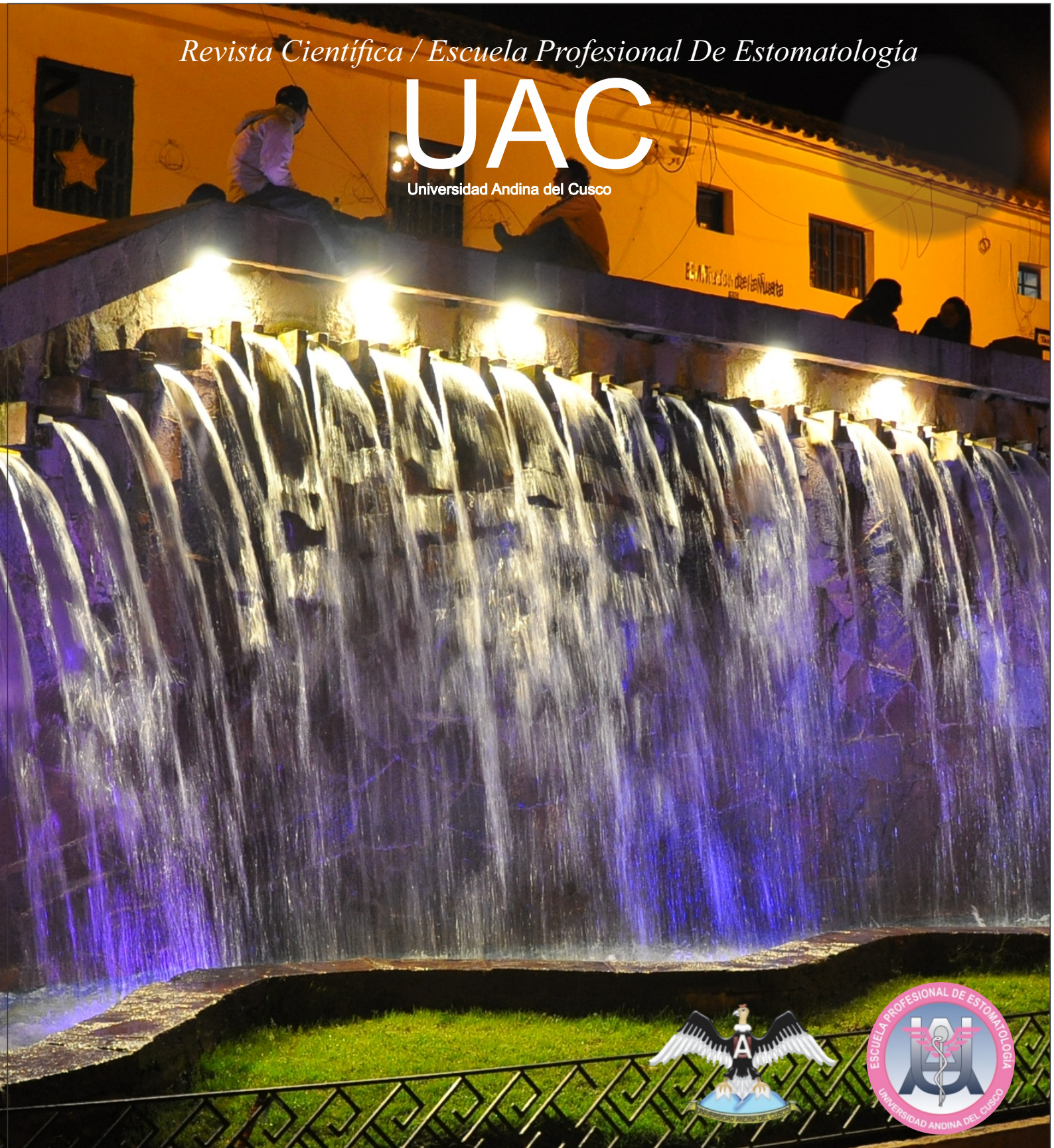


Revista Científica / Escuela Profesional De Estomatología

UAC

Universidad Andina del Cusco



Visión Odontológica

ISSN 2410-583X

Vis. odontol.

Volumen 4 - Nº 2 Agosto a Diciembre 2017

Visión Odontológica



Vis. odontol.

ISSN 2410-583X

Volumen 4 - N° 2 Agosto a Diciembre 2017

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

Volumen 4 - N° 2 Agosto a Diciembre 2017

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

Director de Departamento Académico de Estomatología

CD. Carlos M. Tamayo Vargas

Director de la Escuela Profesional de Estomatología

Mgt. Eduardo Longa Ramos

Director de Publicación

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

Consejo Editorial

C.D Figueroa Concha Miguel Ángel (Consulta privada)

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

Mgt. Gutiérrez Acuña Yeni (Docente de la Universidad Andina del Cusco)

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

C.D Silva Miranda Jorge Andree (Docente de la Universidad Andina del Cusco)

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

Composición y Diagramación:

C.D. Quispe Ascuña Haendel Mahatma Yoshiro (Consulta Privada)

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú

N° 2014 - 18990

ISSN. 2410-583X

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 / Direccion de Producción de Bienes y Servicios UAC Urb. Ingeniería Larapa Grande A-5.

Teléfono 271840 anexo 117-416

Publicación Periódica: Semestral

ARTÍCULO DE ORIGINAL >>>



COMPARACIÓN IN VITRO DE LA ESTABILIDAD DIMENSIONAL DE DOS SILICONAS DE CONDENSACIÓN CON LA TÉCNICA DE DOBLE IMPRESIÓN EN RELACIÓN AL TIEMPO DE VACIADO DE MODELOS DE ESTUDIO	Merma S.	6
CORRELACIÓN ENTRE LOS COMPONENTES DE LA SONRISA Y EL TIPO FACIAL EN ESTUDIANTES DE 18 A 25 AÑOS	Longa E. Longa L.	10
CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA EN BIOSEGURIDAD SOBRE EL USO DE BARRERAS DE PROTECCIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI UAC, CUSCO – 2016	Paz B.	14
COMPARACIÓN IN VITRO DE MICROFILTRACIÓN EN RESTAURACIONES DE RESINA COMPUESTA REALIZADAS CON UN MATERIAL NANOHÍBRIDO CONVENCIONAL Y UNO BULK	López P.	17
MORFOLOGÍA INTERNA DEL CONDUCTO RADICULAR DEL PRIMER PREMOLAR SUPERIOR SEGÚN LA TOMA RADIOGRÁFICA Y TÉCNICA DE DIAFANIZACIÓN, CUSCO- 2017	Vargas Y. Ticona M.	22
ÍNDICE INCISIVO DE MAYORAL EN MODELOS DE ESTUDIO DE NIÑOS DE 6 A 13 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI	Merma D.	25
CALIDAD EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI Y EL SERVICIO DE ODONTOLÓGÍA DEL CENTRO DE SALUD OROPESA-CUSCO, 2017	Herencia V.	29
NIVEL DE ANSIEDAD PREVIO AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO	Bascope Y.	33



HÁBITOS DE HIGIENE BUCODENTAL Y PERCEPCIÓN DE LA SALUD ORAL EN PACIENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD BELENPAMPA, CUSCO – 2017 38

Gutiérrez S . 38

CONOCIMIENTO Y APLICABILIDAD DE NORMAS DE PROTECCION Y BIOSEGURIDAD RADIOLOGICA EN ESTUDIANTES DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA DEL 7° CICLO DE LA CLINICA ESTOMATOLOGICA LUIS VALLEJOS SANTONI. UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO - 2016

Huamán F. 40

CASO CLÍNICO



BENEFICIOS OBSERVADOS CON LA APLICACIÓN DE PLASMARICO EN PLAQUETAS 43

Escobar L. 43

SEDACIÓN CONSCIENTE EN LA ATENCIÓN ODONTOPEDIATRICA

Pizarro C.
Carrasco A. 47

CAMUFLAJE FISIOLÓGICO DE MALOCLUSIÓN CLASE III DE ANGLE, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Villamar M. 50

RESTABLECIMIENTO ESTETICO Y FUNCIONAL DE LA GUIA ANTERIOR USANDO RESINAS COMPUESTAS 56

Longa E.
Longa L. 56

COMPARACIÓN IN VITRO DE LA ESTABILIDAD DIMENSIONAL DE DOS SILICONAS DE CONDENSACIÓN CON LA TÉCNICA DE DOBLE IMPRESIÓN EN RELACIÓN AL TIEMPO DE VACIADO DE MODELOS DE ESTUDIO

Merma S.*

*Sandra Geraldi Merma Soares
Cirujano Dentista
Consulta privado

Mail: sandra_ms_7@hotmail.com
Celular: 944 020699
965 435898

RESUMEN

La comparación In Vitro de la estabilidad dimensional de dos siliconas de condensación. Materiales y métodos: Para nuestro estudio utilizamos la silicona: (Zhermack®Oranwash L, Zetaplus, y la silicona Speedex Putty. Ligth Body. En el desarrollo de esta investigación se realizó la elaboración de un modelo maestro de aleación metálica simulando una hemi arcada inferior derecha Cuya pieza (4.7) simulo una preparación de un pilar protésico de hombro recto. En el procedimiento Se tomo 10 impresiones 5 con cada marca de silicona. Trabajadas con parámetros estandarizados, y con la misma técnica para ambos materiales de impresión. Las impresiones fueron vaciadas con yeso extra duro tipo IV, esto se realizó en 5 intervalos de tiempo cronometrados. Se evaluaron los 10 diámetros en función al modelo maestro con un calibrador digital de escala Vernier. Para la medida de los pilares se determinaron las dimensiones: cérvico oclusal, mesio-distal, vestibulo-lingual, y el desarrollo del hombro, las dimensiones fueron comparadas obteniendo así: que, si existió alteración en la estabilidad dimensional, en 5 modelos de la silicona de condensación Zhermack® Zetaplus y 3 modelos de la silicona de condensación Speedex Putty. Y el tiempo de vaciado de 144 horas fue donde se observó que los modelos tuvieron mayor alteración en la estabilidad dimensional. Resultados:

PALABRAS CLAVES: Modelo maestro, modelo de estudio, vestibular lingual, mesial, distal, oclusal.

SUMMARY

This research has the objective of the comparison In Vitro of the dimensional stability of two condensation silicones. For my research I used. The Silicone Zherman OranwashL, Zetaplus and the silicone Speedex Putty Light Body. In the development of this research it has been made a master model of metal alloy simulating a lower right half arcade, this piece(4.7) simulated the making of a prosthetic pillar of a straight shoulder. In the process it has been taken 10 impressions, 5 with each silicone Brand. Worked under standarized parameters and with the same thecnic for both impression materials. The impressions were filled with type IV extra hard plaster. This process has been made in 5 timed intervals. The 10 diameters were tested according to the master model with a digital gauge of Vernier scale. For the measure of the pillars, the next dimensions were determinated: Cervic, Occlusal, Mesiodistal, Bucco-Lingual and in the development of the shoulder, the dimensión were compared; obtaining in this way: that existed an alteration on the dimensional stability, in 5 models of the Zhermack Zetaplus condensation silicon and in 3 models of the Speedex Putty Condensation Silicon. And the filled time of 144 hours is were it has been observed that the models have more alteration in the dimensión stability.

KEYWORDS: MASTER MODEL, STUDY MODEL, BUCCO LINGUAL, MESIO DISTAL OCCLUSAL

INTRODUCCIÓN

En odontología los materiales de impresión nos ayudan a obtener registros negativos para la próxima obtención de positivos por los respectivos vaciados. Estos materiales facilitan trasladar todos los detalles anatómicos con exactitud, considerando la estabilidad dimensional, que es una propiedad física de los materiales de impresión, los cuales están en relación a las técnicas de impresión y vaciado según prescriba el fabricante.

OBJETIVO: Comparar la alteración en la estabilidad dimensional de dos siliconas de condensación (Zhermack® Zetaplus y Speedex Putty) tomadas con la técnica de doble impresión en función a cinco intervalos en el tiempo de vaciado.

VARIABLES: Estabilidad Dimensional: Propiedad que tienen ciertos materiales que al ser sometidos a cambios físicos no pierden su forma y mantiene sus dimensiones originales (modelo maestro, pilar protésico pieza "47"). Siliconas de Condensación: Son materiales de impresión elásticos, basados en

polímeros sintéticos que Presentan una reacción de polimerización. logrando primero un aumento de la viscosidad y obteniéndose finalmente un material elástico, (Zhermack®Oranwash Zetaplus y Speedex Putty. Ligth Body. Tiempo de Vaciado: Tiempo donde debe vaciarse las impresiones de silicona de condensación con el material de vaciado yeso tipo IV.

Diseño de la investigación: Enfoque de la investigación: Mixto. Tipo Nivel de investigación: Descriptivo. Ámbito: De campo. Técnica: Observacional directa. Temporalidad: Longitudinal _ Prospectiva.

Población (Pieza 4.7 Pilar). Diámetros del Pilar protésico. Cara oclusal, tamaño del pilar y los ángulos entre las caras libres y el hombro.

Muestra La muestra fue obtenida por 10 modelos de estudio los cuales fueron

vaciados con yeso tipo IV en 5 intervalos de tiempo, para ambas siliconas de condensación.

Selección de la muestra

La selección de la muestra se realizó a través de la selección no probabilística por conveniencia de acuerdo a los criterios de selección.

RESULTADOS

CUADRO 1

Comparación de la estabilidad dimensional de los modelos de estudio obtenidos de las siliconas de condensación zhermack® zetaplus y speedex putty

ALTERACION EN LA ESTABILIDAD DIMENSIONAL	MARCA DE SILICONA		TOTAL
	Zhermack® Zetaplus	Speedex Putty	
SI	5	3	8
NO	0	2	2
			10

Si existe alteración en la estabilidad dimensional en 8 modelos de estudio, 5 obtenidos de la silicona de condensación Zhermack® Zetaplus y 3 obtenidos con la silicona de condensación Speedex Putty.

