más en 14 años (36,8%) y en mujeres (31,6%) e inferior apiñado más en 14 años (52,6%) y en varones (54,5%). Conclusiones: En las características en sentido sagital los pacientes respiradores bucales de 12 a 14 años presentaron una relación molar más de tipo I derecha e izquierda, relación canina más de tipo II derecha e izquierda, un overjet normal en 14 pacientes, overjet excesivo en 12 pacientes. En las características en sentido vertical presentaron una mordida profunda moderada y grave. En las características en sentido transversal una mordida cruzada unilateral y bilateral, presentaron la mayoría atresia maxilar. En la forma de arco superior e inferior más fue de forma ovalada. El tipo de arco dentario superior e inferior de tipo apiñado.

Palabras claves: Oclusión, malocclusion, respiración bucal, sentido sagital, sentido vertical, sentido transversal, forma y tipo de arco dentario

ABSTRACT

When presenting oral breathing dysfunction, the oral cavity and skeletal development could be altered. The air plays an important role for the development of bone structures, thus modifying the shape, width of the maxilla and creating the malocclusions in the different planes of the mouth. The objective of this investigation was to evaluate the characteristics of the occlusion in oral mouth breather patients aged 12 to 14 years who attend the outpatient clinics of Otorhinolaryngology of the Antonio Lorena Hospital of Cusco-2019. Methodology: This study is descriptive, observational, cross-sectional non-experimental. The sample consists of a total of 30 study models that met the inclusion and exclusion criteria. Results: Patients who were 14 years old have a right molar relationship type I (73.7%), more in male sex (100%); left molar relationship more present in 14 years old patients with a type I (84.2%), and in male sex (81.8%); right canine relationship more present in 14 years old patients with type II (63.2%), and more in female sex (73.7%); left canine relationship more present in 12 years old patients with type II (100%), and more in females (79.0%), normal overjet more in 13 year olds (66.7%) and higher percentage in females (47.4%), moderate deep bite more in 12 year olds (100%) and more in men (45.5%), unilateral posterior crossbite more in men in 18.2% and 13 year olds (22.2%), maxillary atresia in 12 year olds (100%) and in women (89.5%), oval upper arch shape in 14 year olds (84.2%) and more in males (81.8%), and lower oval arch in 13 year olds (66.7%) and males (54.5%), type of upper arch more crowded (59.9%) and lower arch crowded (83.4%); upper arch crowded more in 14 year olds (36.8%) and in women (31.6%) and lower arch crowded more in 14 year olds (52.6%), and in men (54.5%). Conclusions: In the sagittal dimension, mouth-breathing patients aged 12 to 14 years presented a right and left type I, right and left type II canine relationship, a normal overjet in 14 patients, excessive overjet in 12 patients. In the vertical dimension they presented a moderate and severe deep bite. In the cross-sectional dimension, a unilateral and bilateral cross bite in a small percentage, and the majority of them presented a maxillary atresia. An oval upper and lower arch form. A crowded type of upper and lower dental arch.

Keywords: Occlusion, malocclusion, mouth breather, sagittal direction, vertical direction, arch shape and arch type.

INTRODUCCIÓN

La principal tarea de un profesional odontólogo es la de mejorar en lo posible la salud bucodental de las personas. El encontrar las causas o factores que estén relacionadas con algunas enfermedades bucales más prevalentes de la cavidad bucal, como son las maloclusiones es de gran importancia para mejorar la salud o para prevenir algún tipo de alteración en el sistema estomatognático.

La maloclusión es definida como una mala relación entre las cúspides de los dientes de ambas arcadas en cualquiera de los planos del espacio¹. Esto puede estar ocasionado por algún tipo de desequilibrio con las estructuras de todo el complejo maxilofacial como son los huesos, músculos y dientes². Cuando no existe un balance entre las fuerzas internas o externas durante el desarrollo pueden ocurrir ciertas alteraciones como son las maloclusiones.

Existen diferentes factores de riesgo que alteran estas estructuras durante el crecimiento de la persona como son la respiración bucal. Este tipo de respiración sucede por algún tipo de obstrucción del pase del aire en las vías respiratorias que conlleva a que la persona tenga la necesidad de respirar por la cavidad bucal. El ingreso de aire es fundamental para el desarrollo de los senos paranasales y hueso maxilar ya que es necesario que exista una presión de aire para el crecimiento esquelético que sucede hasta la etapa de la adolescencia³ 4. Si existe un adecuado desarrollo del hueso maxilar también existirá un apropiado espacio para el crecimiento de los dientes y menos posibilidades de que haya una mal posición dentaria.

Algunas teorías de la respiración bucal explican la importancia de la presión del aire. La teoría de la inactividad por ejemplo explica que el aire ejerce una presión hacia abajo sobre el piso de la cavidad de la nariz influyendo en que el paladar sea más estrecho y creando un paladar más alto de forma ojival⁵. Lo que sucedería en caso de los respiradores bucales, llevando a una alteración en la oclusión de estas personas con el apiñamiento, vestibularización, mordidas cruzadas, por ejemplo, u otras alteraciones dentales por el poco desarrollo del maxilar.

El conocimiento de las características de la oclusión de un típico respirador oral podría llevar a su correcta derivación con un especialista para el correcto diagnóstico y tratamiento.

El presente trabajo de investigación tiene como propósito conocer cuáles son esas características de la oclusión dental en los pacientes respiradores bucales del Hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco.

RESPIRACIÓN BUCAL

Cuando se habla sobre respiración bucal se habla de una persona que efectúa una respiración por medio de la boca en vez de usar la nariz. Existieron diferentes

definiciones como una respiración habitual (Sassoni), respiración oronasal (Merle), exposición prolongada de los tejidos faciales frontales al efecto del secado del aire inhalado cuando existían dificultades de una respiración nasal (Chacker), y en la actualidad la respiración bucal es adaptado a personas que respiran por la boca aunque ellas estén en estado de reposo¹⁹. Lo contrario a una persona con respiración nasal que respira por la nariz en estado de reposo.

Este tipo de respiración bucal a medida que va pasando el tiempo se puede convertir en lo que se conoce como un síndrome de respiración bucal ya que estaría creando alteraciones en el nivel nasorespiratorio y sumando una serie de signos y síntomas que estén afectando esta función de la respiración y en lo posterior causando problemas de asimetría facial y problemas de postura corporal, como también problemas de oclusión y fono articulares¹⁴.

Existen muchas causas que pueden generar una respiración bucal. Esta se puede formar por algún tipo de obstrucción en las vías aéreas como volverse un hábito si a pesar de que se hubiera corregido el obstáculo que impidiera el ingreso del aire por la nariz este tipo de respiración permanecería presente.

Las causas obstructivas de las vías aéreas pueden ser por hipertrofia de los adenoides, desviación de los tabiques, fracturas, la presencia de un cuerpo extraño, como también un agrandamiento de la mucosa por una alergia o inflamación del seno a causa de la polución u olores muy fuertes generando una obstrucción del pase del aire por las vías respiratorias⁽¹⁴⁾.

Etiología de la respiración bucal

Existen diferentes causas que pueden originar una obstrucción de las vías aéreas y crear este tipo de respiración como son la clasificación de Slim y Film en el año 1987: obstructiva, anatómica y habitual

a) Obstructiva.- Por un incremento de resistencia o una completa obstrucción de un normal pase del aire a través del pasaje nasal como cuando hay:

- Hipertrofia adenotonsilar en un 39%, también conocido como la hipertrofia del tejido faríngeo linfóideo que se da por infecciones repetitivas donde las masas linfóideas crecen más de lo debido y bloquean las narinas posteriores.

- Rinitis alérgica con un 24%,

- Desviación del tabique nasal con 19%,

- Hipertrofia de cornetes 12%

- Porcentaje menor se encuentran los pólipos, tumores entre otras causas.

b) Anatómica. - Cuando algunas de las estructuras anatómicas estén cubriendo o limitando el correcto pase del aire a las vías respiratorias como:

- El crecimiento de las amígdalas conocidas como amígdalas hipertróficas que estén cubriendo la línea media del conducto oral⁽¹⁹⁾

-Cuando hay una incompetencia labial (3mm) que puede ser común a los 3 a 6 años de edad(21).

-Labios superiores cortos que no permitan el cierre sin ningún esfuerzo(19).

c) Habitual. - Cuando permanece y duerme con la boca abierta donde no esté relacionado a las condiciones médicas o cuando la obstrucción ha sido removido(21).

d) Otras causas.- El cambio de ambiente, el estado emocional de la persona y la exposición a los fármacos(22) también pueden hacer que las vías aéreas no estén debidamente permeables e influenciar a que la persona tenga la necesidad de usar la cavidad oral para poder respirar y llevando un aire más frío y contaminado a las estructuras como la faringe. Este no estaría pasando por el proceso de filtración y calentamiento como normalmente debería de ser.

Sería una de estas condiciones que crearía un tipo de alteración en el sistema respiratorio de la persona haciendo que este opte por usar la cavidad bucal como medio auxiliar para el pase del aire.

MALOCCLUSIONES EN UN RESPIRADOR BUCAL

Los respiradores bucales pueden mostrar alteraciones tanto en el plano sagital como en el plano vertical y transversal: (18)

-En el plano Sagital: Pueden presentar maloclusiones clase II – 1, clase III.

-En el plano vertical: Lo más común es que presenten mordida anterior, tipo de cráneo dolicocefalo, donde el tercio inferior está más aumentado y hay extrusión de los dientes.

-En el plano transversal: La mordida cruzada posterior.

Materiales y Método

Nivel de investigación: Descriptiva

Tipo de investigación: prospectivo, transversal,

Diseño de investigación: no experimental

Técnica: observacional

Instrumento: Ficha de recolección de datos validada por expertos

La muestra representativa fue no probabilística, por conveniencia ya que estuvo dada por el total de 30 pacientes respiradores bucales.

RESULTADOS

Relación molar derecha	Frecuencia	Porcentaje
I	19	63,3
II	8	26,7
III	3	10,0
Total	30	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la presente tabla se observa que los pacientes respiradores bucales de 12 a 14 años presentaron una relación molar derecha predominantemente de tipo I con un 63,3%; en un 26,7% de tipo II y solo el 10% de tipo III. En la siguiente tabla se muestra esta información por sexo y edad.

Relación molar izquierda	Frecuencia	Porcentaje
I	23	76,7
II	4	13,3
III	3	10,0
Total	30	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la presente tabla se observa que los pacientes respiradores bucales de 12 a 14 años presentaron una relación molar izquierda predominantemente de tipo I con un 76,7%; en un 13,3% de tipo II y solo el 10% de tipo III. En la siguiente tabla se muestra esta información por sexo y edad.

Relación canina derecha	Frecuencia	Porcentaje
I	10	33,3
II	17	56,7
III	3	10,0
Total	30	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la presente tabla se observa que los pacientes respiradores bucales de 12 a 14 años presentaron una relación canina derecha predominantemente de tipo II con un 56,7%; en un 33,3% de tipo I y solo el 10% de tipo III. En la siguiente tabla se muestra esta información por sexo y edad.

R Relación canina izquierda	Frecuencia	Porcentaje
I	5	16,7
II	23	76,7
III	2	6,6
Total	30	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la presente tabla se observa que los pacientes respiradores bucales de 12 a 14 años presentan relación canina izquierda predominantemente de tipo

II con un 76,7%; en un 16,7% de tipo I y solo el 6,6% de tipo III. En la siguiente tabla se muestra esta información por sexo y edad.

Resalte u overjet	Frecuencia	Porcentaje
Normal	14	46,7
Excesivo	12	40,0
Borde a borde	4	13,3
Total	30	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la presente tabla se observa que los pacientes respiradores bucales de 12 a 14 años presentan un overjet predominantemente de normal con un 46,7%; en un 40% excesivo y solo el 13,3% borde a borde. En la siguiente tabla se muestra esta información por sexo y edad.

Sobremordida	Frecuencia	Porcentaje
Normal	7	23,2
Mordida profunda moderada	8	26,7
Mordida profunda grave	5	16,7
Borde a borde	8	26,7
Mordida abierta anterior	2	6,7
Total	30	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la presente tabla se observa que los pacientes respiradores bucales de 12 a 14 años presentan una sobremordida predominantemente de mordida profunda moderada y borde a borde con un 26,7%; en un 23,2% normal, en un 16,7% mordida profunda grave y solo el 6,7% mordida abierta anterior. En la siguiente tabla se muestra esta información por sexo y edad.

Mordida Cruzada posterior	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	25	83,4
Unilateral	4	13,3
Bilateral	1	3,3
Total	30	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la presente tabla se observa que los pacientes respiradores bucales de 12 a 14 años no presentan

mordida cruzada posterior en un 83,4%, con un 13,3% mordida cruzada unilateral, y solo el 3,3% mordida cruzada bilateral. En la siguiente tabla se muestra esta información por sexo y edad

Atresia Maxilar	Frecuencia	Porcentaje
Presente	25	83,3
Ausente	5	16,7
Total	30	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la presente tabla se observa que los pacientes respiradores bucales de 12 a 14 años presentan una atresia maxilar predominantemente con un 83,3%, y esta es ausente en un 16,7%. En la siguiente tabla se muestra esta información por sexo y edad.

Forma de paladar superior	Frecuencia	Porcentaje
Triangular	4	13,3
Cuadrangular	3	10,0
Ovalada	23	76,7
Total	30	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la presente tabla se observa que los pacientes respiradores bucales de 12 a 14 años presentan predominantemente un arco dentario superior de forma ovalada con un 76,7%, triangular con un 13,3%, y solo 10,0% de forma cuadrangular. En la siguiente tabla se muestra esta información por sexo y edad

Forma de arco inferior	Frecuencia	Porcentaje
Triangular	3	10,0
Cuadrangular	11	36,7
Ovalada	16	53,3
Total	30	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la presente tabla se observa que los pacientes respiradores bucales de 12 a 14 años presentan predominantemente un arco dentario inferior de forma ovalada con un 53,3%; en un 36,7% de forma cuadrangular, y solo un 10% de forma triangular. En la siguiente tabla se muestra esta información por sexo y edad.

I	Tipo de paladar inferior	Frecuencia	Porcentaje
	Alineado	3	10,0
	Espaciado leve	1	3,3
	Espaciado moderado	1	3,3
	Apiñado leve	7	23,3
	Apiñado moderado	14	46,8
	Apiñado severo	4	13,3
	Total	30	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la presente tabla se observa que los pacientes respiradores bucales de 12 a 14 años presentaron predominantemente un arco dentario inferior de tipo apiñado moderado en un 46,8%, en un 23,3% apiñado leve, en un 13,3% apiñado severo, en un 10,0% alineado, y solo un 3,3% espaciado leve. En la siguiente tabla se muestra esta información por sexo y edad.

CONCLUSIONES

- Las características de la oclusión en sentido sagital fue de una relación molar derecha e izquierda tipo I más en la edad de 14 años y en sexo masculino, una relación canina derecha en edad de 14 años e izquierda en edad de 13 años de tipo II en sexo femenino, y un overjet más excesivo en niños 12 años.
- Las características de la oclusión en sentido vertical fue de una sobre mordida profunda moderada en sexo masculino y edad de 12 años
- Las características de la oclusión en sentido transversal fue de una mordida cruzada posterior; unilateral y bilateral en sexo masculino y en edad de 13 años y atresia de la maxila en sexo femenino
- La forma de arco dentario superior e inferior de forma más ovalada en sexo masculino.
- El tipo de arco dentario superior e inferior apiñado en edad de 14 años y sexo femenino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chauhan D., Sachdev V., Chauhan T. Gupta K. [Internet]. India: PubMed;2013 [actualizado 3 Ene 2013; citado 5 May 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24478978>
- Lugo C., Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Rev Lat OryOd [Internet]. 2011 [citado 15 abr 2019], 1 (1) : 1 . Disponible en : <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>
- Yalcin A., Turkkahraman H., [Internet]. Estados Unidos: European Journal Of Dentistry; 2009 [actualizado 3 Jul 2009; citado 16 abr 2019].

Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2741199/>

4.Dos Santos R., Coelho G., Goncalves C., Goncalves H., Tormin P., Peña C., Ausencia de flujo de aire nasal y desarrollo del seno maxilar. Rev Bras Otorrinolaringol [Internet]. 2007 [citado 17 abr 2019], 73(2):1.

Disponible en : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003472992007000200004&script=sci_arttext&tlng=en

5.Garcia E. Alteraciones faciales del tercio medio e inferior secundarias a obstrucción de vías aéreas superiores [Disertación]. México: Universidad Autónoma del estado de México; 2013. 16 p.

6.Zicari A., Albani F., Rugiano A., Duse M., Mattei A., Marzo G. Oral breathing and dental malocclusions. European Journal of Pediatric Dentistry [Internet].2009 [citado 17 abr 2019], 10(2):62. Disponible en: <http://admin.ejpd.eu/download/2009-02-01.pdf>

7.Santos J. Estudio comparativo de la oclusión, entre un grupo de niños respiradores bucales y grupo control [Disertación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002. 105 p.

8.Carrieri R., Rossi N., Carrieri R., Kiitiro H., Nagata P., Dentofacial characteristics of oral breathers in different ages: a retrospective case-control study. Prog Orthod [Internet]. 2015 [citado 17 abr 2019], 16(23):1.

Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4502049/>

9.Ortiz S. Relación de la maloclusión con el hábito de respiración bucal en pacientes tratados en la clínica de ortodoncia de la escuela de postgrado “Dr. José Apolo Pineda”. Universidad de Guayaquil durante el período 2013-2015 [Disertación]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2017. 6 p.

10.Simoes N. Respiración bucal diagnóstico y tratamiento ortodóntico interceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. Revisión de la literatura [Disertación]. Venezuela: Universidad Central de Venezuela; 2015. 10 p.

11.Silva G., Bulnes R., Carrieri R., Rodríguez L., Prevalencia de hábito de respiración oral como factor etiológico de maloclusión en escolares del Centro, Tabasco. Medigraphic [Internet]. 2014 [citado 17 abr 2019], 71(6):285. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od146e.pdf>

12.Salgado K. Influencia de la respiración bucal sobre la arcada superior y la maloclusion según angle en niños de 6 a 14 años de edad, en el sector San José de Cotogog durante los meses Febrero del 2014. [Disertación]. Chile: Universidad de las Americas; 2014. 56 p.

13. Podadera Z., Flores L., Rezk A Repercusión de la respiración bucal en el sistema estomatognático en niños de 9 a 12 años. Rev Ciencias Medicas de Pinar del Río [Internet]. 2013 [citado 17 abr 2019], 17(4):11.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400014

14. Rutz A., Cerecedo A., Síndrome del respirador bucal. Aproximación teórica y observación experimenta. C.A.L [Internet]. 2002 [citado 17 abr 2019], 3(1):16. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/sindrome_de_respirador_bucal.pdf

15. Dorado M., Fregoso C., Sanchez R., Zamudio M., Rehabilitación oral de un paciente pediátrico con síndrome de Smith-Lemli-Opitz bajo anestesia general ambulatoria. Rev. Científica Javerina. [Internet]. 2011 [citado 17 abr 2019], 30(64):5.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2312/231218581010.pdf>

16. Ocampo A., Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Rev. Nac. Odontol. [Internet]. 2013 [citado 17 abr 2019], 9(1):83. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/download/434/435>

17. Méndez I., Nariz y senos paranasales. En: Vasallo V., Cenjor C., Anatomía y embriología de la nariz y senos paranasales. Madrid: Fundación Jiménez Díaz: 2015.p.4.

18. Medina C., Laboren S., Vilorio C., Quiros O., Jurisic A., Alcedo C., Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Malocclusiones en niños con dentición primaria. Rev. Lat. Ort. y Odont. [Internet]. 2010 [citado 17 abr 2019], 1(1):5. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>

19. Valcheva Z., Arnautska H., Dimova M., Ivanova G., Atanasova I., The role of mouth breathing on dentition development and formation. Rev. Journal of IMAB. [Internet]. 2014 [citado 17 abr 2019], 24(1):2. Disponible en: <https://www.journal-imab-bg.org/issues-2018/issue1/JofIMAB-2018-24-1p1878-1882.pdf>

20. Fieramosca F., Lezama E., Manrique R., Quiros O., Farias M., Rondon S., La función respiratoria y su repercusión a nivel del Sistema Estomatognático. Rev. Lat. Ort. y Odont. [Internet]. 2007 [citado 17 abr 2019], 1(1):1. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/art-5/>

Fecha de recepción 23 - 08 - 2019

Fecha de aceptación 13 - 09 - 2019

RELACIÓN ENTRE LA UBICACIÓN DE LESIONES CARIOSAS Y LA DESCODIFICACIÓN DENTAL DE CHRISTIAN BEYER EN PACIENTES ADULTOS DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI

Benito S. Mormontoy S.*

Autor: Sandra Milagros Benito Chacnama
E-MAIL: 014200210d@uandina.edu.pe
CELULAR: 986172322
Cirujana Dentista

Autor: Sheyda Lissett Mormontoy Tinco
E-MAIL: sheyliss23@gmail.com
Celular: 974507973
Cirujana Dentista

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la ubicación de lesiones cariosas por cuadrante y la descodificación dental de Christian Beyer en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni. **Material y métodos,** tipo de estudio descriptivo – Relacional, cuantitativo no experimental. Donde la muestra estuvo conformada por 142 pacientes adultos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión posteriormente expuestos, de los cuales 60 pertenecen al sexo masculino y 82 pertenecen al sexo femenino. Las dos técnicas que se utilizó para la recolección de datos fue; observacional, en el que se utilizó como instrumento la Ficha Clínica Odontológica. La segunda técnica utilizada fue una encuesta y el respectivo instrumento, el cuestionario psicoemocional de Beyer. Luego teniendo los resultados en la matriz de datos se procedió a medir la fiabilidad con un análisis de Cron Bach el cual consistió en analizar: escala; análisis de fiabilidad seleccionando las variables que serán objeto de análisis, para luego así obtener una hoja de resultados con la respectiva tabla, se analizó los resultados arrojados en la matriz de datos se procedió al análisis estadístico en el programa SPSS versión 20 de los resultados. **Resultado:** El nivel de relación entre la descodificación dental y lesiones cariosas resultó ser significativa según la medida lineal aplicada; correlación de Pearson, realizado a cada cuadrante, de los 142 pacientes que tuvieron participación en el estudio, el 43.0% posee relación de nivel significativo entre la descodificación dental y la aparición de sus lesiones cariosas.

Palabra claves: Descodificación dental, Christian Beyer, Lesiones cariosas.

ABSTRACT

Objective: Determine the relationship between the location of carious lesions per quadrant and Christian Beyer's dental decoding in adult patients treated at the Luis Vallejos Santoni Stomatological Clinic. **Material and methods,** was a descriptive study - Relational non-experimental quantitative approach. Where the sample was made up of 142 adult patients who met the inclusion and exclusion criteria set forth below, of which 60 belong to the male sex and 82 belong to the female sex. The two techniques that were used for data collection were; observational, in which the Dental Clinical Card was used as an instrument. The second technique used was a survey and the respective instrument, Beyer's psycho-emotional questionnaire. Then, having the results in the data matrix, the reliability was measured with a Cron Bach analysis which consisted of analyzing: scale; reliability analysis selecting the variables that will be analyzed, and then obtain a result sheet with the respective table, the results thrown in the data matrix were analyzed, statistical analysis was carried out in the SPSS version 20 program of the results. Then the results were analyzed and interpreted. **Result:** The level of relationship between dental decoding and carious lesions was significant according to the linear measurement applied; Pearson's correlation, made to each quadrant. Of the 142 patients who participated in the study, 43.0% had a significant level relationship between dental decoding and the appearance of their carious lesions.

Keywords: Dental decoding, Christian Beyer, Carious lesions

INTRODUCCIÓN

Según la Real Academia española “Descodificar” es aplicar inversamente las reglas de su código a un mensaje codificado para obtener la forma primitiva de este. (1)

Cristhian Beyer es autor de la teoría denominada “Descodificación dental”, el cual consta en sacar una información biológica transportada a los dientes, según esta teoría los dientes que se encuentran en la cavidad bucal guardan recuerdos y expresiones emocionales. (2)

Cada enfermedad tiene un por qué ya sea mental o

físico. (3)

El objetivo de esta investigación es determinar la relación entre la ubicación de lesiones cariosas por cuadrante y la descodificación dental de Christian Beyer en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni. De igual manera controlar la caries utilizando diversas herramientas, de la mano de diversas especialidades; es así que a través de investigaciones se intenta incluir el área de la psicología en la odontología, tras una nueva teoría denominada “Descodificación dental” en la cual se da un argumento poco investigado pero que

menciona una relación entre el aspecto psicoemocional y la aparición de patologías bucales.

Caries Dental

Según la Organización Mundial de la Salud, la caries dental llega a ser un proceso dinámico lo cual resulta a causa de un desequilibrio entre la superficie del diente y el fluido de la biopelícula por lo cual puede resultar una pérdida de mineral de la superficie dental. (4)

Para la psiconeurodentología, un área y especialidad que tiene pocos años de estar realizando investigaciones, pero sin embargo a podido mencionar que el deterioro de los dientes, son el reflejo de los enfrentamientos emocionales que inconscientemente no han sido resueltos por el individuo (5)

Relación entre las Emociones y Salud

Una emoción llega a ser aquel proceso que tiene activación en el organismo cuando detecta algún peligro, amenaza o desequilibrio para así poder tener una reacción con mayor rapidez frente a los acontecimientos (6)

Según la OMS: “La salud es estado completo de bienestar físico, mental y social, no solamente ausencia de dolencias o enfermedades” (7)

Ante grandes problemas o estresores cotidianos podemos llegar a sentir agobio, ansiedad y tristeza. Por lo cual el cuerpo reacciona y se produce una “respuesta de estrés” que a la larga puede causar alteraciones en nuestro cuerpo y malos hábitos, que llegan a perjudicar en nuestra salud. (8)

Existe diferentes maneras y en las diversas etapas de la enfermedad existe evidencias epidemiológicas, clínicas y experimentales que apuntan a que:

- 1.- Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud.
- 2.- Los estados emocionales crónicos afectan a los hábitos de Salud
- 3.- Los episodios emocionales agudos pueden agravar ciertas enfermedades
- 4.- Las emociones pueden distorsionar la conducta de los enfermos. (9)

Relación entre Piezas Dentarias y Emociones

Las piezas dentarias representan nuestro mundo interno, a través de ello se observa: nuestras experiencias, como asimilamos las emociones, que lugar ocupamos en el mundo, la expresión que tenemos o el modo que tenemos de resolver conflictos (10)

En una reunión de la sociedad española de periodoncia y osteointegración desemboca que se halló demostración que en determinados pacientes “el impacto del desequilibrio emocional puede tener una condición al tratamiento por eso según el psiquiatra Mikel Zubiri: “Existe aquella relación directa entre un desequilibrio emocional y salud bucal” (11)

Descodificación

Según la Real Academia española “Descodificar” es aplicar inversamente las reglas de su código a un mensaje codificado para obtener la forma primitiva de este. (12)

Descodificación Dental de Cristhian Beyer

La Descodificación Dental se determina como leer la información transportada por los dientes lo cual nos habla de conflictos, preocupaciones y distorsiones diversas que vive el individuo afectado por cualquier patología dental o bucal. (2)

Los problemas emocionales repercuten en los dientes ya que la pieza dentaria es una estructura conexas al cerebro esto debido a que ambos tienen un mismo origen embriológico a través del tubo neural. El sistema nervioso simpático y parasimpático tiene vínculos con los dientes a través del nervio trigémino y se sabe que el sistema nervioso lleva impulsos nerviosos (impulsos eléctricos), los dientes producen electricidad a través de la hidroxiapatita entonces decimos que cada cristal de apatita tiene una polaridad distinta unida por una sustancia interprismática. (13)

Cuando existe un conflicto el diente a través del nervio manda una información que cambia la polaridad de toda una fila y al unir polaridades iguales se repelen y queda expuesta la sustancia interprismática y es ahí que las bacterias actúan. (13)

Problemas Emocionales según la presencia de caries en los cuadrantes de la Cavidad Bucal

La ausencia o presencia de lesiones cariosas no da una explicación de la cantidad de sufrimientos que se ha vivido. Las caries solo relatan lo vivido del sufrimiento en el inconsciente. (14)

Una caries tiene como descripción precisa de un malestar concreto. (15)

Beyer divide la cavidad bucal en cuatro cuadrantes con su respectivo indicador emocional, es decir; de acuerdo a la ubicación de la lesión cariosa por cuadrante podremos identificar determinados problemas psicoemocionales (16): cuadrante I (clan y figura del padre), cuadrante II (familia y figura de la madre), cuadrante III (hogar), cuadrante IV (trabajo) para su respectivo estudio. (2)

MATERIAL Y MÉTODOS

Nivel de investigación: descriptivo-relacional

Tipo de investigación: cuantitativa

Diseño de la investigación: no experimental

Técnica: observacional

Instrumentos: ficha odontológica- cuestionario psicológico La población lo constituye 225 pacientes adultos atendidos en el semestre 2019 – I en la clínica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco

Se tomó en cuenta una muestra de 142 pacientes teniendo en cuenta los criterios de exclusión

RESULTADOS

CUADRONº1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL SEXO DE LOS PACIENTES CON PRESENCIA DE LESIONES

Sexo	Cantidad	%
Femenino	82	57.7%
Masculino	60	42.3%
Total	142	100.0%

Interpretación: En el cuadro se observa la distribución numérica y porcentual del sexo donde el 100% de la población es observada, el mayor porcentaje fue para el sexo femenino con el 57.7% en relación con el sexo masculino que fue del 42.3%.

CUADRONº2

DISTRIBUCIÓN NUMERICA Y PORCENTUAL DE LA RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE CARIES EN EL CUADRANTE I CON RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE BEYER

CLAN Y FIGURA DEL PADRE								
Número de pacientes	Número de caries	Cuestionario Psicoemocional de Beyer						
		Bueno		Regular		Malo		
10	7.0%	0 lc	0	0.0%	1	1.7%	9	14.5%
18	12.7%	1 lc	1	4.8%	3	5.1%	14	22.6%
43	30.3%	2 lc	1	4.8%	18	30.5%	24	38.7%
36	25.4%	3 lc	6	28.6%	21	35.6%	9	14.5%
17	12.0%	4 lc	2	9.5%	12	20.3%	3	4.8%
13	9.2%	5 lc	7	33.3%	4	6.8%	2	3.2%
4	2.8%	6 lc	3	14.3%	0	0.0%	1	1.6%
1	0.7%	7 lc	1	4.8%	0	0.0%	0	0.0%
132	93%		21	15%	59	42%	62	44%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: El coeficiente de correlación de Pearson al 95% de confianza se acepta la hipótesis específica (p-valor=0,40<1), es decir existe una relación significativa entre la presencia de caries en el cuadrante I con los resultados del cuestionario de Beyer.