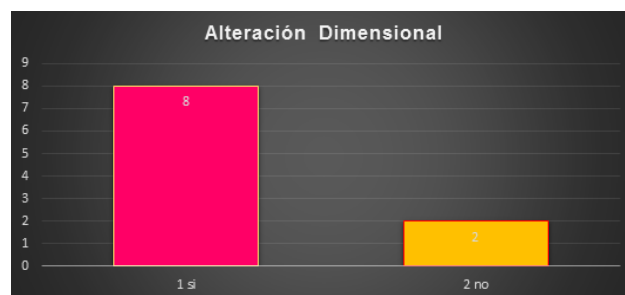
No existe alteración en la estabilidad dimensional en 2 modelos de estudio obtenidos con la silicona de condensación Speedex Putty.

Cuya suma total hace 10 modelos de estudio en los cuales en 8 modelos si existió alteración en la

estabilidad dimensional y en 2 no existió alteración en la estabilidad dimensional.

GRÁFICO 1

Comparación de los modelos de estudio obtenidos de las siliconas de condensación zhermack® zetaplus y speedex putty. que presentaron alteración en la estabilidad dimensional



La barra de color rosado determina que, Si existe alteración en la estabilidad dimensional en 8 modelos de estudio.

La barra de color amarillo determina que, No existe alteración en la estabilidad dimensional en 2 modelos de estudio.

CUADRO 2

Distribución de los modelos de estudio obtenidos de las siliconas de condensación zhermack® zetaplus y speedex putty. en función al tiempo de vaciado y a la marca de silicona de condensación

TIEMPO DE VACIADO	MARCA DE SILICONA		TOTAL	PORCENTAJE
	Zhermack® Zetaplus	Speedex Putty		
Según Fabricante	1	0	2	12 %
1 hora	1	0	2	13 %
24 horas	1	1	2	25 %
72 horas	1	1	2	25 %
144 horas	1	1	2	25 %
			10	100 %

Tiempo de vaciado según el fabricante: se vaciaron dos modelos de estudio donde: un modelo obtenido por la silicona de condensación Zhermack® Zetaplus presento alteración en la estabilidad dimensional mientras que el otro modelo obtenido por la silicona de condensación Speedex Putty no presento alteración en la estabilidad dimensional. Haciendo esto con un porcentaje de 12 %.

Tiempo de vaciado a la hora: se vaciaron dos moldes de estudio donde: un modelo obtenido por la silicona de condensación Zhermack® Zetaplus presentó alteración en la estabilidad dimensional mientras que el otro obtenido por la silicona de condensación Speedex Putty no presentó alteración en la estabilidad dimensional. Haciendo esto con un porcentaje de 13%.

Tiempo de vaciado a las 24 horas: se vaciaron dos moldes de estudio donde: ambos modelos obtenidos por las siliconas de condensación Zhermack® Zetaplus y Speedex Putty presentaron alteración en la estabilidad dimensional. Haciendo esto con un porcentaje de 25%.

Tiempo de vaciado a las 72 horas: se vaciaron dos moldes de estudio donde: ambos modelos obtenidos por las siliconas de condensación Zhermack® Zetaplus y Speedex Putty presentaron alteración en la estabilidad dimensional. Haciendo esto con un porcentaje de 25%.

Tiempo de vaciado a las 144 horas: se vaciaron dos moldes de estudio donde: ambos modelos obtenidos por las siliconas de condensación Zhermack® Zetaplus y Speedex Putty presentaron alteración en la estabilidad dimensional. Haciendo esto con un porcentaje de 25%.

GRÁFICO 2

Comparación porcentual de los 5 tiempos de vaciado e identificación de en cual hubo alteración de la estabilidad dimensional en los modelos de estudio obtenidos de las siliconas de condensación zhermack® zetaplus y speedex putty



En el tiempo de vaciado de 144 horas se observó que los modelos tuvieron mayor alteración en la estabilidad dimensional para ambas siliconas de condensación seguidamente del tiempo de 72 horas y 24 horas.

En el tiempo de vaciado según el fabricante se observó que los modelos de estudio tuvieron mínima; en el caso del modelo obtenido de la silicona de condensación Speedex Putty no tuvo alteración en la estabilidad dimensional.

En el tiempo de vaciado de 1 hora se observó que los modelos de estudio tuvieron mínima; en el caso del modelo obtenido de la silicona de condensación Speedex Putty no tuvo alteración en la estabilidad dimensional.

CONCLUSIONES

1. Si existió alteración en la estabilidad dimensional, en 5 modelos obtenidos de la silicona de condensación Zhermack® Zetaplus y 3 modelos obtenidos de la silicona de condensación Speedex Putty.
2. Los diámetros que presentaron mayor alteración en la estabilidad dimensional fueron: (l.M8) y (d.M10) con una frecuencia referencial de 7.94.
3. En los modelos obtenidos con la silicona Zhermack® Zetaplus los diámetros con mayor alteración fueron: (l.M8) y (d.M10) con frecuencia referencial de 7.94.
4. En los modelos obtenidos con la silicona Speedex Putty los diámetros con mayor alteración fueron: (v – l.M2) frecuencia referencial de 6.97, y (v.M7) con una frecuencia referencial de 7.97.
5. Modelo de estudio 0.1.5 obtuvo la mayor alteración en la estabilidad dimensional.
6. El tiempo de vaciado de 144 horas fue donde se observó que los modelos de estudio tuvieron mayor alteración en la estabilidad dimensional.
7. Silicona de condensación Zhermack® Zetaplus presenta un porcentaje de 62,0% con 5 modelos de estudio que presentan alteración en la estabilidad dimensional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vicente E. Granja V. Estudio invitro del efecto de un tensoactivo en la compatibilidad entre yesos tipo v y siliconas de adición (tesis para obtener el título de cirujano dentista) Quito-Ecuador. Facultad de odontología de Universidad Central de Ecuador.2011.

2. Ramírez D. Comparación in vitro de la alteración dimensional del modelo definitivo según el tiempo de vaciado de la silicona por condensación (Tesis para optar el título de cirujano dentista). Lima-Perú. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. 2014.
3. Gómez M. Estudio in vitro de la estabilidad dimensional de silicona de adición y poliéter en función de la técnica de impresión y el tiempo de vaciado empleados. (Tesis para optar el título de cirujano dentista). Madrid-España. Universidad Complutense de Madrid. 2010.
4. Galarreta P. Estudio comparativo de la exactitud dimensional de tres materiales de impresión elastoméricos utilizados con y sin aplicación de adhesivos en prótesis fija. (Tesis para optar el título de cirujano dentista). Lima-Perú. Universidad Peruano Cayetano Heredia. 2007.
5. Germán I. Santibáñez H, Peña C. Hidro compatibilidad de las siliconas por condensación de consistencia liviana. Vol 1 (en línea internet). 2012. (citado 17/04/2017) 4.50 pm. disponible en: http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2012/Kiruv.9.2/Kiru_v.9.2_Art.2.pdf.
6. Sánchez F. Comparación de la estabilidad dimensional de los materiales para registro intermaxilar cera de componentes metálicos, modelina y siliconas. (Tesis para optar el título de cirujano dentista). Lima-Perú. Universidad Mayor de San Marcos. 2015.

Fecha de recepción 24 - 08 - 2017
Fecha de aceptación 13 - 09 - 2017

CORRELACIÓN ENTRE LOS COMPONENTES DE LA SONRISA Y EL TIPO FACIAL EN ESTUDIANTES DE 18 A 25 AÑOS

Longa E.*
Longa L.**

*Eduardo José Longa Ramos
Especialista en Rehabilitación Oral, UAP /
Magister, Cayetano Heredia. Centro
Odontológico STETIKA

Celular: 984 748785

** Luis Eduardo Longa Herrera
Cirujano dentista práctica privada Centro
Odontológico STETIKA.

Mail: longa07odonto@gmail.com
Celular: 984 152914

RESUMEN

Objetivo: determinar la correlación existente entre el tipo facial clínico, y los componentes de la sonrisa en estudiantes de 18 a 25 años. Materiales y Metodos: La investigación es de enfoque correlacional, descriptivo, de campo y transversal. En una población de 50 individuos, 27 de ellos del sexo femenino y 23 del sexo masculino, se realizó una serie de 3 fotografías orales, correspondientes a una vista frontal, y una de cada lateral de la boca, con una cámara Canon EOS Rebel T5 con un lente fijo de 50 mm y 2 fotografías de rostro con una cámara Canon EOS Rebel T5 con un lente fijo macro de 90 mm. En las fotografías se evaluó el tipo facial clínico, así como también los componentes de la sonrisa. Resultados: Los resultados de la investigación revelaron que no existen correlaciones estadísticamente significantes entre los componentes de la sonrisa y el tipo facial clínico, siendo así, estos parámetros estéticos perfectamente aplicables para cualquier tipo facial; este resultado fue obtenido tanto en el sexo masculino como el femenino.

Palabras Clave: Componentes de la sonrisa, Tipo facial clínico, Correlación, Estética dental.



ABSTRACT

Objective: to determine the existing correlation between the clinical facial type and the components of the smile in students from 18 to 25 years old. Materials and Methods: The research is correlational, descriptive, field and cross-sectional. In a population of 50 individuals, 27 of them female and 23 male, there was a series of 3 oral photographs, corresponding to a frontal view, and one of each side of the mouth, with a Canon EOS Rebel T5 camera. with a fixed 50mm lens and 2 face photographs with a Canon EOS Rebel T5 camera with a fixed 90mm macro lens. In the photographs, the clinical facial type was evaluated, as well as the components of the smile. Results: The results of the investigation revealed that there are no statistically significant correlations between the components of the smile and the clinical facial type, being these aesthetic parameters perfectly applicable for any facial type; This result was obtained in both male and female.

Key words: Components of the smile, Clinical facial type, Correlation, Dental esthetics.

INTRODUCCIÓN

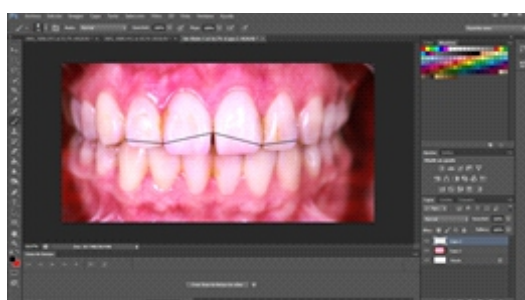
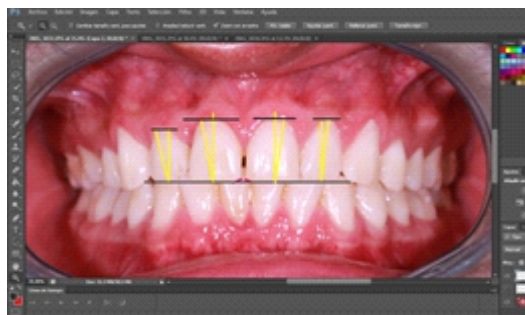
La estética es un fenómeno cultural que evoluciona con el hombre y convive paralelamente a él. (1) Los parámetros estéticos cambian con el tiempo, varían según la cultura y están delimitados por la sociedad, pero lo que no cambia es el deseo de los individuos de formar parte y regirse por esos parámetros que son percibidos por el resto como agradable y bello. La sonrisa es la única expresión facial que puede ser interpretada más allá del lenguaje y denota de forma indiscutible alegría, felicidad o satisfacción; es de ahí que nace el deseo de poseer una sonrisa armónica y agradable. Del mismo modo, también es considerada

como el idioma universal de los inteligentes. Grandes autores como Sidney Kina, Mauro Fradeani y muchos otros se han dedicado al estudio de las implicaciones estéticas en el trabajo odontológico.(1,2) Del mismo modo, investigaciones realizadas por otros autores, como Bortolotti, que han postulado que existen relaciones entre los rasgos faciales y muchas características dentarias, como son el tamaño, morfología, etc. (3) Es así como se hace evidente la necesidad de encontrar parámetros que permitan trabajos más fiables y con resultados satisfactorios para el profesional y el paciente, en este punto resalta la escasa información que se encuentra al respecto, es especial información concerniente a nuestro medio.

Principios Estéticos: La odontología estética, como en otras áreas, se basa en leyes y técnicas, utilizando además del enfoque intuitivo, principios lógicos en la búsqueda de una sonrisa estéticamente satisfactoria y agradable. Dentro de una perspectiva organizada y sistemática, dos objetivos básicos dentro de la estética en odontología deben ser perseguidos y estudiados: Crear dientes de proporciones intrínsecas agradables entre si y los demás dientes, biológicamente integrados y en armonía con los tejidos gingivales. (1)

COMPONENTES DE LA SONRISA SEGÚN SIDNEY KINA

- Línea Del Labio: Línea labial baja, media y alta. (10)
- Línea De La Sonrisa (11)
- Morfología Dental: Cuadrada: Triangular, Oval (15)
- Proporciones Dentales La proporción coronaria entre altura y anchura parece ser la referencia más adecuada. (1)
- Predominio De Los Incisivos Superiores(1)
- Puntos De Contacto
- Troneras Interdentales Gingivales
- Contorno Y Morfología Gingival
- Inclinación Axial



RESULTADOS

EL tipo facial mesoprosopo fue la configuración anatómica más numerosa encontrada durante el transcurso de la investigación, seguido muy de cerca del tipo euriprosopo, encontrándose pequeñas discrepancias en cuanto al predominio de los tipos faciales en el sexo masculino y el femenino.

El grupo leptoprosopo fue el menos común, tanto en la evaluación del sexo masculino como el sexo femenino.

CUADRO N° 1 Distribución numérica y porcentual del tipo facial en relación al sexo.

		SEXO					
		MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
TIPO FACIAL	EURIPROSOPO	8	16	14	28	22	44
	MESOPROSOPO	12	24	11	22	23	46
	LEPTOPROSOPO	3	6	2	4	5	10
	TOTAL	23	46	27	54	50	100

Fuente: ficha de recolección de datos

CORRELACIÓN DE PEARSON	1
------------------------	---

Se realizó la evaluación de cada uno de los componentes de la sonrisa descritos por Sidney Kina. Entre los puntos evaluados encontramos: Altura de la línea de la sonrisa, la conformación de la línea de la sonrisa y su paralelismo en relación a la línea bipupilar, la morfología dental, la relación entre las proporciones dentales, el impacto y predominio de los incisivos centrales superiores, la presencia y distribución de la curvatura formada por los puntos de contactos, la presencia de troneras interdentes incisales, la presencia de la tronera interdental gingival, el contorno y la morfología gingival y la inclinación axial de las piezas dentales antero superiores.

Estos caracteres fueron evaluados de forma individual, y el estudio no solo buscaba revelar la relación entre ellas y el tipo facial presente en la población cusqueña, sino también evaluar la intensidad de la misma. Por la naturaleza de la presente publicación es imposible relatar detalladamente los resultados obtenidos de cada criterio de la evaluación, pero si es posible sintetizar la información solo con el propósito de revelar si existe o no una relación directa entre el tipo facial clínico y los componentes de la sonrisa.

CUADRO N° 2 Correlación entre los componentes de la sonrisa y el tipo facial clínico en relación al sexo.

Componentes de la Sonrisa	Tipo Facial Clínico			
	Masculino		Femenino	
	Correlación	Coefficiente de Pearson	Correlación	Coefficiente de Pearson
Línea De La Sonrisa	No significativa	-0.27	No significativa	0.2
Línea Del Labio	No significativa	0.34	No significativa	-0.29
Morfología Dental	No significativa	-0.2	No significativa	-0.02
Predominio De Los Incisivos Superiores	No significativa	0.023	No significativa	-0.025
Proporciones Dentales	No significativa	-0.15	No significativa	-0.07
Puntos De Contacto	No significativa	0.04	No significativa	-0.07
Troneras Interdentales Incisales	No significativa	-0.24	No existe	0
Troneras Gingivales	No significativa	0.4	No significativa	-0.094
Contorno Y Morfología Gingival	No significativa	-0.13	No significativa	0.13
Inclinación Axial	No significativa	-0.14	No significativa	0.33

El cuadro numero 2 evidencia que no existe correlación o no es estadísticamente significativa, lo que demuestra que en la población peruana es factible aplicar las reglas estéticas postuladas para todos los componentes de la sonrisa sin importar el tipo facial clínico que el paciente presente.

DISCUSIÓN

GALLAO S. (Brasil 2009): Los resultados que obtuvo Gallao, no son comparables con el presente estudio, debido a la diferencia notable entre las características estéticas estudiadas. ROVIRA E. (España 2014): Roviera, estudio la importancia de los rasgos de la dentición en el impacto de la percepción de la sonrisa, si bien sus resultados no son comparables con el presente estudio, si revelo que los diferentes componentes de la sonrisa tienen gran impacto en la percepción de lo bello dentro de la sonrisa y el rostro. CASTRO OLIVARES (Perú 2014):

Los resultados obtenidos en su investigación fueron: que el patrón facial más frecuente fue el Euriprosopo en un 52.9% de los pacientes, seguido del Mesoprosopo en 31% de los pacientes, el patrón facial menos frecuente fue el Leptoprosopo encontrado en 16.1% de los pacientes.

En contraste en el presente estudio se encontró: que el tipo facial más frecuente fue el mesoprosopo con 46% de casos registrados, seguido por el tipo euriprosopo con 44% de casos y por último el leptoprosopo que registro 10% de los casos.

Los parámetros de la sonrisa estudiados por Castro, no son comparables con los estudiados en el presente estudio. 55

CONCLUSIONES

1. El tipo facial más predominante en el sexo masculino es el mesoprosopo, mientras que en el femenino es el euriprosopo.
2. No se encontraron correlaciones estadísticamente relevantes entre los componentes de la sonrisa y el tipo facial clínico, tanto para el sexo masculino como el femenino.
3. El grupo leptoprosopo no cumplió con los parámetros estéticos en los siguientes componentes: proporciones dentales, en el sexo masculino y el sexo femenino; puntos de contacto en el sexo masculino e inclinación axial en el sexo femenino.
4. Los componentes de la sonrisa, pueden ser aplicados a cualquiera de los tipos faciales estudiados en el presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Kina S, Bruguera A. Invisible, restauraciones estéticas cerámicas, 1ra ed. Brasil: Artes Medicas Ltda. 2008.
- 2) Fradeani M, Barduci J. Rehabilitación estética en prostodoncia fija: Análisis estético: un acercamiento sistemático al tratamiento protésico. 1aed. California. Quintessence Publishing Company. 2011.
- 3) Bortolotti L. Prótesis Removibles, clásica e innovaciones, 1a ed. Venezuela Amolca. 2007.
- 4) Castro F. Análisis de la sonrisa según el patrón facial en pacientes del Centro Médico Naval Cirujano Mayos Santiago Távara. [Tesis]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014
- 5) Rovira E. Investigación sobre la importancia relativa de distintos rasgos de la dentición en el impacto de la sonrisa. [Tesis]. Valencia. Universidad de Valencia. 2014
- 6) Gallao S, Feijo C, Dos Santos-Pinto A, Dos Santos-Pinto L, Faltin K, Photographic analysis of symmetry and aesthetic proportion of the anterior teeth, Rev Inst Ciênc Saúde. [Internet]. 2009. [citado el 24 de abril de 2017]. Pp: 400. Disponible en: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n4/a1641.pdf>
- 7) Estévez L. Larouse diccionario pocket. Barcelona: Editorial Larousse. 2006
- 8) Definición MX Estética. [Online], México. Disponible en: <http://definicion.mx/estetica/> [Citado el 30 Agosto del 2016].
- 9) Rufenacht C. Principios de integración estética. 1ª ed. Barcelona. Quintessence Publishing Company. 2000.

- 10) Tosta O. Análisis facial en estética dental. Gaceta Dental [Online] Septiembre 2011. [citado el 23 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2011/09/anlisis-facial-en-la-esttica-dental-25556/>
- 11) Balsells E, Camps D. Evaluación de la sonrisa. Anales de la odontoestomatología. [Internet]. 2007 [citado el 09 de marzo de 2017] Pg .36-39. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/334729510/estetic-a-de-lasonrisa-pdf>
- 12) Garcia A. Valoración de la correlación entre género y forma de los incisivos centrales en alumnos de Odontología. [Tesis]. Madrid. Universidad Complutense de Madrid. 2012.
- 13) Tuckler G. Desarrollo de la Personalidad y Odontología Una perspectiva de la psicoterapia gestáltica, del sistema masticatorio, neurofocal – bucodental y del desarrollo humano. [Tesis]. Costa Rica. Universidad Latina de Costa Rica. Facultad de Odontología. 2011
- 14) Ortodonciaperezvarela. [Internet]. Santiago de Compostela, España. [Citado el 11 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://ortodonciaperezvarela.com/sabiasque-tus-dientes-hablan-de-ti-curiosidades-sobre-la-relacion-entre-dentadura-y-personalidad/>
- 15) Urrejola A. Corencia C. Ruiz G. Lucena C. Pulgar R. Navajas J. Estudio de la sonrisa y la forma de los dientes anteriores. Revista Europea de Odontología. [Internet]. Octubre 2008. [citado el 23 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=99>
- 16) Rickets RM. The biologic significance of the divine proportion and Fibonacci series. Am J Orthod 1982; 81: 351
- 17) Jack D. Preston. The Golden Proportion Revisited. J Esthet Restor Dent. Noviembre 1993; 5(6):pp: 247-251.
- 18) ClubEnsayos. [Internet] España. Mariana Fusa. [citado el 23 de abril del 2017]
- 19) Junior Dentist [Internet]. Hyderabad. India. Embrasures. [citado el 20 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://www.juniordentist.com/embrasures.html>
- 20) Dr. Matias San Martin [Internet]. Chile. [citado el 20 de marzo de 2017] Disponible en: <http://matiassanmartin.com/parametros-esteticos-en-rehabilitacion-oral/>
- 21) Nelson, Stanley J.; Major M. Ash. Wheeler's Dental Anatomy, Physiology and Occlusion. 9a ed. St. Louis, MO: Saunders. 2010.
- 22) Moncada G. Angel P. Parámetros para la Evaluación de la Estética Dentaria Antero Superior. Revista dental Chile. 2008. 99(3): pg 29-38
- 23) Vellimi F: Ortodoncia. Diagnóstico y planificación clínica, 2ª ed, Brasil, 2004

Fecha de recepción 25 - 08 - 2017
Fecha de aceptación 20 - 09 - 2017

CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA EN BIOSEGURIDAD SOBRE EL USO DE BARRERAS DE PROTECCION EN LOS ESTUDIANTES DE LA CLINICA ESTOMATOLOGICALUIS VALLEJOS SANTONI UAC, CUSCO – 2016

Paz B.*

* Bianeth Carmen Paz Arenas
Cirujano Dentista
Centro Odontológico ODSE

Mail: bica.arenas@gmail.com
Celular: 951 278424

RESUMEN

Objetivo: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en bioseguridad sobre el uso de barreras de protección en los estudiantes de la Clínica Estomatológica “Luis Vallejos Santoni” de la Universidad Andina del Cusco-2016. Material y Método: El tipo de estudio es descriptivo, transversal, de campo y cuantitativo. La población fue de 130 estudiantes, la selección fue probabilístico aleatorio simple. La primera parte, se realizó la observación de la práctica durante la atención clínica, recopilando los datos en una lista de cotejo compuesta de 20 ítems, según el cumplimiento o no del uso de las barreras de protección. En el segundo esquema se utilizó un cuestionario con preguntas cerradas constituido de dos partes: conocimiento y actitud, conformada de 20 preguntas cada una las cuales fueron divididas en 5 grupos. Cada parte del cuestionario se evaluó por separado. Resultados: Se pudo determinar que el conocimiento de los estudiantes es regular sobre el uso de barreras; y la actitud que presentaron frente a sus labores clínicas fue poco adecuada. En la práctica los resultados nos mostraron que los estudiantes no cumplen con el uso adecuado de barreras de protección. Existiendo falencias en el uso de mascarilla, gorro y lentes protectores, siendo estas las menos usadas y recicladas. Los guantes y uniforme son las barreras más usadas pero de forma desprolija. Todo ello indica la necesidad de reforzar y actualizar los conocimientos sobre barreras, con el fin de mejorar las actitudes y prácticas de los estudiantes.

Palabras clave: Conocimiento, Actitud, Práctica, Barreras de Protección, Bioseguridad.

ABSTRACT

Objective: Determining knowledge, attitudes and practices in bioseguridad on the use of protection barriers in the Clínica Estomatológica's students Luis Vallejos Santoni of the Andean University of the Cusco 2016. Material and Method: The type of study is descriptive, transverse, of field and quantitative. The population belonged to 130 students, the selection was probabilistic aleatory simple. In the first part, the observation of the practice during the clinical attention, compiling the data in a checklist composed of 20 items, according to whether or not the use of the protection barriers was observed. A questionnaire with closed questions constituted of two parts was utilized in the second scheme: Knowledge and attitude, shaped of 20 questions each which were divided into 5 groups. Each part of the questionnaire was evaluated separately. Results: It was possible to determine that students' knowledge is regular about the use of barriers; And the attitude they presented in front of their clinical work was inadequate. In practice the results showed that students do not comply with the proper use of protective barriers. There are shortcomings in the use of masks, disposable caps and protective glasses, which are the least used and recycled. Gloves and uniforms are the most commonly used barriers, but unfairly. All this indicates the need to reinforce and update knowledge about barriers, in order to improve students' attitudes and practices.

Key words: Knowledge, Attitude, Practice, protective Barriers, Bioseguridad.

INTRODUCCIÓN

El odontólogo es portador de microorganismos, al igual que el paciente en general; por lo que el contacto repetitivo entre profesional y paciente con tales características, lo hacen potenciales portadores de enfermedad, siendo necesario tomar diferentes

medidas de protección para prevenir la infección cruzada.

Para esto existen barreras de protección que pueden minimizar el riesgo de contagio de una enfermedad, tales como el uso de guantes, lentes protectores, gorro, mascarillas y el mandil o uniforme reglamentario, que son los implementos

indispensables en la atención dental; y que a la vez es desapercibida e incluso no considerado muchas veces su utilización, convirtiéndose así en un punto crítico de contagio, más aun cuando estas fallan.

Por todo esto, la autora considera realizar un estudio de conocimiento, actitud y practica (CAP) sobre el uso de barreras de protección, en la trabajo diario dentro de la Clínica Estomatológica “Luis Vallejo Santoni” de la Universidad Andina del Cusco, a través de esta investigación se podrá determinar si el conocimiento que tienen sobre este tema se halla claramente definido en ellos y lo aplican adecuadamente en su práctica diaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se consideró Descriptivo pues se dará a conocer las características de la población con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento, actitud y práctica sobre el uso de barreras de protección. De tipo Cuantitativo, porque se probara los objetivos mediante mediciones de porcentaje. No experimental porque no pretende modificar las variables de la investigación. Transversal, porque es realizada y evaluada en un mismo tiempo; y observacional, puesto que evalúa cómo se manifiesta el fenómeno en el ámbito de estudio.

La observación (parte práctica) y el cuestionario (evaluación del conocimiento y la actitud) a los estudiantes participantes en la investigación se realizó en la Clínica Estomatológica “Luis Vallejos Santoni” de la Universidad Andina del Cusco durante el semestre 2016-II. El tipo de muestreo utilizado fue probabilístico, aleatorio simple. Siendo conformada por 134 estudiantes accediendo mediante consentimiento informado.