CUADRONº3

DISTRIBUCIÓN NUMERICA Y PORCENTUAL DE LA RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE CARIES EN EL CUADRANTE II CON RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE BEYER

FAMILIA Y FIGURA DE LA MADRE								
Número de pacientes	Número de caries	Cuestionario Psicoemocional de Beyer						
		Bueno		Regular		Malo		
12	8.5%	0 lc	0	0.0%	5	7.2%	7	10.3%
18	12.7%	1 lc	0	0.0%	9	13.0%	9	13.2%
32	22.5%	2 lc	1	20.0%	12	17.4%	19	27.9%
40	28.2%	3 lc	3	60.0%	22	31.9%	15	22.1%
20	14.1%	4 lc	1	20.0%	11	15.9%	8	11.8%
16	11.3%	5 lc	0	0.0%	8	11.6%	8	11.8%
3	2.1%	6 lc	0	0.0%	1	1.4%	2	2.9%
1	0.7%	7 lc	0	0.0%	1	1.4%	0	0.0%
130	92%		5	4%	69	49%	68	47%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: El coeficiente de correlación de Pearson al 95% de confianza se acepta la hipótesis específica (p-valor=0,40<1), es decir existe una relación significativa entre la presencia de caries en el cuadrante II con los resultados del cuestionario de Beyer.

CUADRONº 4

DISTRIBUCIÓN NUMERICA Y PORCENTUAL DE LA RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE CARIES EN EL CUADRANTE III CON RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE BEYER

HOGAR								
Número de pacientes	Número de caries	Cuestionario Psicoemocional de Beyer						
		Bueno		Regular		Malo		
14	9.9%	0 lc	0	0.0%	0	0.0%	14	27.5%
19	13.4%	1 lc	0	0.0%	0	0.0%	19	37.3%
34	23.9%	2 lc	1	14.3%	19	22.6%	14	27.5%
37	26.1%	3 lc	0	0.0%	35	41.7%	2	3.9%
24	16.9%	4 lc	1	14.3%	21	25.0%	2	3.9%
11	7.7%	5 lc	4	57.1%	7	8.3%	0	0.0%
3	2.1%	6 lc	1	14.3%	2	2.4%	0	0.0%
128	90%		7	5%	84	59%	51	36%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: El coeficiente de correlación de Pearson al 95% de confianza se acepta la hipótesis específica (p-valor=0,47<1), es decir existe una relación significativa entre la presencia de caries en el cuadrante III con los resultados del cuestionario de Beyer.

CUADRONº 5

DISTRIBUCIÓN NUMERICA Y PORCENTUAL DE LA RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE CARIES EN EL CUADRANTE IV CON RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE BEYER

HOGAR								
Número de pacientes	Número de caries	Cuestionario Psicoemocional de Beyer						
		Bueno		Regular		Malo		
14	9.9%	0 lc	0	0.0%	0	0.0%	14	27.5%
19	13.4%	1 lc	0	0.0%	0	0.0%	19	37.3%
34	23.9%	2 lc	1	14.3%	19	22.6%	14	27.5%
37	26.1%	3 lc	0	0.0%	35	41.7%	2	3.9%
24	16.9%	4 lc	1	14.3%	21	25.0%	2	3.9%
11	7.7%	5 lc	4	57.1%	7	8.3%	0	0.0%
3	2.1%	6 lc	1	14.3%	2	2.4%	0	0.0%
128	90%		7	5%	84	59%	51	36%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: El coeficiente de correlación de Pearson al 95% de confianza se acepta la hipótesis específica (p-valor=0,46<1), es decir existe una relación significativa entre la presencia de caries en el cuadrante IV con los resultados del cuestionario de Beyer.

DISCUSION

Por medio de la presente investigación, se encontró que existe una relación significativa entre la dimensión de Clan y figura del padre de la variable y el cuadrante 1, la dimensión figura de la madre y el cuadrante 2, la dimensión hogar y el cuadrante 3, la dimensión trabajo y el cuadrante 4; por lo tanto interpretamos que existe una relación significativa entre la aparición de lesiones cariosas y la descodificación dental, es decir los problemas psicoemocionales son un factor etiológico indirecto en la aparición de lesiones cariosas en las diferentes piezas dentarias de la cavidad bucal.

En el estudio realizado por Fan Wang (2017), profesor de neurobiología y biología celular en Duke realizo un estudio en el cual determino que las neuronas sensoriales que prestan servicio a la cabeza, cara, esto incluye las piezas dentarias de la cavidad bucal están conectadas directamente a uno de los principales centros de señalización emocional del cerebro, si bien es cierto que las neuronas sensoriales en otras partes del cuerpo también están conectadas a este centro, la diferencia radica que estas solo están comunicadas de manera indirecta, es así que Fan Wang afirma que los profesionales de la salud necesitan tratar los aspectos emocionales del dolor.

CONCLUSIÓN

Existe relación moderada entre la ubicación de lesiones cariosas por cuadrantes y la descodificación dental de Cristhian Beyer. Siendo en el cuadrante III y la descodificación dental en relación al trabajo resulto ser la más significativa. Mientras que en el cuadrante I y la descodificación dental en relación al Clan y figura del Padre resulto ser la menos significativa.

La descodificación dental es una nueva teoría planteada por Cristian Beyer el cual puede permitir tener un modelo de atención integral entre la Odontología y la Psicología. Por lo tanto en la aparición de lesiones cariosas se podría considerar los problemas psicoemocionales como un factor etiológico indirecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Real Academia española. Asociacion de academias de la lengua española. [Online]. [cited 2019 Febrero 27]. Available from: <https://dle.rae.es/?id=CfVtfU9>.
2. Dantología P. ¿Qué es la Descodificación Dental? [Online].; 2018. Available from: <https://psiconeurodentologia.com/que-es/>.
3. Corbera E. Tratado de biodescodificación. [Online].; 2011 [cited 2019 Febrero 27. Available from: [https://www.ohlibro.com/tratado-de-](https://www.ohlibro.com/tratado-de-biodescodificacion/b-152318)

[biodescodificacion/b-152318](https://www.ohlibro.com/tratado-de-biodescodificacion/b-152318).

4. Alegria A. Prevalencia de caries dental en niños de 6 a 12 años de edad atendidos en la clinica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas utilizando los criterios ICDAS II. Tesis. Lima: Universidad Alas Peruanas, Facultad de Ciencias de la Salud; 2010.
 5. Alcolea R. Tus dientes revelan las emociones que te afectan. [Online].; 2018 [cited 2019 Marzo 11. Available from: <https://www.mujerhoy.com/vivir/salud/201711/30/dientes-personalidad-problemas-caries-20171130114119.html>.
 6. Asociacion Española contra el Cancer. LAS EMOCIONES Madrid; 2015.
 7. Manual de Capacitación NPHW. MÓDULO 1: Salud y Enfermedad Lima; 2015.
 8. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Emociones y Salud Porque todo cuenta. 2014..
 9. Fernández M. Intervención psicologica en algunas patologías relacionadas con la alimentación. 2012.
 10. Iglesias C. Afectos, sentimientos y emociones. 2017-2018..
 11. Emociones y salud bucodental, amigos íntimos. [Online].; 2008. Available from: <https://www.consejosdetufarmaceutico.com/emociones-y-salud-bucodental-amigos-intimos/>.
 12. Real Academia española. Asociacion de academias de la lengua española. [Online]. [cited 2019 Febrero 27]. Available from: <https://dle.rae.es/?id=CfVtfU9>.
 13. Delgado A. ¿Qué dicen tus dientes de tu salud? [Online].; 2011. Available from: https://www.cuerpomente.com/salud-natural/terapias-naturales/decodificacion-dental_1188.
 14. Continente G. Tus dientes hablan de ti (y de tu estado de ánimo). [Online].; 2018 [cited 2019 Marzo 4. Available from: <https://www.harpersbazaar.com/es/belleza/dieta-ejercicios-adelgazar-belleza/a15064566/tus-dientes-hablan-de-ti-y-de-tu-estado-de-animo/>.
 15. Sabiduria sobre dientes y su relación con nuestro espíritu. 2016 Febreo 11..
- Beyer C. La nueva interpretacion de la caries Barcelona: El Grano de Mostaza; 2016.

Fecha de recepción 23 - 08 - 2019

Fecha de aceptación 13 - 09 - 2019

EFFECTO ANTIBACTERIANO in vitro DEL ACEITE ESENCIAL DE Schinus Molle "Molle" A DIFERENTES CONCENTRACIONES SOBRE Aggregatibacter Actinomycetemcomitans CUSCO – 2019.

Ibarra L.*

Autor: lizel Ibarra Grandez
E-mail: lichibagra5@gmail.com
Celular: 941413980
Cirujana Dentista

RESUMEN

Objetivo: evaluar el efecto antibacteriano in vitro del aceite esencial de Schinus Molle "Molle" a diferentes concentraciones sobre el Aggregatibacter Actinomycetemcomitans realizado en el laboratorio de la Universidad Andina del Cusco. Material y metodo: El tipo de estudio es experimental puro, in vitro, de ámbito laboratorial. El estudio estuvo compuesto por 80 placas Petri contenidas con la cepa pura de Aggregatibacter actinomycetemcomitans, la cual fue reactivada en agar Mueller Hinton enriquecido y caldo BHI, para posteriormente ser colocados los discos de papel embebidos por aceite esencial con las diferentes concentraciones y ser incubadas a temperatura de 35°C durante 48 horas en condiciones de anaerobiosis. Los ensayos se realizaron por duplicado, realizando cinco repeticiones para determinar su sensibilidad con el método de kirby-Bauer donde se midieron halos de inhibición formados alrededor de discos, determinando su sensibilidad de acuerdo a la escala de Duraffourd. Resultados: mostraron que a concentraciones de 25%, 50% y 75% no mostraron efecto antibacteriano en 48 y 72 horas. Al 100% presento halo de inhibición de 12 mm a las 48 horas. a las 72 horas formo un halo de inhibición de 13 mm siendo sensible según escala. Se concluyó que hubo diferencia estadísticamente significativa frente al gluconato de clorhexidina al 0.12%.

Palabras Clave: Efecto antimicrobiano, Halos de inhibición, Actinomycetemcomitans, Aceite esencial de Schinus Molle.

ABSTRACT

Objective: is to evaluate the in vitro antibacterial effect of Schinus Molle "Molle" essential oil at different concentrations on the Aggregatibacter Actinomycetemcomitans performed in the laboratory of the Andean University of Cusco. Material And Methods: The type of study is pure experimental, in vitro, laboratory. The study was composed of 80 Petri dishes contained with the pure strain of Aggregatibacter actinomycetemcomitans, which was reactivated in Mueller Hinton enriched agar and BHI broth, to subsequently be placed paper disks embedded by essential oil with the different concentrations and incubated at temperature of 35 ° C for 48 hours under anaerobic conditions. The tests were performed in duplicate, performing five repetitions to determine their sensitivity with the kirby-Bauer method where inhibition halos formed around discs were measured, determining their sensitivity according to the Duraffourd scale. Results: showed that at concentrations of 25%, 50% and 75% they showed no antibacterial effect in 48 and 72 hours. At 100% I present 12 mm halo of inhibition at 48 hours. at 72 hours I form a 13 mm inhibition halo being sensitive according to scale. It was concluded that there was a statistically significant difference against 0.12% chlorhexidine gluconate.

Key words: Antimicrobial effect, Halos of inhibition, Actinomycetemcomitans, Schinus Molle essential oil

INTRODUCCION

La presente investigación tiene por objetivo evaluar el efecto antibacteriano in vitro del aceite esencial de Schinus molle "molle" a diferentes concentraciones sobre Aggregatibacter Actinomycetemcomitans para obtener una alternativa con respecto al tratamiento terapéutico de las enfermedades periodontales.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar que la cavidad oral se caracteriza por promover un ambiente favorable para la colonización y el crecimiento de una gran variedad de microorganismos, debido a condiciones como la humedad, temperatura, existencia de superficies duras y la gran cantidad de

nutrientes.

En enfermedades periodontales, tales como la gingivitis o periodontitis encontramos una biopelícula tolerada por el hospedador debido a un proceso de disbiosis, las biopelículas aumentan en volumen y complejidad con una mayor proporción de bacterias Gram-negativas y reconocidos patógenos en las enfermedades periodontales, tales como gingivitis o periodontitis, las biopelículas aumentan en volumen y complejidad, con una mayor proporción de bacterias Gram-negativas y reconocidos patógenos como Porphyromonas gingivalis, Prevotella intermedia, Tannerella forsythia o Treponema denticola y mayores

niveles de *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*; esta última más comúnmente en pacientes con periodontitis agresiva.

En los últimos años se han estudiado el efecto en la salud de los posibles compuestos bioactivos presentes en las plantas sobre sus propiedades funcionales, medicinales y/o toxicológicas.

Los resultados de este trabajo son de utilidad para el personal que ejerce la odontología, pues contará con evidencia sobre la utilidad de los diferentes antisépticos bucales en el manejo del biofilm por *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, de acuerdo al halo de inhibición, además, también cuenta con una revisión actualizada de los conceptos y teorías sobre el tema, que servirá para actualizar los conocimientos.

MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de estudio es experimental puro, in vitro, de ámbito laboratorial. De corte longitudinal, enfoque cuantitativo y la técnica fue observacional. Para la presente investigación estuvo conformado por 80 placas Petri contenidas con la cepa pura de *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, la cual fue reactivada en agar Mueller Hinton enriquecido y caldo BHI (figura 01). para posteriormente ser colocados los discos de papel embebidos por aceite esencial con las diferentes concentraciones, en las cuales estaban distribuidas con el aceite (100,75,50 y 25), clorhexidina al 0,12% (control positivo) y agua destilada y ser incubadas a temperatura de 35°C durante 48 horas en condiciones de anaerobiosis. Los ensayos se realizaron por duplicado, realizando cinco repeticiones para determinar su sensibilidad con el método de kirby-Bauer donde se midieron halos de inhibición formados alrededor de discos, determinando su sensibilidad de acuerdo a la escala de Duraffourd. Se tuvo como criterios de selección a las placas inoculadas con cepas de Aa que no presenten contaminación ni alteraciones en el proceso.



Figura 01. Reactivación y crecimiento de la cepa de *Aggregatibacter Actinomycetemcomitans* en agar Mueller Hinton enriquecido y caldo BHI.

La aplicación de la parte experimental en el laboratorio

se sembró e inoculó la cepa *Aggregatibacter Actinomycetemcomitans* en placa de agar sangre, fue obtenida de Genlab Perú SAC.



Figura 02. Siembra e inoculación de la cepa Aa



Figura 03. Colocación de discos de papel embebidos con las diferentes concentraciones.



Figura 04. Colocación de las placas en la incubadora a 35°C en la jarra de anaerobiosis con el sistema anaerocult.

ESCALA DE DURAFFOURD	
CATEGORIA	PUNTAJE
Nula (-)	< 8 mm
Sensible (+)	Entre 9 y 14 mm
Muy Sensible (++)	Entre 15 y 20 mm
Sumamente Sensible (+++)	>20 mm

Figura 05. El procedimiento se realizó a las 48 horas y se repitió a las 72 horas, y se evaluó según la escala de Duraffourd.

RESULTADOS

Tabla 01

COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE DURAFFOURD DEL EFECTO ANTIBACTERIANO DEL ACEITE ESENCIAL DE SCHINUS MOLLE "MOLLE" A CONCENTRACIÓN 100% CON EL GRUPO CONTROL POSITIVO (+) A LAS 72 HORAS.

ESCALA DE DURAFFOURD 72 HORAS	CONCENTRACIÓN				Total	
	CONTROL POSITIVO		100%		F	%
	F	%	F	%		
Sensible (9-14 mm)	0	0.0%	16	66.7%	16	66.7%
Altamente sensible (> de 20 mm)	8	33.3%	0	0.0%	8	33.3%
Total	8	33.3%	16	66.7%	24	100.0%

X2:24.00, GL: 1 p=0.000 FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación: El cuadro muestra la comparación de la escala de Duraffourd del efecto antibacteriano del aceite esencial de Schinus molle "molle" a concentración 100% con el grupo control positivo (+) a las 72 horas, donde respecto al control positivo todas las placas analizadas fueron altamente sensibles según la escala de Duraffourd (33.3%) mientras que a una concentración del 100% el total de las placas analizadas fue sensible según la escala de Duraffourd (66.7%).

Como se observa el control positivo tuvo un efecto antibacteriano altamente sensible mientras que a una concentración del 100% del Schinus molle "molle" fue sensible según la prueba estadística chi cuadrado esta diferencia de efectos fue significativa $p=0.00$ ($p<0.05$), quiere decir el efecto del control positivo fue mejor que la concentración al 100%.

TABLA N°02: COMPARACIÓN DEL EFECTO ANTIBACTERIANO DEL ACEITE ESENCIAL DE SCHINUS MOLLE "MOLLE" A CONCENTRACIÓN DE 25%,50%,75% Y 100% CON EL GRUPO CONTROL POSITIVO (+) Y CON EL GRUPO CONTROL NEGATIVO (-)

ENTRE LAS 48 Y 72 HORAS.

	HALOS DE INHIBICIÓN A LAS 48 HORAS	HALOS DE INHIBICIÓN A LAS 72 HORAS	PRUEBA ESTADÍSTICA
	Media	Media	-
CONTROL NEGATIVO	0.0	0.0	-
CONTROL POSITIVO	22.0	22.0	-
25%	0.0	0.0	-
50%	0.0	0.0	-
75%	0.0	0.0	-
100%	12.0	13.0	Wilcoxon: p=0.00

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación: El cuadro muestra la comparación del Efecto Antibacteriano del Aceite Esencial de Schinus Molle "Molle" a concentración de 25%,50%,75% y 100%. La concentración de 100% tuvo una diferencia de medias fue significativa $p=0.000$ ($p<0.05$), quiere decir que el efecto antibacteriano al 100% es menor al control positivo, según prueba estadística de Wilcoxon.

DISCUSIÓN

-Esta investigación tuvo como propósito identificar y describir el efecto antibacteriano del aceite esencial de Schinus molle "molle" a diferentes concentraciones sobre *Aggregatibacter Actinomycetemcomitans* lo que ha demostrado los resultados obtenidos con parte de los principios activos del molle.

-El efecto antibacteriano del aceite esencial de Schinus molle "molle" fue efectivo como sensible a concentración del 100% sobre *Aggregatibacter Actinomycetemcomitans* a diferencia del estudio Mosquera quien evaluó el "Efecto Inhibitorio del Extracto Etanólico del Schinus Molle a diferentes concentraciones frente a *Streptococcus Mutans* y *Porphyromonas Gingivalis*" demostró que a la concentración del 100% del extracto, produjo mayor inhibición en la cepa de *Streptococcus Mutans*, mientras que en la cepa de *Porphyromonas Gingivalis* fue al 75%.

-En esta investigación de Garay y Mamani quien realizó el estudio "Efecto antibacteriano in vitro de los aceites esenciales de Schinus molle "Molle", *Piper Elongatum* "Matico", *Luma chequen* (Molina) A. Gray "Arrayan" y *Mintostachys cetosa* (Briq.) Eplig "Muña" sobre cepas de *Streptococcus Mutans* (ATCC 35668)", La medición de halos de inhibición se realizó a las 48 horas. Los diámetros de halos inhibición para el aceite de Schinus molle fue en una concentración al 100% de 16.3 mm y al 75% de 14.7 mm. de Schinus molle. *Piper Elongatum* y *Mintostachys setosa* presentan efecto antibacteriano sobre cepas de *Streptococcus mutans*, mientras que el aceite esencial de *Luma cheque* no presenta efecto antibacteriano.

-En el presente estudio "El efecto antibacteriano in vitro del aceite esencial de Schinus molle "molle" a diferentes concentraciones sobre *Aggregatibacter*

Actinomyces comitans mostraron que las concentraciones de 25%, 50% y 75% no mostraron efecto antibacteriano ni a las 48 y 72 horas, a la concentración del 100% sobre *Aggregatibacter Actinomyces comitans* produjo mayor inhibición, Se concluye tiene efecto antibacteriano por el aceite esencial de *Schinus molle* L. (Molle) frente a cepas de *Aggregatibacter Actinomyces comitans*, No hubo diferencia significativa entre el efecto mostrado por el extracto frente al gluconato de clorhexidina al 0.12%, muy similares al estudio de Mosquera donde se halló efecto al 100% sobre el estreptococo, al igual que los estudio de Clemente y Garay donde la clorhexidina produjo mayor inhibición que las concentraciones dando así diferencias significativas.

CONCLUSIONES

El aceite esencial de *Schinus molle* (molle) a concentración del 25%, 50%, 75% no presento efecto antibacteriano sobre *Aggregatibacter Actinomyces comitans* a las 48 y 72 horas. A concentración del 100% sobre *Aggregatibacter Actinomyces comitans* presento efecto según escala de Duraffourd es sensible tanto a las 48 y 72 horas con un halo de formación de 13 +/- 1 mm y 14 +/- 1 mm. Se comparó todas las concentraciones del aceite esencial de *Schinus Molle* "Molle". Es nulo al 25%, 50%, 75%, a las 48 horas el aceite esencial de *Schinus Molle* "Molle" al 100% tuvo un halo de 13 mm en comparación al gluconato de clorhexidina 0.12% de 22mm, a las 72 horas el aceite esencial de *Schinus Molle* "Molle" al 100% tuvo un halo de 14 mm en comparación al gluconato de clorhexidina 0.12% de 22mm.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bueno de Vicente J. Actividad antimicrobiana de extractos enológicos y vino sobre los patógenos *Porphyromonas gingivalis*, *Aggregatibacter actinomyces comitans* y *Fusobacterium nucleatum* incluidos en un modelo de biopelícula oral in vitro; 2017.
2. Medina Vega M, Andrade Escobar D. Inhibición del crecimiento de *Aggregatibacter actinomyces comitans*, con 4 antisépticos orales: Clorhexidina 0.12%, aceites esenciales, perborato de sodio 78,7 g, Cloruro de cetilpiridinio Quito; 2017.
3. EMS, GSK, Procter & Gamble. Salud y enfermedades, Guía práctica para reducir la carga mundial de morbilidad para enfermedades periodontales. [Online].; 2018. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/resources/gphp-2018-toolkit-es.pdf>.
4. Guzmán Jara W. Susceptibilidad antibiótica de la *aggregatibacter actinomyces comitans* a la clindamicina Guayaquil; 2016.
5. OMS. manual de bioseguridad en el laboratorio. 3rd ed. Ginebra; 2005.
6. Melo Pazmiño P. Efectividad de inhibición de la fusión entre el xilitol y el aceite esencial del *schinus molle* al 50% sobre el *streptococo mutans* Ecuador; 2017.
7. Rivadeneira Cajas D, Álvarez Velasco P. Aceite esencial de *schinus molle* l. (molle) como potencial antimicrobiano sobre *streptococcus mutans*. estudio in vitro. kiru. 2015 Dec.
8. Cedamano Gutiérrez I. Efecto inhibitorio in vitro del aceite esencial de *Shinus molle* L. "molle" sobre el *Streptococcus mutans* ATCC 25175. Pueblo cont. 2014 julio - diciembre; II(25).
9. Saravia Leon NGVG. Actividad antifúngica del extracto de etanol *schinus molle* y el; 2012.
10. Carrión Reyes F. Efecto inhibidor del aceite esencial de *Schinus molle*(molle) comparado con el gluconato de clorhexidina al 0,12% y enjuague bucal Colgate plax® sobre la cepa de *Strptococcus mutans*. Estudio in vitro.; 2015.
11. Gómez Vera E. Efecto Antibacteriano In Vitro Del Extracto Alcohólico De *Schinus Molle* (Molle) Sobre *Streptococcus Mutans* Atcc 25175; 2017.
12. Clemente Sotteccani C. Actividad antimicrobiana del extracto etanólico de las hojas de *schinus molle* l. "mollev; 2017.
13. Clemente Sotteccani C. Actividad antimicrobiana del extracto etanólico de las hojas de *schinus molle* l. "mollev; 2017.
14. Garay Warthon C, Mamani Ccasa V. Efecto antibacteriano in vitro de los aceites esenciales de *Schinus molle* "Molle", *Piper elongatum* "Matico", *Luma chequen* (Molina) A. Gray "Arrayan" y *Minthostachys setosa* (Briq.) Eplig "Muña" sobre cepas de *Streptococcus mutans* (ATCC 35668) Cusco - 2015. cusco; 2015.
15. CDA. Guía sobre la enfermedad. [Online]. [cited 2019 marzo 12. Available from: https://www.cda.org/Portals/0/Pdfs/Fact_Sheets/Gum_Disease_Spanish.Pdf
16. Escudero Castaño N, Perea García M, García García V, Bascones Martínez A. Una terapia innovadora en el tratamiento de la enfermedad periodontal. La terapia fotoactiva. Cient. dent. 2009 Abril; IV(1).
17. Newman M, Takei H, Klokkevold P, Carranza F. Periodontología Clínica de Carranza. novena ed.: McGraw-Hill Interamericana; 2014.
18. Peña Sisto M, Calzado da Silva M, González Peña M, Cordero García S, Azahares Argüello H. Patógenos periodontales y sus relaciones con enfermedades sistémicas Cuba: Medisan; 2012.
19. Cuenca Castillo M. Relación de la enfermedad periodontal con la disfunción de la ATM Guayaquil; 2013.

20. Botero J, Bedoya E. Determinantes del diagnóstico periodontal. Scielo, Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral. 2010 julio; III(2).
21. Escudero Castaño N PGMBMA. Revisión de la periodontitis crónica: Evolución. Scielo, Revisión de la periodontitis crónica: Evolución. 2008; 20(1).
22. viera D. Propdental. [Online]. [cited 2019 enero 23]. Available from : <https://www.propdental.es/periodontitis/clasificacion-de-la-periodontitis/>.
23. Bascones Martínez A , Figuro Ruiz E. Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. Scielo, Avances en Periodoncia e Implantología Oral. 2005 marzo; 17(3).
24. Romero Castro N, Paredes Solís S, Legorreta Soberanis J, Reyes Fernández S, Flores Moreno M. Prevalencia de gingivitis y factores asociados en estudiantes de la Universidad Autónoma de Guerrero. Revista Cubana de Estomatología. 2016 junio; 53(2).
25. Matesanz Pérez P, Matos Cruz R, Bascones Martínez A. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. Avances en periodoncia. 2008 Abril; 20(1).
26. Negroni M. Docplayer. [Online].; 2004 [cited 2019 febrero 23]. Available from : <https://docplayer.es/17066664-Parte-i-generalidades-de-microbiologia.html>.
27. Calameo. Microbiologia. [Online]. [cited 2019 marzo 12]. Available from : <https://es.calameo.com/read/0055837737efd11658f46>.
28. Sevillano E, Eraso E. Introduccion a la microbiologia. [Online].; 2013 [cited 2019 enero 13]. Available from : https://ocw.ehu.eus/pluginfile.php/7493/mod_resource/content/1/Material_de_estudio/Tema_1_Introduccion_a_la_microbiologia_oral.pdf.
29. Cruz Quintana SSPASDMBG. Microbiota de los ecosistemas de la cavidad bucal. Scielo, Revista Cubana de Estomatología. 2017 enero; 57(1).
30. Ferrer García A, López López A, Camelo Castillo A, Simón Soro A. La microbiota oral. Researchgate. 2016 Junio.

Fecha de recepción 26 - 08 - 2019
Fecha de aceptación 06 - 12 - 2019

Patrón Facial en relación a la sonrisa en estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Andina del Cusco, 2017 - II

Arostegui D.*

Autor: Daniel Carlos Arostegui Gallegos
E-mail: darostegui1991@gmail.com
Celular: 981294501
Cirujano Dentista

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el patrón facial y la sonrisa en estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Andina del Cusco, 2017 - II. **Material y Método:** El estudio es de tipo relacional, transversal y no experimental, la muestra estuvo conformada por 235 estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Andina del Cusco de ambos sexos, en un rango de edad de 16 a 17 años (adolescentes) y de 18 a 25 (adulto joven). Se realizaron fotografías, previo consentimiento informado, cada fotografía fue evaluada mediante percepción visual utilizando el programa de visor de imágenes y fax de Windows, haciendo un acercamiento de 7+ a la fotografía y centrando al tercio inferior en la pantalla del computador. Los resultados del análisis fueron anotados en la ficha de datos. **Resultados:** La relación entre el patrón facial euriprosopo con sonrisa aceptable fue de un 53.4%; así mismo un 63.8% de estudiantes con sonrisa no aceptable presenta patrón facial también euriprosopo. Obteniendo como predominante el patrón facial euriprosopo. **Conclusiones:** No existe relación entre el patrón facial y la sonrisa, son variables totalmente independientes. **Palabras Clave:** Ortodoncia, patrón facial, componentes de la sonrisa.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the facial pattern and the smile in students of the Professional School of Stomatology of the Andean University of Cusco, 2017 - II. **Material and Method:** The study is of a relational, transversal and non-experimental type, the sample was made up of 235 students of the Andean University of Cusco of both sexes, in an age range of 16 to 17 years (adolescents) and 18 to 25 (young adult). Photographic shots were taken, with prior informed consent, each photograph was evaluated by visual perception using the Windows image and fax viewer program, making a 7+ approach to photography and focusing on the lower third on the computer screen. The results of the analysis were noted in the data sheet. **Results:** The ratio between the Euriprosopo facial pattern with acceptable smile was 53.4%; Likewise, 63.8% of students with an unacceptable smile have a Euriprosopo facial pattern. Obtaining the easy Euriprosopo pattern as predominant. **Conclusions:** There is no relationship between the facial pattern and the smile, they are totally independent variables.

Keywords: Orthodontics, facial pattern, smile components.