Se incluyó a estudiantes de estomatología que estén matriculados en el ciclo 2016 – II. Que aceptaron llenar el cuestionario, y asistieron a la clínica durante el periodo de estudio. Descartando a los estudiantes que lleven solo cursos de teoría, que abandonaron el semestre, presentaron una conducta no colaboradora. Y el área de trabajo de cirugía bucal.



IMAGEN 1



IMAGEN 2



IMAGEN 3

RESULTADOS

Respecto a la edad y sexo de los estudiantes de la clínica, se tiene que el 51.5% corresponde al grupo femenino y el 48.5% al masculino. Los estudiantes tienen un conocimiento regular (68.5%) sobre barreras protectoras; la actitud que muestran es poco adecuada (66.2%) y en la práctica no cumplen (56.2%) con el uso correcto de dichas barreras. El mayor problema de la falta de uso se da en las mascarillas y lentes que al realizar sus prácticas ningún alumno las utilizó adecuadamente, y son el grupo de mayor edad quienes no la practican como debe ser.

CONCLUSIÓN

Se determinó que el conocimiento que tienen los estudiantes es regular; la actitud que tienen es poco adecuada. Y que en la práctica la mayoría, no cumplen con el uso de barreras de protección. La edad y sexo no muestran compatibilidad cercana entre el conocimiento, actitud y práctica de los estudiantes durante sus labores en clínica.

De los datos encontrados hallamos que durante la practica en el uso de barreras tanto el sexo femenino como el sexo masculino, tienen falencias en el uso de mascarilla, gorros y lentes protectores. Las dos primeras son reutilizadas varias veces. Los guantes, y uniforme clínico son las barreras más usadas pero a pesar de ello los estudiantes siempre tienden a caer en descuido.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ayón-Haro ER, Villanelo-Ninapaytan MS, Bedoya-Arboleda L, Gonzáles-Chávez R, Pardo-Aldave K, Picasso-Pozo MA, et al. Conocimientos y actitudes sobre bioseguridad en estudiantes de odontología de una universidad peruana. . KIRU. 2014; 11(1):39-45.
2. Albornoz E, Mata M, Tovar V, Guerra M. Barreras protectoras utilizadas por los estudiantes de post-grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Julio- agosto 2004. Acta Odontol. Venez.2008;46(2):1-7.
3. Arrieta K, Díaz S, González F. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre accidentes ocupacionales en estudiantes de odontología. Rev. Cubana de Salud Pública. 2012; 38(4):546-52
4. Hernández, A., Jorge, M., & Simancas, M. Conocimientos, prácticas y actitudes sobre bioseguridad en estudiantes de odontología. Revista

Colombiana de Investigación en odontología, 148-157. Colombia 2012.

5. Papone V. Normas de bioseguridad en la práctica odontológica. Facultad de Odontología de la universidad de la República Oriental de Uruguay. Uruguay. 2000.
6. Ministerio de Salud. Bioseguridad en Odontología. Norma Técnica. Lima, Perú: Dirección ejecutiva de Atención Integral de Salud; 2005. N T N° MINSAL/D G S P - V . 0 1 . D i s p o n i b l e en:ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documento s/dgsp/BIOSEGURIDAD%20EN%20ODONTOL OGIA.doc
7. Cari E, Huanca H. conocimiento y aplicación de medidas de bioseguridad de estudiantes de la clínica odontológica de la universidad andina Néstor Cáceres Velásquez Juliaca- 2012.
8. Vega B. (Cusco, 2010).”Conocimiento, actitudes y práctica sobre bioseguridad durante el uso de lámparas de luz halógena en alumnos de la Clínica Odontológica “Alina Rodríguez de Gómez”, UNSAAC”.

Fecha de recepción 18 - 08 - 2017
Fecha de aceptación 19 - 09 - 2017

COMPARACIÓN IN VITRO DE MICROFILTRACIÓN EN RESTAURACIONES DE RESINA COMPUESTA REALIZADAS CON UN MATERIAL NANOHIBRIDO CONVENCIONAL Y UNO BULK

López P. . *

* Pedro López Herrera
Cirujano Dentista
Consulta privada
Clínica Docente Estomatológica UAP

Mail: pitercitofree@gmail.com
Celular: 984477961

RESUMEN

Objetivo: Comparar la microfiltración entre una resina de nanohibrida (Tetric N-Ceram) y una resina bulk (Tetric N-Ceram Bulk). **Material y Método:** El estudio es de tipo, transversal comparativo y cuasi-experimental. Se utilizaron 40 piezas dentarias molares humanos extraídos, almacenados en suero fisiológico; a los que se realizó cavidades clase I, las piezas dentales fueron separadas en dos grupos de 20 cada uno; el primer grupo fue restaurado con la resina nanohibrida Tetric N Ceram y el segundo grupo con la resina Bulk Tetric N- Ceram Bulk. Después de un proceso de termociclado, en presencia de un colorante, las piezas fueron seccionadas longitudinalmente para medir el porcentaje de microfiltración, utilizando un microscopio USB. **Resultados:** se observaron las muestras luego de 24 horas y luego de 7 días, las restauraciones con la resina nanohibrida (Tetric N-Ceram) presentaron mayor microfiltración que las restauraciones realizadas con la resina bulk (Tetric N-Ceram Bulk) **Conclusiones:** se observó que las restauraciones realizadas con la resina bulk presentaron menores valores de microfiltración.

Palabras claves: resinas bulk, técnica convencional, restauraciones de resina, microfiltración.

ABSTRACT

Objective: To compare microfiltration between a nanohybrid resin (Tetric N-Ceram) and a bulk resin (Tetric N-Ceram Bulk). **Material and Method:** The study is of a comparative cross-sectional and quasi-experimental type. 40 extracted human molar teeth were used, stored in physiological saline; to which class I cavities were performed, the teeth were separated into two groups of 20 each; the first group was restored with Tetric N Ceram nanohybrid resin and the second group with Bulk Tetric N-Ceram Bulk resin. After a thermocycling process, in the presence of a dye, the pieces were sectioned longitudinally to measure the percentage of microfiltration, using a USB microscope. **Results:** the samples were observed after 24 hours and after 7 days, the re-treatments with the nanohybrid resin (Tetric N-Ceram) showed higher microfiltration than the restorations made with the bulk resin (Tetric N-Ceram Bulk) **Conclusions:** it was observed that the restorations made with bulk resin had lower microfiltration values.

Keywords: bulk resins, conventional technique, resin restorations, microfiltration

INTRODUCCIÓN

A través de los años las resinas compuestas han llegado a ser las más utilizadas por los odontólogos por sus grandes propiedades y excelente acabado estético. En la actualidad las resinas compuestas constituyen el material restaurador más utilizado, pues son estéticamente aceptables, poseen una plasticidad adecuada que les permiten ser aplicadas directamente en la preparación cavitaria, y tienen la capacidad de adherirse al diente mediante mecanismos adhesivos específicos que logran preservar la estructura dentaria sana, sin necesidad de extenderse hacia un diseño cavitario retentivo.(1)

Desde su ingreso al mercado, las resinas compuestas usadas en el medio odontológico han sido objeto de numerosos avances que permitan eliminar su principal deficiencia: la contracción por polimerización y el estrés asociado a ésta, causantes de la microfiltración (1) Además de esto, otros factores intervienen en éste proceso y para intentar resolverlo, numerosas investigaciones se llevan a cabo. Desde el empleo de nuevas técnicas clínicas para su colocación, hasta el cambio de algunos de sus componentes. Es por ello que existen resinas como Tetric N-Ceram y Tetric N-ceram Bulk que muestran cambios en técnica y composición para disminuir los factores negativos de las resinas.

Microfiltración

Se define como microfiltración de microorganismos, fluidos y desechos que se dan en la interface que existe entre una restauración y las paredes de una preparación cavitaria (2)

(Macchi, 2007) Ha definido a la microfiltración como el paso de iones, microorganismos y fluidos que están en la saliva hacia el espacio entre la pieza dentaria y el material restaurador, llevando así al fracaso del tratamiento reparador. (3)

Aunque es totalmente dudoso que la filtración marginal se elimine por completo en realidad puede controlarse. Cuando la filtración extensa se relaciona con defectos clínicos de restauración puede ocurrir caries recurrente. (Nadie preguntaría la importancia de microorganismos bajo tales circunstancias) (4)(5)

Resina Convencional

Tetric N-Ceram de Ivoclar Vivadent es un composite de restauración dental fotopolimerizable, radiopaco, basado en una tecnología de composite nanohíbrido. Es útil para la restauración estética de dientes en la región anterior y posterior (6).

Debido a su tecnología nanohíbrida, Tetric N-Ceram posee excelentes propiedades mecánicas.

Los prepolímeros son responsables por la baja contracción del material. La alta radiopacidad de Tetric N-Ceram de 400 % AI, se debe al relleno de fluoruro de iterbio, el cual facilita considerablemente la detección radiográfica de caries secundaria. La fórmula nano-optimizada de Tetric N-Ceram forma la base del bajo desgaste y alta resistencia del material. (7)

RESINABULK

Con la evolución de los materiales dentales, se han creado diversos tipos de resinas con diferentes características, dentro de ella se creó una resina llamada bulk fill, que rompe con los métodos tradicionales de aplicación de este material, ya que su aplicación no es en capas delgadas, sino en bloques de hasta 4 milímetros

provocando con esto una mayor rapidez de aplicación, la mayoría de los fabricantes recomiendan llenar las cavidades a profundidades de hasta 4mm, aunque algunos sugieren 5 mm(8)(9)

La introducción de un material compuesto con esta

profundidad de fotocurado se realiza típicamente mediante la mejora de su translucidez para permitir una penetración más profunda de los fotones de luz suficiente para la activación del sistema de fotoiniciador. (10)

Además es importante para las resinas Bulk-fill la reducción de las tensiones de contracción potencialmente deletéreos resultantes de la polimerización del material compuesto dentro de la preparación del diente, y varios métodos han sido utilizados por los fabricantes para aliviar preocupaciones para el paciente. (11)(12)

Es importante acotar que las resinas Bulk presentan una disminución evidente en la contracción de polimerización que presentan, estas al presentar una tecnología diferente evitan el estrés de contracción y logran por ende eliminar la microfiltración tan dañina para las restauraciones (13)(14).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se recolectaron 40 molares; extraídos terapéuticamente, los cuáles fueron donados por operadores de la clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco, y de diferentes consultorios odontológicos.

Las piezas dentales fueron separadas aleatoriamente en dos grupos de 20 muestras cada uno para ello se realiza con el acrílico de autopolimerizado una base cubica que da estabilidad a la pieza y evita la penetración del tinte por el ápice, el acrílico se diferenciara por el color (rojo para la resina bulk y blanco para la resina nano hibrida)

Se formaron 2 grupos de 20 piezas dentarias cada uno.

En cada pieza se realizó una cavidad clase I en la cara oclusal de las piezas dentarias molares. Las cavidades fueron estandarizadas con una dimensión de 3 mm de ancho, 3 mm de largo y 3mm de profundidad; para esto se marcó una fresa redonda de grano grueso (ISO 101/021) a los 3 mm para facilitar la preparación cavitaria ,se utilizó una fresa cilíndrica de grano mediano (ISO 111/014) para expandir la cavidad ,además se utilizó una sonda periodontal para constatar las medidas, luego se realizó el alisado de la cavidad con una fresa piriforme de grano fino (ISO 137/021), las cavidades fueron lavadas con agua y secadas por no más de tres segundos para evitar la deshidratación de la dentina. Las puntas diamantadas fueron cambiadas cada 5 preparaciones, para evitar el desgaste de la misma

Grupo I: Restauración con Aplicación de Resina Tetric N-Ceram.-

Veinte piezas dentarias (molares) en las que se realizaron restauraciones de resina compuesta en la cara oclusal (técnica convencional): se utilizó la resina Tetric N-Ceram utilizando la técnica convencional; la misma que se llevó a cabo mediante incrementos no mayores a 2mm de espesor de acuerdo a especificaciones del fabricante, cada incremento se foto polimerizó por un tiempo de 30 segundos.

Grupo II: restauración con aplicación de resina Tetric N-Ceram Bulk.-

Veinte piezas dentales (molares) en las que se realizó restauraciones de resina compuesta bulk de aplicación monoblock en la cara oclusal (técnica monoblock): se utilizó la resina Tetric N-Ceram bulk utilizando la técnica monoblock; la misma que se llevó a cabo mediante un solo incremento, de acuerdo a las indicaciones del fabricante, con la ayuda de un instrumental adecuado; dicho incremento fue foto polimerizado por un tiempo de 30 segundos.

Termociclado.

La muestra preparada, fue sometida a una prueba de termociclado con la finalidad de conseguir cierto envejecimiento de las piezas dentarias; para esto se colocó cada grupo de estudio en un recipiente con agua químicamente pura y fueron sometidas a 100 ciclos en una solución de azul de metileno al 1% en baños entre 2°C y 60°C, las piezas dentales permanecieron 30 segundos en cada baño y temperándose a 23°C durante 15 segundos antes de cambiar de un baño a otro; este cambio de temperatura fue realizado con el objetivo de simular aquellas temperaturas tolerables que pueden presentarse en cavidad bucal. Terminado el proceso se colocó la muestra en un recipiente con la solución de azul de metileno al 1% dentro de la incubadora a 37°C simulando la temperatura de la cavidad oral, 24 horas después se retiraron 10 muestras de cada uno de los dos grupos para realizar su observación, dejando el resto de la muestra a la misma temperatura de 37°C durante 7 días que es el tiempo máximo de absorción de líquidos que presentan dichas resinas

Corte de los cuerpos de estudio

Posteriormente las muestras fueron lavadas y cortadas longitudinalmente, separándolas en dos partes, para realizar el corte de las piezas de estudio se utilizaran discos de diamante y motor de baja velocidad (laboratorio de prótesis de la facultad de estomatología UAC)

El corte fue realizado longitudinalmente y de esta manera se logró medir la cantidad de tinción en cada uno de los fragmentos de las piezas dentales.