INTRODUCCIÓN

El análisis facial es considerado una parte muy importante dentro del diagnóstico ortodóntico y el análisis de sonrisa debería también ser considerado a la hora de evaluar al paciente.

En la actualidad se sabe que el principal motivo de consulta de los pacientes odontológicos es de índole estético, ya que los pacientes anteponen una sonrisa agradable a una correcta función y oclusión.

El impacto que produce la proporcionalidad y equilibrio estético en el individuo se resume en confianza en si mismo, autoestima elevada y éxito laboral; hoy en día cada vez la presentación personal

influye en todos los aspectos de la vida cotidiana. Para conseguir una sonrisa agradable, necesitamos que sus partes constituyentes estén dentro de un equilibrio y armonía, la cual no sólo se lograra alineando los dientes sino también mediante el equilibrio neurológico, muscular y esquelético.

En la literatura ortodóntica podemos encontrar más estudios sobre la estructura del esqueleto que de la estructura de los tejidos blandos; por lo que muchas veces si bien es cierto, el análisis facial horizontal y vertical está considerado no es así con los componentes de la sonrisa ideal. Además, podemos mencionar algunas investigaciones donde consideran promedios

de las características más frecuentes en la sonrisa de una población, pero no existen estudios que corroboren dichos resultados y por ende, que puedan ser aplicables en nuestro medio; sin embargo estos parámetros son generalizables para otras poblaciones, sin considerar las variaciones étnicas y raciales.

Actualmente existen muchos parámetros de la sonrisa, pero el que más se utiliza y se encuentra mejor clasificado es el de los ocho componentes de la sonrisa de Roy Sabri que incluye: Línea labial, arco de sonrisa, curvatura del labio superior, simetría de la sonrisa, plano oclusal frontal, espacios negativos, componente dental, componente gingival.

Patrón Facial

Aunque En General Estamos Más Acostumbrados al análisis puramente cefalométrico, las medidas antropométricas faciales son de indudable importancia en la práctica clínica. (1)

El índice facial es un método utilizado en el examen clínico extraoral que establece una relación porcentual entre la longitud vertical y transversal de la cara. Este índice se conoce como Índice Facial Total y fue diseñado por Kollman en 1882 con fines antropológicos. En el diagnóstico ortodóncico es un recurso de uso frecuente que permite clasificar a un individuo de acuerdo a su morfología facial en 3 categorías: euriprosopo, mesoprosopo y leptoprosopo. (2)

La determinación del tipo facial se realiza de la siguiente manera:

Se mide la longitud de la distancia vertical entre el punto Ofrion (On) al mentoniano (Me) dividido por la anchura bicigomática (Zy-Zy) multiplicada por 100. (3)

Cuando el valor obtenido es inferior a 97, el sujeto es euriprosopo, con valores entre 97 y 104 es mesoprosopo y si son superiores a 104 resulta leptoprosopo. (3)

Para determinar estos tipos faciales con mayor precisión, es necesario la realización de telerradiografías y un estudio cefalométrico adecuado. (4)

Sonrisa

La sonrisa, definida como la expresión facial caracterizada por la curvatura hacia arriba de los extremos de los labios, se usa frecuentemente para mostrar placer, agrado, alegría. La sonrisa también influye en el atractivo de una persona. (5)

Anatómicamente una sonrisa es una acción combinada de dos músculos faciales principales: el zigomático mayor y el orbicular de los ojos. La sonrisa es una combinación de contracciones musculares voluntarias e involuntarias. Durante la sonrisa, el labio superior es elevado y posteriormente por el

zigomático mayor, el pliegue naso labial se adentra y se elevan las mejillas. La sonrisa es seguida por una contracción involuntaria del orbicular de los ojos, lo que resulta en estrechamiento del área orbicular. (6)

Componentes de la sonrisa según Roy Sabri

Línea de los labios

La línea de los labios es la cantidad de exposición del diente vertical, en la sonrisa, en otras palabras, la altura del labio superior con respecto a los incisivos centrales superiores. (7)

Arco de sonrisa

El arco de sonrisa es la relación entre una hipotética curva dibujada a lo largo de los bordes de los dientes maxilares anteriores y el contorno interno del labio inferior en la sonrisa posada. (7)

Curvatura del labio superior

La curvatura del labio superior es evaluada de la posición central a la esquina de la boca en la sonrisa. Es alta cuando la esquina de la boca es más alta que la posición central, recta cuando las comisuras y la parte central están al mismo nivel, y bajo cuando las comisuras de la boca están más bajas que la posición central. (7)

Espacios Negativos

La dimensión transversal de la sonrisa también se refiere como "proyección transversal dental" el espacio lateral negativo es el corredor bucal entre los dientes posteriores y la comisura de la boca en la sonrisa. (7)

Simetría de la sonrisa

El relativo posicionamiento de las comisuras de la boca en el plano vertical, puede ser evaluado por el paralelismo de las comisuras y la línea pupilar. A pesar que las comisuras se mueven hacia arriba y lateralmente en la sonrisa, estudios han mostrado una diferencia en la cantidad y dirección de movimiento entre los lados derecho e izquierdo. Una larga elevación diferente del labio superior en una sonrisa asimétrica puede ser debido a la deficiencia del tono muscular en cada lado de la cara. Ejercicios miofuncionales han sido recomendados para ayudar esta deficiencia y restaurar la simetría de la sonrisa. (7)

Plano de oclusión frontal

El plano de oclusión frontal está representado por una línea que pasa por las vertientes de los caninos derecho e izquierda. Un canteo transversal puede ser causado por erupción diferenciada de los dientes anteriores o una asimetría esquelética de la mandíbula. (8)

Componente dental

Los primeros seis componentes de la sonrisa consideran la relación entre los dientes y los labios y la forma de los labios y el marco de los tejidos blandos de la sonrisa. Una sonrisa agradable también depende de la calidad y belleza de los elementos dentales y su

integración armoniosa. Los componentes dentales de la sonrisa incluyen el tamaño, forma, color, alineación, y angulación de la corona de los dientes; la línea media; y la simetría del arco.(9)

Componente gingival

Dentro de la sonrisa los componentes que debemos analizar son el color, el contorno, textura y la altura de la gingival. Si encontramos alteraciones como: Inflamación, abultamiento papilar, embrazaduras gingivales abiertas y desiguales márgenes gingivales nos darían una baja calidad estética en la sonrisa.(7)(10)

MATERIAL Y METODO

El estudio se realizó previa autorización de las autoridades de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Andina del Cusco, con el consentimiento informado y el respectivo apoyo de los estudiantes. El estudio es de tipo relacional, transversal y no experimental. La población estuvo conformada por 600 alumnos de la Escuela Profesional de Estomatología, sin embargo fueron excluidos los alumnos que presentaban tratamiento ortodóntico previo, estudiantes con clase III esquelético, estudiantes con tratamiento quirúrgico ortognático previo y estudiantes con padecimientos sistemáticos y/o psicológicos; siendo así la muestra de tipo aleatorio simple en el cual se tomó una muestra representativa de los 600 matriculados, conformada por 235 estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Andina del Cusco.

Para la recolección de datos fue necesario el uso de una ficha de recolección de datos, el primer momento de llenado se realizó con la presencia del individuo donde se registró la edad, el sexo y el patrón facial.

El segundo momento de llenado se realizó después de obtener las fotografías seleccionadas de cada estudiante, donde se procedió a evaluar los 8 componentes de la sonrisa balanceada de Roy Sabri.

Previamente se le explicó al alumno el procedimiento y la finalidad del trabajo, para que así acceda voluntariamente y firme un consentimiento informado.

El patrón facial se obtuvo a través del índice facial morfológico, con la ayuda del vernier digital. Para determinar el tipo facial de los pacientes se determinó con la distancia vertical entre el punto nasion (punto más profundo donde se une la piel de la frente con la raíz de la nariz) al gnation (punto más inferior y más anterior del contorno del mentón) dividido por la anchura bicigomática multiplicada por 100. Cuando el valor obtenido fue inferior a 97 el sujeto era euriprosopo, con valores entre 97 y 104 fue mesoprosopo y si fueron superiores a 104 resultaba leptoprosopo.

Previamente se le entregó una guía de lectura al paciente, la cual indicaba la correcta forma de conseguir la posición natural de la cabeza. Teniendo al paciente en su posición natural, se procedió a colocar la cámara semiprofesional tipo réflex (Cámara Nikon D3400 24MP - Negro) en frente, a 110 cm del paciente. La toma fotográfica consistió en realizar 3 fotografías de rostro completo con sonrisa posada del paciente con la cámara fotográfica conectada a un trípode con su altura ajustada de tal forma que el centro de la lente se haya alineado con el punto de sub - nasal del paciente. Cada fotografía fue evaluada mediante percepción visual utilizando el programa visor de imágenes y fax de Windows, haciendo un acercamiento de 7+ a la fotografía y centrando el tercio inferior en la pantalla del computador. Los resultados del análisis fueron anotados en la ficha de datos.

Los resultados se expresaron en cuadros de simple y de doble entrada. Para establecer la relación se determinó mediante la prueba de Chi – cuadrado.

El Proceso de datos se hará de manera automatizada utilizando un programa estadístico SPSS versión 24.0.

RESULTADOS

La relación entre el patrón facial euriprosopo con sonrisa aceptable fue de un 53.4%; así mismo un 63.8% de estudiantes con sonrisa no aceptable presenta patrón facial también euriprosopo. Obteniendo como predominante el patrón facial euriprosopo.

La relación que existe entre el patrón facial y la línea de labios, arrojó un 62.3% de estudiantes con la línea de labios aceptable que presenta patrón facial euriprosopo así mismo, un 59.3 % de estudiantes con la línea de labios no aceptable que presenta patrón facial también euriprosopo.

La relación que existe entre el patrón facial y el arco de sonrisa, arrojó un 60.3 % de estudiantes con el arco de sonrisa consonante que presenta patrón facial euriprosopo así mismo, un 61.6 % de estudiantes el arco de sonrisa no consonante que presenta patrón facial también euriprosopo.

La relación que existe entre el patrón facial y la curvatura de labios, arrojó un 59.5% de estudiantes con la curvatura de labios aceptable que presenta patrón facial euriprosopo así mismo, un 63% de estudiantes con la curvatura de labios no aceptable que presenta patrón facial también euriprosopo.

La relación que existe entre el patrón facial y los espacios negativos, arrojó un 52.9% de estudiantes con ausencia de espacios negativos que presenta patrón facial euriprosopo así mismo, un 64.8% de estudiantes con presencia de espacios negativos que presenta patrón facial también euriprosopo.

La relación que existe entre el patrón facial y la simetría de la sonrisa, arrojo un 60.4% de estudiantes con la simetría de la sonrisa simétrica que presenta patrón facial euriprosopo así mismo, un 64.6% de estudiantes con la simetría de la sonrisa asimétrica que presenta patrón facial también euriprosopo.

La relación que existe entre el patrón facial y plano oclusal frontal, arrojo un 60.4% de estudiantes con plano oclusal aceptable que presenta patrón facial euriprosopo así mismo, un 69.6% de estudiantes con el plano oclusal no aceptable que presenta patrón facial también euriprosopo.

La relación que existe entre el patrón facial y el componente dental, arrojo un 52.8% de estudiantes con componente dental aceptable que presenta patrón facial euriprosopo así mismo, un 62.8% de estudiantes con el componente dental aceptable que presenta patrón facial también euriprosopo.

La relación que existe entre el patrón facial y componente gingival, arrojo un 58.1% de estudiantes con componente gingival no aceptable que presenta patrón facial euriprosopo así mismo, un 65.1% de estudiantes con el componente gingival aceptable que presenta patrón facial también euriprosopo.

DISCUSION

Según el estudio de Fernández , determino que no existía coincidencia de las características de la sonrisa de cada patrón facial según género. Lo que discrepa con los resultados del presente estudio, ya que en el presente estudio la relación del patrón facial con el sexo de los alumnos evaluados arrojo el siguiente resultado, los alumnos con patrón facial euriprosopo de sexo masculino son el 43.9% y de sexo femenino el 73.7%. Los alumnos con patrón facial mesoprosopo de sexo masculino está representado por 39.8% mientras que las alumnas con sexo femenino son el 24.1%. Los alumnos con patrón facial leptoprosopo de sexo masculino son el 16.3% y de sexo femenino son el 2.2%.

Según Apaza , el patrón facial predominante es el mesoprosopo con 45%, seguido del leptoprosopo con 28%, y euriprosopo con 27%, así como también determino que el patrón facial y los componentes de la sonrisa son independientes, lo que coincide solo la relación entre patrón facial y los componentes de la sonrisa con los resultados del presente estudio, mas no con el patrón facial predominante, ya que nuestro estudio arrojo los siguientes resultados. La relación entre el patrón facial y la sonrisa arrojo como resultado que los alumnos con un patrón facial euriprosopo y con sonrisa aceptable está representado por 53.4% y con sonrisa no aceptable por 63.8%. Los alumnos con un patrón facial mesoprosopo y sonrisa aceptable están

representados por 37.9% y con sonrisa no aceptable 28.2%. Los alumnos con patrón facial leptoprosopo y con sonrisa aceptable está representado por 8.6% y con sonrisa no aceptable por 7.9%.

CONCLUSIONES

1. La relación entre las variables de patrón facial y la sonrisa, son variables totalmente independientes, es decir que no existe relación alguna. ($p>0.05$)
2. No existe relación entre el componente de la sonrisa "línea de los labios" y el patrón facial en los alumnos de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Andina del Cusco. ($p>0.05$)
3. No existe relación entre el componente de la sonrisa "arco de sonrisa" y el patrón facial en los alumnos de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Andina del Cusco. ($p>0.05$)
4. No existe relación entre el componente de la sonrisa "curvatura de labios" y el patrón facial en los alumnos de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Andina del Cusco. ($p>0.05$)
5. No existe relación entre el componente de la sonrisa "espacios negativos" y el patrón facial en los alumnos de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Andina del Cusco. ($p>0.05$)
6. No existe relación entre el componente de la sonrisa "simetría de la sonrisa" y el patrón facial en los alumnos de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Andina del Cusco. ($p>0.05$)
7. No existe relación entre el componente de la sonrisa "plano oclusal frontal" y el patrón facial en los alumnos de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Andina del Cusco. ($p>0.05$)
8. No existe relación entre el componente de la sonrisa "componente dental" y el patrón facial en los alumnos de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Andina del Cusco. ($p>0.05$)
9. No existe relación entre el componente de la sonrisa "componente gingival" y el patrón facial en los alumnos de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Andina del Cusco. ($p>0.05$)

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Diaz N. Determinacion del tipo de cara del hombre andino marideño: Estudio Morfo Antropometrico del macizo facial. Boletín Antropológico. 2005.
2. Velasco O, Yañez Mendiola J. Antropología Facial. Innovacion y desarrollo tecnologico. 2008.
3. Florez M. Estructuración y estandarización de la antropometría facial en función de proporciones. 3rd ed. Buenos Aires; 2004.
4. Quevedo L, Jeldes G. Análisis cefalométricos y estéticos más utilizados en palnificación de tratammiento para cirugía Ortognática. Tesis Pregrado.

5. Uribe F, Nanda R. Diagnostico ortodontico individualizado: Biomecanicas y estetica. Estrategias en Ortodoncia Clínica. 2nd ed. Amolca; 2014.
6. Mayoral J, Mayoral G. Ortodoncia. Principios fundamentales y práctica. 5th ed. Bogota: Labor; 2016.
7. Koonig R, Lavado A, Aguado J, Altamirano M, Gallardo G, Ramos E. Caracteristicas de la sonrisa y nivel de satisfaccion en estudiantes de la facultad. Revista Kiru. 2009.
8. Sabri R. The Eight Components of a Balanced Smile. Clin Orthod. 2005.
9. Nocchi C E. Odontologia Restauradora salud y estetica. 2nd ed. Argentina: Jefferson Y. Facial beauty - Establishing a Universal Standard. 15th ed. Virginia: IJO; 2014.

Fecha de recepción 15 - 08 - 2019
Fecha de aceptación 24 - 10 - 2019

NECESIDAD DE TRATAMIENTOS CON PRÓTESIS REMOVIBLES EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA "LUIS VALLEJOS SANTONI" DE LA UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO, CICLO 2018-I.

Palomino R. *

Autor: Randy Palomino Palomino
E. Mail: randy23_gp@outlook.com
Celular:
Cirujano Dentista

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo Determinar la necesidad de tratamientos con prótesis removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina, Ciclo 2018-I. La investigación tiene un diseño no experimental, alcance descriptivo y de tipo retrospectivo transversal. Para este proyecto de investigación se evaluaron 1255 historias clínicas y de los cuales 295 cumplieron con los criterios de selección. Para la recolección de datos se diseñó y validó el instrumento de medición.

Los resultados que se obtuvieron en mi investigación muestran que existe necesidad de tratamiento protésico en el maxilar superior 68.5% y en el maxilar inferior 76.0%. En relación a la necesidad de tratamiento protésico y sexo, existe mayor prevalencia del sexo femenino con necesidad de tratamiento con prótesis parcial en el maxilar superior 38.6% y en el maxilar inferior 42.7%. Además, se observó que hay mayor prevalencia de la clase II de Kennedy en el maxilar superior 36.2% y en el maxilar inferior 47.7%; También se observó que hubo mayor prevalencia del sexo femenino que necesitan de prótesis totales 70.3%.

Como conclusión; la clase con mayor prevalencia en el maxilar superior fue la clase II 36.2% modificación 1=59.3% y en el maxilar inferior la clase con mayor prevalencia fue la clase II 47.7% modificación 0=84.1%.

Palabras clave: Prótesis, necesidad, edéntulo.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the need for treatments with removable prostheses in adult patients who come to the Universidad Andina's Stomatology Clinic "Luis Vallejos Santoni" semester 2018-I. The research has a non-experimental design, descriptive scope retrospective type. For this research Project 1255 clinical histories were evaluated which 295 met the selection judgment, For data collection, the measuring instrument was design and valid.

The results that were obtained in my research show that there is a need for treatment in the upper maxillary 68.5% and in the lower maxillary 76.0%. In relation to the need for treatment and sex, there is a higher prevalence of female sex with need for treatment with partial prosthesis in the upper maxillary 38.6% and in the lower maxillary 42.7%. also It was observed that there is a higher prevalence of Kennedy's class II in the upper maxillary 36.2% and in the lower maxillary 47.7%; it was also noted that there was higher prevalence of female sex that need complete prosthesis.

As a conclusion; the class with the highest prevalence in upper maxillary it was class II 36.2% modification 1 = 59.3% and in the lower maxillary it was class II 47.7% modification 0 = 84.1%.

Keywords: Prosthesis, requirement, edentulous.

INTRODUCCIÓN

La población que padece de patologías estomatognáticas en su mayoría pierde piezas dentarias a corta edad; los problemas sociales, económicos, de género, de edad, intelectual, hábitos y

costumbres se relacionan con esta situación. Para los adultos la importancia de conservar la salud oral no es de gran relevancia, que da como consecuencia el aumento del riesgo de la pérdida de piezas dentarias, es decir que estos pacientes pueden manifestar

edentulismo ya sea parcial o total. (1)

Cuando se pierden piezas dentarias se produce una disminución de la función masticatoria, aun así, a pesar de que no son capaces de triturar el alimento perfectamente, las personas edéntulas buscan la manera de comer sin dificultades, por lo que traga un bolo alimenticio mal triturado. (2)

El edentulismo tiene consecuencias negativas que hacen que esta condición deba ser tratada de inmediato por un profesional odontólogo, sin embargo, los tratamientos de rehabilitación de la cavidad oral del paciente con prótesis totales o parciales son costosos y complejos. El sistema de salud pública del Perú dentro de su cartera de tratamientos no ofrece tratamientos rehabilitadores, condicionando a los pacientes a acudir a los servicios odontológicos privados y convirtiendo la salud oral en algo que se limita solo a las personas con capacidad de costear sus tratamientos, ya que para ciertos sectores de la población resulta imposible debido a las grandes diferencias económicas en nuestra nación. (3)

Entonces es necesario conocer lo que está sucediendo en nuestra realidad local, el presente estudio hace una descripción de la población adulta y su prevalencia en la necesidad de prótesis para así poder replantear o sugerir la continuación de programas estatales como “Vuelve a sonreír” por la importancia de rehabilitar la cavidad bucal como componente de la salud física del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Tipo de investigación: Enfoque cuantitativo, alcance descriptivo y de tipo retrospectivo transversal

Diseño de la investigación: No experimental.

Población: La población lo conformaron todas las historias clínicas de los pacientes que acudieron a la clínica estomatológica “Luis Vallejos Santoni” de la Universidad Andina del Cusco durante el semestre académico 2018-I. Durante el semestre se registraron un total de 1255 historias clínicas. Muestra: Para la obtención de la muestra se hizo una selección probabilística de las historias clínicas de los pacientes que acudieron a la clínica estomatológica “Luis Vallejos Santoni” de la Universidad Andina del Cusco durante el semestre 2018-I que cumplan con los criterios de inclusión, siendo la cantidad de 295.

Técnica: Observacional.

Instrumento: ficha de recolección de datos.

RESULTADOS.

Distribución de la muestra según sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	189	64,1
Masculino	106	35,9
Total	295	100,0

FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos

Interpretación y análisis: En la tabla anterior se aprecian los resultados para la variable sexo del total de la muestra, en la cual se tiene que el 64,1% de los integrantes de la muestra pertenecen al sexo femenino, en tanto que el 35,9% pertenecen al sexo masculino.

Necesidad de Tratamientos con Prótesis Removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina del Cusco, Ciclo 2018-I según sexo.

			Sexo		Total
			Femenino	Masculino	
Necesidad Protésica en el Maxilar Superior	No requiere	Frecuencia	49	44	93
		Porcentaje	16,6%	14,9%	31,5%
	Prótesis Parcial	Frecuencia	114	49	163
		Porcentaje	38,6%	16,6%	55,3%
	Prótesis Total	Frecuencia	26	13	39
		Porcentaje	8,8%	4,4%	13,2%
Total		Frecuencia	189	106	295
		Porcentaje	64,1%	35,9%	100,0%
Necesidad Protésica en el Maxilar Inferior	No requiere	Frecuencia	44	27	71
		Porcentaje	14,9%	9,2%	24,1%
	Prótesis Parcial	Frecuencia	126	73	199
		Porcentaje	42,7%	24,7%	67,5%
	Prótesis Total	Frecuencia	19	6	25
		Porcentaje	6,4%	2,0%	8,5%
Total		Frecuencia	189	106	295
		Porcentaje	64,1%	35,9%	100,0%

FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En la tabla anterior se aprecian los resultados para la variable Necesidad de tratamiento protésico según

sexo, es así que para el maxilar superior se evidencia que el mayor porcentaje se da en lo que se refiere a la prótesis parcial con un 55,3% del total de pacientes que conforman la muestra de estudio, de los cuales el 38,6% corresponden al sexo femenino, mientras que el 16,6% corresponden al sexo masculino.

Respecto al maxilar inferior el mayor porcentaje de necesidad protésica se da para la prótesis parcial en la que 199 de los 295 pacientes tienen dicha necesidad y corresponde al 67,5% del total, siendo el sexo femenino el que presenta mayor requerimiento con un 42,7%.

Necesidad de Tratamientos con Prótesis Removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina del Cusco, Ciclo 2018-I según edad.

Necesidad Protésica en el Maxilar Superior		Edad	Edad				Total
			20-39	40-49	50-59	60 a más	
No requiere	Frecuencia		34	42	14	3	93
	Porcentaje		11,5%	14,2%	4,7%	1,0%	31,5%
Prótesis Parcial	Frecuencia		40	67	32	24	163
	Porcentaje		13,6%	22,7%	10,8%	8,1%	55,3%
Prótesis Total	Frecuencia		0	4	7	28	39
	Porcentaje		0,0%	1,4%	2,4%	9,5%	13,2%
Total	Frecuencia		74	113	53	55	295
	Porcentaje		25,1%	38,3%	18,0%	18,6%	100,0%
Necesidad Protésica en el Maxilar Inferior	No requiere	Frecuencia	30	26	10	5	71
	Porcentaje		10,2%	8,8%	3,4%	1,7%	24,1%
Prótesis Parcial	Frecuencia		44	85	39	31	199
	Porcentaje		14,9%	28,8%	13,2%	10,5%	67,5%
Prótesis Total	Frecuencia		0	2	4	19	25
	Porcentaje		0,0%	0,7%	1,4%	6,4%	8,5%
Total	Frecuencia		74	113	53	55	295
	Porcentaje		25,1%	38,3%	18,0%	18,6%	100,0%

FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En la tabla anterior se aprecian los resultados para la variable Necesidad de tratamiento protésico según edad, es así que para el maxilar superior se evidencia que el mayor porcentaje se da en lo que se refiere a la prótesis parcial con un 55,3% del total de pacientes que conforman la muestra de estudio, de los cuales el mayor porcentaje corresponde al grupo etario de 40 a 49 años de edad, con un 22,7%, mientras que al grupo

de 60 a más años, le corresponde un 8,1%

Respecto al maxilar inferior el mayor porcentaje de necesidad protésica se da para la prótesis parcial en la que 199 de los 295 pacientes tienen dicha necesidad y corresponde al 67,5% del total, siendo el grupo etario de 40 a 49 años de edad, con un 28,8% el mayor, seguido del grupo etario de 20 a 39 años.

Necesidad de Tratamientos con Prótesis Removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina del Cusco, Ciclo 2018-I según arcada

Necesidad Protésica en el Maxilar Superior		Frecuencia	Necesidad Protésica en el Maxilar Superior			Total
			No requiere	Prótesis Parcial	Prótesis Total	
Necesidad Protésica en el Maxilar Inferior	No requiere	0	71	0	71	
	Porcentaje	0,0%	24,1%	0,0%	24,1%	
Prótesis Parcial	Frecuencia	92	90	17	199	
	Porcentaje	31,2%	30,5%	5,8%	67,5%	
Prótesis Total	Frecuencia	1	2	22	25	
	Porcentaje	0,3%	0,7%	7,5%	8,5%	
Total	Frecuencia	93	163	39	295	
	Porcentaje	31,5%	55,3%	13,2%	100,0%	

FUENTE: Matiz de datos de la ficha de recolección de datos.

Interpretación y análisis:

En la tabla anterior se aprecian los resultados para la tabla de contingencia para la necesidad protésica del maxilar inferior y del maxilar superior, en la que el 31,2% requiere prótesis parcial en el maxilar inferior y al mismo tiempo no requiere prótesis en el maxilar superior, mientras que un 30,5% de los pacientes requieren prótesis parcial en ambos maxilares y un 7,5% de los pacientes requiere prótesis total en ambos maxilares.

en el rango de edad de 40-49 años mientras que para el maxilar inferior la necesidad de prótesis parcial fue 15,2% en el rango de edad 40 a 49 años y mis resultados fueron un 28,8% en el rango de edad de 40 a 49 años (13).

DISCUSION

Peralta Mas, Perú, Realizo una investigación en la que busco describir la necesidad y situación de protesis dentales en pacientes adultos que acuden a la clínica dental docente de la universidad Peruana Cayetano Heredia de julio a setiembre en el año 2015, la muestra estuvo conformada por 151 pacientes de entre 18 a 60 años Los resultados demostraron que en el maxilar superior existe una necesidad de 20,7% de prótesis parcial y 1,3% de prótesis total y para el maxilar inferior 27,8% necesita prótesis parcial y el 1,3% necesita prótesis total. Los datos obtenidos de la necesi

dad de tratamiento con prótesis en relación a la edad son ligeramente diferentes con respecto a los datos obtenidos por mi investigación; para el maxilar superior la necesidad de prótesis parcial superior fue 11.3% en el rango de edad de 40-49 años y mis resultados fueron un 22.7% en el rango de edad de 40-49 años mientras que para el maxilar inferior la necesidad de prótesis parcial fue 15.2% en el rango de edad 40 a 49 años y mis resultados fueron un 28.8% en el rango de edad de 40 a 49 años (13).