Observación de las muestras

Finalmente las piezas dentarias seccionadas fueron observadas en el VMS-004D microscopio USB (15) donde se midió el trayecto que el colorante azul de metileno al 1% penetra en la interface diente – restauración relacionando este trayecto con la longitud total de la preparación cavitaria, logrando recolectar las medidas que marcaron el paso de la tinción gracias a la microfiliación que existe en mayor o menor cantidad en cada una de las muestras.

RESULTADOS

Los datos medidos resultantes en milímetros fueron transformados a porcentajes mediante la fórmula:

$$\frac{\text{mm. de microfiliación} \times 100}{3 \text{ (mm de la cavidad)}}$$

Se observa que la media de microfiliación existente en las restauraciones con la resina Tetric N-Ceram a las 24 horas fue de 16.30 % y a los 7 días fue de 18.92% en cambio la media de microfiliación de Tetric N-Ceram Bulk a las 24 horas fue de 12.56 % y a los 7 días fue de 11.49 % determinando así que la resina Tetric N-Ceram Bulk presenta una menor microfiliación.

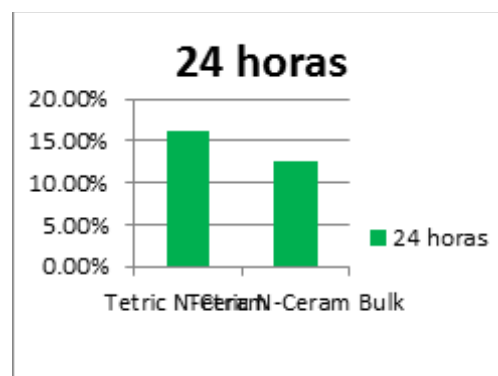


Gráfico N° 1 Porcentaje de microfiliación en los dos tipos de restauraciones a las hallada a las 24 horas



Gráfico N° 2 Porcentaje de microfiliación en los dos tipos de restauraciones a las hallada a los 7 días

DISCUSIÓN

Frisancho Inistroza (Chile 2012)(16) utilizó los mismos tipos de resinas usadas en nuestro trabajo de investigación, una nanohíbrida y una Bulk (Sonic fill), esta necesita un sistema ultrasónico para poder realizar la aplicación de la resina, dificultando así su uso cotidiano, por su alto costo y por la necesidad de una pieza de mano particular para su aplicación, a pesar de estos inconvenientes los datos arrojados en el trabajo de investigación demuestran la aparición de microfiltración marginal para ambos sistemas restauradores, siendo menor para la resina Sonic Fill (resina Bulk comparada con la Herculite Precise (nanohíbrida)). Esto da lugar a antecedentes de que las resinas Bulk presentan menor grado de contracción, por ende disminución de su microfiltración. Córdova Cotrina (Trujillo 2014)(17), utiliza piezas dentarias de bovino, a comparación del presente trabajo de investigación en el cual utilizamos piezas dentarias humanas en buen estado, que fueron extraídas por recomendación terapéutica, para realizar tratamientos ortodónticos y protésicos, los cuales fueron almacenados en suero fisiológico hasta su utilización en el trabajo de investigación, además se utilizaron resinas de consistencia sólida, que son las que se utilizan más en restauraciones de piezas posteriores. Lois Mastach, (España – 2004), R.A. Ramírez y col.(Venezuela 2009)(18) realizaron el estudio sobre microfiltración en cavidades clase II restauradas con resinas compuestas de baja contracción, en cambio nuestro estudio fue realizado en restauraciones de clase I y recopilando datos en dos tiempos, el primero a las 24 horas y el segundo a los 7 días de la restauración, para así poder tener más datos que nos permitan tener un resultado más certero.

CONCLUSIONES

Ninguno de los dos tipos de resina utilizadas para este estudio, Tetric N-Ceram y Tetric N-Ceram Bulk eliminaron totalmente la microfiltración ni en 24 horas ni en 7 días.

La microfiltración promedio de la resina Tetric N-Ceram si presentó una diferencia estadística significativa en comparación con la resina Tetric N-Ceram Bulk.

Las restauraciones realizadas con la resina Tetric N-Ceram Bulk presentaron el menor porcentaje de microfiltración marginal 12,03%.

Las restauraciones realizadas con la resina Tetric N-Ceram presentaron un porcentaje mayor de microfiltración del 17,61%.

La resina Tetric N-Ceram Bulk no presentó diferencias significativas a través del tiempo, 24 horas = 12,56%, 7 días = 11,49%, mientras que la resina Tetric N-Ceram si presentó diferencias significativas, 24 horas = 16,30%, 7 días = 18,92%.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Barrancos J. "Operatoria dental". Cuarta Edición. Editorial Panamericana. 2006 Buenos Aires – Argentina .pag.784 – 785
2. Bhaskar NS. Histología y embriología bucal de Orban. Editorial ElAteneo 1986
3. Macchi, R. (2007). MATERIALES DENTALES. Buenos Aires, ARGENTINA: Editorial Médica Panamericana.
4. Phillips R. "ciencia de los materiales dentales" Editorial Interamericana Mc Graw – Hill. Décima Edición. México 1998
5. Barrancos J. "Operatoria dental". Cuarta Edición. Editorial Panamericana. 2006 Buenos Aires – Argentina .pag.583 – 585
6. Fischer K., Lendenmann U. Tetric® N-Collection "un completo sistema restaurativo nanooptimizado" documentación científica. Ivoclar Vivadent Principado de Liechtenstein-2017
7. Lutz F, Phillips RW, Roulet JF, Imfeld T. Komposit - Klassifikation und Wertung. SchweizMschr Zahnheilk 1983; 93: 914-929.
8. Wolfgang S. " [Qualifizierung und Quantifizierung von Abrasionspartikeln aus zahnärztlichen Füllungsmaterialien auf Kompositbasis.](http://edoc.ub.uni-muenchen.de/5979/1/SchleifenbaumWolfgang.pdf)". 1ra ed. Alemania:Dissertation LMU München, Faculty of Medicine; 2006. (citado 20 Nov 2014). Disponible en: <http://edoc.ub.uni-muenchen.de/5979/1/SchleifenbaumWolfgang.pdf>
9. Mahn E., Cambiando el paradigma de la aplicación de composites Tetric EvoCeram Bulk Fill. Ivoclar Vivadent AG. [Internet]. 2013 [Citado 13 Nov 2014]: 3-12.

10. Tiba A, Zeller G, Estrich C, Hong A. "Laboratory evaluations of bulk-fill versus traditional multi increment fill resin-based composites." ADA Professional Product Review. 2013; 8(3):13-26.
11. Leprince JG, Palin WM, Vanacker J, Sabbagh J, Devaux J, Leloup G. Physico-mechanical characteristics of commercially available bulk-fill composites. *J Dent.* 2014; 42(8): 993-1000.
12. Bowen R. Dental filling material comprising vinyl silane treated fused silica and a binder consisting of the reaction product of Bis phenol and glycidyl acrylate. 1962; Patent No.3,066,112
13. Buonocore M. Adhesive sealing of pits and fissures for caries prevention, with use of ultraviolet light. *J Am Dent Assoc* 1970; 80:324-330
14. Terry D, Leinfelder K, Blatz M. A comparison of advanced resin monomer technologies. *Dent. Today* 2009; 28 (7) 122-123
15. Veho VMS-001 Microscopio digital véase en
16. Inostrosa M. "estudio comparativo del grado de sellado marginal de restauraciones realizadas con Sonicfill (kerr) una resina compuesta convencional Herculite Precis (kerr) (estudio in vitro)" repositorio académico universal de Chile. Santiago de Chile-2012
17. Cordova E., "Microfiltración in vitro de una resina fluida convencional y una autoadhesiva" Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo - Perú-2014
18. Mastach F, Paz C, Pazos R, Rodríguez A. "Estudio in vitro de microfiltración en obturaciones de clase II de resina compuesta condensable" Scielo- avances en la odontología, España-2004

Fecha de recepción 22 - 08 - 2017
Fecha de aceptación 14 - 09 - 2017

MORFOLOGIA INTERNA DEL CONDUCTO RADICULAR DEL PRIMER PREMOLAR SUPERIOR SEGÚN LA TOMA RADIOGRAFICA Y TECNICA DE DIAFANIZACION, CUSCO- 2017

Vargas Y. *

Ticona M **

* Yahaira Paola Vargas Gonzales
Doctora en Ciencias: Salud Colectiva,
Magister en Políticas y Gestión en Salud,
Docente Auxiliar de la Escuela Profesional
de Odontología de la UNSAAC, Odontóloga
Asistencial del MINSA.

Mail: yhjoad@hotmail.com
Celular: 984 128491

** Milton Ticona Mandujano
Cirujano Dentista egresado de la Escuela
Profesional de Odontología de la UNSAAC.

Mail: yhjoad@hotmail.com
Celular: 984 128491

RESUMEN:

La morfología de los conductos radiculares es bastante compleja; oculta muchos detalles que son difíciles o en ocasiones imposibles de percibir mediante el uso de técnicas convencionales como la radiografía periapical. Objetivo.- determinar la morfología del conducto radicular según la toma radiográfica y la técnica de diafanización. Materiales y métodos.- Estudio descriptivo, cuya muestra estuvo constituida por 30 primeros premolares superiores y se utilizó la clasificación de Vertucci para determinar la presencia de conductos laterales y deltas apicales. Resultados.- predominó el tipo I tanto en toma radiográfica como en muestras diafanizadas, no encontrándose los tipos III, V, VII ni VIII; se encontró un 53% de acuerdo entre radiografía y diafanización; hubo 3 conductos laterales en tomas radiográficas y 7 en muestras diafanizadas, finalmente se identificó 1 delta apical en toma radiográfica y 2 en muestras diafanizadas, obteniendo un resultado general de 73% de concordancia entre toma radiográfica y muestras diafanizadas.

Palabras Clave: Morfología interna, radiografía periapical, conducto radicular, clasificación de Vertucci.



ABSTRAC

The morphology of the root canals is quite complex; It hides many details that are difficult or sometimes impossible to perceive through the use of conventional techniques such as periapical radiography. Objective.- To determine the morphology of the root canal according to the radiographic capture and the diaphanization technique. Materials and methods.- Descriptive study, whose sample consisted of 30 first upper premolars and the Vertucci classification was used to determine the presence of lateral canals and apical deltas. Results.- Type I predominated in both radiographic and diaphanized samples, not finding types III, V, VII or VIII; A 53% agreement was found between radiography and diaphanization; There were 3 lateral channels in radiographic images and 7 in diaphanized samples. Finally, 1 apical delta was identified in radiographic sampling and 2 in diaphanized samples, obtaining a general result of 73% agreement between radiographic sampling and diaphanized samples.

Key Words: Internal morphology, periapical radiography, root canal, Vertucci classification.

INTRODUCCIÓN

La radiografía periapical es el método de ayuda diagnóstica más común del que se dispone en nuestro medio, por estar al alcance de casi todos los pacientes en términos económicos, aportando datos clínicos de suma importancia como son número de conductos, conformación de cámara pulpar y otros. Siendo su principal inconveniente la falta de objetividad acerca de estructuras muy pequeñas o la superposición de imágenes, pudiendo dar una información en ocasiones equivocada, así la información que provee se presenta en solo dos dimensiones.

Actualmente se sabe que existen múltiples variantes dentro del conducto radicular, las variantes que se

encuentran en mayor porcentaje según estudios realizados vienen encabezados por los conductos laterales y deltas apicales, teniendo a la clasificación de Vertucci como claro ejemplo.(3) Así mismo; una de las piezas que más variantes presentan en su anatomía consiste en los primeros premolares superiores y es por ello que mediante la tinción y diafanización de las piezas se pretende observar la morfología interna que presentan.(4)

MATERIALES Y METODOS.- Estudio tipo Descriptivo, transversal, cuya muestra estuvo constituida por 30 piezas premolares superiores, el tipo de muestreo fue no probabilístico – intencional; dentro de los criterios de selección se consideró piezas dentales con foramen apical totalmente desarrollado y

piezas dentales con lesiones cariosas que no comprometan la zona radicular. Se utilizó la técnica de campo que nos permitió la observación en contacto directo con el objeto de estudio, que nos permitió confrontar la teoría con la práctica en la búsqueda de la verdad objetiva. La recolección de la muestra se realizó en dos tiempos, inicialmente se realizó la toma radiográfica y posteriormente se realizó la técnica de diafanización.

RESULTADOS

CUADRO N° 1

Morfología interna del conducto radicular según toma radiográfica y diafanización

Indicadores	Dimensión	Vista en toma radiográfica		Muestra diafanizadas	
		n	%	n	%
Conducto principal	Tipo I	14	46.6%	15	50%
	Tipo II	11	36.6%	4	13.3%
	Tipo IV	3	10%	8	26.6%
	Tipo VI	2	6.6%	3	10%
Conductos laterales	Presente	7	23.3%	3	10%
Deltas apicales	Presente	1	3.3%	2	6.6%

% de acuerdos observados	72%
--------------------------	-----

CUADRO N° 2

Clasificación del conducto principal según escala de vertucci en toma radiográfica y muestras diafanizadas.