CONCLUSION

Se determinó que la necesidad de tratamientos con prótesis removibles en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni" de la Universidad Andina. Durante el periodo de febrero a junio del 2018, fue del 68% (202) en el maxilar superior y un 76% (224) en el maxilar inferior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Matute Bueno Xavier, Pacheco Arce María Gabriela. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos de la unidad académica de salud y bienestar – UCACUE 2016. revista activa universidad católica de cuenca. 2(1), 21-26, abril, 2017
2. Arencibia García Evelyn. Necesidad de rehabilitación protésica en una población seleccionada de un área de salud. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río.20(4), 452-457. agosto de 2016
3. Maxe Milian Anderson Iván. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor De Sipán durante marzo 2015 – marzo 2016 [tesis de titulación]. Pimentel – Perú. Universidad Señor de Sipán. 2016
4. Azañedo Diego. Edentulismo en el adulto mayor, un problema de salud pública mal atendido en el Perú, Rev. In Crescendo. Institucional Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. 7(1), 145-148, 2016
5. Daniel Macera. ¿Cuánto dinero destina el estado en el sector salud? elcomercio.economia. [Internet]. [Consultado 2 may 2019]. disponible en: <https://elcomercio.pe/economia>
6. B. Koeck. Prótesis completas, práctica de la odontología. cuarta ed. Barcelona. Masson. 2007
7. Atarama Gutiérrez Magnolia Emperatriz. Relación entre la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y el nivel de la satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa. [Tesis de titulación]. Arequipa – Perú. Universidad Católica de Santa María. 2016
8. Moreno Rodríguez Dinia Isabel. Necesidad De Prótesis Estomatológica, septiembre-diciembre, 2014. Revista Médica Granma, Universidad De Ciencias Médicas De Granma.21 (1). 2017
9. Osorio Sánchez Pedro Nicolás. Estudio descriptivo retrospectivo de los tratamientos realizados en la clínica de prótesis removible de la facultad de odontología de la Universidad de Chile, en el período 2009 al 2012. [tesis de titulación]. Santiago – Chile. Universidad de Chile. 2015
10. Moya Rivera Patricia, Caro Cassali Juan Carlos. Caries dental y necesidad de tratamiento protésico en adultos. Comuna de Macul, 2014. Revista dental de Chile. Universidad Finis Terrae. 106(3); 25-28, 2015.
11. Asencio Palacios Pamela Alexandra. Necesidades de Rehabilitación Oral en el Hogar de Ancianos "Santa Catalina Labouré" Distrito Metropolitano. Periodo. Noviembre 2015- Enero 2016. [Tesis De Titulación]. Quito-Ecuador. Universidad Central Del Ecuador. 2016
12. Moreno Rodríguez Dinia Isabel. Necesidad De Prótesis Estomatológica, septiembre-diciembre, 2014. Revista Médica Granma, Universidad De Ciencias Médicas De Granma.21 (1). 2017
13. Peralta Mas Fátima Brunella. Necesidad y Situación de Prótesis Dentales en Pacientes Adultos que Acuden a la Clínica Dental Docente de la UPOCH de Julio a Setiembre en el Año 2015. [Tesis de Titulación]. Lima – Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2017
14. Avendaño Vera Edson Michelson. Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pre grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del 2013 al 2014. [Tesis De Titulación]. Lima – Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2016
15. Sonia Geraldine Murguía Barrios. Relación entre edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en personas adultas de la comunidad de "Aguada de Palos" En el Distrito de Santiago - Ica, 2017. [Tesis De Titulación]. Ica – Perú. Universidad Alas Peruanas. 2018
16. Gutiérrez-Vargas Vanessa Leila, León-Manco Roberto Antonio. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Revista estomatológica herediana, Universidad Peruana Cayetano Heredia. 25(3), 179-86. 2015
17. Adrián Gregori Pecho Quito. Necesidad protésica en alumnos de 15 a 17 años de edad, De la I.E. 116 Abraham Valdelomar, Distrito de San Juan de Lurigancho, Lima 2017. [Tesis De Titulación]. Lima – Perú. Universidad Privada Norbert Wiener. 2018

18. Susy Isabel Tantas Caldas. Edentulismo parcial o total, y la calidad de vida en pacientes adultos mayores del Departamento de Geriatria del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, año 2016. [Tesis De Titulación]. Lima – Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2017
19. Poveda Amarfil Ana Paula. Prevalencia de Pacientes Edentulos Parciales según la Clasificación de Kennedy en Hospital: Jacobo & María Ratnoff. [Tesis De Titulación]. Guayaquil-Ecuador. Universidad Católica De Santiago De Guayaquil.2016
20. Corpuna Apaza Evelin Yanet. Prevalencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en pacientes que Acuden al Servicio de Odontología en el Centro de Salud de Belenpampa, Cusco-2012. [Tesis De Titulación]. Cusco-Perú. Universidad Nacional De San Antonio Abad del Cusco.2012
21. Glen P. McGivney. McCracken prótesis parcial removible. Undécima ed. Madrid. Medica Panamericana.2006
22. Rimachi Quiroz Delicia Benita, Rojas Marin Lorena Licet. Factores Asociados al Edentulismo en Pacientes Atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología UNAP 2004 – 2014.[Tesis De Titulación]. Iquitos-Perú. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.2016}
23. Cargua Ríos José Napoleón. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación Kennedy en la ciudad de Quito. [Tesis de Titulación]. Quito-Ecuador. Universidad de las Americas.2016
24. Lilia Bortolotti. Prótesis removibles Clásicas e innovaciones. Primera ed. Venezuela. ediciones Amolca.2006
25. Soza Rodríguez Rafael Pablo. Prevalencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en el Asilo San Ramón, Gestión 2014. [Tesis De Titulación]. La Paz – Bolivia. Universidad Mayor De San Andres.2015.
26. David Loza Fernandez. Prótesis Parcial Removible : Procedimientos Clínicos y de Laboratorio. Primera ed. Lima Peru. Savia editorial.2012
27. Juan-Francisco Martín Ruiz. Los Factores Definitivos de los grandes grupos de edad de la población: tipos, subgrupos y umbrales. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales. [Internet].08/04/18[fecha de consulta]. Vol. IX, núm. 190. Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-190.htm>.
28. Marcos Rubén Calle Quispe. Plan de intervención para la rehabilitación oral con prótesis removible en el adulto mayor 2012-2016 “VUELVE A SONREÍR”. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas 2da. Ed.2011.
29. Bernal, C. Metodología de la Investigación Bogotá: Pearson 2016.
30. Bologna, E. Métodos Estadísticos de Investigación. Córdoba: Brujas. 2018.
31. Hernández, R., Fernández, R., & Baptista, P. Metodología de la Investigación Sexta ed. México: McGraw Hill.2014.
32. Landero, R., & González, M. Estadística con SPSS y metodología de la investigación. México: Trillas.2014.
33. Pardo, A., & Ruiz, M. Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud I. Madrid: Síntesis. 2012.
34. Polit, D., & Hungler, B. Investigación científica en ciencias de la salud Sexta ed. México: Mc Graw Hill. 2005.
35. Sánchez, H., & Reyes, C. Metodología y Diseños en la Investigación Científica. Lima: Business Support Aneth.2015.

Fecha de recepción 22 - 09 - 2019
Fecha de aceptación 01 - 11 - 2019

CONOCIMIENTO SOBRE ANTIBIOTICOS DE USO ODONTOLOGICO, DE ALUMNOS DE LA CLÍNICA ESTOMATOLOGÍA LUIS VALLEJO SANTONI 2019-I

Paredes D.

autor: Danny Paredes Arone
E. Mail: parone8711@hotmail.com
Celular: 991328025

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre antibióticos de uso odontológico de los alumnos de la Clínica Estomatología Luis Vallejo Santoni de la Universidad Andina del Cusco, 2019-I. Material y Método: El estudio fue de tipo descriptivo, transversal y tiene enfoque cuantitativo, de diseño no experimental. La población de estudio estuvo constituida por los 163 estudiantes de Clínica de la Escuela Profesional, matriculados en el semestre 2019 – I, El instrumento utilizado fue el cuestionario estructurado para la recolección de información sobre el nivel de conocimientos sobre el uso racional de antibióticos. Los datos obtenidos fueron incorporados al programa computarizado de Spss versión 25 para su respectivo análisis e interpretación. Resultados: el nivel de conocimiento sobre el manejo y dosificación de los antibióticos en adultos en general es malo en un 28,7%, regular en un 55,7% y bueno en un 15,7%. Según sexo podemos ver que en el sexo femenino el nivel de conocimiento es predominantemente regular con un 61,1%, seguido de malo y bueno con un 19,4% similarmente. En el sexo masculino el nivel de conocimiento es regular en el 46,5%, malo en el 44,2% y bueno en el 9,3%. El nivel de conocimiento sobre el manejo y dosificación de antibióticos en niños en general es malo en un 54,8%, regular en un 45,2% y bueno en un 0,0%. Conclusión: El nivel de conocimientos sobre manejo y dosificación de los antibióticos en adultos en general es regular, en cada semestre y en ambos sexos. En cambio el nivel de conocimientos sobre manejo y dosificación de los antibióticos en niños en general es malo, según semestre es malo en el séptimo y octavo semestre y regular en el noveno semestre.

Palabras Clave: Conocimiento; Odontología; Antibióticos,

ABSTRACT

Objective: To determine the level of knowledge about antibiotics for dental use of the students of the Stomatology Clinic Luis Vallejo Santoni of the Andean University of Cusco, 2019-I. Material and Method: The study was descriptive, transversal and has a quantitative approach, not experimental design. The study population consisted of the 163 students of the Professional School Clinic, enrolled in the semester 2019 - I, The instrument used was the structured questionnaire for the collection of information on the level of knowledge about the rational use of antibiotics. They were probably incorporated into the Spss version 25 computer program for their respective analysis and interpretation. Results: The level of knowledge about the management and dosage of antibiotics in adults in general is bad in 28.7%, regular in 55.7% and good in 15.7%. According to sex we can see that in the female sex the level of knowledge is predominantly regular with 61.1%, followed by bad and good with 19.4% similarly. In the male sex the level of knowledge is regular in 46.5%, bad in 44.2% and good in 9.3%. The level of knowledge about antibiotic management and dosing in children in general is 54.8% bad, 45.2% regular and 0.0% good. Conclusion: The level of management and dosage knowledge of antibiotics in adults in general is regular, in each semester and in both sexes. On the other hand, the level of knowledge about antibiotic management and dosing in children in general is bad, according to semester it is bad in the seventh and eighth semester and regular in the ninth semester.

Key words: Knowledge; Dentistry; Antibiotics

INTRODUCCIÓN

Conocimiento. Proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. El fin del conocimiento estriba en alcanzar la verdad objetiva. (1)

Racional. Racional es lo perteneciente o relativo a la razón. Racional, por lo tanto, es aquello que surge del raciocinio, que resulta conforme a la razón o que está dotado de ella. (2)

Antibióticos. Los antibióticos son sustancias químicas que eliminan, disminuyen y/o detienen el crecimiento de las bacterias (los microbios que causan las infecciones). (3)

Uso Racional De Medicamentos.

Uso adecuado de los medicamentos que contribuye a que los medicamentos sólo se utilicen cuando sean necesarios así como que las personas comprendan para que sirven los medicamentos y cómo deben ser utilizados. (4)

La farmacología deriva del griego, pharmakon, que significa remedio o droga. La farmacología es una ciencia o estudio razonado de los fármacos. (5)

Es una ciencia biológica que estudia las acciones y efectos o mejor dicho, las modificaciones funcionales inducidas por los fármacos en los organismos vivos animales. (3) Es importante tener en cuenta los beneficios y los riesgos del fármaco para la determinación de la dosis a administrar. (5)

Clasificación de la farmacología según sus objetivos

a) Farmacodinamia: Se encarga del estudio de la acción y el efecto del fármaco. Podría definirse como aquella parte de la farmacología que estudia las modificaciones de las funciones que ejerce el fármaco sobre el organismo vivo sano o enfermo. (3,5)

b) Farmacocinética: Se encarga del estudio del proceso y el factor que determina la concentración de fármaco presente en el sitio o sitios en donde debe ejercer su efecto terapéutico. Por tanto, estudiara la absorción, distribución, metabolismo y eliminación del mismo. Igualmente, también determina la concentración de fármaco en función del tiempo, con lo que pueden valorarse las concentraciones terapéuticas y tóxicas para establecer las dosis de fármaco a administrar. (3,5)

c) Farmacoterapéutica: Estudia el uso de los fármacos con la finalidad de curar o alterar las funciones fisiológicas para inducir efectos terapéuticos o lo que es lo mismo, estudia los efectos en farmacología clínica, que estudia los efectos cuando se aplica el fármaco al hombre sano o enfermo y terapéutica que establece las pautas de tratamiento racional que debe seguirse en cada proceso patológico. (3,5)

Clasificación de los antibióticos:

Penicilinas: Son un grupo de antibióticos de origen

natural y semisintético que contienen el núcleo de ácido 6-aminopenicilánico, que consiste en un anillo betalactámico unido a un anillo tiazolidínico. (6,7)

Los compuestos de origen natural son producidos por diferentes especies del hongo *Penicillium* spp. Las penicilinas difieren unas de otras por sustituciones en la posición 6 del anillo, donde cambios en la cadena lateral pueden inducir modificaciones en la actividad antibacteriana y en las propiedades farmacocinéticas.

De acuerdo a su origen y espectro de acción pueden clasificarse en: penicilinas naturales (G y V), penicilinas resistentes a las penicilinasas estafilocócicas (oxacilina, meticilina, dicloxacilina), aminopenicilinas (ampicilina, amoxicilina), carboxipenicilinas (carbenicilina, ticarcilina), ureidopenicilinas (piperacilina). (21,22)

Elección de antibióticos:

Para poder elegir adecuadamente un antibiótico se tiene que tener en cuenta un régimen terapéutico (21):

- La edad del niño.
- El cuadro clínico que presenta.
- El sitio de la infección.
- El estado inmunitario.
- Otros factores y la prevalencia de resistencia local. (4)

En Odontopediatría se realiza la prescripción de antibióticos en los siguientes casos (8):

a. Frente a una infección discreta: por ejemplo una pericoronaritis, un absceso que involucra más que solo la pieza dentaria y tejidos subyacentes pero sin llegar a involucrar el estado general del paciente. (8)

b. Infección severa: como por ejemplo el flegmón que es una infección difusa y sus variantes clínicas, en estos casos es recomendable la atención hospitalaria, no se puede atender de manera ambulatoria a un paciente con esta patología. (8)

c. Traumatismos: en el caso de avulsiones, intrusiones, luxaciones; los antibióticos mejoran el pronóstico de la pieza dentaria en el caso estar presente una infección. (8)

Amoxicilina.-Aminopenicilina semisintética, es un antibiótico de amplio espectro frente a microorganismos Gram-positivos y Gram-negativos sensibles. (9, 10)

Dosis:

- Adultos: 500mg cada 8 horas en 70 kg.
- Niños: 20-40 mg/kg/día.; dosis máxima recomendada: 150mg/kg/día, en intervalos de 12 hrs.
- Presentación en suspensión de: 125mg/5ml y 250mg/5ml; tabletas de 500 mg.

Clindamicina. Estructuralmente se parece a la lincomicina; predomina su acción bacteriostática y a dosis elevadas puede ser bactericida. (9,10)

Dosis:

- Adultos: 300 a 600 mg.
- Niños: 10-25 mg/kg/día cada 6 u 8 horas.
- Presentación: capsulas de 300 y 600 mg; suspensión 75mg/5ml.

Dicloxacilina.- principal indicación es el tratamiento de infecciones por estafilococo productor de penicilinas. (9,10)

Dosis:

- Adultos.- 250 mg cada 8 horas
- Niños.- 10 a 30 mg/día
- Presentación.- suspensión 250/5ml, tabletas 250 y 500mg

MATERIAL Y METODO

El estudio fue de tipo descriptivo, transversal y con enfoque cuantitativo, el diseño no experimental; El muestreo fue probabilístico y aleatorio simple por proporcionalidad, Según los datos estadísticos la población estuvo conformada por 163 estudiantes matriculados en el semestre 2019 – I,

Criterios de inclusión

- Alumnos que dieron su consentimiento informado y autorización para que se les tome una encuesta.
- Se considerará a todos los alumnos de la clínica estomatología Luis Vallejo Santoni de la Universidad Andina del Cusco. matriculados en el semestre 2019-I.

Criterios de exclusión

- Alumnos que no deseen participar en la investigación.
- Alumnos que no asisten regularmente a clínica.

Técnicas de recolección de datos

La técnica utilizada fue la encuesta, mediante una ficha de recolección de datos la cual constó de 2 partes:

Primera parte: constó de todos los datos generales como sexo, semestre e iniciales del estudiante.

Segunda parte: constó de un cuestionario estructurado según escala de Likert que constó de tres dimensiones el cual evaluará el nivel de conocimiento del estudiante.

Instrumento: El instrumento a utilizar fue el cuestionario estructurado para la recolección de información con 3 ítems a evaluar.

- 1.- Conceptos generales. - preguntas del 1 al 9
- 2.- Manejo y dosificación en adultos. - preguntas del 10 al 18
- 3.- Manejo y dosificación en niños. - preguntas del 18 al 27

Cada pregunta correcta tuvo el valor de 1 punto, para su evaluación

Los datos obtenidos fueron incorporados al programa computarizado de Spss versión 25 para su respectivo análisis e interpretación. Se utilizó estadística descriptiva, que serán expresados en tablas y gráficos según los objetivos propuestos.

RESULTADOS

Tabla 01: Nivel de conocimiento sobre conceptos generales de los antibióticos según semestre.

Conocimiento sobre conceptos generales según semestre							
		Semestre					
		Séptimo	Octavo	Noveno	Total		
Conocimiento sobre conceptos generales	Malo	Nº	16	5	32	53	
		%	43,2%	26,3%	54,2%	46,1%	
	Regular	Nº	21	13	27	61	
		%	56,8%	68,4%	45,8%	53,0%	
	Bueno	Nº	0	1	0	1	
		%	0,0%	5,3%	0,0%	0,9%	
Total	Nº	37	19	59	115		
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Interpretación: Se observa que el nivel de conocimiento sobre conceptos generales de los antibióticos en general es malo en un 46,1%, regular en un 53,0% y bueno en un 0,9%; Según semestre: séptimo semestre el nivel de conocimiento es regular con un 56,8%, seguido de malo en un 43,2% y bueno en un 0,0%. En el octavo semestre el nivel de conocimiento es regular en el 68,4%, malo en el 26,3% y bueno en el 5,3%. En el noveno semestre el conocimiento es malo en el 54,2%, regular en el 45,8% y bueno en el 0,0%.

Tabla 02: Nivel de conocimiento sobre manejo y dosificación de antibióticos en adultos según semestre

Conocimiento sobre manejo y dosificación en adultos según semestre							
		Semestre					
		Séptimo	Octavo	Noveno	Total		
Conocimiento sobre manejo en adultos	Malo	Nº	11	6	16	33	
		%	29,7%	31,6%	27,1%	28,7%	
	Regular	Nº	26	10	28	64	
		%	70,3%	52,6%	47,5%	55,7%	
	Bueno	Nº	0	3	15	18	
		%	0,0%	15,8%	25,4%	15,7%	
Total	Nº	37	19	59	115		
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Interpretación: Se observa que el nivel de conocimiento sobre el manejo y dosificación de antibióticos en adultos en general es regular en un 55,7%, malo en un 28,7% y bueno en un 15,7%. Según semestre: séptimo semestre el nivel de conocimiento es regular con un 70,3%, seguido de malo en un 29,7% y bueno en un 0,0%. En el octavo semestre el nivel de conocimiento es regular en el 52,9%, malo en el 31,6% y bueno en el 15,8%. En el noveno semestre el nivel de conocimiento es regular en el 47,5%, malo en el 27,1% y bueno en el 25,4%.

Tabla 03: Nivel de conocimiento sobre manejo y dosificación de antibióticos en adultos según sexo.

Conocimiento sobre manejo y dosificación en adultos según sexo

		Sexo		Total	
		Femenino	Masculino		
Conocimiento sobre manejo en adultos	Malo	Nº	14	19	33
		%	19,4%	44,2%	28,7%
	Regular	Nº	44	20	64
		%	61,1%	46,5%	55,7%
	Bueno	Nº	14	4	18
		%	19,4%	9,3%	15,7%
Total	Nº	72	43	115	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Interpretación: observamos que el nivel de conocimiento sobre el manejo y dosificación de los antibióticos en adultos en general es malo en un 28,7%, regular en un 55,7% y bueno en un 15,7%. Según sexo podemos ver que en el sexo femenino el nivel de conocimiento es regular con un 61,1%, seguido de malo y bueno con un 19,4% similarmente. En el sexo masculino el nivel de conocimiento es regular en el 46,5%, malo en el 44,2% y bueno en el 9,3%.

Tabla 04: Nivel de conocimiento sobre manejo y dosificación de antibióticos en niños según semestre.

Conocimientos sobre manejo y dosificación en niños según semestre

		Semestre				Total
		Séptimo	Octavo	Noveno		
Conocimiento sobre el manejo en niños	Malo	Nº	26	11	26	63
		%	70,3%	57,9%	44,1%	54,8%
	Regular	Nº	11	8	33	52
		%	29,7%	42,1%	55,9%	45,2%
	Bueno	Nº	0	0	0	0
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	Nº	37	19	59	115	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Interpretación: observamos que el nivel de conocimiento sobre el manejo y dosificación de antibióticos en niños en general es malo en un 54,8%, regular en un 45,2% y bueno en un 0,0%. Según semestre: séptimo semestre el nivel de conocimiento es malo con un 70,3%, seguido de regular en un 29,7% y bueno en un 0,0%. En el octavo semestre el nivel de conocimiento es malo en el 57,9%, regular en el 42,1% y bueno en el 0,0%. En el noveno semestre el nivel de conocimiento es regular en el 55,9%, malo en el 44,1% y bueno en el 0,0%.

Tabla 05: Nivel de conocimiento sobre manejo y dosificación de antibióticos en niños según sexo.

Conocimientos sobre el manejo y dosificación en niños según sexo

		Sexo		Total	
		Femenino	Masculino		
Conocimientos sobre el manejo en niños	Malo	Nº	42	21	63
		%	58,3%	48,8%	54,8%
	Regular	Nº	30	22	52
		%	41,7%	51,2%	45,2%
	Bueno	Nº	0	0	0
		%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	Nº	72	43	115	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Interpretación: observamos que el nivel de conocimiento sobre el manejo y dosificación de los antibióticos en niños y según sexo podemos ver que en el sexo femenino el nivel de conocimiento es predominantemente malo con un 58,3%, seguido de regular con un 41,7%. En el sexo masculino el nivel de conocimiento es regular en el 51,2%, malo en el 48,8%, no evidenciándose casos de buen conocimiento en ambos sexos.

Tabla 06: Conocimiento sobre la concentración de la amoxicilina pediátrica según semestre

Concentración de la amoxicilina pediátrica según semestre

		Semestre			Total	
		Séptimo	Octavo	Noveno		
Concentración amoxicilina pediátrica	No sabe	Nº	34	14	51	99
		%	91,9%	73,7%	86,4%	86,1%
	Si sabe	Nº	3	5	8	16
		%	8,1%	26,3%	13,6%	13,9%
	Total	Nº	37	19	59	115
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: El conocimiento sobre la concentración de la amoxicilina de uso en niños en general, donde el 86,1% no sabe y el 13,9% si sabe cuál es la presentación de dicho fármaco. Según semestre podemos decir que el 91,9% de los alumnos de séptimo semestre no sabe cuál es la concentración de la amoxicilina y el 8,1% si sabe. El 73,7% de los alumnos de octavo semestre no sabe cuál es la presentación de la amoxicilina y el 26,3% si sabe. El 86,4% de los alumnos de noveno semestre no sabe cuál es la concentración de la amoxicilina y el 13,6% si sabe.

Tabla 07: Conocimiento sobre la concentración de la dicloxacilina pediátrica según semestre

Concentración de la dicloxacilina pediátrica según semestre

		Semestre				Total
		Séptimo	Octavo	Noveno		
Concentración dicloxacilina pediátrica	No sabe	Nº	35	16	53	104
		%	94,6%	84,2%	89,8%	90,4%
	Si sabe	Nº	2	3	6	11
		%	5,4%	15,8%	10,2%	9,6%
Total		Nº	37	19	59	115
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Interpretación: el conocimiento sobre la concentración de la dicloxacilina de uso en niños en general, donde el 90,4% no sabe y el 9,6% si sabe cuál es la presentación de dicho fármaco. Según semestre: el 94,6% de los alumnos de séptimo semestre no sabe cuál es la concentración de la dicloxacilina y el 5,4% si sabe. El 84,2% de los alumnos de octavo semestre no sabe cuál es la concentración de la dicloxacilina y el 15,8% si sabe. El 89,8% de los alumnos de noveno semestre no sabe cuál es la concentración de la dicloxacilina y el 10,2% si sabe.

DISCUSIÓN

La presente investigación fue realizada en los alumnos de la Clínica Estomatológica Luis Vallejo Santoni de la Universidad Andina del Cusco con el objetivo de conocer el nivel de conocimientos sobre el uso de antibióticos en odontología en una muestra de 115 estudiantes.

En la presente investigación se encontró el nivel de conocimiento sobre el uso de antibióticos en odontología en general es regular en un 66,1%, malo en un 33,9% y bueno en un 0,0%. Al evaluar por semestre podemos ver que en el séptimo semestre el nivel de conocimiento es predominantemente regular con un 64,9% y malo en un 35,1%. En el octavo semestre el nivel de conocimiento es regular en el 63,2% y malo en el 36,8%. En el noveno semestre el nivel de conocimiento es regular en el 67,8% y malo en el 32,9%, con lo cual podemos decir que en el noveno semestre el nivel de conocimiento regular es relativamente más frecuente que los otros semestres. Además según sexo podemos ver que en el sexo femenino el nivel de conocimiento es predominantemente regular en un 70,8% y malo en un 29,2%. En el sexo masculino el nivel de conocimiento es regular en el 58,1% y malo en el 41,9%, con lo cual observamos que las mujeres tienen con más frecuencia un conocimiento regular. Coincidiendo relativamente con lo obtenido por **Marcelo L**, (11) quien encontró valores un poco superiores al nuestro en cuanto al nivel de conocimientos regular con un 78,2% y malo con un 17,2%, también podemos ver que dichos resultados no coinciden con lo obtenido por **Hernandez R**, (12) quien en su estudio encontró que el conocimiento de los estudiantes de las universidades participantes es bajo, por lo que se recomienda reforzar los programas de estudio, la implementación de seminarios que

refuercen esta área, así como la constante revisión de literatura que actualice los conocimientos adquiridos en la disciplina de la Farmacología, especialmente en el uso y manejo de antibióticos.

Podemos observar que el nivel de conocimiento sobre el manejo y dosificación de antibióticos en niños en general es malo en un 54,8%, regular en un 45,2% y bueno en un 0,0%. Datos que no coinciden con lo obtenido por **Caviedes J**, quien en su estudio encontró predominantemente un conocimiento regular cuando se refiere a manejo, indicaciones y contraindicaciones de los antibióticos.

Se mostraron resultados que nos llamaron significativamente la atención donde podemos observar el conocimiento sobre la presentación de la amoxicilina de uso en niños en general, donde el 86,1% no sabe y el 13,9% si sabe cuál es la presentación de dicho fármaco.

Según semestre podemos decir que el 91,9% de los alumnos de séptimo semestre no sabe cuál es la presentación de la amoxicilina y el 8,1% si sabe. El 73,7% de los alumnos de octavo semestre no sabe cuál es la presentación de la amoxicilina y el 26,3% si sabe. El 86,4% de los alumnos de noveno semestre no sabe cuál es la presentación de la amoxicilina y el 13,6% si sabe. Así como podemos observar el conocimiento sobre la presentación de la dicloxacilina de uso en niños en general, donde el 90,4% no sabe y el 9,6% si sabe cuál es la presentación de dicho fármaco.

Según semestre podemos decir que el 94,6% de los alumnos de séptimo semestre no sabe cuál es la presentación de la dicloxacilina y el 5,4% si sabe. El 84,2% de los alumnos de octavo semestre no sabe cuál es la presentación de la dicloxacilina y el 15,8% si sabe. El 89,8% de los alumnos de noveno semestre no sabe cuál es la presentación de la dicloxacilina y el 10,2% si sabe.

CONCLUSION

1. El nivel de conocimiento sobre el uso de antibióticos en los alumnos de la Clínica Luis Vallejo Santoni es en general predominantemente regular, así como en cada semestre y sexo.
2. El nivel de conocimientos sobre conceptos generales de los antibióticos en general es regular, según semestre es regular en el séptimo y octavo semestre y malo en el noveno semestre. Según sexo predominantemente regular en el sexo femenino y malo en el masculino.
3. El nivel de conocimientos sobre manejo y dosificación de los antibióticos en adultos en general es regular, así como también es regular en cada semestre y en ambos sexos.
4. El nivel de conocimientos sobre manejo y dosificación de los antibióticos en niños en general es malo, según semestre es malo en el séptimo y octavo semestre y regular en el noveno semestre. Según sexo predominantemente malo en el sexo femenino y regular en el masculino.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cordero S, Vasquez SC. El conocimiento Caracas: Universidad santa maria. Primera edición. 2015.
2. Berumen S, Arriaza K. Evolucion de las TIC en la economia del conocimiento Madrid: Editorial de economista Ecobook; 2008.
3. Espinoza M. Farmacología y terapéutica en Odontología: Fundamentos y Guía práctica. Editorial medica Panamericana 2012.
4. Maguiña C. Rational and appropriate use of antibiotics. Acta Med Per. 23(1) 2006.
5. Tripathi K.D. Farmacología en odontología: Fundamentos. Editorial medica Panamericana . 2008.
6. Moreno A. Terapia antibiótica en odontología de práctica general. Revista ADM /JULIO-AGOSTO 2012/VOL. LXIX NO. 4 P.P. 168-175.
7. Sánchez M. Protocolos antibióticos en odontología. JADA vol 4 n° 6. 2009.
8. Caviglia I. Terapias antimicrobianas en infecciones odontogénicas en niños y adolescentes. Revisión de la literatura y recomendaciones para la clínica. Odontostomatología / Vol. XVIII. N° 27 / Mayo 2016.
9. Poveda R. Antibiotic use in dental practice. A review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007; 12:E186-92.
10. Gómez F. ¿Qué antibióticos prescribimos los dentistas?. Revista ADM 2000;LVII(4):143-146.
11. Marcelo L. Nivel de conocimiento sobre prescripción de antibióticos en estudiantes de estomatología de la Universidad César Vallejo, Piura 2017. Repositorio Universidad de Piura. Tesis pregrado.
12. Hernandez R. Conocimiento de protocolos de terapia antibiótica por estudiantes de Odontología de universidades costarricenses. 2018. Repositorio UFV. Tesis pregrado.
13. Caviedes L. nivel de conocimiento sobre antibióticos y su aplicación clínica en estudiantes del vii - x semestre de la Escuela Profesional De Odontología, Cusco - 2018. Cusco: 2019.

CONOCIMIENTO SOBRE ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL Y SU APLICACIÓN EN EL ÁREA DE CIRUGÍA, ENDODONCIA Y PERIODONCIA EN LA CLÍNICA “LUIS VALLEJOS SANTONI” 2019-I

Vargas A.

Autor: Angie Krystel Vargas Anchari
E. Mail: krystelvaan@hotmail.com
Celular: 940184444
Cirujana dentista

RESUMEN

Objetivo: determinar el nivel de conocimiento sobre esterilización del instrumental y su aplicación en las áreas de cirugía, endodoncia y periodoncia en los estudiantes de la Clínica Luis Vallejos Santoni 2019-I. **Material y métodos:** Investigación fue Correlacional, cuantitativa, prospectiva, observacional y no experimental. La muestra estuvo conformada por 60 alumnos matriculados en las áreas de cirugía clínica, endodoncia clínica y periodoncia clínica de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni. La recolección de datos fue un cuestionario sobre conocimientos que resolvieron los estudiantes que participaron, así como la recolección de muestras microbiológicas con la técnica del hisopado y para el cultivo microbiológico se usaron: Agar McConkey, Agar Sabouraud, Agar Manitol Salado y Agar sangre, seguidamente la incubación por 24 horas y observación de éstas sin realizar ningún tipo de intervención. Finalmente, las pruebas bioquímicas para determinar las especies microbiológicas halladas (Hemolisis, prueba catalasa, prueba coagulasa, prueba de fermentación de manitol, prueba de requerimiento de oxígeno, Urea, Citrato de Simmons, MIO, TSI, LIA). Los resultados fueron analizados mediante la correlación de Spearman. **Resultados:** Se registró que el 10% de estudiantes con bajo nivel de conocimiento tienen procedimientos malos en la esterilización del instrumental, el 65% de estudiantes con nivel de conocimiento medio también presentan procedimientos malos, solo el 8.3% de los estudiantes con nivel de conocimiento alto presentan buenos procedimientos de esterilización del instrumental.