Indicador	Conducto principal			
	Tipo I	Tipo II	Tipo IV	Tipo VI
Vista en toma radiográfica	14	11	3	2
Muestra diafanizadas	15	4	8	3

n° de casos	30
Acuerdos observados	16
% de acuerdos observados	53%
valor-p	0.027
Kappa de Cohen	0.682

CUADRO N° 3

Apreciación de conductos laterales según toma radiográfica y diafanización

INDICADOR	Conductos Laterales	
	Ausencia	Presente
Vista en toma radiográfica	27	3
Muestra diafanizadas	23	7

n° de casos	30
Acuerdos observados	22
% de acuerdos observados	73%
valor-p	0.666
Alfa	0.05
Kappa de Cohen	0.785

CUADRO N° 4

Apreciación de deltas apicales en toma radiográfica y muestras diafanizadas

INDICADOR	Deltas Apicales	
	Ausencia	Presente
Vista en toma radiográfica	29	1
Muestra diafanizadas	28	2

n° de casos	30
Acuerdos observados	27
% de acuerdos observados	90%
valor-p	0.786
Kappa de Cohen	0.795

CONCLUSIONES.-

- 1.- Existe un predominio del tipo I de Vertucci, seguido del tipo II en vista radiográfica y tipo IV en muestras diafanizadas; no se encontraron los tipos III, V, VII y VIII según clasificación de Vertucci tanto en radiografías como en muestras diafanizadas
- 2.- Hubo una buena concordancia entre toma radiográfica y las muestras diafanizadas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urzúa R. *Técnicas Radiográficas Dentales y Maxilofaciales Aplicaciones* Caracas - Venezuela: AMOLCA; 2005.
2. Oviedo P. *Tomografía Cone Beam Aplicado a la Endodoncia* Lima; 2010.
3. Estrela C. *Ciencia Endodóntica*. 1st ed. Sao Paulo - Brasil: Artes Médica Latinoamericana; 2005.
4. LLamosas E, Rosas G, Pujana García Salmones J. Estudio descriptivo de los conductos laterales de los dientes permanentes. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 2005 Enero - Febrero; 62(1).
5. B. AT. *Anatomía interna de conductos radiculares premolares superiores, estudio mediante técnica de diafanización*. 2015.
6. Canalda. B. *Endodoncia técnicas clínicas y bases científicas* Barcelona: ELSEVIER.; 2014.
7. Covo Morales E, Gonzales Martínez F, Zabalera Garces G, Arbelaez Florez M. Validez y confiabilidad de dos técnicas radiográficas para la identificación de conductos radiculares. *Revista CES Odontología - Artículos de Investigación Científica y Tecnológica*. 2013 Junio; 26(1).
8. De Lima M. *Anatomía Interna externa y macroestructuras dentarias Endodoncia de la biología a la técnica* Sao Paulo - Brasil: AMOLCA; 2009.
9. Cobos Parra D, Moscoso Abad M. Estudio Morfológico de los Canales Radiculares del Primer Premolar Superior, utilizando radiografía periapical y tomografía de haz cónico, en el Centro Radiológico Dental - Maxilofacial, Cuenca 2015. *Odontología Activa UCACUE*. 2016 Enero; 1(1).
10. Canto P, Saraya Jean S, Suarez Martínez de Arredondo AC, Torres Zavala M. *Morfología Del Conducto Radicular En Premolares*. 2012.

Fecha de recepción 22 - 08 - 2017
Fecha de aceptación 20 - 09 - 2017

ÍNDICE INCISIVO DE MAYORAL EN MODELOS DE ESTUDIO DE NIÑOS DE 6 A 13 AÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI

Merma D. *

* Diana Carolina Merma Cahuana
Cirujano Dentista
Consulta privada

011100477a@uandina.edu.pe
Celular: 993 066408

RESUMEN

Objetivo: determinar el índice incisivo de Mayoral en el grupo dentario anterior, determinando la presencia o ausencia de macrodoncia y microdoncia. **Materiales Y Metodos:** Estudio fue realizado en una muestra de 84 modelos de estudio, del maxilar y la mandíbula, se empleó la técnica indirecta por la realización de las mediciones en modelos de estudio en yeso. El instrumento que se utilizó fue una ficha de recolección de datos y la herramienta de medición que se empleó para medir los diámetros mesiodistales en los modelos de estudio fue un calibrador digital de tipo vernier. **Resultados:** En nuestra población la incidencia de variaciones de medidas en las dimensiones dentarias como el diámetro mesiodistal va aumentando en relación al cambio multirracial y características propias de cada individuo. Se obtuvo que el valor del estadístico chi cuadrado para el maxilar en relación a la edad y forma de pieza no son estadísticamente significativas. Para la mandíbula en relación al sexo, edad forma de la pieza no se observó significancia. **Conclusiones:** Se determinó que el índice incisivo para el maxilar es de 32.16 y el índice incisivo para la mandíbula es de 23.30 además se determinó que el mayor porcentaje de variaciones fue de macrodoncia en el maxilar para el sexo masculino según el índice de Mayoral.

Palabras claves: índice incisivo de Mayoral, macrodoncia, microdoncia.

ABSTRAC

In our population the incidence of variations of measures in the dental dimensions as the diameter mesiodistal is increasing in relation to the multiracial change and characteristics of each individual. The purpose of this study is to determine the index of Mayoral incisor in the anterior dental group, determining the presence or absence of Macrodoncia and Microdoncia. This study was conducted in a sample of 84 study models, maxilla and mandible. The technique used was indirectly by the realization of the measurements in models of study in plaster. The instrument used was a data collection sheet and the measuring tool used to measure the mesiodistales diameters in the study models was a vernier digital caliper. It was obtained that the value of the chi-square statistic for the maxilla in relation to age and part form is not statistically significant. Since these significance values were 0.097 and 0.568 respectively. For the mandible in relation to the sex, age form of the piece no significance was observed. With the results obtained in the tables of central tendency of the incisive index it was determined that the incisor index for the maxilla is of 32.16 and the incisive index for the mandible is 23.30 in addition it was determined that the highest percentage of variations was macrodoncia in the maxilla for male sex According to the mayoral index.

INTRODUCCIÓN

Las mezclas raciales provocan patrones de crecimiento heredados de las razas precedentes, en el caso específico de la cara producen alteraciones del complejo facial. Se ha comprobado que existen marcadas diferencias raciales en el tamaño de los dientes, planteándose también diferencias según el sexo, por lo que el ortodoncista no puede elegir evidentemente el tamaño de los dientes con los que va a trabajar, por lo cual es vital el conocimiento del diámetro mesiodistal de los dientes permanentes, permitiéndonos conocer la relación que se establecerá

entre el arco dentario. Se han realizado al respecto varias investigaciones, las que han revelado valores biométricos característicos de cada población en donde se realizó el estudio. Se determinó que los valores obtenidos por Mayoral son similares a los obtenidos en otras poblaciones, ayudando a un diagnóstico minucioso de variaciones de tamaño como es el caso de la macrodoncia y microdoncia. Nuestra población posee sus características propias de mestizaje racial y condiciones socioeconómicas, por ello nos propusimos determinar el diámetro mesiodistal de los incisivos permanentes y relacionarlas con el índice incisivo superior e inferior de acuerdo al sexo, edad,

forma de la pieza dentaria, así como validar la norma propuesta por Mayoral, en nuestro medio.

Índice Incisivo De Mayoral

Conocer el promedio del diámetro mesio-distal de los dientes de una población es esencial para tener un parámetro de que tan grande o no está un diente, para llegar a un diagnóstico con anomalía presente. Sin embargo, en la literatura e investigaciones no se tiene un consenso de qué parámetros usan para determinar estas anomalías. Mayoral propuso un índice incisivo a partir de una investigación hecha en Bogotá, tomando en cuenta diámetros mesio-distales de los incisivos de la población en estudio.(22) El índice de mayoral también conocido como longitud del arco incisivo de mayoral. La longitud del arco incisivo se toma midiendo el ancho mesio-distal de cada uno de los incisivos superiores. (7)

Mayoral propuso un Índice Incisivo para determinar la macrodoncia y microdoncia con respecto al diámetro de los incisivos, tomando como normales el resultado de la suma de los incisivos maxilares que estuviera entre los 28 a 32mm (7)si ése valor fueramenor de 28mm estaríamos frente a una microdoncia. Si por el contrario, el valor obtenido fuera mayor de 32mm habría una macrodoncia. (1)Para los incisivos inferiores se aplica el método de Mayoral el cual plantea que el índice inferior oscila entre los 21 y 25 mm. Si ése valor fuera menor de 21mm estaríamos frente a una microdoncia. Si por el contrario, el valor obtenido fuera mayor de 25mm habría una macrodoncia.(3)

MATERIAL Y MÉTODO

El diseño empleado en nuestro trabajo de investigación por su características peculiares corresponde a los no experimentales de tipo descriptivo, cuantitativo. En razón de que se busca encontrar el índice incisivo de Mayoral tanto para el maxilar superior como el inferior en modelos de estudio. El nivel de investigación es descriptivo de tipo. Según su finalidad Investigación básica, pura o fundamental, retrospectivo, transversal. Nuestra población objeto de estudio fueron todos los modelos de estudios archivados del área de ortodoncia de niños de 6 a 13 años que acudieron a la clínica estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco durante el semestre 2014 y 2015. El cual fue de 123 modelos de estudio superiores y 123 modelos inferiores. Se analizaron los incisivos centrales y laterales del maxilar y la mandíbula presentes en los modelos de estudio. Se consideró como muestra de estudio 84 modelos de la

arcada superior y 84 de la arcada inferior, los cuales cumplieron con los criterios de selección que fueron: modelos de estudios de niños que no presenten restauraciones proximales en los incisivos superiores e inferiores, presencia de los 4 incisivos erupcionados al menos hasta el tercio medio. La selección de la muestra se realizó a través de la selección no probabilística por conveniencia de acuerdo a los criterios de selección. Se excluyeron: Modelos de estudios de niños que presenten apiñamiento dental severo, que impida la medición de los diámetros en incisivos, presencia de anomalías dentarias de número y forma de los incisivos como dientes en forma de clavija, supernumerarios.

RESULTADOS

CUADRO N° 1 Distribución numérica y porcentual del índice incisivo de mayoral en modelos de estudio según edad

EDAD	INDICE DE MAYORAL DEL MAXILAR						Total	
	NORMAL 28 - 32 mm		MACRODONCIA > 32 mm		MICRODONCIA < 28 mm		N	%
	N	%	N	%	N	%		
6	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
7	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
8	10	55.6%	8	44.4%	0	0.0%	18	100.0%
9	11	55.0%	9	45.0%	0	0.0%	20	100.0%
10	5	38.5%	8	61.5%	0	0.0%	13	100.0%
11	3	27.3%	8	72.7%	0	0.0%	11	100.0%
12	9	56.3%	4	25.0%	3	18.8%	16	100.0%
13	1	25.0%	2	50.0%	1	25.0%	4	100.0%
Total	39	46.4%	41	48.8%	4	4.8%	84	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

χ^2 : 21.189, GL: 14, p =

0.097

En el cuadro se muestra el grupo de edad de 6, 7, 10, 11 y 13 años presentaron macrodoncia (100%, 100%, 61.5%, 72.7% y 50% respectivamente) y en el grupo de edad de 8, 9 y 12 años presentaron un índice incisivo normal (55.6%, 55% y 56.3% respectivamente).

CUADRO N° 2 Distribución numérica y porcentual del índice incisivo de mayoral en modelos de estudio según sexo

SEXO	INDICE DE MAYORAL DEL MAXILAR						Total	
	NORMAL 28 - 32 mm		MACRODONCIA > 32 mm		MICRODONCIA < 28 mm		N	%
	N	%	N	%	N	%		
FEMENINO	26	53.1%	21	42.9%	2	4.1%	49	100.0%
MASCULINO	13	37.1%	20	57.1%	2	5.7%	35	100.0%
Total	39	46.4%	41	48.8%	4	4.8%	84	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

χ^2 : 2.082, GL: 2, p =

0.353

El cuadro muestra la distribución numérica y porcentual del índice de Mayoral del maxilar según sexo donde en el sexo femenino presentaron un índice normal que representó el mayor porcentaje con el 53.1% y en el sexo masculino presentaron macrodoncia que representa el mayor porcentaje con el 57.1%.

DISCUSIÓN

El mayor porcentaje de la muestra de estudio estuvo formada por el sexo masculino con el 58.3% en relación al sexo femenino que representó el 41.7%. Según edad en el sexo femenino el mayor porcentaje estuvo conformada por el grupo de edad de 12 años con el 14.3%, en el sexo masculino fue el grupo de edad de 9 años con el 10.7%.

Dentro de la edad el mayor porcentaje estuvo formada por el grupo de edad de 9 años con el 23.8% y los menores porcentajes se presentaron en los grupos de 6 y 7 años con el 1.2% respectivamente. Respecto a la forma dentaria la más prevalente fue la forma dental cuadrada con el 50% seguida de la forma ovoide con el 29.8% y la de menor porcentaje fue la triangular con el 20.2%. En cuanto a las medidas de tendencia central del índice incisivo de Mayoral se encontró en el índice incisivo del maxilar indica que tiende a superar la normal (macrodoncia), los resultados encontrados concuerdan con los de Armas Gutiérrez en Tepic año 2012, Carhuamaca L. y col en Perú año 2007 quienes encontraron un índice incisivo del maxilar de 32.5 mm y 32.82 ya que ambos promedios superan la norma de Mayoral (macrodoncia).

Los resultados encontrados respecto a la media del índice incisivo del maxilar de nuestro estudio discrepan con los de De Armas González y col. En Cuba año 2012. Quien encontró un índice incisivo del maxilar de 31.20 mm el cual está dentro de la norma; así como los de Díaz Morell y col. En Cuba año 2000, Chinchán, L en Perú año 2014. Cuyos índices incisivos del maxilar fueron 30.5 mm y 25.01 mm esto puede deberse a las características raciales que difieren con respecto a nuestra población que tiende a ser más mestiza. En el índice incisivo de la mandíbula, la media fue de 23.30 mm \pm 1.96 mm los que nos indica que la media se encuentra dentro de la norma. Estos resultados concuerdan con los de

De Armas González año 2012 quien encontró unos índices incisivos de la mandíbula de 22,70 mm (normal) y de Díaz Morell y col. En Cuba año 2000, Carhuamaca L. y col en Perú año 2007 quienes encontraron un índice de 22.3 mm. Y 24.02 mm.

Respecto a la prevalencia del índice de Mayoral del

maxilar se encontró que el índice incisivo normal fue del 46.4%, el mayor porcentaje no presentó normalidad con el 53.6% de esta el 48.8% presentó macrodoncia y el 4.8% microdoncia.