Palabras Clave: Nivel de conocimiento, aplicación, esterilización, muestras

ABSTRACT

Objective: The level of knowledge about instrument sterilization and its application in the areas of surgery, endodontics and periodontics in the students of the Luis Vallejos Santoni Clinic 2019-I was determined. **Material and methods:** The research was correlational, quantitative, prospective, observational and non-experimental. The sample consisted of 60 students enrolled in the areas of clinical surgery, clinical endodontics and clinical periodontics of the Luis Vallejos Santoni Stomatological Clinic. The technique that was used for data collection was a questionnaire on knowledge that students who participated participated, as well as the collection of microbiological samples with the swab technique and for microbiological culture were used: McConkey Agar, Sabouraud Agar, Mannitol Agar Salted and Agar blood, followed by incubation for 24 hours and observation of these without performing any type of intervention. Finally, the biochemical tests to determine the microbiological species found (Hemolysis, catalase test, coagulase test, mannitol fermentation test, oxygen requirement test, Urea, Simmons Citrate, MIO, TSI, LIA). The results were analyzed using Spearman's correlation. **Results:** It was recorded that 10% of students with low level of knowledge have bad procedures in the sterilization of instruments, 65% of students with medium level of knowledge also have bad procedures, only 8.3% of students with level of knowledge High present good procedures for sterilization of instruments.

Keywords: Level of knowledge, application, sterilization, microbiological samples, microbiological culture media.

INTRODUCCION

La esterilización es el proceso cuyo principal objetivo es alcanzar la eliminación de las formas de vida microbianas, como son los virus, bacterias, esporas, hongos y sus formas de resistencia. La esterilización es el medio más eficaz para romper la cadena epidemiológica de la infección; ésta se lleva a cabo por medios físicos, y específicamente calor seco o húmedo. (1)

El diagnóstico y tratamiento odontológico requieren del uso continuo de instrumentos especializados en cubrir las necesidades de todas las áreas odontológicas. Un inadecuado proceso de esterilización de dicho instrumental hace que el paciente y operador sea propenso a contraer patologías o infecciones; por lo tanto, el presente trabajo se basa en la importancia que se debe dar al proceso de esterilización del instrumental. (2)

La Universidad Andina del Cusco cuenta con la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni"; en la cual, los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología brindan servicios de atención, por esta razón es importante que los alumnos estén capacitados para realizar el proceso de esterilización adecuadamente; de igual forma deben tener conocimiento de las razones del uso de este proceso en determinadas ocasiones. De esta manera se podrán controlar, reducir y evitar las transmisiones de infecciones y patologías en los pacientes que acuden a la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni"; así como también en los operadores. (3)

La presente investigación fue un estudio de tipo Correlacional, cuantitativo, prospectivo, observacional y no experimental; que tuvo como propósito encontrar la correlación entre el nivel de conocimiento de esterilización del instrumental y su aplicación en las áreas de cirugía, endodoncia y periodoncia en los estudiantes de Clínica "Luis Vallejos Santoni".

Se considera que este trabajo de investigación proporciona una estrategia para poder reducir el riesgo de infecciones y enfermedades; para finalmente poder garantizar un servicio odontológico confiable y de calidad. (3)

MATERIAL Y MÉTODO

Se solicitó la autorización correspondiente para realizar el estudio de investigación en la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco.

Se acudió a la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni y posterior al consentimiento otorgado por el alumno se aplicó el cuestionario sobre los conocimientos de esterilización del instrumental de uso en los alumnos matriculados en las asignaturas de

cirugía bucal, endodoncia y periodoncia. Encuesta sobre datos generales, si el estudiante recibió o no capacitación sobre el proceso de esterilización, a que riesgo se siente expuesto, sobre el conocimiento y los pasos a seguir para realizar el proceso de esterilización del instrumental que se utiliza en las áreas de cirugía bucal, endodoncia y periodoncia. Teniendo así que cada estudiante demoró entre 10 a 15 minutos en contestar dicho cuestionario.

Paralelamente, se realizó la recolección de muestras microbiológicas (hisopado) en el momento en el que el alumno realizaba la apertura del paquete en el cual se encontraba su instrumental ya esterilizado, se realizó el muestreo microbiológico de una pieza de instrumental por alumno.

·Se registró dentro del instrumento: Cuestionario sobre conocimiento, hisopos previamente esterilizados, tubos de ensayo que contenían caldo de cultivo (BHI) colocado con micro pipetas, mechero (genera una zona estéril de 10 cm de radio), lejía al 10% y equipo de bioseguridad (guantes, barbijo, gorro).

·Al momento de realizar el muestreo microbiológico no se contaminó el instrumental sometido, ya que todo el equipo usado estaba previamente esterilizado.

Se colocaron los tubos de ensayo, con las muestras ya tomadas, en un cooler para muestras biológicas. Se trasladó todo al laboratorio de la Universidad Andina del Cusco. Y se colocaron las muestras en la incubadora (24 horas).

Seguidamente se prepararon los agares de cultivo: Agar manitol salado (Gram +), agar Sabouraud (Hongos), agar McConkey (Gram -) y agar Sangre (Gram+ y hemólisis).

Pasadas las 24 horas, utilizando un asa de siembra, se coloca el caldo de cultivo, con técnicas de siembra previamente aprendidas, en las placas Petri que contenían los agares. Se sellaron las placas con film adhesivo, para así evitar que el cultivo se contamine. Y se colocaron en la incubadora unas 24 horas.

Concluido esto, se realizó la identificación de especies, se colocó una microscópica parte del cultivo en el portaobjetos, se realizó la tinción con azul de metileno, cristal violeta, lugol y safranina. Luego se identificaron las especies visualizándolas a través del microscopio.

Finalmente, pasamos a realizar las pruebas de fermentación, hemólisis, catalasa, coagulasa (Gram+); prueba bioquímica diferencial: LIA, TSI, MIO, CITRATO DE SIMMONS y UREA (Gram-); prueba en cultivo de cámara húmeda (Hongos).

RESULTADOS

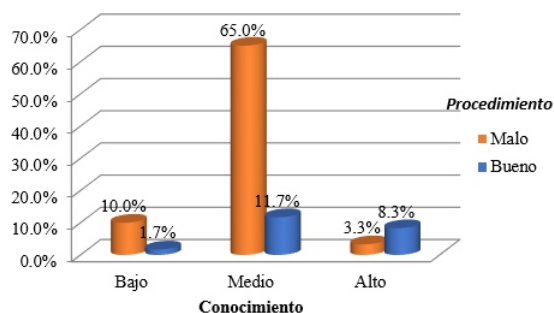


Gráfico N°1.

Nivel de conocimiento sobre esterilización del instrumental y su aplicación en las áreas de cirugía, endodoncia y periodoncia por los estudiantes de la clínica “Luis Vallejos Santoni” 2019-I

Fuente: Ficha de recolección de datos.

El 10% de estudiantes con bajo nivel de conocimiento tienen procedimientos malos en la esterilización del instrumental, el 65% de estudiantes con nivel de conocimiento medio también presentan procedimientos malos, solo el 8.3% de los estudiantes con nivel de conocimiento alto presentan buenos procedimientos de esterilización del instrumental.

Al 95% de confiabilidad según la correlación de Spearman, el nivel de conocimientos sobre esterilización del instrumental presenta relación significativa con la aplicación o procedimientos en las áreas de cirugía, endodoncia y periodoncia por los estudiantes de la clínica “Luis Vallejos Santoni” 2019-I, $p = 0.009 < 0.05$.

Tabla N°1.

Cuadro de resultados de especies de bacterias Gram positivas aisladas de instrumental odontológico.

Bacterias Gram +	Frecuencia	Porcentaje
<i>Staphylococcus aureus</i>	12	35.3%
<i>Streptococcus beta hemolítico</i>	07	20.5%
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	04	11.8%
<i>Staphylococcus alfa hemolítico</i>	03	8.8%
<i>Staphylococcus gamma hemolítico</i>	01	2.9%
<i>Bacillus anthracis</i>	02	5.8%
<i>Staphylococcus salivarius</i>	05	14.9%
Total	34	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 15, se observa que se encontró en un 35.3% la proliferación de *Staphylococcus aureus*; seguido de un 20.5% en proliferación de *Streptococcus beta hemolítico*; luego se observa un 14.9% en proliferación de *Staphylococcus salivarius*; también

se observa la proliferación de *Staphylococcus epidermidis* en un 11.8%; seguido de un 8.8% en proliferación de *Staphylococcus alfa hemolítico*; se observa también la proliferación positiva de *Bacillus anthracis* en un 5.8% y finalmente *Staphylococcus gamma hemolítico* en un 2.9%.

Tabla N°2.

Cuadro de resultados de especies de bacterias Gram negativas aisladas de instrumental odontológico.

Bacterias Gram -	Frecuencia	Porcentaje
<i>Escherichia coli</i>	06	37.7%
<i>Proteus mirabilis</i>	03	18.7%
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	03	18.9%
<i>Enterobacter sp.</i>	03	18.7%
<i>Klebsiella sp.</i>	01	6.25%
Total	16	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 16, se observa que se encontró en un 37.7% la proliferación de *Escherichia coli*; seguido de un 18.7% en proliferación de *Proteus mirabilis*; luego se observa un 18.9% en proliferación de *Pseudomonas aeruginosa*; también se observa la proliferación de *Enterobacter sp.* En un 18.7%; seguido de un 6.25% en proliferación de *Klebsiella sp.*

Tabla N°3.

Cuadro de resultados de especies de Hongos aisladas de instrumental odontológico.

Hongos	Frecuencia	Porcentaje
<i>Penicillium sp.</i>	19	61.3%
<i>Aspergillus sp.</i>	08	25.8%
<i>Geotrichum sp.</i>	04	12.9%
Total	31	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 17, se observa que en un 61.3% la proliferación de *Penicillium sp.*; seguido de un 25.8% en proliferación de *Aspergillus sp.*; luego se observa un 12.9% en proliferación de *Geotrichum sp.*

DISCUSIÓN.

En el presente trabajo de investigación el propósito fue determinar el Nivel de conocimiento sobre esterilización del instrumental y su aplicación en las áreas de cirugía, endodoncia y periodoncia en los estudiantes de la Clínica Luis Vallejos Santoni 2019-I;

en el que la muestra de estudio estuvo conformada en su mayoría por estudiantes entre 19 a 23 años de edad en un 65%, seguido de estudiantes entre 24 a 28 años de edad en un 25%, finalizando con estudiantes entre 29 a 33 años de edad en un 10%; en su mayoría mujeres en un 60% y el 40% restante fueron varones.

Se encontró que el conocimiento sobre esterilización y su aplicación sí están relacionados significativamente; de manera general, el nivel de conocimiento sobre esterilización del instrumental es predominantemente medio en un 76.7% de los estudiantes, seguido de un 11.7% alto y un 11.7% bajo; más específicamente el nivel de conocimientos sobre esterilización del instrumental por parte de los estudiantes del área de Periodoncia clínica es de 15.8% en conocimiento alto; en el área de Endodoncia clínica el 18.8% presentan conocimiento bajo; de igual manera en el área de Cirugía clínica presentan un porcentaje de 12.0% en conocimiento bajo.

El proceso de esterilización del instrumental que el 78.3% de estudiantes es predominantemente malo, solo el 21.7% de los estudiantes realizan un buen proceso de esterilización. Se encontró que la totalidad de estudiantes de Periodoncia clínica presentan malos procedimientos sobre esterilización instrumental, solo el 32% de estudiantes de Cirugía bucal clínica y el 31.3% de estudiantes de Endodoncia clínica presentan buenos procedimientos.

Se determinó la proliferación de bacterias Gram + en un 56.7% en cultivo Agar Manitol Salado, seguida de un 45% positivo en cultivo Agar Sangre, se determinó Hemólisis positiva en un 16.7%, al igual que un 45.0% positivo en Prueba Catalasa, 30% en Prueba Catalasa, 25% positivo en Prueba de fermentación de Manitol; de igual manera se determinó un 83.3% de proliferación de bacterias aerobias y un 15.0% de proliferación de bacterias anaerobias.

Se identificó la existencia de bacterias Gram – en un 26.7% en cultivo de Agar McConkey, seguido de las pruebas bioquímicas diferenciales en las cuales se dieron resultados positivos en LIA (26.7%), TSI (26.7%), MIO (21.7%), Citrato de Simmons (26.7%), Urea (22.7%). Se identificó la proliferación de entero bacterias en un 45.0%.

Se determinó la proliferación de Hongos en un 48.3% en cultivo de Agar Sabouraud; se realizó un cultivo de cámara húmeda y se corroboró la existencia de hongos en del instrumental muestreado.

A través de las pruebas ya mencionadas se identificó las especies de bacterias Gram +: *Staphylococcus aureus* (35.3%), *Streptococcus beta hemolítico* (20.5%), *Staphylococcus epidermidis* (11.8%), *Staphylococcus alfa hemolítico* (8.8%), *Staphylococcus gamma hemolítico* (2.9%), *Bacillus anthracis* (5.8%), *Staphylococcus salivarius* (14.9%). En cuanto a bacterias Gram – se hallaron especies como: *Escherichia coli* (37.7%), *Proteus mirabilis* (18.7%), *Pseudomonas aeruginosa*

(18.9%), *Enterobacter sp.* (18.7%), *Klebsiella sp.* (6.25%). En especies de Hongos se identificaron su forma (filamentosos y levaduriformes) y su especie: *Penicillium sp.* (61.3%), *Aspergillus sp.* (25.8%), *Geotrichum sp.* (12.9%).

De igual manera se halló que el 10% de estudiantes con bajo nivel de conocimiento tienen procedimientos malos en la esterilización del instrumental, el 65% de estudiantes con nivel de conocimiento medio también presentan procedimientos malos, solo el 8.3% de los estudiantes con nivel de conocimiento alto presentan buenos procedimientos de esterilización del instrumental.

Al 95% de confiabilidad según la correlación de Spearman, el nivel de conocimientos sobre esterilización del instrumental presenta relación significativa con la aplicación o procedimientos en las áreas de cirugía, endodoncia y periodoncia por los estudiantes de la clínica “Luis Vallejos Santoni” 2019-i; En el estudio realizado por Bolaños M. (12) Se determinó que el grado de conocimiento de los profesionales odontólogos fue de bueno a regular y malo en menor porcentaje al igual que su actitud. En este estudio se determinó que de 30 odontólogos y 4 asistentes dentales de los departamentos de odontología de las unidades operativas de salud del distrito 17D03, 5% tuvieron un grado de conocimiento sobre medidas de bioseguridad bueno; 90% regular y 5% malo. Coincidiendo con nuestro estudio realizado pues tenemos un porcentaje predominantemente regular en cuanto a conocimiento, sin embargo, en nuestro estudio se muestra que el mayor porcentaje de estudiantes con conocimiento regular acerca de esterilización presentan nivel de aplicación bajo. Por su parte Jiménez M. (10) en la investigación que realizó, tuvo como resultado que el total de elementos muestrales conformado por 70 (100%) estudiantes, la mayoría, conformado por 50 (71.4%) unidades de análisis no cumplen con las medidas de bioseguridad y 20 (28.5%) unidades de análisis si cumplen con dichas medidas. En conclusión, en este estudio si existe significancia entre el grado de conocimiento sobre las medidas de bioseguridad y la aplicación de dichas medidas por los alumnos de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena.

El proceso de esterilización es parte de la bioseguridad; las cifras de nuestro estudio coinciden con las de este, puesto que un gran porcentaje de estudiantes tienen conocimiento regular a bajo y no aplican correctamente el proceso de esterilización ni bioseguridad.

En la investigación realizada por Sáenz S. (9) en el trabajo de investigación que realizó tuvo como resultado un grado de conocimiento regular en su mayoría con un 90% y una actitud regular en un 62,5%; además se determinó que no existe una relación entre el grado de conocimiento y actitud sobre

las medidas de bioseguridad. No coincidiendo con nuestro estudio, puesto que en este estudio el conocimiento va de regular a alto; la aplicación y actitud son regulares, viendo así que los odontólogos de los internos de odontología del Instituto de Salud Oral de la Fuerza Aérea del Perú, tienen un buen conocimiento acerca de bioseguridad, pero haciendo caso omiso a la aplicación correcta de estos.

Por otra parte, **Seminario L.** (2) en su estudio dio como resultado que en el indicador químico interno se obtuvo el 83.33% de eficacia y en externo un 85% de eficacia, el promedio indica un 84.16% de eficacia, de lo cual se interpreta que la eficacia es diferente al valor esperado (100%). Para el análisis microbiológico; para estreptococos se obtuvo el 26.67% de eficacia, estafilococos un 71.67% de eficacia, coliformes totales fue 73.33% de eficacia, coliformes fecales con 75% de eficacia, y hongos con 30% de eficacia.

El valor promedio de eficacia para microbiológicos fue de 55.33%, de lo cual se interpreta que la eficacia es diferente al valor esperado (100%). Concluyendo que los procesos de esterilización empleados en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano-Puno son deficientes; ya que el porcentaje de instrumental estéril no llegó al 100%, lo que indica un funcionamiento defectuoso del aparato, sumada la demanda (sobrecarga) para el proceso de esterilización, y otra de las causas es la inadecuada limpieza y desinfección de los instrumentales; coincidiendo con nuestro estudio realizado pues se halló la proliferación de microorganismos patógenos, en los instrumentales que se usan en la Clínica Luis Vallejos Santoni, aún después de que estos hayan sido esterilizados. Esto puede deberse también a que el horno de esterilización se encuentre en mal estado, ya sea por sobrecarga del aparato o el mal uso; también éstos resultados pueden deberse a que los estudiantes no realizan adecuadamente el proceso de desinfección y esterilización de los instrumentales.

En el estudio realizado por **Suta J.** (7) en su estudio se obtuvo que el nivel de conocimiento sobre los métodos de barrera para reducir el riesgo de contagio de enfermedades en los operadores se encuentra calificado como regular con 53,0% (80), siendo más frecuente en el sexo femenino con 32,5%, según edad el mayor valor se da entre los 18 a 21 años y según semestre el mayor valor se halla en el octavo y décimo semestre. Con 19.9% en ambos semestres. No coincidiendo con nuestro estudio realizado, pues en nuestro estudio se encuentra que el porcentaje de conocimiento es medio con un 76.7% con una frecuencia de 60 alumnos. Concluimos así que el nivel de conocimiento en el estudio de Suta J. es menor al nivel de conocimiento que resultante de nuestro estudio.

CONCLUSIÓN.

Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre esterilización del instrumental y

su aplicación en las áreas de cirugía, endodoncia y periodoncia en los estudiantes de la Clínica Luis Vallejos Santoni 2019-I. Se corroboró que no existe un adecuado proceso de esterilización del instrumental en la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni. El conocimiento sobre esterilización del instrumental es predominantemente medio en un 76.7%. Existe presencia de microorganismos en el instrumental esterilizado por los estudiantes matriculados en las asignaturas de cirugía bucal, endodoncia y periodoncia, teniendo así proliferación de microorganismos patógenos e infecciosos.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Montúfar MF. Análisis del proceso de esterilización del instrumental en la clínica de odontopediatría de la facultad de odontología de la universidad central. año 2012. Tesis [Internet] Ecuador, Quito; 2012 [Citado 2018 Agosto 20]. Disponible en: <http://www.odontocat.com/odontocat/nouod2/pdf/articulo%20cita%20odt%2053.pdf>
2. Seminario L. Eficacia en el proceso de esterilización empleado en la clínica odontológica de la UNA-PUNO 2016. Tesis [Internet] Perú; 2016 [Citado 2018 Agosto 20] Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNA/P/4781/Seminario_Castillo_Lizbeth_Nohelia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Velásquez E. Nivel de conocimiento y aplicación de principios de bioseguridad en cirujanos dentistas del Valle del Alto Mayo, región San Martín - Perú. 2016. Tesis [Internet] Perú; 2016 [Citado 2018 Agosto 20] Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5971/Velasquez_ce.pdf?sequence=1
4. Family health international. Currículo de capacitación sobre ética de la investigación para los representantes comunitarios [Internet] 2005 [Citado 2018 Agosto 21] Disponible en: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/webpages/sp/RH/Training/trainmat/ethicscurr/RETCCRSp/Contents/SectionIV/b4s132.htm>
5. MINSA. Manual de desinfección y esterilización hospitalaria. [Internet] Lima, Perú; 2002 [Citado 2018 Agosto 22] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1444.pdf>
6. Colegio Odontológico del Perú. Código de ética y deontología. [Internet] Perú; 2016 [Citado 2018 Agosto 20] Disponible en: <http://www.cop.org.pe/wp-content/uploads/2016/08/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOGIA-2016-1.pdf>

7. Suta J. Nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad en los estudiantes del VII al X semestre de la clínica estomatológica “Luis Vallejos Santoni” semestre 2015-II. [Internet] Cusco, Perú, 2015 [Citado 2019 febrero 11] Disponible en: http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/543/3/Joel_Tesis_bachiller_2016.pdf citado 2019 abril 21
8. Gutiérrez M.; Ballester M. Protocolo de limpieza, desinfección y/o esterilización de artículos clínicos odontológicos. [Internet] Chile; 2017 [Citado 2018 Agosto 21] Disponible en: <http://facultades.unab.cl/wp-content/uploads/2017/03/PROCOLO-DE-LIMPIEZA-DESINFECCION-YO-ESTERILIZACION-DE-ARTICULOS-CLINICOS-ODONTOLOGICOS.pdf>
9. Sáenz S. Evaluación del grado de conocimiento y su relación con la actitud sobre medidas de bioseguridad de los internos de odontología del Instituto de Salud Oral de la Fuerza Aérea del Perú [Internet] Lima, Perú; 2007 [Citado 2018 Agosto 22] Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2833/saenz_ds.pdf?sequence=1
10. Jiménez M; Hernández A; Granobles S. Conocimiento y aplicación del protocolo de bioseguridad en estudiantes de la facultad de odontología. Tesis [Internet] Cartagena de Indias, Colombia; 2018 [Citado 2019 Agosto 06] Disponible en: <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/6413/1/PROYECTO%20DE%20GRADO%20SONIA%20GRANOBLES%20%201.pdf>
11. Robelly P. Comparación de la esterilidad del instrumental odontológico transportado y almacenado en diferentes medios [Internet] Quito, Ecuador; 2017 [Citado 2018 Agosto 22] Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/6556>
12. Bolaños M. Nivel de conocimiento y su relación con la actitud sobre la aplicación de normativas de bioseguridad en la práctica diaria de los profesionales odontólogos y asistentes dentales de los departamentos de odontología de las unidades operativas de salud del distrito 17D03. Tesis [Internet] Quito, Ecuador; 2016 [Citado 2019 Julio 13] Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5751/1/T-UCE-0015-272.pdf>
13. Álvarez F. Conocimiento y manejo de la bioseguridad por los odontólogos de los centros de salud de Latacunga. Tesis [Internet] Ecuador; 2016 [Citado 2018 Agosto 20] Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/5498/1/UDLA-EC-TOD-2016-63.pdf>
14. Santos K. Prevención de enfermedades infecciosas en pacientes por mal uso de la esterilización. [Internet] Guayaquil, Ecuador; 2012 [Citado 2019 Febrero 11] Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/2973>
15. Aranda A. Nivel de conocimiento y práctica sobre medidas de seguridad de los estudiantes de estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo, 2015. Tesis [Internet] Trujillo, Perú; 2016 [Citado 2019 Agosto 06] Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/1133/ARANDA%20MOSTACERO%20ANTHONY%20RA%20C3%9AL.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
16. Alata G; Ramos S. Nivel de conocimiento de los alumnos de la EAP de odontología y aplicación de las medidas de bioseguridad para reducir el riesgo de contagio de enfermedades en la clínica dental de la UNHEVAL – Huánuco – octubre 2010 – febrero 2011. Tesis [Internet] Huánuco, Perú; 2011 [Citado 2019 Agosto 06] Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/GIOVANNABEATRIZALATAVELASQUEZSANDRAALICIARAMOSI SIDRO.pdf>
17. Torres C. Esterilización en Odontología. [Internet] Barcelona, España; 2016 [Citado 2018 Octubre 04] Disponible en: <https://www.dentisalut.com/esterilizacion-en-odontologia/>
18. COINEP. Esterilización por calor. [Internet] 2009 [citado 2018 Octubre 06] Disponible en: <https://codeinep.org/wp-content/uploads/2017/02/ESTERILIZA-CALOR-.pdf>
19. Universidad popular del Cesar. Instrumentación quirúrgica. [Internet] Colombia, 2011 [Citado 2019 febrero 11] Disponible en: <https://instrumentacionupc.wordpress.com/2011/10/2/metodos-de-esterilizacion/A>
20. Escoda C.; Sánchez M.; Berini L. Instrumental y material quirúrgico, Asepsia y esterilización. [Internet] 2013 [Citado 2018 Octubre 04] Disponible en: <https://odontopromoxivunerg.files.wordpress.com/2013/01/2.pdf> http://www.coem.org.es/sites/default/files/DEONTOLOGICAYPROFESIONAL/GUIA_desinfeccion_esterilizacion.pdf [Citado 2018 Octubre 04].
21. Clínica Dental Este. Protocolo de limpieza, desinfección y esterilización en Clínica Dental Este [Internet] Sevilla, España; 2009 [Citado 2018 Octubre 04] Disponible en: <http://dentaleste.com/protocolo-de-limpieza-desinfeccion-y-esterilizacion-en-clinica-dental-este/>

22. Gutiérrez M; Ballester M. Protocolo de limpieza, desinfección y/o esterilización de artículos clínicos odontológicos. [Internet] Santiago de Chile, Chile; 2016 [Citado 2019 Agosto 08] Disponible en: <http://facultades.unab.cl/wp-content/uploads/2017/03/PROTOCOLO-DE-LIMPIEZA-DESINFECCION-YO-ESTERILIZACION-DE-ARTICULOS-CLINICOS-ODONTOLOGICOS.pdf>
23. Universidad Nacional de Colombia. Manual de bioseguridad y esterilización. [Internet] Bogotá, Colombia; 2012 [Citado 2019 Agosto 08] Disponible en: http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/manual_bioseguridad%20y%20esterilizacion_abril_2013.pdf
24. López Z.; García M. Métodos de esterilización. [Internet] La Habana, Cuba. 2018 [Citado 2018 Octubre 04] Disponible en: <http://uvsfajardo.sld.cu/tema-7-metodos-de-esterilizacion>
25. Universidad Industrial de Santander. Protocolo de limpieza, desinfección y esterilización en el servicio de odontología. [Internet] Bucaramanga, Colombia; 2018 [Citado 2019 Agosto 11] Disponible en: https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/protocolos/TBE.34.pdf
26. Bustinza D; Machaca A. Influencia del conocimiento de bioseguridad, en las intervenciones de cirugía bucal de los estudiantes de la Clínica Odontológica de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez 2016. Tesis [Internet] Puno, Perú; 2016 [Citado 2019 Julio 13] Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/TESIS%2046222690%20-%20%2046903585.pdf>
27. Núñez M.; Gutiérrez F. Conocimientos y actitudes de estudiantes de estomatología sobre esterilización de piezas de mano dentales. [Revista internet] Lima, Perú; 2016 [Citado 2018 Agosto 22] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552016000400004
28. Universidad Andina del Cusco. Reglamento de la clínica estomatológica "Luis Vallejos Santoni". Pág. 2,5,6 [Artículo] Cusco, Perú, 2019 [Citado 2019 mayo 26]
29. Del Valle S. Normas de bioseguridad en el consultorio odontológico, [Internet] Venezuela; 2018 [Citado 2018 Agosto 22] Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/2/normas_bioseguridad_consultorio_odontologico.asp
30. Selva K. Puesta al día en desinfección y esterilización en la clínica dental. [Revista internet] España; 2012 [Citado 2018 Agosto 22] Disponible en: <https://www.gacetadental.com/2012/05/puesta-al-dia-en-desinfeccion-y-esterilizacion-en-la-clinica-dental-y-ii-24551/>
31. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. México: Mc Graw hill; 2010.
32. Guía de esterilización generalizada para consultorios odontológicos. [Internet] Bogotá, Colombia; 2014 [Citado 2019 Agosto 12] Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/11429/GU%CDA%20DE%20ESTERILIZACION%20GENERALIZADA%20PARA%20CONSULTORIOS%20ODONTOL%C3GICOS.pdf;jsessionid=391CD33ED6EFF5B716E9AB2A7D5715EC?sequence=2>
33. Delfín M; Olayo A; Rodríguez J. Necesidad de la implementación de la bioseguridad en los servicios estomatológicos en Cuba. 1999 R.C [Internet] [Citado 2019 Agosto 12]; V.36 (n.3); Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s003475071999000300007
34. Garrido M. Efectividad y seguridad de los procesos de esterilización en odontología [Internet] Madrid, España; 2013 [Citado 2019 Agosto 19] Disponible en: <https://gacetadental.com/2013/04/efectividad-y-seguridad-de-los-procesos-de-esterilizacion-en-odontologia-23956/>
- Fecha de recepción 21 - 08 - 2019
Fecha de aceptación 06 - 11 - 2019

MORFOLOGIA DE CONDUCTOS EN PRIMERAS Y SEGUNDAS MOLARES INFERIORES PERMANENTES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE VERTUCCI EN TOMOGRAFÍAS DE PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI

Quispe V.

Autor: Quispe Huallpa Víctor Raúl
E. Mail: luar23_02@hotmail.com
Celular: 979706262
Cirujano dentista

RESUMEN

Objetivo: Identificar la morfología de conductos en primeras y segundas molares inferiores permanentes según la clasificación de Vertucci en tomografías de pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni, Cusco 2018. **Material y métodos:** Investigación de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional. El diseño de investigación aplicado es no experimental, no probabilístico por conveniencia se tomó en cuenta 162 tomografías de la Clínica Estomatológica “Luis Vallejos Santoni” que cumplan con los criterios de selección. Se Utilizó la técnica de observación y el instrumento fue la ficha de registro. Una vez recolectados los datos de la hoja de sabana se hizo la tabulación de los mismos para lo cual se utilizó los programas de SSPS23, Microsoft Excel 2013 y Microsoft Word. **Resultados:** La clasificación de Vertucci en los conductos radiculares de las primeras y segundas molares inferiores fue en 2 raíces separadas raíz mesial en la pz 36 el mayor porcentaje fue el tipo 4 (13.5%), en la pz 37 fue el tipo 1, en la pz 46 fue el tipo 4 (18.9%) y en la pz 47 fue el tipo 2 (8.8%). En 2 raíces separadas la raíz distal en todos los molares inferiores fue el tipo 1 (25%, 26.4%, 19.6% y 17.6% respectivamente). En 2 raíces fusionadas mesial y distal en todos los molares inferiores fue el tipo 1. **Conclusión:** La morfología según la clasificación de Vertucci en los primeros molares fue el tipo 1,4 y 5 en las segundas molares fue el tipo 1 y 2

Palabras clave: Primera molar permanente, segunda molar permanente, clasificación de Vertucci, tomografía.

ABSTRACT

Objective: To identify the morphology of ducts in permanent lower first and second molars according to the Vertucci classification in tomographies of patients of the Luis Vallejos Santoni Stomatological Clinic, Cusco 2018. **Material and methods:** research work is retrospective, transversal, descriptive and observational. The applied research design is non-experimental, non-probabilistic study for convenience, and 162 tomographs of the Stomatological Clinic “Luis Vallejo Santoni” that meet the selection criteria were taken into account. The observation technique was used and the instrument was the registration form. Once the sheet data was collected, the tabulation was made for which the SSPS23, Microsoft Excel 2013 and Microsoft Word programs were used. **Results:** The classification of Vertucci in the root canals of the first and second lower molars was in 2 separate the fused roots in pz 36 the highest percentage was type 4 (13.5%), in pk 37 it was type 1, on pz 46 it was type 4 (18.9%) and on pz 47 it was type 2 (8.8%). In 2 separate roots the fused distal in all the lower molars was type 1 (25%, 26.4%, 19.6% and 17.6% respectively). In 2 fused mesial and distal roots in all the lower molars was type 1. **Conclusion:** The morphology according to the Vertucci classification in the first molars was type 1.4 and 5 in the second molars was type 1 and 2

Keywords: First permanent molar, permanent second molar, Vertucci classification, and tomograph.

INTRODUCCIÓN

El sistema de conductos son una variación anatómica, que fue mencionado por primera vez por Cooke y Cox en 1979, mencionando que estos conductos radiculares son complejos y de variada morfología, los segundos molares inferiores permanentes son órganos dentales cuyos conductos radiculares son muy complejos. Esta variabilidad dificulta la limpieza, conformación, obturación y por ende la reconstrucción de tales órganos dentales. (1)

Uno de los objetivos del tratamiento endodóntico es obtener una limpieza y conformación completa del conducto radicular, para lo cual la preparación química y mecánica es muy importantes para lograr una perfecta obturación, y con ello llegar al éxito del tratamiento. (2)

La tomografía computarizada, reproduce imágenes de alta resolución y nos proporciona una representación tridimensional, que pueden ser observadas desde diferentes ángulos, ayudándonos a obtener una visualización completa del conducto radicular interno y externo del órgano dental, este mismo nos provee de diferentes cortes como: axial, coronal y sagital, siendo una gran ventaja para que hoy en día el diagnóstico y tratamiento vayan encaminados al éxito, aun mas en el campo de la endodoncia, es un método muy efectivo para detectar estas variaciones anatómicas, además de reducir el tiempo de exploración y cantidad de radiación. (3)

Las radiografías son imágenes planas que no permiten determinar la morfología correcta del diente a tratar, ya que las imágenes que dan son superposición de estructuras en tal sentido se debe conocer sus limitaciones y las distintas técnicas que pueden ayudar a identificar la morfología del diente a tratar. (4)

Para conocer la morfología del diente se debe de realizar tomar radiografías tanto ortorradales como con desviación angular horizontal diferente previo al tratamiento endodóntico. Para conocer de manera exacta la morfología del diente a tratar se debe de realizar con exámenes radiológicos como la tomografía computarizada ya que su información que entrega es mucho más exacta sobre las características morfológicas del diente. (5) Es importante utilizar todos los otros recursos disponibles para detectar y seguir el sistema de conductos con la finalidad de realizar tratamientos endodónticos exitosos y sólo el conocimiento previo de la anatomía externa e interna de los dientes orientará en esta búsqueda el cual la tomografía nos permite conocer a profundidad. (6)

MATERIAL Y METODO

Tipo de investigación retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Diseño de investigación no experimental, porque no se manipula intencionalmente ninguna de las variables. Población y muestra 162 Tomografías del área de radiología y Diagnóstico por imágenes de la Clínica

Estomatológica "Luis Vallejos Santoni". Por ser un estudio no probabilístico por conveniencia se tomará en cuenta 162 tomografías de la Clínica Estomatológica "Luis Vallejos Santoni", que cumplan con los criterios de selección.

RESULTADOS

CUADRON° 1

Distribución numérica y porcentual de la edad según sexo en tomografías de pacientes de la clínica estomatológica Luis Vallejos Santoni, Cusco 2019

edad	sexo				total	
	masculino		femenino		recuento	% del total
	recuento	% del total	recuento	% del total		
17-22 años	20	12.3 %	28	17.3%	48	29.6 %
23-28 años	22	13.6 %	20	12.3%	42	25.9 %
29-34 años	12	7.4 %	8	4.9%	20	12.3 %
35-40 años	12	7.4 %	14	8.6%	26	16.0 %
41-45 años	6	3.7 %	4	2.5%	10	6.2 %
46-51 años	6	3.7 %	10	6.2%	16	9.9 %
total	78	48.1 %	84	51.9%	162	100.0%

Fuente: Base de datos El cuadro muestra la distribución numérica y porcentual de la edad según sexo donde, en el sexo masculino el mayor porcentaje fue para el grupo de edad de 23 a 28 años con el 13.6% y el menor porcentaje fue para el grupo de edad de 41 a 45 años y 46 a 51 años con el 3.7% respectivamente, en el sexo femenino el mayor porcentaje fue para el grupo de edad de 17 a 22 años y el menor porcentaje fue para el grupo de edad 41 a 45 años.

Como se observa en el sexo masculino el mayor porcentaje fue para el grupo de edad de 23 a 28 años y en el sexo femenino fue el grupo de edad de 17 a 22 años.

CUADRON° 2

Distribución numérica y porcentual del número de raíces de los primeros y segundos molares inferiores permanentes en tomografía computarizada de haz cónico de la clínica estomatológica

Luis Vallejos Santoni, Cusco 2019

pieza	numero de raíces					
	2 raíces separadas		2 raíces fusionadas		total	
	f	%	f	%	f	%
pz 36	45	27.8%	0	0.0%	45	27.8%
pz 37	39	24.1%	6	3.7%	45	27.8%
pz 46	35	21.6%	1	0.6%	36	22.2%
pz 47	29	17.9%	7	4.3%	36	22.2%
total	148	91.4%	14	8.6%	162	100.0%

Fuente: Base de datos El cuadro muestra la distribución numérica y porcentual del número de raíces de los primeros molares inferiores donde, todas las piezas dentarias presentaron 2 raíces separadas en su mayor porcentaje de estos el mayor porcentaje fue para la pz 36 (27.8%), y el menor porcentaje fue para la pz 47 (17.9%). Respecto a las raíces fusionadas el mayor porcentaje fue para la pz 47 (4.3%) seguida de la pz 37 (3.7%)

Como se observa tanto en todos los molares inferiores el mayor porcentaje presentó dos raíces separadas y la pz 47 presentó la mayor frecuencia de raíces fusionadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. asanza t. anatomía radicular interna en incisivos inferiores mediante tac en la ciudad de loja en el periodo octubre 2017- marzo 2018. space. 2017-2018 marzo;; p. 6-27.
2. natalia m. funcionamiento de la tc medica y la tc de haz conico en odontologia. esp. 2015;(37-38).
3. granda g. estudio de la anatomía de las raíces y conductos radiculares en segundas molares permanentes mandibulares mediante tomografía computarizada de haz cónico. upc. 2018 diciembre 13;; p. 3-7.
4. cespedes j. incidencia del conducto medio mesial en cortes dentinarios a nivel coronal, medio y apical de primeros molares mandibulares. 2015 septiembre;; p. 1-3.
5. montoya j. prevalencia del segundo conducto en la raíz mesial en primeras molares superiores mediante el uso de tomografía computarizada de haz cónico (cbct) - trujillo 2016.2016;;p.1-8.

6. ruiz i. uso de la tomografía computarizada de haz conico para evaluar la morfología de la raíz y el conducto radicular de los primeros y segundos molares inferiores en pacientes de la facultad de odontología de la universidad san carlos de guatemala. 2015 noviembre.

7. gavilanez m. análisis morfológico de los conductos en c de segundos molares inferiores desde coronal hacia apical, utilizando cone beam. 2018 marzo;; p. 31-35.

8. mendoza y. estudio invitro del examen radiografico y la tecnica de diafanización para determinar el numero de conductos radiculares mesiales de los primeros molares inferiores en el policlinico especializado "modelo" de ica, 2018. 2018 marzo;; p. 19-25.

9. zambrano f. estudio comparado de la presencia de conductos en c en función de la clasificación de melton, en los diferentes tercios de los segundos molares permanentes inferiores, en relación al sexo de los pacientes. space. 2016 diciembre 8-14.

10. canal c. endodoncia: técnicas clínicas y bases científicas. 2014; 3 edición: p. 11-25.

11. quiroz c. prevalencia de variantes anatómicas de raíces y conductos radiculares de segundas molares inferiores empleando tomografía computarizada de haz conico en el instituto de diagnóstico maxilofacial, periodo 2015 – 2016. 2015-2016;; p. 12-15.

12. lenguas a or, lm. tomografía computarizada de haz cónico. aplicaciones clínicas en odontología; comparación con otras técnicas. 2016 agosto; 7(2): p. 147-149.

13. alvarez c. anatomía de molares. 2015 mayo;; p. 30-43.

14. moreano s. estudio in-vitro de la anatomía interna de conductos radiculares del primer premolar superior, estudio mediante la técnica de diafanización dental. space. 2018;; p. 11-22.

15. ortiz p. análisis mediante cbct de la configuración anatómica de los orificios de la raíz mesial del primer molar maxilar en población colombiana. 2015 junio- diciembre;; p. 2 - 5 .

16. samanamu p. diafanización dental y el nivel de aprendizaje de la clasificación de los conductos radiculares según vertucci en los alumnos del 6º ciclo de estomatología de la universidad alaska peruanas filial huacho en el 2016- ii. 2017;; p. 2-3.

17. corrales v vj,gh. caracterizacion y prevalencia de la configuracion anatomicade las raices y del sistema de conductos en premolares maxilares, utilizando cbct en una poblacion colombiana. 2018;; p. 18-25.

18. vidal c. las sorpresas del troughing: detección de tres conductos en la raíz mesial de un molar superior. 2015 enero-marzo; 28(1): p. 25.28.

19. escudero w. estudio in vitro de la incidencia del conducto mesio-medial del primer molar inferior en una muestra de mil piezas extraídas. 2017 junio; 3(4): p. 230-233.

20. verdesoto c. variaciones anatomicas de los conductos radiculares de los segundos premolares superiores en una muestra de 300 dientes mediante cbct, segun la clasificacion de vertuccie. .

Fecha de recepción 26 - 08 - 2019
Fecha de aceptación 08 - 11 - 2019

AUTOCUIDADO DE LA SALUD DENTAL EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE UNIVERSIDAD PRIVADA DE LA REGIÓN SUR DEL PERÚ.

Muñoz A.
Valero J.
Palomino I.
Peralta L.
Vargas G.

Autor: Agueda Muñoz del Carpio-Toia.

E. Mail: amunozde@ucsm.edu.pe

Celular: 051997972467

Universidad Católica de Santa María,
Vicerrectorado de Investigación. Escuela de
Medicina. Arequipa Perú
Medico Cirujana

RESUMEN

Objetivo: Determinar los hábitos de autocuidado de la salud e higiene oral en los alumnos del primer ciclo de la carrera de odontología de la Universidad. **Material y Métodos:** Estudio de tipo observacional, transversal y descriptivo; la muestra estuvo constituida por 264 estudiantes de odontología, quienes fueron elegidos por un muestreo aleatorio. Se aplicó una encuesta de 10 preguntas para evaluar los hábitos de autocuidado de la salud, visita a consulta odontológica y tipo de procedimiento e información recibida. **Resultados:** Se evaluaron 264 estudiantes de odontología, el 23.0% no acude al odontólogo desde hace 6 meses a 1 año, mientras que el 2.9% no va desde hace más de 4 años. Entre los procedimientos más frecuentes encontramos 49.0% exodoncia, 64.7% limpieza de dientes, 31.9% limpieza profunda en las encías. Sobre la información recibida para estos procedimientos, el 85.8% recibieron información por parte de los odontólogos, el 4.4% recibieron información de los alumnos, mientras que el 0.5% de internos y secretarías. **Conclusión:** Los estudiantes de odontología acuden por diversos problemas de salud oral al dentista, no todos reciben información de los procedimientos por parte del odontólogo tratante.

Palabras Clave: Autocuidado, Salud dental, Estudiantes Odontología

ABSTRACT

Objective: To determine the habits of self-care of oral health and hygiene in the students of the first cycle of the University's dental career. **Material and Methods:** Observational, cross-sectional and descriptive study; The sample consisted of 264 dental students, who were chosen by random sampling. A survey of 10 questions was applied to assess health self-care habits, visit to dental practice and type of procedure and information received. **Results:** 264 dental students were evaluated, 23.0% did not go to the dentist for 6 months to 1 year, while 2.9% did not go for more than 4 years. Among the most frequent procedures are 49.0% exodontics, 64.7% teeth cleaning, 31.9% deep gum cleaning. Regarding the information received for these procedures, 85.8% received information from dentists, 4.4% received information from students, while 0.5% of interns and secretaries. **Conclusion:** Dental students go to the dentist for various oral health problems, not everyone receives information about the procedures from the treating dentist

Key Words: Self Care, Dental Health, Dentistry Students

Introducción

El trabajo se desarrolló en el Centro Odontológico de la Facultad de odontología de una Universidad Privada de la Región Sur del País, con el objetivo de determinar los hábitos de autocuidado de la salud e higiene oral en los alumnos del primer ciclo de la carrera de odontología de la Universidad, al considerar que los estudiantes deberían ser agentes de cambio y de ejemplo para sus pacientes en el autocuidado de la salud.

La salud oral es considerada como un componente esencial presente en la salud integral de todo individuo (1), siendo la mayoría de las patologías prevenibles, de allí la importancia desde la etapa de formación profesional en odontología de tener autocuidado de la

salud. (1)

Es necesario que todo profesional de salud en formación y sobre todo los estudiantes de odontología desarrollen competencias para educar en salud; estimulando a los pacientes y familiares a mejorar sus actitudes y conductas a favor de la salud bucal (2), actividad que genera menor tasa caries y exodoncias.

La formación de los alumnos de odontología, requiere planes curriculares que desarrollen competencias para el trabajo preventivo (3), siendo necesario además enfatizar la obligación de la entrega de información adecuada y razonablemente completa sobre todos los procedimientos odontológicos, así como sus beneficios y riesgos en pacientes de todas las edades, inclusive los pacientes pediátricos. (4,5,6)

Es necesario conocer si los estudiantes de odontología tienen adecuados hábitos y conductas dirigidas al cuidado de la salud, a la higiene personal para la prevención de caries y a las enfermedades gingivo-periodontales (3,5).

Es por ello, que se desarrolló el presente estudio y se presentan los principales resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de tipo observacional, transversal y descriptivo realizado en la clínica odontológica de la Universidad Privada de la Región Sur del Perú; la muestra estuvo constituida por 264 estudiantes de odontología, quienes fueron elegidos por un muestreo aleatorio. Se utilizó Se aplicó una encuesta de 10 preguntas para evaluar los hábitos de autocuidado de la salud, visita a consulta odontológica y tipo de procedimiento e información recibida.

Todos los participantes consintieron voluntariamente ser parte del estudio, se cumplieron todas las recomendaciones éticas para la protección de los estudiantes voluntarios de acuerdo a las guías y recomendaciones éticas. El estudio fue autofinanciado.

RESULTADOS

La Tabla N°. 1 muestra que el 61.3% de los estudiantes de la escuela de odontología de la Universidad Privada de la Región Sur del Perú, son de primer año, el 56.9% de los estudiantes son de sexo femenino y 43,1 del sexo masculino, mientras que el 83.8% tienen entre 17-20 años. De primer año fueron 61,3%, de segundo año 30,4%, del tercer año 5,4% y del cuarto año 2,9%

TABLA N° 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Sociodemográficos	N°.	%
Año de estudios		
Primero	125	61,3
Segundo	62	30,4
Tercero	11	5,4
Cuarto	6	2,9
Sexo		
Masculino	88	43,1
Femenino	116	56,9
Edad		
17-20	171	83,8
21-24	27	13,2
25-30	6	2,9
TOTAL	204	100

La Tabla N°. 2 muestra que el 39.2% de los estudiantes de la escuela de odontología de la Universidad Privada de la Región Sur del Perú acudieron al odontólogo hace menos de 6 meses, el 23.0% no acude al odontólogo desde hace 6 meses a 1 año, mientras que el 2.9% no va desde hace más de 4 años.

TABLA N° 2

ÚLTIMA VISITA AL ODONTÓLOGO POR PARTE DE LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Última visita	N°.	%
En tratamiento	46	22,5
Menos de 6 meses	80	39,2
De 6 meses a 1 año	47	23,0
Hace 2 años	16	7,8
Hace 3 años	5	2,5
Más de 4 años	6	2,9
No sabe/No responde	4	2,0
TOTAL	204	100

La Tabla N°. 3 muestra que el 74.5% de los estudiantes de la escuela de odontología de la Universidad Privada de la Región Sur del Perú en su última consulta al odontólogo les aplicaron anestesia, al 49.0% les realizaron exodoncia, al 64.7% le hicieron limpieza de dientes, mientras que al 31.9% les realizaron limpieza profunda en las encías.

TABLA N° 3

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN LA ÚLTIMA VISITA AL ODONTÓLOGO POR PARTE DE LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Procedimie ntos	Si		No		No sabe	
	N°	%	N°	%	N°	%
Anestesia	15	74,	48	23,	4	2,
Exodoncia	2	5	98	5	6	0
Obturacione s	10	49,	98	48,	1	2,
Endodoncia	0	0	14	0	2	9
Profilaxis	94	46,	5	48,	7	5,
Curetaje	52	1	67	0	5	9
Colocación coronas	13	25,	13	71,	7	3,
Prótesis	2	5	2	1	5	4
Implante	65	64,	15	32,	7	2,
Ortodoncia	44	7	5	8	2	5
Blanqueami ento	20	31,	17	64,	2	3,
	26	9	7	7	4	4
	10	21,	17	76,	2,	5
	7	6	6	0	5	
	62	9,8	95	86,	3,	
		12,	13	8	4	
		7	8	86,	1,	
		52,	3	0		
		5	46,	1,		
		30,	6	0		
		4	67,	2,		
			6	0		

La Tabla N°. 4 muestra que el 68.1% de los estudiantes de la escuela de odontología de la Universidad Privada de la Región Sur del Perú que en su última consulta al odontólogo les aplicaron anestesia si les explicaron en qué consistía el tratamiento, al 54.9% les explicaron en que consistía la profilaxis, mientras que al 70.6% de los pacientes no les explicaron en qué consistía la colocación de coronas.

TABLA N° 4

EXPLICACION SOBRE EL TRATAMIENTO A REALIZAR EN LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Procedimientos	Si		No		A medias	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Anestesia	139	68,1	45	22,1	13	6,4
Exodoncia	90	44,1	103	50,5	3	1,5
Obturaciones	61	29,9	121	59,3	9	4,4
Endodoncia	52	25,5	130	63,7	3	1,5
Profilaxis	112	54,9	73	35,8	6	2,9
Curetaje	61	29,9	117	57,4	11	5,4
Colocación coronas	36	17,6	144	70,6	7	3,4
Prótesis	24	11,8	156	76,5	2	1,0
Implante	20	9,8	159	77,9	5	2,5
Ortodoncia	102	50,0	91	44,6	4	2,0
Blanqueamiento	72	35,3	115	56,4	7	3,4

GRÁFICO N° 1

QUIEN PROPORCIONO LA INFORMACION A LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA DE ODONTOLOGIA

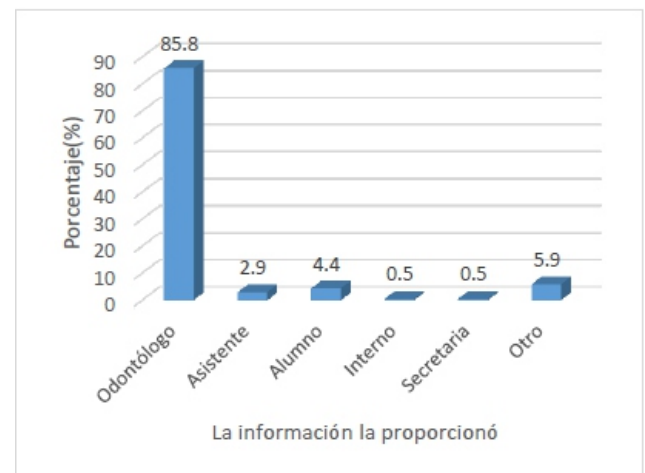
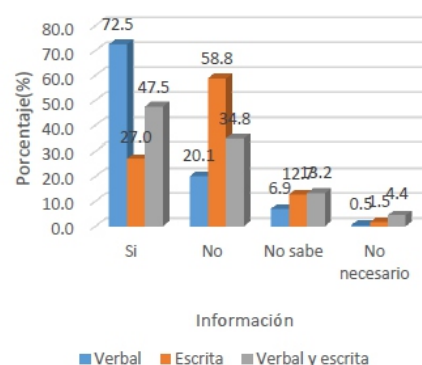


GRÁFICO N° 2

TIPO DE INFORMACIÓN QUE LE FUE DADA SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS A LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA DE ODONTOLOGIA

El gráfico 2 muestra que el 72.5% de los estudiantes de la escuela de odontología de la Universidad Privada de la Región Sur del Perú recibieron información verbal, el 27.0% información escrita, el 47.5% recibieron información verbal y escrita, mientras que el 58.8% no recibieron información escrita.



Discusión

Los estudiantes de odontología deberían ser considerados como futuros modelos a seguir en el autocuidado de la educación dental (7,8) y para comprobar ello, se desarrolló el presente estudio.

La Tabla N°. 1 muestra que el 61.3% de los estudiantes de la escuela de odontología de la Universidad Privada de la Región Sur del Perú son de primer año, mientras que el 83.8% tienen entre 17-20 años.

Se entrevistaron a 204 alumnos, de los cuales el 56.9% son de sexo femenino y 43,1 del sexo masculino. Nuestros resultados no se asemejan a la muestra estudiada por Ruíz Tuesta, Rosa Milagro; Sáenz Córdova, Mónica Andrea quienes en el estudio denominado “Relación entre nivel de conocimiento en odontología preventiva e índice de higiene oral en alumnos de cuarto y quinto nivel de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana–Iquitos 2015. 2016” entrevistaron a 46 alumnos de odontología, de los cuales 54,3% (25) eran de sexo femenino y 45.7% (21) de ssexo masculino (9)

Los alumnos entrevistados fueron en su mayoría de primer año fueron 61,3%, seguido de segundo año 30,4%, del tercer año 5,4% y del cuarto año 2,9%.

En el estudio realizado por Ruíz Tuesta, y colaboradores, se entrevistaron solamente a alumnos de cuarto (67,4%) y quinto año de estudios en un 32,6%. (9)

En nuestros estudios los alumnos entrevistados fueron 204 tenían edad promedio entre 17-20 siendo 171 (83.8%) alumnos ;21-24 27 (13.2%) alumnos. seguido de 6 con un promedio de edad de 25-30 (2.9%). nuestros resultados no se asemejan al estudio realizado por Fabricio denominado “Actitudes y Conductas de Salud Oral de Estudiantes de Odontología de la Universidad de Cuenca 2014.”.

Entrevistaron a 384 que tenían un rango de edad de 17-21 siendo 241 (62.8%); 22-26 con 131 alumnos (34.1%); seguido de la edad de 27-31 con tan solo 8 personas (2.1%) (10)

Los alumnos entrevistados fueron en su mayoría de primer año fueron 61,3%, seguido de segundo año 30,4%, del tercer año 5,4% y del cuarto año 2,9%.

En el estudio realizado por Fabricio y colaboradores entrevistaron a 384 siendo más de primer año 26.5%, seguido del segundo al tercer año con 21.8% y del quinto año con 10.4% (10)

En nuestros resultados se determinó que el 39.2% de los estudiantes de la escuela de odontología, acudieron al odontólogo en un periodo de 6 meses,

siendo un 23.0% el porcentaje de estudiantes que no acuden al odontólogo en un periodo de medio a un año, un 2.9% no acudía al consultorio desde hace más de 4 años.

Estos resultados no coinciden con los reportados por Julca Sanchez Huber. quien en el estudio “Hábitos y nivel de higiene oral en alumnos del primer ciclo de la carrera de odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016” quien entrevistó a 150 estudiantes entre 1er - 4to año de odontología, de los cuales 74% acudieron al dentista en el último año, por lo menos una vez. (11)

En nuestros resultados, al 49.0% de los estudiantes recibieron exodoncia, 64.7% le hicieron limpieza de dientes y 31.9% recibieron limpieza profunda en las encías. Estos resultados podrían indicar que varios tienen problemas de salud bucal.

En un estudio realizados en Lima, se aplicó un cuestionario sobre hábitos de higiene oral y tiempo transcurrido desde la última visita al dentista, encontrándose que un 30% de los estudiantes entrevistados presentaron un resultado positivo para el índice Hábitos de Higiene Oral (11).

Nuestros resultados demostraron que 49.0% les realizaron exodoncia, al 64.7% le hicieron limpieza de dientes, mientras que al 31.9% les realizaron limpieza profunda en las encías; al 25.5% se realizó endodoncia; al 52.5% se realizó una ortodoncia a comparación de los reportados por Escobar López, María Teresa quien en el estudio denominado “Consentimiento informado en odontología. Estudio histórico-interpretativo en Cundinamarca 1990-2010” en el que se entrevistaron a 180 de los cuales solo en su última consulta el 19% se les realizó una endodoncia; al 4% una ortodoncia y al 3% se le realizó una exodoncia (12).

De otro lado, el 68.1% de los estudiantes de la escuela de odontología entrevistados, indicaron que última consulta al odontólogo les aplicaron anestesia y si les explicaron en qué consistía el tratamiento, al 54.9% les explicaron en qué consistía la profilaxis, mientras que al 70.6% de los pacientes no les explicaron en qué consistía la colocación de coronas. Es importante que todos los procedimientos odontológicos sean entendidos, dentro de un adecuado proceso de consentimiento informado, así en el estudio denominado “Nivel de aplicación del Consentimiento Informado en residentes de la especialidad Estomatología General Integral”, se evidenció que los residentes de estomatología pese a que presentaron un buen nivel de conocimientos sobre el consentimiento informado, tenían un bajo

nivel de aplicación. (13)

Los resultados del presente estudio, determinaron que el 85.8% de los estudiantes de la escuela de odontología recibieron información por parte de los odontólogos, el 4.4% recibieron información de los alumnos, mientras que el 0.5% de internos y secretarías, siendo necesario que en el proceso de toma de consentimiento informado sea desarrollado por el personal que pueda resolver todas las dudas de los pacientes.

En cuanto a la información que todo estudiante y paciente, deben manejar resultará como indispensable para influir positivamente en la toma de decisiones de cada paciente. (13)

Sobre la forma en la que informó a los estudiantes de odontología, éstos recibieron información verbal, el 27.0% información escrita, el 47.5% información verbal y escrita, mientras que el 58.8% no recibieron información escrita,

Por último, la información contenida dentro del formato de consentimiento informado en odontología, debe ser completa y entendible, (15) debido a la complejidad y riesgos de los procedimientos (16), por lo tanto, la información que todo estudiante y paciente, deben manejar en el consentimiento informado (17,18), resultará indispensable para influir positivamente en la toma de decisiones de cada paciente (19,20).

Conclusión

Los estudiantes de odontología acuden por procedimientos odontológicos preventivos y por algunos problemas de salud oral, no todos reciben información de los procedimientos por parte del odontólogo tratante.

Referencias Bibliográficas

1. Lafebre F, Reinoso J, Serrano CY. Estudio comparativo de actitudes y conductas en el autocuidado de salud oral de estudiantes de carreras de ciencias de la salud: Universidad de Cuenca, Ecuador 2016. Acta Odont Col [en línea] 2017,7(2): 25-32 [fecha de consulta: 4/11/2019]; Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>
2. Arévalo C, Charry R, Carrasco AMT. Actitudes y conductas de salud oral de estudiantes de Odontología de la Universidad de Cuenca 2014. Acta Odontológica Colomb. 2015; 5(2): 47.
3. Academia Americana Odontología Pediátrica (AAPD). Guideline on Adolescent Oral Health Care.

Clinical Affairs committee. V 37/Nº6 15/16. [Disponible: http://www.aapd.org/media/polices_guidelines/g_behavguide.pdf. [Consultado: el 12 noviembre de 2019]

4. American Academy of Pediatrics. Guía Pediátrica para la salud oral infantil. Guía de Referencia. Disponible: <http://www.aap.org/> [Consultado el 12 noviembre de 2019]

5. González GE, Salud bucal individual y colectiva del niño y del adolescente: una experiencia pedagógica en la Universidad Nacional de Colombia. Acta Odont Col [en línea] 2017,7(1): 101-119 [fecha de consulta: 12 noviembre de 2019]; Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

6. KIM, Kang-Ju, et al. Oral health attitudes/behavior and gingival self-care level of Korean dental hygiene students. Journal of oral science, 2001, vol. 43, no 1, p. 49-53.