El índice de mayoral del maxilar según edad se encontró que en los grupos de edad de 6, 7, 10, 11 y 13 años presentaron macrodoncia (100%, 100%, 61.5%, 72.7% y 50% respectivamente) y en el grupo de edad de 8, 9 y 12 años presentaron un índice incisivo normal (55.6%, 55% y 56.3% respectivamente).

Los resultados encontrados concuerdan con los de De Armas González y col. En Cuba año 2012 quien encontró un índice normal en el grupo de edad de 12, 13 y 14 años pero a la vez discrepa en el grupo de edad de 13 años ya que los resultados encontrados en el presente estudio fue un índice de macrodoncia.

El índice de mayoral del maxilar según sexo se encontró que en el sexo femenino presentaron un índice normal (53.1%) y en el sexo masculino presentaron macrodoncia (57.1%), esta asociación no fue significativa $p = 0.353$, estos resultados discrepan con los de Gutiérrez en Tepic año 2012, Díaz Morell y col. En Cuba año 2000.

Quienes encontraron un índice incisivo mayor a la norma (32.1 y 30.50 mm respectivamente) en el sexo femenino (macrodoncia) pero son comparables con los de De Armas González y col. En Cuba año 2012 quien encontró un índice dentro de la norma en el sexo femenino (30.8 mm). Respecto al sexo masculino nuestros resultados concuerdan con los de Gutiérrez (Tepic 2012) quien encontró macrodoncia (media de 33.1) al igual que nuestro estudio pero discrepan con los de De Armas González y col. En Cuba año 2012, Díaz Morell y col. En Cuba año 2000. Quienes encontraron un índice normal (31.30 mm, 30.62 mm respectivamente). Estas diferencias pueden deberse a las diferencias de razas y sexo.

Que en nuestro estudio los hombres tienen dientes más grades que las mujeres. El índice de mayoral del maxilar según forma dental se encontró que las piezas dentales de forma cuadrada presentaron un índice normal (50%), las de forma triangular presentaron macrodoncia (52.9%) y los de forma ovoide presentaron iguales porcentajes de normal y macrodoncia con el 48% respectivamente, esta asociación no fue significativa $p = 0.568$. Con respecto al índice incisivo de la mandíbula de Mayoral presentaron un índice normal fue el 66.7%, macrodoncia fueron el 17.9% y los que presentaron microdoncia fueron el 15.5%.

CONCLUSIONES

1. El Índice incisivo de Mayoral en el maxilar fue de 32.166 +/- 2.24 con un porcentaje mayor de macrodoncia seguida de normal y en menor porcentaje de microdoncia.
2. El Índice incisivo de Mayoral en el maxilar según edad en el grupo de edad de 6, 7, 10, 11 y 13 años presentaron macrodoncia y en el grupo de edad de 8, 9 y 12 años presentaron un índice incisivo normal.
3. El índice incisivo de Mayoral en el maxilar según sexo en el sexo femenino presentaron un índice normal y en el sexo masculino presentaron macrodoncia.
4. El Índice incisivo de Mayoral en el maxilar según forma dentaria, la forma cuadrada presentó un índice normal, las de forma triangular macrodoncia y las de forma ovoide iguales porcentajes de normal y macrodoncia.
5. El índice incisivo de Mayoral en la mandíbula fue 23.3024 +/- 1.9594, con un porcentaje mayor de un índice normal seguida de macrodoncia y con un porcentaje mínimo de microdoncia.
6. El índice incisivo de Mayoral en la mandíbula según edad, en el grupo de edad de 6, 7, 8, 9, 10, 12 y 13 años presentaron un índice incisivo normal en el grupo de edad de 11 años se presentó en porcentajes iguales el índice incisivo normal y de macrodoncia.
7. El índice incisivo de Mayoral en la mandíbula según sexo, en el sexo femenino y masculino presentaron un mayor porcentaje del índice incisivo normal.
8. El índice incisivo de Mayoral en la mandíbula según forma dentaria los dientes de forma cuadrada, triangular y ovoide presentaron un índice normal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez J, Salas R, Ayala A. Evaluación del Índice de Mayoral para el diagnóstico de anomalías mesiodistales de dientes permanentes en Tepic, Nayarit [Internet]. 2013 [citado 22 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art31/>
2. González Y, Alemán M, Martínez I, Ramón A. Diámetro mesiodistal de incisivos y caninos superiores e inferiores. Índices incisivos. Matanzas, 2012. Rev Méd Electrón Internet [Internet]. 2014 [citado 22 de abril de 2017];36(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista/2520medica/2014/vol4>
3. Díaz J, Fariñas M. Comportamiento del índice incisivo en ortodoncia. Correo Científico Méd Holguín [Internet]. 2002 [citado 22 de abril de 2017]; 6(4). Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=31493&id_seccion=2082&id_ejemplar=3232&id_revisita=64
4. Cubero W. Determinación del diámetro mesiodistal de dientes permanentes en 307pacientes cubanos. Rev Cuba Estomatol. 1974;11(1):57-63.
5. Moyers RE. Tratado de ortodoncia. Editorial Interamericana; 1960. 536 p.
6. Sassouni V, Forrest EJ. Orthodontics in dental practice. Mosby; 1971. 600 p.
7. Suárez L, Montoya M. Índice incisivo en ortodoncia. Rev Cuba Ortod. junio de 1989;4(1):96-107.
8. Araujo M. Análisis de la oclusión normal en nuestros estudiantes del municipio Cien-fuegos [Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Ortodoncia]. [La Habana - Cuba]: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 1982.
9. Aprile H. Anatomía odontológica orourvicofacial. 4.a ed. Argentina: Ed El Ateneo; 1967. 361-367 p.
10. Carhuamaca G. Estudio comparativo del tamaño mesiodistal entre dientes homólogos en dentición permanente. 2007 [citado 22 de abril de 2017]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2208>
11. Chinchay L. Largo y ancho mesiodistal en piezas anteriores del maxilar en una población peruana adulta. 2014 [citado 22 de abril de 2017]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3920>
12. Austro M, Ostos M, García C, Pérez L. Análisis de la simetría del tamaño dentario mesiodistal de la misma muestra en dentición mixta y permanente: Estudio longitudinal. Av En Odontoestomatol. diciembre de 2004;20(6):30512.

Fecha de recepción 21 - 08 - 2017

Fecha de aceptación 20 - 09 - 2017

CALIDAD EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI Y EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL CENTRO DE SALUD OROPESA-CUSCO, 2017

Herencia V.*

*Vanessa Herencia Turpo
Cirujano Dentista
Consultorio odontológico Sonríe - Gerente

Mail: vanessaherencia76@gmail.com
Celular: 993 661462

RESUMEN

Objetivo: determinar la calidad de la atención odontológica en pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni y el servicio de Odontología del Centro de Salud de Oropesa. **Materiales y métodos:** El estudio fue de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo de temporalidad prospectiva y longitudinal. La muestra fue de 92 pacientes para cada institución. Se utilizó la técnica de encuesta SERVQUAL modificada, el instrumento evalúa cinco indicadores: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles. **Resultados:** existe un mayor porcentaje de pacientes insatisfechos 78,3% en la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni y un 84,8% en el C.S. Oropesa. Los pacientes tienen expectativas altas en todas las dimensiones especialmente en las dimensiones de seguridad y empatía, la expectativa fue muy alta para el 76% de pacientes de la Clínica Estomatológica y para el 74% de pacientes del Centro de Salud Oropesa. **Conclusiones:** La percepción fue calificada como muy buena y excelente en mayor porcentaje para pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni y muy buena y regular en mayor porcentaje para pacientes del servicio de odontología del Centro de Salud Oropesa.

PALABRAS CLAVE: Calidad, Percepción, Expectativa, SERVQUAL

ABSTRACT

The objective was to determine the quality of dental care in patients of the Stomatologic Clinic Luis Vallejos Santoni and the Dentistry Service of the Health Center Oropesa. The study was descriptive with a quantitative approach of prospective and longitudinal temporality. The sample was a total of 92 patients for each institution, the modified SERVQUAL survey technique was used. The instrument evaluates five indicators: reliability, responsiveness, security, empathy and tangible aspects. The results of the research were: indicating that there are many factors to be improved in both establishments. Resulting in a higher percentage of dissatisfied patients in 78.3% of patients in the Luis Vallejos Santoni Stomatologic Clinic and 84.8% in CS patients Oropesa. It was found that patients have high expectations in all dimensions, especially in the dimensions of safety and empathy, the expectation was very high for 76% of patients at the Stomatologic Clinic and for 74% of patients at the Oropesa Health Center. **Conclutions:** The perception was rated as very good and excellent in a higher percentage for patients of the Stomatologic Clinic Luis Vallejos Santoni and very good and regular in higher percentage for patients of the dentistry service of the Health Center Oropesa..

KEY WORDS: Quality, Perception, Expectation, SERVQUAL.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la palabra calidad es utilizada para determinar una amplia variedad de conceptos, sin embargo no existe una definición clara desde el punto de vista de la salud ya que no se tienen consensos claros y puntuales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que en el concepto de calidad en los servicios de salud deben estar presentes cinco atributos, que incluyen un alto nivel de excelencia profesional, el uso eficiente de los recursos, tanto humanos como materiales, un mínimo de riesgos para el paciente, un alto grado de satisfacción por parte del

paciente y un impacto final en la salud, para Donabedian, la calidad en los servicios de salud es una propiedad compleja pero que es susceptible a un análisis sistemático para ser medida, por lo tanto plantea que la calidad de atención consiste en obtener los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente. El análisis de la opinión de los pacientes es imprescindible para obtener información que beneficiará a la institución prestadora de servicios de salud, pretendiendo satisfacer la necesidad de los usuarios, saber qué es lo que quieren o que esperan de la odontología.

La Calidad En El Servicio De Odontología: se exige tener una definición clara de lo que significa la calidad en atención odontológica, cuando se trata de un producto tan holístico como es la salud de la población. Como se ha reflejado en diferentes estudios, las quejas que existen por parte de los usuarios de odontología van en aumento. Por lo tanto es importante destacar que la calidad en la atención odontológica se logra cuando se tienen en cuenta normas, procedimientos y técnicas que satisfagan las necesidades y expectativas del usuario, por lo tanto se puede decir que la percepción del usuario es la que determina la excelencia del servicio. (8) Ahora bien, ninguna definición de la calidad tiene utilidad real para evaluar y mejorar la calidad de la atención odontológica si no se tiene concebido el cómo puede ser medida dicha calidad. Son pocos los estudios que se refieren concretamente a la calidad de la atención odontológica y menos aún a su evaluación, asumiendo que al hablar de atención médica, la odontológica queda implícita. Últimamente se ha incrementado el número de organismos que regulan y controlan de manera legal y obligatoria el quehacer de nosotros como odontólogos; llegamos a la conclusión de que brindar un servicio de calidad ya no es una obra de buena voluntad, sino una exigencia que nos obliga a brindar un servicio que cumpla con estándares preestablecidos de calidad. El no cumplir con lo antes mencionado, no nada más nos enfrentará a la realidad de quedar fuera de competencia, sino que es posible que nos enfrente a procesos legales. (24)

asistencia de pacientes del sexo se atribuye a las estrategias de salud bucal del MINSA que involucra atención a gestantes. Se concuerda también con la mayoría de pacientes insatisfechos en ambas instituciones. Por otro lado Moran, Santiago en Lima el año 2014 encontró que la expectativa fue buena en un 80% y la percepción muy buena en un 95%.

En el presente estudio se encontró similitudes donde la expectativa es muy alta en mayor porcentaje, 41,3% para pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni y 40,2% para pacientes del centro de Salud Oropesa. En la dimensión de percepción también se encontraron similitudes ya que los pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni calificaron la percepción como excelente en un 38% y muy buena para un 37%, sin embargo los pacientes del Centro de Salud Oropesa valoraron la percepción como muy buena en un 34,8% y 27,2% como regular. CAMBA NOLASCO, Luis Julio en Chimbote el año 2014, los pacientes percibieron la Capacidad de respuesta en un 54,3% como satisfactorio pero la mayoría de encuestados se encuentran insatisfechos con los indicadores de empatía (51,3%) y elementos tangibles (60,8%). En nuestro estudio se encontraron resultados relativamente similares donde se observó que los pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni percibieron la capacidad de respuesta como muy buena en un 46,75% a diferencia de los pacientes del C.S. Oropesa quienes calificaron la percepción como muy buena en un 23,9%.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI Y EL SERVICIO DE ODONTOLÓGICA DEL CENTRO DE SALUD OROPESA

	Calidad – Luis Vallejos Santoni		Calidad – Centro de Salud Oropesa	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfecho	72	78.3 %	78	84.8%
Satisfecho	20	21.7%	14	15.2 %
Total	92	100.0 %	92	100.0 %

FUENTE: Ficha de recolección de datos

CONCLUSIONES

El análisis de calidad dio como resultado que existen diferencias en los dos establecimientos estudiados teniendo mejores resultados la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni, en comparación al Centro de Salud Oropesa. En cuanto a la comparación de la expectativa en ambas instituciones, se concluye que no existe diferencia estadísticamente significativa. La comparación de la percepción en ambas instituciones dio como resultado que existe diferencia estadísticamente significativa, teniendo mejores resultados la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni. La comparación de la percepción en la atención odontológica según el indicador “Fiabilidad” dio como resultado que los pacientes del C.S. Oropesa se encuentran insatisfechos en mayor porcentaje a comparación de los pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni. Se concluye que los pacientes del C.S. Oropesa tienen una percepción negativa en mayor porcentaje con respecto al indicador “Capacidad de Respuesta”