7. Jaramillo, Jorge A., et al. A comparative study of oral health attitudes and behavior using the Hiroshima University - Dental Behavioral Inventory (HU-DBI) between dental and civil engineering students in Colombia. Journal of Oral Science, Vol. 55, No. 1, 23-28, 2013

8. Vangipuram, Swathi, et al. Assessment of oral health attitudes and behavior among undergraduate dental students using Hiroshima University Dental Behavioral Inventory HU-DBI. Journal of Indian association of public health dentistry, 2015, vol. 13, no 1, p. 52.

9. Ruíz Tuesta, Rosa Milagro; Sáenz Córdova, Mónica Andrea. Relación entre nivel de conocimiento en odontología preventiva e índice de higiene oral en alumnos de cuarto y quinto nivel de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana-Iquitos 2015. 2016.

10. Lafebre Carrasco, Fabricio, et al. Actitudes y Conductas de Salud Oral de Estudiantes de Odontología de la Universidad de Cuenca 2014. Acta Odontológica Colombiana, 2019.

11. Sánchez, Julca; Edwin, Huber. Hábitos y nivel de higiene oral en alumnos del primer ciclo de la carrera de odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2016. 2017.

12. López, María Teresa Escobar. Consentimiento informado en odontología. Estudio histórico-interpretativo en Cundinamarca 1990-2010. Revista Colombiana de Bioética, 2014, vol. 9, no 1, p. 7-125.

13. Rodríguez, María Isabel Ramírez, et al. Nivel de aplicación del Consentimiento Informado en residentes de la especialidad Estomatología General Integral. MULTIMED, 2017, vol. 19, no 3.

14. Palomar RL. Consentimiento informado en odontología. Un análisis teórico-práctico. Acta Bioeth [Internet]. 2009 [citado 2019 Nov 22]; 15(1): 100-105. Disponible en : http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2009000100013

15. Muñoz del Carpio Toia, Agueda. Características del proceso de consentimiento informado en la atención de pacientes odontológicos en la Clínica Universitaria de la Región Sur del Perú. Visión Odontológica, 2018, vol. 5, no 2, p. 105-109.

16. Franco Mejía, Andrés Josué. Gingivitis y su asociación con hábitos de higiene oral en alumnos de tercer semestre de la Facultad de Odontología, periodo marzo 2015-julio 2015. 2015. Tesis de Licenciatura. Quito: UCE.

17. Gutiérrez, pía Mónica Hernández. El Consentimiento Informado en Odontología. 2016. Tesis Doctoral. Universitat de València.

18. Pastor, Luis Antonio Corpas. Consentimiento informado en la esfera odontoestomatológica/Informed consent in dentistry. Revista de Derecho Civil, 2019, vol. 6, no 1, p. 445-484.

19. Chaple Gil, Alain Manuel. Consentimiento informado en tratamientos estéticos dentales. Revista Cubana de Estomatología, 2015, vol. 52, p. 85-94.

20. Figueroa Olate, Felipe Ignacio; Ponce, Mazu; Nicol, Mijal. Consentimiento informado para procedimientos de exodoncia simple, revisión bibliográfica: reporte de la realidad chilena. 2016.

Fecha de recepción 15 - 08 - 2019
Fecha de aceptación 09 - 11 - 2019

REHABILITACIÓN ORAL CON SOBREDENTADURA MANDIBULAR SOBRE 2 IMPLANTES EN PACIENTE DIABÉTICO CONTROLADO

Reinoso J.

Autora: Mgtr. C.D. Jenny Reinoso Zevallos
E-mail: jennicitarz@hotmail.com
Celular: 984772074
Docente del área Protopodancia y Periodoncia
Clínica UAC
Maestría en Estomatología UCSM
Especialista en Periodoncia e Implantología
UAC

RESUMEN

La práctica odontológica ha demostrado la aplicación con éxito la rehabilitación oral combinada con procedimientos implantológicos orales en los pacientes con enfermedades sistémicas controladas. La utilización de implantes oseointegrados para restaurar la mandíbula o el maxilar edéntulos ha aumentado en el tratamiento de los pacientes diabéticos controlados. La sobredentadura es una excelente modalidad terapéutica de prótesis sobre implantes con una buena respuesta biológica y funcional en estos pacientes. Algunos implantes pueden constituir los elementos retentivos, mediante barra o bolas, de las sobre dentaduras. El plan de tratamiento y la valoración médica es necesaria para optimizar los beneficios de la rehabilitación oral con sobredentaduras implantosoportadas sobre la calidad de vida de los pacientes.

Palabras Claves: Implantología oral, sobredentaduras, Oseointegración, Prótesis implantosoportada, rehabilitación sobre implantes, pacientes diabéticos controlados.

ABSTRACT

The use of osseointegrated implants to restore the jaw or jaw edited has increased in the treatment of controlled diabetic patients. Dental practice has detected the successful application of oral implant procedures in patients with controlled systemic diseases. Overdenture is an excellent therapeutic technique of implant prostheses with a good biological and functional response in these patients. Some implants can constitute the retention elements, by means of a bar or balls, of the overdentures. The treatment plan and medical assessment is necessary for the optimization of the benefits of oral rehabilitation with implant-supported overdentures on the quality of life of patients.

Keywords: Oral implantology, overdentures, osseointegration, implant-supported prostheses, implant rehabilitation. Controlled diabetic patients.

INTRODUCCIÓN

La reabsorción ósea en los procesos alveolares en edéntulos ha sido estudiada extensamente, y se ha llegado a la conclusión de que es un proceso crónico, progresivo e irreversible que se produce en todos los pacientes. Se han observado diferencias entre individuos en la cantidad y la velocidad con que se pierde el hueso alveolar, que se han atribuido a una diversidad de factores como la edad, el sexo, la anatomía facial, el metabolismo, la higiene bucal, parafunción, la salud general, el estado nutricional, enfermedades sistémicas, osteoporosis, medicamentos y la cantidad de tiempo que el paciente ha permanecido desdentado 1.

Una sobredentadura está indicada cuando existe una relación esquelética desfavorable, es decir, una discrepancia intermaxilar mayor de 15 mm, una línea de sonrisa alta, la imposibilidad de colocar prótesis fija, una gran pérdida de soporte vestibular, limitaciones económicas del paciente, dificultad de

higiene bucal por parte del paciente y en pacientes

portadores de prótesis completas que hayan perdido efectividad 2.

La diabetes es una enfermedad que se encuentra con gran aumento a nivel mundial, ya que en la actualidad se encuentra casi 500 millones de personas diabéticas 3.

La diabetes es un factor predisponente al fracaso del implante dental y desarrollo de la enfermedad periodontal debido a la alteraciones microvasculares, la disminución de la resistencia a infecciones y la alteración en la cicatrización, sin embargo, un apropiado control glicémico ha demostrado que contribuye a disminuir aquellas complicaciones; convirtiéndose en un factor importante para determinar éxito o fracaso de los implantes. 2,4

Objetivos del tratamiento

1. Motivar y concientizar al paciente sobre la importancia de una adecuada salud bucal.
2. Restablecer el plano oclusal, guía anterior mediante una rehabilitación con protocolo reverso.
3. Devolver la función masticatoria, fonética y estética al paciente.

4. Educar al paciente sobre el cuidado y mantenimiento de sus implantes y prótesis.

CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino de 47 años de edad, con diabetes mellitus tipo II controlada de larga data, actualmente con manifestaciones tardías de nefropatías, clínicamente estable, con glicemia controlada NGT 110 y Glicemia 180 mg/dl., de ocupación cocinero, con antecedente de extracciones dentales por enfermedad periodontal. Acude a la Clínica del Postgrado de Periodoncia e Implantología de la Universidad Andina del Cusco (UAC), por incomodidad al masticar y hablar, siendo portador de prótesis total removible superior deficiente y en malas condiciones, sin prótesis inferior (Fig. 1 A y B).



FIG. 1 A

FIG. 1 B.

Al examen clínico intraoral se visualiza rebordes irregulares a nivel antero superior e inferior, consistencia resilente, mucosa alveolar a la altura del reborde alveolar. (Fig. 2 A y B).



FIG.2 A

FIG.2 B

Al examen radiográfico se observa neumatización alveolar de ambos senos maxilares con marcada proximidad a la cima de reborde alveolar, (Fig.3).



FIG.3

Se realizó los cortes tomográficos para ver la planificación de los implantes en el maxilar inferior. (Fig. 4 A y B).

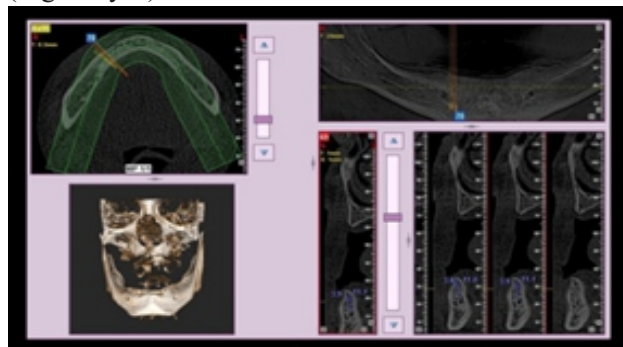


FIG.4 A

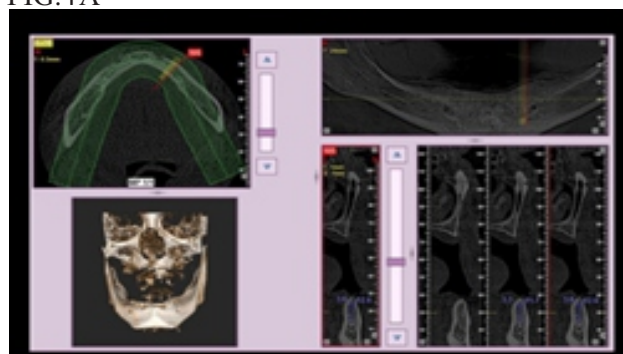


FIG. 4B

DIAGNÓSTICO

Del estado general: Paciente de sexo masculino de 47 años de edad, con diabetes mellitus Tipo II controlada de larga data.

De las condiciones y deformidades mucogingivales en rebordes edéntulos.

- Deficiencia de reborde horizontal y/o vertical.

Oclusión:

- Edéntulo total bimaxilar

PLAN DE TRATAMIENTO:

Fase sistémica: Interconsulta con Endocrinología.

Fase de higiene:

Regularización del reborde alveolar inferior.

Fase correctiva :

Maxilar SUPERIOR:

Prótesis Total removible superior convencional

Maxilar INFERIOR:

Sobredentadura sobre dos implantes en bola.

PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS

Se inicia el tratamiento consentido con la anuencia del endocrinólogo después de evaluación de sus exámenes auxiliares, se programó la cirugía de regularización del reborde inferior, siguiendo los controles respectivos y esperando el tiempo de 4 meses para la cicatrización y

y estabilización del reborde (Fig. 5 A,B y C).



FIG. 5A

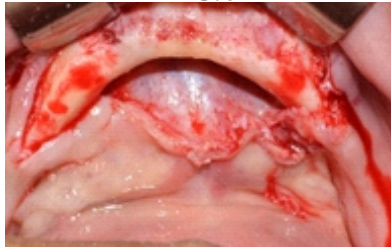


FIG. 5B



FIG. 5C.

Siguiente fase: Se procedió a realizar el protocolo reverso para eso se toma modelos de estudio y registros, para el montaje en ASA. Usando placas base y rodets de oclusión y contorno superior e inferior, se registró en relación céntrica, para elaborar la nueva prótesis total. (Fig. 6).



FIG. 6

Teniendo las prótesis definitivas, se procedió a colocar los dos implantes como morse planificados en el sector de premolares en el maxilar inferior (Fig. 7).

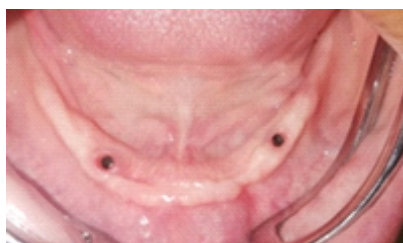


FIG. 7

Se espero el tiempo necesario para la osteointegración teniendo en cuenta el estado sistémico del paciente y

controlando rigurosamente la cicatrización e higiene del paciente. (Fig.8 A y B).

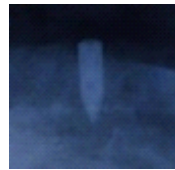


FIG. 8A



FIG. 8B

Se realizó la segunda fase quirúrgica para la colocación de los cicatrizales y abutment respectivos(Fig.9A,B,C y D).



FIG. 9A



FIG. 9B



FIG. 9C

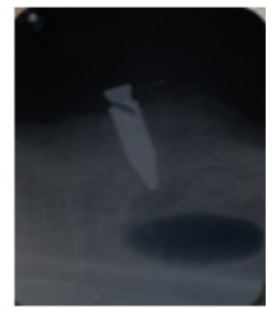


FIG. 9D

Una vez instalados los pilares se procedió a la toma de impresión con técnica de cubeta abierta con silicona de adición, re realizo la confección y acrilizado de las prótesis definitivas (Fig. 10).



FIG.10

Teniendo las prótesis definitivas se realizó la captura de las bolas realizadas con duralay (Fig. 11 A y B).



FIG. 11A

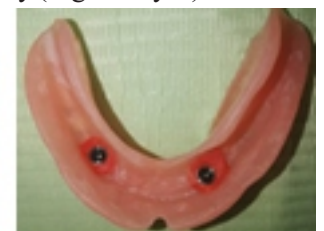


FIG. 11B

Posteriormente se procedió a la Instalación de las prótesis y ajuste oclusal, tanto en posición céntrica como en movimientos excéntricos, estética adecuada. (Fig. 12).



FIG. 12

Se dio al paciente instrucciones por escrito acerca de la conservación y aseo de las prótesis y de sus implantes. Se citó a la semana, luego al mes, a los seis meses y se programó un cronograma para sus respectivos controles.

RESULTADOS

En la rehabilitación de casos clínicos como el presentado, la rehabilitación oral con sobredentadura mandibular sobre 2 implantes en paciente diabético controlado se convierte en una solución adecuada y factible con resultados duraderos en el tiempo, además de no ser un tratamiento riesgoso para la salud ni oneroso económicamente.

En el aspecto de fisiología mandibular se cumple con todos los parámetros necesarios para establecer y mantener una adecuada función del sistema estomatognático y dar confort al paciente.

En el sentido estético, también cumplimos consiguiendo naturalidad con las prótesis instaladas.

El trabajo también tiene efectos extra-orales cuando el paciente atenúa las líneas de expresión mostrando una facies mejorada.

DISCUSIÓN

Actualmente, los implantes dentales han demostrado ser una excelente opción de tratamiento para rehabilitar la pérdida de uno o más dientes. Anteriormente, presentaban muchas limitaciones las cuales se han ido disipando con el tiempo, respondiendo a las múltiples necesidades y exigencias que presenta cada paciente. Por lo tanto, se deben tener en cuenta muchos factores para su inserción analizando las características individuales de los pacientes 5,6.

Cabe resaltar que no solo las condiciones sistémicas del paciente intervienen en el éxito o fracaso del tratamiento también existen otros factores como la edad, la cual no es una contraindicación para contemplar este tratamiento pero si de importancia a la hora de colocar un implante ya que a una edad mayor se presenta una disminución en formación ósea y en la vascularización y una retrasada remodelación y reparación ósea, además del compromiso del paciente

de participar en programas de mantenimiento periodontal o periimplantar. 6,7,8.

Un criterio que se debe tener en cuenta para aumentar la tasa de éxito en el tratamiento es la colocación del implante sin colgajo. Este tipo de técnica quirúrgica se ha utilizado porque es

minimamente invasiva dando mayor bienestar al paciente y ocasionando menos complicaciones postquirúrgicas, pero la falta de visibilidad puede llevar a complicaciones como daño de estructuras anatómicas o una mala colocación 9,10,11.

CONCLUSIONES

- ✓ Los implantes dentales en pacientes diabéticos controlados evidencian que puede tener el mismo pronóstico que en pacientes sistémicamente no comprometidos.
- ✓ Para obtener resultados óptimos en el tratamiento de pacientes diabéticos con implantes es importante además de tener valores adecuados de los exámenes de laboratorio, excelente planeación del caso y formulación de medicamentos postoperatorios, se debe ingresar al paciente a un programa de terapia de mantenimiento para evitar futuras complicaciones o fracasos.
- ✓ La sobredentadura sobre implantes mejora la retención, estabilidad y soporte.
- ✓ En la elección del sistema de ataches se deben considerar las estructuras anatómicas, el espacio intermaxilar, el refuerzo metálico, la edad del paciente y el antagonista.
- ✓ El éxito de la prótesis dependerá no solo de un adecuado diagnóstico y planificación; sino también, de la higiene del paciente y de los controles periódicos. La atención a los detalles en todas las etapas del tratamiento (puede) asegura una rehabilitación protésica exitosa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sadowsky S. Treatment considerations for maxillary implant overdentures: a systematic review. *J Prosthet Kratochvil, J. Prótesis parcial removible*. 1ra ed. editorial Interamericana; 1989.
2. Adell R, Eriksson B, Lekholm U, Branemark PI, Jemt T. A long-term follow-up study of osseointegrated implants in the treatment of totally edentulous jaws. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1990; 5: 347-59.
3. Lindquist LW, Carlsson GE, Jemt T. A prospective 15-year follow-up study of mandibular fixed protheses supported by osseointegrated implants. *Clinical results and marginal bone loss. Clin Oral Impl Res* 1996; 7: 329-36.

4. Buser D, Mericske-Stern R, Bernard JP, et al. Long-term evaluation of non-submerged ITI implants. Part 1: 8-year life table analysis of a prospective multi-center study with 2359 implants. *Clin Oral Impl Res* 1997; 8: 161-72.
5. Hultin M, Gustafsson A, Klinge B. Long-term evaluation of osseointegrated dental implants in the treatment of partly edentulous patients. *J Clin Periodontol* 2000; 27: 128-33.
6. Zarb GA, Schmitt A. Prosthodontic treatment with implants for geriatric edentulous patients. En: Papas AS, Niessen LC, Chauncey HH. *Geriatric dentistry. Aging and oral health*. San Luis: Mosby. 1991. pag: 202-10.
7. Johns R. The role of osseointegrated dental implants in the treatment of elderly people. En: Barnes IE, Walls A. *Gerodontology*. Oxford: Wright. 1994. pag: 160 - 166.
8. Velasco E, Bullón P. El tratamiento con implantes oseointegrados no sumergidos en el paciente edéntulo. *Odontostomatol Pract Clin* 1998; 1: 101-15.

Fecha de recepción 22 - 08 - 2019
Fecha de aceptación 16 - 11 - 2019

RESTITUTIO AD INTEGRUM MEDIANTE FÉRULA, LIGADURA Y COMPOSITE EN TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR

Laquihuanaco F.
Juárez V. Lizarme A.

Autor: C.D. Felipe Laquihuanaco loza
E-mail: felipeslalo@hotmail.com
Celular: 984740752

Autor: C.D. Victor Juárez Gonzales CIRUJANO
DENTISTA COP. 3640. Asistente -Hospital
Regional del Cusco.
E-mail: vjuarez@uandina.edu.pe
Celular: 984760997

Autor: Angela Julieta Lizarme Valverde
Celular: 950384711

RESUMEN

El conocimiento de los conceptos fisiopatológicos sobre remodelado óseo, es imprescindible en el tratamiento de traumatismos dentoalveolares, lo cual influye en la toma de decisiones para el manejo inmediato y adecuado.

El hueso es un tejido que está en constante formación y reabsorción, lo que permite conservar su respectiva morfología, su reparación tisular y homeostasis, cuando esta sufre una agresión desencadena una serie de procesos que se suceden a nivel de los constituyentes celulares, cuya finalidad es de reparar y remodelar el tejido óseo dañado; pero en algunas circunstancias estos fenómenos naturales de reparación requieren de medios físicos que puedan favorecer la labor fisiológica de los tejidos, como es el uso de férula de acrílico, ligadura semirrígida y fijación mediante Composite.

Palabras Clave: Fractura Dentoalveolar, Remodelado Óseo, Férula, Ligadura Semirrígida.

ABSTRACT

The knowledge of the pathophysiological concepts about bone remodeling is essential in the treatment of dentoalveolar trauma, which influences the decision making for the immediate and adequate management of the Dental Surgeon.

The bone is a tissue that is in constant formation and resorption, which allows to preserve its respective morphology, tissue repair and homeostasis, when it suffers an aggression triggers a series of processes that occur at the level of cellular constituents, whose purpose is to repair and reshape bone tissue; but in some circumstances these natural phenomena of repair require physical means that can favor the physiological work of the tissues, as it is the case of the use of acrylic splint, semi-rigid ligature and fixation by means of composite.

Key Words: Dentoalveolar Fracture, Bone Remodeling, Splint, Semi-Rigid Ligature

INTRODUCCIÓN

La cavidad oral es la primera porción anatómica de acceso al interior del organismo y está ubicado en la parte media y anterior de la región facial, el trauma de la región bucal ocurre con cierta frecuencia y comprende el 5% de todas las lesiones por las que la gente busca tratamiento (1,2). De todas las lesiones faciales, las lesiones dentales son las más comunes y de ellas las fracturas coronales y las luxaciones dentarias (3). Las avulsiones representan del 1 al 16% de todas las lesiones dentales, siendo la avulsión de los dientes permanentes la más seria de todas debido al arrancamiento del diente cuyo riesgo es el no reinsertamiento en el alvéolo (4). Las luxaciones representan el 15-61% de todos los traumatismos de los dientes definitivos, afectando generalmente a los incisivos centrales superiores.

Lo más frecuente es que sea más de un diente el que se luxa, y a menudo presente fractura simultánea de la corona o la raíz. Con cierta asiduidad hay mezcla de varios tipos de luxaciones (5).

Los traumatismos dentoalveolares son aquellas lesiones provocadas generalmente por violencia física, tiene la particularidad de afectar dos aspectos

fundamentales para la vida de la persona: la función estomatognática propia de este sistema, como el de sus componentes; y otra, no menos importante como es la función estética (6).

Los estímulos se traducen en los receptores a través de señales aferentes enviadas al sistema nervioso central, en él, estos impulsos son debidamente integrados con otros y, en conjunto, generan un grupo de estímulos eferentes, los que a su vez estimulan o inhiben la liberación de un gran número de efectores que producen importantes reajustes fisiológicos dirigidos a recuperar la homeostasis. Mientras más intenso sea el daño, más intensa será la respuesta. Tras la noxa se desarrolla un conjunto de reflejos neuroendocrinos, inducidos por una serie de estímulos (dolor, hipovolemia, miedo, ansiedad, hipoxia y cambios en la temperatura corporal), estas señales aferentes, captadas por los receptores, son transmitidas al SNC (7).

PRESENTACIÓN DE CASO:

Los traumatismos bucodentales son un conjunto de lesiones locales, con o sin repercusión general producidas por violencia mecánica, la fuerza que la res

istencia de los tejidos provocando deterioro; representan un reto clínico en la consulta odontológica, debido a que las estructuras comprometidas como son los tejidos duros y blandos de la zona, también involucran las piezas dentarias, órganos que tienen características peculiares y cumplen múltiples funciones. Diversos factores como signos y síntomas poco evidentes y claros, inducen a errores en el diagnóstico correcto, por lo tanto, a la instauración de planes de tratamiento equivocados, lo que conllevará al fracaso en la reparación de los órganos afectados, ya que el éxito clínico depende de la correcta restitución de los tejidos comprometidos.

La ferulización tiene como objetivo garantizar la protección de los tejidos de soporte, permitiendo la reparación de las fibras del ligamento periodontal y/o regeneración ósea. En la actualidad, las férulas semirrígidas son la de elección en la mayoría de los casos, a excepción de fracturas radiculares a nivel cervical y fracturas alveolares donde se usan las rígidas (8).

Entre los tejidos altamente organizados, el hueso es el único que posee el potencial para repararse con estructura idéntica al original tras una fractura o lesión (9, 10). El patrón de regeneración ósea se parece a las etapas de desarrollo y crecimiento del humano.

La vida media de cada unidad de remodelado en humanos es de 2 a 8 meses y la mayor parte de este período está ocupado por la formación ósea. Existen en el esqueleto humano 35 millones de unidades básicas multicelulares y cada año se activan 3-4 millones, por lo que el esqueleto se renueva totalmente cada 10 años (11).

En condiciones estables el hueso se regenera de forma primaria, siempre y cuando se cumplan dos condiciones esenciales: amplio aporte vascular y un soporte mecánico estable o base sólida. En condiciones inestables, se produce una curación secundaria determinada por la formación de un fibrocartilago intermedio seguida de una osificación endocondral. La base sólida es proporcionada por la superficie de la parte distal del fragmento o por los bordes óseos del defecto (9, 10).

Entre los factores que pueden impedir la regeneración ósea, cabe destacar: fallo en el aporte vascular, inestabilidad mecánica, defectos considerables e invasión del foco por tejidos con alta tasa de proliferación (9). Si el suministro de oxígeno es adecuado el cartilago formado es sustituido por hueso. Por el contrario, si el oxígeno es insuficiente el tejido fibroso no se osifica (12).

El uso de ligaduras alámbricas son recomendadas en casos donde existan movilidad dentaria, sin ningún tipo de fractura, sea dentaria o de tablas óseas. La fijación con puntos de composite se sugiere en casos de

movilidad de uno a cuatro piezas dentarias, las cuales serán fijadas con ayuda de un trozo de alambre trenzado a las piezas adyacentes intactas.

En el presente reporte se presenta el caso de un adulto de 27 años, sexo masculino, con antecedentes de haber sufrido caída de caballo, con pérdida de conciencia por cerca de 2 horas, ingresando al servicio de emergencia del Hospital Regional del Cusco en estado inconsciente, en emergencia recibe el correspondiente tratamiento de la especialidad de neurología y enfermería, una vez restablecido el estado general y después de 10 días es derivado al Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial. Se efectúa evaluación extra oral, resaltando en ella lesiones costrosas en labio inferior, puntos de sutura en cara interna de labio, dolor y dificultad para abrir la boca; intraoralmente presenta mal estado de higiene y conservación, edema y lesiones en tejido gingival anterior del maxilar, movilidad y extrusión de piezas dentarias antero superiores, mordida bis a bis a nivel de los incisivos. Al examen imagenológico ortopantomográfico y tomográfico se observa imagen radiolúcida a nivel de los ápices radiculares de los incisivos centrales, solución de continuidad con trazos de fractura en la porción anterior del maxilar.

Diagnóstico:

1. Policontuso facial
2. Luxación con extrusión de piezas 1.2, 1.1 y 2.1.
3. Fractura alveolar del maxilar a nivel de las piezas 1.2, 1.1 y 2.1.
4. Herida contusa de la encía.
6. Fractura coronal complicada de pieza 2.2.

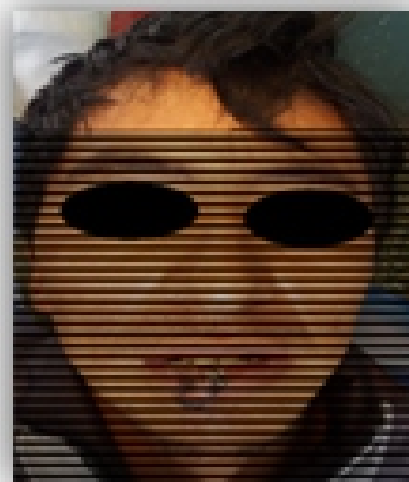


Fig.1 Fotografía Extraoral



Fig. 2 Fotografía Intraora



Fig. 3 Radiografía Panorámica

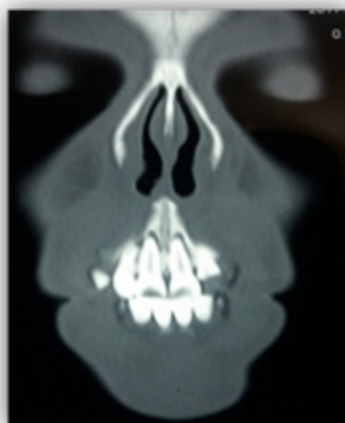


Fig. 4: Corte tomográfico coronal: se observa espacio hipodenso a nivel de los apices dentarias compatibles con extrusión dentaria

Plan De Tratamiento:

· **Fase Preoperatoria:**

- a. Confeción de Historia clínica y consentimiento informado.
- b. Exámenes imagenológicos.
- c. Exámenes laboratoriales: hemograma completo, tiempo de sangría, tiempo de coagulación, tiempo de protrombina, antígeno hepatitis B, prueba rápida de Elisa.

· **Fase Intraoperatoria:**

- a. Asepsia y antisepsia extra e intraoral. Anestesia troncular infraorbitaria bilateral, incisión y levantamiento de colgajo vestibular del tejido gingival, curetaje a nivel apical de incisivos, intrusión de piezas dentarias luxadas mediante compresión digital por cerca de 5 minutos, toma de impresión del paladar con alginato, incluyendo piezas dentarias comprometidas, confección de férula palatina de acrílico en el modelo de yeso.
- b. Reposicionamiento alveolar y dentario, fijación de tejido gingival mediante sutura simple con hilo de sutura seda 5/0. 3.
- c. Instalación de férula de acrílico con fijación por medio de alambre a las piezas dentarias.
- d. Extirpación del paquete vasculo nervioso de la pieza 2.1.



Fig.5: Incisión y levantamiento del colgajo.



Fig.6: Reposicionamiento dentario y remodelación alveolar

Fase Post operatoria:

- a. Adaptado y colocación del arco de alambre trenzado N° 10, comprendiendo piezas luxadas y piezas dentarias 1.3 al 2.3, estabilización mediante botones de resina.
- b. Adaptado y colocación de férula de acrílico con ligadura interdentalia.
- c. Registro de ajuste oclusal de la mordida.
- d. Tratamiento de conducto pieza 2.2.
- e. Indicación de medidas de cuidado post-operatorias, analgésicos, antiinflamatorios, dieta blanda, vitaminoterapia y exámenes radiográficos periódicos de control.



Fig. 7:
Tratamiento
de
conducto
pieza 2.2.



Fig. 8: Reducción de fractura, colocación de férula palatina con fijación interdientaria, colocación de arco de alambre trenzado con fijación de botones de composite.

DISCUSIÓN

El mecanismo de cicatrización de las heridas se ven favorecidas por ciertos factores coadyuvantes, ejercidas generalmente por el profesional, decisiones que están basadas en el conocimiento teórico de la anatomía y fisiopatología de los órganos afectados; ya que la curación de la herida comprende una secuencia de fenómenos relacionados entre sí, inducidos por mediadores químicos, enzimáticos u hormonales, de tipo local y sistémico destinados a reparar el defecto, cubrir la solución de continuidad entre el interior y el exterior, para conseguir la recuperación óptima, morfológica y funcional de los órganos afectados.

La cicatrización ósea conlleva a la reparación del daño tisular y la homeostasis del metabolismo fosfocálcico, sin embargo, los factores genéticos son importantes en el pico de masa ósea, ya que entre el 60% y el 80% de esta se encuentra determinada genéticamente (13). Sin embargo, la influencia de factores como los vasculares, nutricionales, hormonales y locales, juegan un papel fundamental en el balance entre la reabsorción y formación óseas (14).

La homeostasis esquelética, también llamada homeostasis mineral del organismo, está regulada por interacciones entre órganos, células, factores de señal, hormonas y factores de crecimiento que actúan a nivel intra y extracelular para regular el metabolismo del calcio, el cual es fisiológicamente necesario para la formación y remodelado óseo a lo largo de la vida (15).

Las células mesenquimatosas pluripotenciales se diferencian directamente en el seno del tejido conjuntivo en células formadoras de hueso (osteoblastos) en respuesta a las moléculas de adhesión y los factores solubles de señal. Este tipo de formación ósea directa es lo que caracteriza el desarrollo del hueso intramembranoso. Existe también el proceso de osificación endocondral, en el cual las células mesenquimáticas siguen un camino hacia la estirpe celular condrogénica en lugar de hacerlo hacia la osteogénica; el motivo no está bien identificado, pero se especula que las BMPs (proteínas morfogenéticas) y la síntesis local de factores angiogénicos como el factor básico de crecimiento fibroblástico (bFGF), actúan en esas localizaciones, modulando la expresión del fenotipo celular hacia esta línea condrogénica (16).

En casos de lesiones donde también se involucran piezas dentarias, estas corren el riesgo de perder su vitalidad, llegando a necrosarse; además en casos de luxaciones dentarias conllevan al riesgo de una anquilosis cuando están ferulizadas rígidamente. Por lo que se sugiere que en casos de piezas dentarias movilizadas con compromiso del ligamento periodontal se debe de fijar con un sistema semirígido por un período mínimo de dos semanas; en los casos de afecciones que no involucran únicamente el ligamento periodontal, se aumentará el período de ferulización; en lesiones de tejido óseo leves solo se aumenta el período de ferulización conservando la férula semirígida, en el caso donde la estructura ósea es afectada con fracturas alveolares complejas, se requiere de una férula rígida y de un período mayor de ferulizado, como lo menciona Vigas L. y colaboradores en su publicación, "Ferulización como tratamiento en los traumatismos bucodentales".

El seguimiento del reporte de caso se realizó durante 4 semanas, observándose que en las dos primeras citas de control, el paciente manifestó tener cierta dificultad en la mordida, detectándose contactos prematuros entre las piezas dentarias, los cuales se aliviaron con el desgaste selectivo de dichos contactos. En la tercera semana de control manifestó una gran mejoría durante la masticación, notando disminución de la movilidad dentaria en comparación a las primeras citas. Sin duda, será parte de la clave del éxito la experiencia del cirujano bucal, ya que la curación de cualquier herida lleva a tomar decisiones poco usuales, que finalmente permitirán conseguir el objetivo de mantener los órganos afectados en su posición y función original.

CONCLUSION

1. Los procesos fisiopatológicos frente al traumatismo dentoalveolar, generan cambios neuroendocrinos y hormonales con una respuesta universal, estructural y proporcional según el agente agresor, cuyo objetivo es recuperar la homeostasis. Mientras más intenso es el daño, más intensa es la respuesta. La persistencia de la lesión, en particular con la sepsis, tarde o temprano causa el fallo múltiple de órganos y muerte si no se eliminan los estímulos desencadenantes.

2. El proceso de regeneración del tejido óseo tras un trauma, se produce con una respuesta inflamatoria y un hematoma inicial, las células del coágulo liberan interleuquinas y factores de crecimiento, originando la migración de linfocitos, macrófagos, precursores de osteoclastos y células mesenquimales pluripotenciales. Estas señales moleculares promueven la diferenciación hacia células endoteliales, fibroblastos, condroblastos y osteoblastos, dando origen a un nuevo tejido fibrovascular, que reemplazará al coágulo inicial. Todo ello está regido por una serie de complejas interacciones entre factores de crecimiento, hormonas y citoquinas. En este proceso va a ser fundamental el aporte vascular, la síntesis proteica y la mineralización. La remodelación del tejido óseo finaliza a los 130 días en el hueso cortical y a los 90 días en el hueso esponjoso.

3. El tratamiento adecuado para la lesión asociada al hueso y al diente es la ferulización con una duración de 4 a 6 semanas aproximadamente para establecer la fase reparativa y fase de remodelado óseo. Su elección incorrecta puede influenciar negativamente sobre la reparación periodontal y pulpar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L. (2007). Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth. 4th Edition, Blackwell Munksgaard, Denmark.
- 2) Petersson EE, Andersson L, Sorensen S. (1997). Traumatic oral vs. non-oral injuries. Swed. Dent. J. 21:55-68.
- 3) Flores MT, Andersson L, Andreasen JO, Ba LK, Malmgren B, Barnett F, et al. (2007). Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxations of permanent teeth. Dental Traumatology 23:66-71.
- 4) Flores MT, Andersson L, Andreasen JO, Bakland LK, Malmgren B, Barnett F, et al. (2007). Guidelines for the management of traumatic dental injuries. II. Avulsion of permanent teeth. Dental Traumatology 23:130-136.
- 5) García-Ballesta C, Pérez-Lajarín L, López-Nicolás M. (2003). Pautas de actuación en las lesiones

traumáticas que cursan con luxación. RCOE Vol.8 No. 2. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=

- 6) Campos Arenas CE. (2016). Comportamiento de los traumatismos dentoalveolares en pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Salud del Niño de julio a noviembre en el año 2015. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Lima. UNMSM. Odontología. p. 26. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4791/Campos_ac.pdf;jsessionid=661060E724EB7D568E8EBF0F361C8EB4?sequence=1
- 7) Rodríguez Navarro D, Rodríguez Acosta M, Alfonso Alfonso LE, Castellanos Puerto E, Reyes Martínez ML, Quintana Ruiz M. (2012). Respuesta Metabólica al trauma. Revista Cubana de Medicina Militar. 41(1):96-104.
- 8) Vigas L, Moro L, Álvarez M. (2012). Ferulización como tratamiento en los traumatismos bucodentales. Revista ODOUS CIENTIFICA. Vol. 13 No. 2, p. 50, 52, 56.
- 9) Navarro Vila C. (2008). Cirugía Oral. Madrid. Editorial ARÁN. p: 197, 198, 207, 208.
- 10) Fernández-Tresguerres I, Alobera-Gracia MA, del Canto-Pingarrón M, Blanco-Jerez L. (2006). Bases fisiológicas de la regeneración ósea I: Histología y fisiología del tejido óseo. Med Oral Patol Oral Cir Bucal; 11:E47-51. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v11i1/medoralv11i1p47e.pdf>
- 11) Fernández-Tresguerres I, Alobera Gracia MA, del Canto Pingarrón M, Blanco Jerez L. (2006). Bases fisiológicas de la regeneración ósea II: El proceso de remodelado. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal. Vol.11 No.2. E151-7. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/38290196_Bases_fisiologicas_de_la_regeneracion_osea_II_El_proceso_de_remodelado.
- 12) Felzani R. Cicatrización de los Tejidos con Interés en Cirugía Bucal: Revisión de Literatura. Acta Odontológica Venezolana. (2005) Vol. 43, N° 3, p. 310 - 318. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/3/cicatrización_tejidos.
- 13) Grant SFA, Ralston SH. Genes and osteoporosis. Endocrinology 1997; 8:232-9.
- 14) Fernández I. et. al. Bases fisiológicas de la regeneración ósea II. El proceso de remodelado. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006; 11:E151-7.

- 15) Sun JS, Wu SY, Lin FH. The role of muscle-derived stem cells in bone tissue engineering. *Biomaterials* 2005; 26(18): 3953-60.
- 16) Gutiérrez Gómez J. El proceso de remodelación ósea. *Medigraphic. Ortho-tips* Vol. 4 No. 3, Jul. - set. 2008.



Fecha de recepción 19 - 09 - 2019
Fecha de aceptación 13 - 11 - 2019

IMPLANTES UNITARIOS

Villa D.

Autor: C.D. Deyvis Robinson Villa Palomino
E-mail: deyvisvilla@hotmail.com
Celular: 984316198
Especialista en periodoncia - UAP
Dr. En ciencias de la educación UAC
Mgt. En políticas y gestión en salud UNSAAC

RESUMEN

Se ha impuesto en los últimos años la osteointegración como base biológica de la recepción de la reposición de dientes perdidos. La técnica se basa en el comportamiento biológico del hueso frente a la pureza de un material como el titanio que lo hace totalmente biocompatible.

Desde el punto de vista de la periodoncia, la realización de implantes unitarios serían las indicaciones precisas y específicas como complemento de un tratamiento periodontal.

La restauración de un solo diente mediante un implante unitario supone un gran desafío desde el punto de vista implantológico y protético.

El presente caso clínico se desarrolló con la intención de dar a conocer que si se tienen bases sólidas en conocimientos y criterios se puede a un paciente cualquiera brindar servicios en todas las áreas multidisciplinariamente.

Se realizó este tratamiento multidisciplinariamente, con un rehabilitador oral para carillas y coronas de porcelana, un endodoncista para retratar endodoncias y un periodoncista para colocar implantes unitarios en el maxilar inferior. El procedimiento fue eliminar focos infecciosos realizar fisioterapia oral y colocar implantes unitarios en las zonas edentulas de las piezas 3.6 y 4.6 implantes de conexión interna de 4.5 * 11.5mm.

Palabras Claves: Implantología oral, Osteointegración.

ABSTRACT

Has been imposed in recent years as osseointegration biological basis of receipt of the replacement of missing teeth. The technique is based on the biological behavior of bone compared to the purity of a material such as titanium which makes it totally biocompatible.

From the point of view of periodontics, performing unit and immediate implants would be precise and specific indications as an adjunct to periodontal treatment.

The restoration of a single tooth implant by a unit is a major challenge from the point of implant and prosthetic eye.

This case report was developed with the intention to make it known that if you have a solid foundation in knowledge and criteria to a patient can either provide services in all areas multidisciplinary.

This multi-disciplinary treatment was performed with an oral rehabilitation to veneers and porcelain crowns, root canals to portray an endodontic and a periodontics to place tooth implants in the lower jaw. The procedure was to eliminate infectious foci perform oral physiotherapy unit and place implants in edentulous areas of parts 3.6 and 4.6

INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista de la periodoncia, la realización de implantes unitarios serían las indicaciones precisas y específicas como complemento de un tratamiento periodontal. Las rehabilitaciones completas y las sobredentaduras entrarían también en otros campos como sería la cirugía bucal y la prótesis.

La restauración de un solo diente mediante un implante unitario supone un gran desafío desde el punto de vista implantológico y protético.

Fue Jemt en 1986, el primer autor que introdujo el

concepto de implante unitario en la literatura, obteniendo un grado de supervivencia de un 96 por ciento.

Los objetivos básicos a tener en cuenta son: eliminar toda patología previa, garantizar el alineamiento y estabilidad ideal del implante, proteger los dientes adyacentes, preservar o aumentar la cresta alveolar y garantizar el cierre primario de los tejidos blandos evitando cualquier presión sobre la mucosa.

Las causas más frecuentes por las que un paciente puede perder un solo diente son: Agenesias 33%, traumatismos 20%, complicaciones endodónticas

15% traumatismos más complicaciones endodónticas 9%, enfermedad periodontal 4%, caries 13%, razones ortodóncicas 2% y dientes retenidos 2%.

Todas estas situaciones podrían solucionarse con prótesis parciales removibles, pero frecuentemente conlleva problemas de tolerancia por parte del paciente. La prótesis fija es una buena solución estética, pero se asocia al sacrificio de los dientes adyacentes y el peligro de poder lesionar el tejido pulpar. Las prótesis adhesivas también constituyen una buena solución estética y con ellas se obtienen altos grados de supervivencia, con las ventajas de ser una técnica no invasiva, fácil y reversible, pero en pacientes jóvenes tiene la desventaja de que hay que ir reponiendo la prótesis a medida que su arcada y sus dientes sufren cambios durante el periodo de crecimiento, lo cual podría conllevar a un compromiso en la integridad de los tejidos de soporte de los dientes. La posibilidad de cerrar espacios con soluciones ortodóncicas debe considerarse en aquellos pacientes jóvenes en dentición mixta con agenesias dentarias o pérdidas traumáticas de algún diente.

La solución más aceptada hoy en día para reponer un solo diente corresponde a la aplicación de técnicas osteointegradas mediante la colocación de un implante unitario.

El presente caso clínico describe cómo se realizó colocación de implantes unitarios de las zonas edéntulas correspondientes a las piezas dentaria 3.6 y 4.6, en un paciente de sexo masculino de 45 años de edad. Se describe paso a paso como se llevó a cabo esta intervención, la cual forma parte de las técnicas quirúrgicas auxiliares de un periodoncista.

El fin de esta intervención es reponer las piezas dentarias perdidas, con implantes unitarios.

CASO CLINICO

Epicrisis

Datos generales del paciente

- Sexo: Masculino
- Edad: 46 años
- Ocupación: Abogado
- Grado de Instrucción: Superior
- Procedencia: Cusco

Antecedentes:

El examen clínico general, por los valores registrados, referentes a la ectoscopia y los signos vitales, nos hace concluir que el paciente presenta un buen estado sistémico general.

Hallazgos clínicos: Se presenta el paciente a la consulta manifestando que desea realizarse un tratamiento integral, clínicamente observamos ausencia de las piezas 3.6 y 4.6. (Figura 1 A,B,C,D)



Fig.1A



Fig.1B



Fig.1C



Fig.1D

Hallazgos radiológicos:

Se observa dientes endodoncizados, ausencia de las piezas dentarias 3.6 y 4.6.

Restauraciones simples en diferentes piezas dentarias, bruxismo. (Figura. 2A, 3A,3B,4A,4B)



Fig. 2



Fig.3A

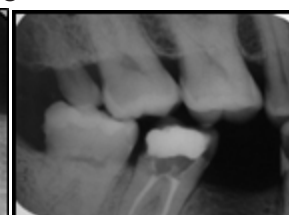


Fig.3B

DIAGNÓSTICO

Del Estado General:

- Clínicamente sano.

De las Condiciones Estomatológicas:

Tejidos duros:

- Atrición: generalizada.
- Lesión cariosa pzas: 17,16,24,25,26,27,37,35,45,48 (O), 24 (OD), 25 (OMD),37,35,34(OV),33 (V).
- Lesiones de abfracción: pzas 14,15,16,23,24,25,26,34,35,44,45

-Estado pulpar:

- Necrosis pulpar séptica: Pzas 22,47.
- Pulpitis crónica: Pza 38

-Tejidos Blandos:

Deformidades y condiciones mucogingivales en rebordes edéntulos:

Deficiencia horizontal Pza. 46. Seibert clase A.

Edéntulo parcial: Inferior: Clase III Mod. I

Objetivos generales

- Educar al paciente en el cuidado y mantenimiento de la salud oral, para preservar las estructuras remanentes en su boca y garantizar
- un adecuado funcionamiento del sistema estomatognático.

Objetivos específicos

- Eliminar los focos sépticos.
- Restablecer la integridad de las piezas dentarias.
- Educar al paciente en el cuidado y mantenimiento de sus prótesis.

Pronóstico:

Favorable.

Plan de tratamiento:

Fase Sistémica: No Requiere

Fase De Higiene: Fisioterapia Oral

Fase Correctiva:

Área de Periodoncia:

- Exodoncia de las piezas 18, 38,48.
- Implantes dentales en piezas 36 y 46

Área de rehabilitación Oral

- Coronas sobre implantes.

Tomografías



Fig.5A

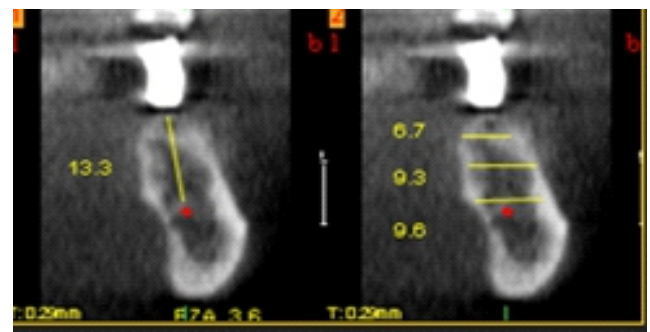


Fig.5B

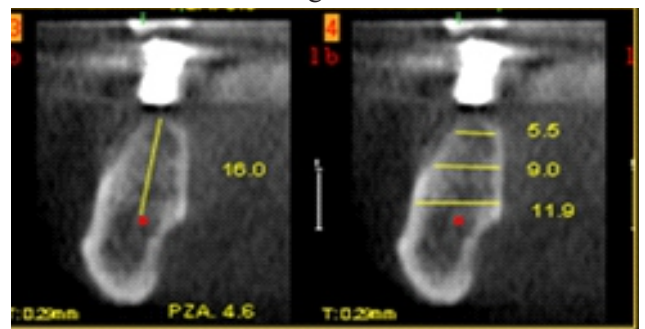


Fig. 5C

Guia Tomografica



Fig.6

Espacio Protésico

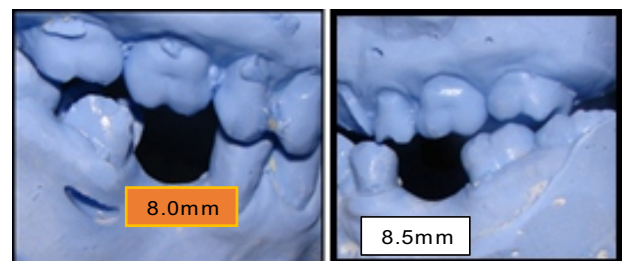


FIG.7 A-B

TECNICA QUIRURGICA



Fig.8



Fig.9



Fig.10



Fig.11



Fig.12



Fig.13

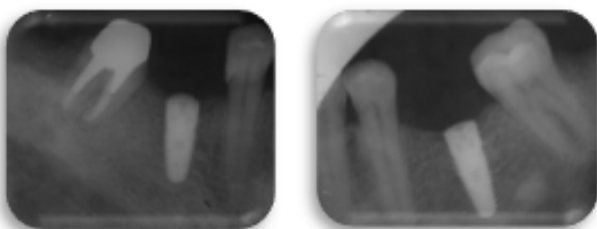


Fig.14



Fig.15

DISCUSION

El primer investigador que introdujo esta alternativa de tratamiento con implantes tipo Branemark fue Jemt en 1986, mediante un estudio realizado a 3 años con 21 implantes en 15 pacientes. Todos ellos se osteointegraron con éxito menos tres, obteniendo una supervivencia a los tres años del 90 %.

Posteriormente este mismo autor en un estudio multicéntrico prospectivo con 107 implantes en 92 pacientes, 38 de ellos colocados en maxilar y 74 con más de 13mm de longitud, obtuvo un porcentaje de supervivencia del 96%.

Resultados similares se presentan en estudios realizados por diversos autores como Henry y cols. en un estudio multicéntrico realizado a 5 años sobre 92 pacientes con un total de 107 implantes unitarios obteniendo grados de supervivencia al año del 96,6% en el maxilar y del 100% en la mandíbula.

Nilsen y cols. obtienen un éxito del 97,6% en un estudio retrospectivo realizado sobre implantes unitarios Branemark realizado en la Universidad de Linkping (Suecia) y durante los años 1984 y 1989.

Haas y cols. obtienen un 92% de supervivencia sobre un total de 76 implantes unitarios Branemark, en 71 pacientes, en un estudio retrospectivo realizado entre el periodo de 1987 a 1993.

La pérdida ósea encontrada al año en estos implantes difiere según los autores revisados, así autores como Levine, Hass y Nilson documentan una pérdida ósea del 0.2 mm durante el primer año de seguimiento. Laney y Denliti relatan un pérdida del 0.1 mm al año, mientras Palmer y Michael encuentran pérdidas del 0.4 mm en un estudio realizado sobre implantes unitarios tipo AstraTech.

Malavez en un estudio retrospectivo a 5 años sobre 76 pacientes tratados con 84 implantes tipo Branemark, encontró una tasa de fracaso acumulada del 2.4% durante el periodo de seguimiento, con una pérdida ósea de 0.8mm durante el 1º año y de 0.1 % en los años siguientes. El porcentaje de éxito fue del 97.6%.

Por último autores como Schulte, Nilson o Ekfeldt relatan pérdidas entre 0.5 y 1.8 mm durante el 1º año y de 0.1 mm durante el 2º año de seguimiento, todos ellos realizados en estudios multicéntricos retrospectivos con implantes unitarios tipo Branemark.

Una interesante observación obtenida de la literatura, es la presencia de una aparente reabsorción ósea en la superficie ósea de los dientes adyacentes al implante unitario. Esta pérdida ósea se corresponde con la distancia horizontal entre el implante y el diente la cual como ya hemos dicho anteriormente debe ser de al menos 2mm.

Los problemas más comunes registrados durante los primeros años con este tipo de restauraciones fueron el aflojamiento de los tornillos. Jemt constató una incidencia del 26% de aflojamiento del tornillo en el año. Esto es debido principalmente a micromovimientos y vibraciones entre los componentes de la restauración ante fuerzas oclusales excesivas.

Sharif y cols reportan una pérdida del tornillo del implante del 50% durante el 1º año. Problemas similares aunque con más baja incidencia encuentran autores como Balshi, Ekfeldt, Levine o Mc Millan, el cual relata un porcentaje de aflojamiento del tornillo del 3%.

El sistema de implantes Branemark mejoró su pilar para un solo diente dando como resultado el sistema de pilar Cera One, que utiliza un tornillo de oro en vez de titanio enroscado a 32 Ncm para prevenir su aflojamiento. Si bien esto parece haber resuelto el problema para las restauraciones unitarias anteriores, en el sector posterior debido a fuerzas oclusales de mayor magnitud, los autores aún han constatado aflojamiento de los tornillos en algunas restauraciones con una media de fracaso del implante del 3.6%. Por ello, para solventar estos problemas en el sector posterior se prefiere el uso de dos implantes para la reposición de un molar único.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Adell R. Longterm treatment results. Pp. 175-186 in PI Branemark, G., Zarg, y T. Albrektsson (eds.). Tissue integrated Prostheses.
- 2) Osseointegration in clinical Dentistry. Chicago Quintessence Publishing Co., 1985.
- 3) Adell R, Lekholm U, Rockler B, Branemark PI. A 15 year study of osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Int J Oral Surg; 10: 387, 1981.
- 4) Adell R, Lekholm V, Rockler B, Branemark PI, Lindhe I, Eriksson B, Sbordone L. Marginal tissue reactions at osseointegrated titanium fixtures I. A

three year longitudinal prospective study. Int. J Oral Surg; 15: 39, 1986.

- 5) Albrektsson T, Worthington P. La eficacia a largo plazo de los implantes dentales utilizados actualmente. Arch Odontoestomatol; 3: 211, 1987.
- 6) Albrektsson T, Blonberg S, Branemark A, Carlsson GE. Ser desdentado es un handicap: reacciones del paciente al tratamiento con prótesis osteointegrada. Arch Odontoestomatol; 5: 190, 1989.
- 7) Barrachina Mataix M, Martínez Corría R. Implantes osteointegrados. Conclusiones preliminares. Arch Odontoestomatol; 5: 327, 1989.
- 8) Bergareche Ruiz J, Orbe Gómez MJ. Panorama y resultados de la implantología dental moderna. Av Odontoestomatol; 5: 193, 1989.
- 9) Branemark PI, Zarb GA, Albrektsson T. Tissue integrated prosthesis. Chicago. Quintessence Publishing Company, 1985.
- 10) Branemark PI, Hansson BO, Adell R, Breine V, Lindstrom J, Hallen O, Ohman S. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experiencia from a 10 year period. Stockholm. 1977.
- 11) Donado M. Cirugía bucal, patología y clínica, en M. Donado ed. Pp. 659, Madrid, 1990.
- 12) Gould TR, Brunette DM, Westbury L. The attachment mechanism of epithelial cells to titanium in vitro. J Periodont Res; 16: 611, 1981.

Fecha de recepción 27 - 08 - 2019
Fecha de aceptación 18 - 11 - 2019

POLÍTICA DE LA REVISTA

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

Señores autores

El tema a presentar debe ser de carácter inédito, original y actual. Se considera artículos originales, reportes de casos clínicos con controles, revisión bibliográfica en el área de Estomatología. Serán considerados hasta con cinco años de antigüedad.

DEFINICIÓN: La Revista Visión Odontológica (Vis. Odontol) se publica de manera periódica semestral, los artículos deben ser originales e inéditos con temas relacionados al área Estomatológica y de Salud Pública. Se considera para la publicación; investigaciones originales, casos clínicos y revisiones bibliográficas. El objetivo es difundir las investigaciones a nivel local y regional. Arbitraje; los artículos son revisados por un comité evaluador y aceptados para su publicación

ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL (MÁXIMO CINCO PAGINAS)

TÍTULO. Exige ser atractivo al lector breve unívoco al contenido sin abreviaturas o fórmulas sin exceder de 15 palabras en español e inglés

AUTORES (ES). Apellido paterno e inicial del primer nombre (según norma Vancouver). En pie de página el grado académico y cargo que desempeña en la (s) entidad (es) donde labora. Incluir los datos personales del autor (es) como: apellidos y nombre completos, correo electrónico y número de celular.

RESUMEN. En un solo párrafo de no mayor a 250 palabras, debe especificar el siguiente orden: objetivos, material y métodos, resultados principales (en función al enfoque deben expresarse en valores numéricos) y conclusiones relevantes, seguidas de 3 a 5 palabras clave normalizadas y localizadas en buscadores de base de datos DeCS y MeCH. Considerar el Abstract con Keywords. Colocar el resultado correspondiente de las palabras a verificar.

INTRODUCCIÓN. Se representa la justificación que y por qué de la investigación describe el planeamiento del problema, objetivo, ámbito de estudio, las variables y sus definiciones. Si el trabajo requiere análisis estadístico inferencial colocar el resultado correspondiente. Se describe los antecedentes y breve exposición de casos similares de estudios con amplia revisión bibliográfica de mínimo de 20 en caso de artículos y 10 en reporte de casos clínicos, y que contenga base documentada. Las citas bibliográficas se redactarán en estilo Vancouver.

MATERIAL Y MÉTODOS

Describe el diseño de investigación, población y muestra y algunas consideraciones éticas (Declaración de Helsinki de la AMM). El diseño relacionado al enfoque (cuantitativo y cualitativo) tipo, nivel de investigación (descriptivo, correlacional, de causalidad o inferencial) apropiadas para el objetivo, la forma como se manipuló las variables, la dimensión temporal, el momento y número de veces necesarias de recolección de información válida, los criterios de inclusión y exclusión, el escenario, las condiciones de elección de muestreo. La población debe ser identificada con claridad, el uso del método de muestreo a la luz del objetivo del estudio del diseño y otros, suficientes y que garanticen su validez externa. En los casos experimentales o cuasi experimentales establecer con precisión los grupos de estudio y control, el método de selección y asignación de sujeto.

RESULTADOS

- Tablas. Solo con líneas horizontales numeradas correlativamente, deben llevar título en la parte superior izquierda. Las figuras deben llevar título en la parte inferior centrada con numeración arábiga. Las notas de pie o explicaciones llamar con #; con un máximo de 04 tablas y 04 figuras.

NORMAS

- Redactar. En forma impersonal "cadavérica" con procesador de textos en hoja tamaño A4, en doble columna, interlineado sencillo, fuente arial 12, margen superior 3cm izquierda de 4cm, derecha 2cm, inferior de 3cm, párrafos separados por 1.5 espaciados, sin sangría, alineación justificada. Título y subtítulos con más de dos líneas espacios simple. Por ejemplo: MANUAL UPEL relacionado a lenguaje y estilo: redacción cadavérica, impersonal prefiriendo por ejemplo: "los autores consideran o considera" en lugar de "considero o consideramos". En el uso de abreviaturas debe enunciar el nombre completo seguidas de la sigla entre paréntesis en mayúscula y sin puntuación, por ejemplo Organización de Naciones Unidas (ONU). Abreviaturas: no usar excepto en lista de referencias, notas de página aclaratorias entre paréntesis y gráficos
- Las citas bibliográficas que figuran en el artículo se enumeran consecutivamente en orden de mención o de entrada, en este orden se colocaran en las referencias bibliográficas, de acuerdo a las normas de Vancouver (superíndice).
- Numeración de divisiones Primer nivel 1, Segundo nivel 1.1, Tercer Nivel 1.1.1, cuarto nivel viñetas.
- La numeración y unidades de medida deben ser expresadas de acuerdo al sistema internacional de unidades (SI)
- Notas de pie de página, lo utilizará el autor para ampliar, complementar una idea expresada en el texto, teniendo una numeración consecutiva para cada página, no usar para referencia bibliográfica
- Títulos:
 - Principal escrito en negrita, mayúscula y centrada (n° 14)
 - Secundario, escrito en negrita y entre mayúscula y minúscula (n° 12)
 - Terciario, en negrita sin sangría
 - Ningún título finaliza con punto
- Fotografías digitales en formato JPG de tamaño 1024 x 768 pixeles, digitalizada máximo de 8 fotografías
- Compaginación, a cargo del Comité Editorial

SOBRE EL ARBITRAJE

Los autores harán, el envío de artículos en formato digital Word 2010 al correo visionodontologica@uac@hotmail.com que será revisada por el comité editorial y *será enviado a los pares externos*, mientras tanto el artículo no deberá ser enviado a otras revistas, una vez aprobado los derechos de reproducción es propiedad de la revista; para ello el comité enviara a los autores la comunicación oportuna sobre su decisión



UAC
Universidad Andina del Cusco