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio concuerdan con los resultados encontrados por Valencia. J. en su investigación realizada en la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni en la cual encontró que la mayor parte de los encuestados fueron pacientes adultos de sexo femenino (64%), Así mismo que el 63% de los pacientes estuvieron insatisfechos con el servicio. lo antes mencionado evidenciando una asistencia en mayor porcentaje del sexo femenino en un 59,8% para ambas instituciones de estudio, estos hallazgos se dan probablemente por la importancia que ellas atribuyen a la estética, en el Servicio de Odontología del C.S. Oropesa la mayor

La comparación de percepción de acuerdo al indicador “Seguridad” fue positiva en gran porcentaje para pacientes del C.S. Oropesa. La comparación de la percepción según el indicador de “Empatía” dio como resultado que los pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni calificaron la empatía como excelente en mayor porcentaje. En la comparación de la percepción según el indicador de “Aspectos Tangibles” los pacientes de la Clínica Estomatológica calificaron los aspectos tangibles como excelente en mayor porcentaje.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valencia J. Calidad del servicio percibida por los pacientes de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni de la Universidad Andina del Cusco, [Tesis de Maestría]. Cusco: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Ciencias de la Salud; 2004
2. Morán S. Percepción y expectativas de la calidad de servicio por los pacientes atendidos en la especialidad de cariolgia y endodoncia de la universidad Científica del Sur – Sede centro médico naval 2014, [Tesis]. Lima: Universidad Científica del Sur. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
3. Camba L. Calidad del servicio de odontología en el centro médico El Progreso, Chimbote 2014, [Tesis de Maestría]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Facultad de Ciencias de la Salud 2014.
4. Rodríguez M. Factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos de la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología 2012.
5. Pariajulca I. Calidad de atención según la percepción del paciente y del proveedor del servicio en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Norbert Wiener durante el periodo septiembrediciembre –Lima 2011, [Tesis]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener. Facultad de Ciencias de la Salud; 2011.
6. Jacinto J. Percepción de la calidad de atención del paciente que acude a la Clínica de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos durante el año 2007, [Tesis]. Lima:
7. Flórez V. Plan estratégico para el mejoramiento de la calidad del servicio de prestación externa de la Clínica Odontológica Occidental del Cantón la Maná periodo 2014-2016, [Tesis]. Quevedo: Universidad Técnica Estatal de Quevedo – Ecuador. Facultad de ciencias empresariales; 2015.
8. Bermúdez I, Delgado S. Valoración de la calidad en la atención odontológica brindada por los estudiantes de cirugía oral III a usuarios externos de la UNAN, Durante el periodo de septiembre a octubre del 2015, [Tesis]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de Ciencias Médicas; 2015
9. Coyago S, Percepción de la calidad de la atención Odontológica según el grado de satisfacción del usuario que acude a la Clínica Integral de la Facultad de odontología de la Universidad central del Ecuador durante el período lectivo de septiembre 2013 a febrero 2014, [Tesis]. Quito: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Odontología; 2014.
10. Ayala D, Calidad de atención odontológica brindada en la clínica de Internado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil en el periodo 2013-2014, [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil- Ecuador. Facultad piloto de Odontología; 2014.
11. Douglas C. Montgomery. Control Estadístico de la Calidad. 3ª ed.
12. Conde J, Lazara A. Propuesta metodológica para evaluar un servicio estomatológico. Rev. Cubana de Estomatología. [Revista on-line] 2002
13. Aguirre C. Calidad total [Monografía en Internet]. GuayaquilEcuador; 2008. [Citado el 29/01/2017]. Disponible en línea: <http://www.mercadeo.com/48atenciónalcliente.htm>.
14. García D, Percepción y expectativas de la calidad de la atención de los servicios de salud de los usuarios del centro de salud Delicias Villa-Chorrillos en el periodo febrero-mayo 2013, [Tesis]. Lima:
15. Valdés L. Evolución del concepto de Calidad en la Industria. [Monografía en Internet]. México; 2009. [Citado el 29/01/2017]. Centro para la Calidad Total y la Competitividad. Disponible en línea:

www.tecnologiaycalidad.galeon.com/calidad/6.htm.

16. Donabedian A. A founder of quality assessment encounters a troubled system firsthand. *Health Aff.* 2001.
17. Arredondo A. Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud. [Monografía de Internet]. Santiago de Chile; 2010. [Citado el 29/01/2017]. Disponible en línea: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2010/Sam105d.pdf>.
18. Araya C. Valoración empírica de los elementos intangibles de los servicios de salud 2011, [Tesis Doctoral]. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; 2011.
19. Lara N, López M, Morales S, Cortés E. Satisfacción de usuarios de dos servicios odontológicos en Tláhuac (México Distrito Federal).
20. Salazar A. Evaluación de la Calidad en la Clínica Dental [Monografía en Internet]. México Distrito Federal: México Monografías Publishing;
21. Kast F, Rosenzweig J. Administración en las Organizaciones. 5° Ed.
22. Williams G. Programa Nacional de garantía de calidad de la atención médica de los Servicios de Salud [Monografía en Internet]. Programas y Servicios Atención de la Salud- MSAS; 2009. [Citado el 31/01/2017].
Disponible en línea : http://med.enne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf.
23. Riveros J, Berné M. Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción en hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del Marketing. *Rev. Médica de Chile.* 2007 [Citado el 31/01/2017]; 40(05).
24. Moreno W, Sánchez C, Orozco L, Álvarez A. La calidad de la atención en el servicio odontológico. Zaragoza: Odontología Actual; 2012.
25. Vértiz R. El método Deming en la práctica. Edit. Norma. Colombia, 2000
26. Sánchez G, Moreno M. La importancia de la calidad en la formación de Recursos Humanos. Universidad Autónoma de México. *Rev. Tópicos de Investigación y Posgrado*; 2005
27. Muller L. Cultura de calidad del servicio. México, Ed. Trillas. México; 1999.
28. Vértiz R. El mejoramiento de la calidad a través

del liderazgo y trabajo en equipo en una Organización de Salud, [Tesis]. Distrito Federal: Universidad Autónoma de México. Facultad de Psicología; 2009

29. Plancarte R. El servicio como poder de cambio, La característica distintiva en los negocios. Edit. Médica Panamericana. México; 2001.
30. Zambrano R. La calidad en la atención odontológica en el proceso de integración docente, asistencial y de investigación de la Facultad de Odontología [Tesis]. Mérida: Universidad de los Andes de Venezuela.

Fecha de recepción 15 - 08 - 2017
Fecha de aceptación 19 - 09 - 2017

NIVEL DE ANSIEDAD PREVIO AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Bascope Y. *

*Yuri Bascope Espinoza
Cirujano Dentista
Centro Dental Salud Oral

E. Mail: Yuri99@hotmail.com
Celular: 984792818

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de ansiedad, previo al tratamiento de operatoria dental, de pacientes entre 18 a 55 años, que acuden al servicio de odontología del Hospital Regional del Cusco. **Material y Método:** El estudio es de tipo Transversal, Descriptivo, Prospectivo, Observacional, la muestra estuvo conformada por 141 pacientes adultos, menores de 55 años, que se acuden al servicio de odontoestomatología del Hospital Regional – Cusco. Se aplico un cuestionario para recopilar datos generales, el instrumento utilizado fue “Escala de ansiedad modificada de Corah”. **Resultados:** Se determinó que el 69.5% de la población presenta un nivel significativo de ansiedad. Con respecto a la variable “sexo”, existe un porcentaje mayor de mujeres que varones, que muestran niveles significativos de ansiedad. Con respecto a la clasificación por grupos etarios los pacientes que pertenecen al grupo de entre 18 a 25 años representan el mayor número de casos de ansiedad severa, mientras que en el nivel menos significativo de ansiedad se encuentra el grupo de pacientes de entre 40 a 55 años. El estudio también involucro la variable “estado civil” donde se observa que los pacientes solteros representan el grupo más afectado por la ansiedad severa, mientras que los casados se encuentran en el grupo que mostro menor nivel de ansiedad. **Conclusiones:** La ansiedad, previa al tratamiento de odontológico, con expectativa de tratamiento restaurativo, es una afección que se presenta en la mayoría de la población de pacientes que se atienden en el servicio de odontoestomatología del Hospital Regional del Cusco

Palabras Clave: Nivel de ansiedad dental, Ansiedad previa al tratamiento, Ansiedad odontológica

ABSTRACT

Objective: Determine the level of anxiety, dental operative treatment, between 18 and 55 years, which attends the dentistry service of the Hospital Regional del Cusco, from January to March 2017. **Material and Method:** The study is of Transversal Type, Descriptive, Prospective, and Observational, the sample consisted of 141 adult patients, under 55 years of age, who attended the odontostomatology service of the Hospital Regional - Cusco. A questionnaire was applied to collect data such as the criteria for inclusion and exclusion and the use of the instrument used in other investigations: "Corah's Modified Anxiety Scale" to determine the level of anxiety of each patient. **Results:** It was determined that 69.5% of the population had a significant level of anxiety. In the “sex” variable, there is a higher percentage of women than men, than a high level of anxiety. With respect to the classification of age groups, patients belonging to the group between 18 and 25 years of age represent the highest number of anxiety cases, while the group of patients between 40 and 55 is at the least significant level of anxiety. years. The study also involved the variable "marital status" where it was observed that single patients represented the group most affected by anxiety, while married couples were in the group with the lowest level of anxiety. **Conclusions:** Anxiety, prior to the treatment of dentistry, with expectation of restorative treatment, is a condition that occurs in the majority of the population of patients treated in the odontostomatology service of the

Hospital Regional Cusco. **Keywords:** Level of anxiety dental, Pre-work anxiety, Dental anxiety.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, gracias a políticas establecidas por gobiernos anteriores, el acceso a un seguro integral de salud aumento. Debido a esto cada

vez más personas acuden a los servicios de salud del estado como es el caso del Hospital Regional del Cusco, para que se les realice diversos procedimientos de salud, incluido el tratamiento odontológico.

La ansiedad dental, previa y durante el tratamiento odontológico, constituye un factor negativo con respecto a la cooperación entre paciente y profesional odontólogo, esto conlleva a resultados insatisfactorios. También podemos afirmar que la ansiedad dental es un predictor de caries.

La ansiedad es un estado emocional, un mecanismo natural de defensa, que se presenta cuando existen expectativas que pueden ser reales o no y sirven para protegerse y defenderse de ciertos peligros. En la consulta odontológica, esta situación, representa una limitación y muchas veces una completa barrera para realizar un adecuado tratamiento, además de generar que el tiempo de sesión, por cada paciente, aumente exponencialmente.

En el caso del servicio odontológico que se brinda en el Hospital Regional del Cusco, por la cantidad de pacientes atendidos y por la calidad de atención que merecen estos pacientes, el tiempo se vuelve un recurso escaso y el manejo de la ansiedad es fundamental.

La importancia de la investigación radica en la posibilidad de conocer el porcentaje de pacientes que sufren de ansiedad previa a la consulta odontológica, sobre todo cuando acuden con la intención de realizarse procedimientos restaurativos (operatoria dental), de esta manera disminuir los factores que producen esta afección.

El presente artículo se basa en una investigación realizada por el autor durante los primeros meses del año 2017. El objetivo principal de la investigación fue determinar el nivel de ansiedad, previo al tratamiento de operatoria dental, de pacientes entre 18 a 55 años, que acuden al servicio de odontología del Hospital Regional del Cusco, de enero a marzo de 2017.

Ansiedad

Según el Manual del Residente en Psiquiatría (2010), es una respuesta emocional compleja, potencialmente adaptativa y pluridimensional, en la que coexisten una percepción de amenaza al organismo con una activación biológica orientada a reaccionar ante tal percepción. (1)

Ansiedad Dental

La ansiedad dental es un fenómeno complejo, y su desarrollo no puede justificarse exclusivamente por una sola variable. Dentro de la literatura, un número de factores que han sido consistentemente ligados a una mayor incidencia de ansiedad dental incluyen: Características de personalidad, Temor al dolor, Experiencias dentales traumáticas pasadas, particularmente en la infancia (experiencias condicionantes), La influencia de familiares o pares dentalmente ansiosos que despiertan temor en una persona (aprendizaje vicario), Temor a la sangre y heridas. El temor al dolor se ha relacionado

fuertemente al desarrollo de ansiedad dental y al evitamiento de tratamiento dental. Estudios realizados por diversos investigadores indican que el recuerdo del dolor dental es "reconstruido" con el tiempo. (2)

Tratamiento de la Ansiedad Dental

Sin duda, la ansiedad dental resulta ser un tema preocupante, que dificulta enormemente el quehacer del odontólogo, y al mismo tiempo, afecta multidimensionalmente al paciente, sobre todo en lo que respecta a la salud oral de este último. Para solucionar este fenómeno de la ansiedad dental, es que durante este último tiempo se han implementado estrategias básicas para poder disminuir estos síntomas. Sharif (2010) recomienda seguir un orden lógico de manejo para el paciente con ansiedad dental. Inicialmente, la idea es promover la comunicación entre el dentista y el paciente, por medio de la entrega de información respecto a cuales serán los procedimientos dentales (lo que llevaría a disminuir su sensación de pérdida de control). (3)

Los ansiolíticos de elección pertenecen al grupo de las benzodiazepinas (diazepán) los cuales deben ser administrados 45 minutos antes del tratamiento que deberá ser realizado en la sesión de la tarde para que el aumento del nivel plasmático, que ocurre a las 7 horas después de administrado coincida con el período nocturno. (4)

Factores que causan Ansiedad Dental

La ansiedad puede acompañar a otros problemas de salud mental como por ejemplo: la depresión o enfermedades como el cáncer o la enfermedad cardíaca (del corazón). Además, la genética puede cumplir un rol en el desarrollo de los problemas de ansiedad. (5)

Muchos pacientes que acuden al consultorio han tenido que vencer algunos temores para poder dejarse atender con el odontólogo. Tienen problemas bucales que deben ser resueltos, pero hay muchos factores que les generan resistencia a ser tratados en el consultorio. El principal factor es el miedo. Miedo al dolor, a las agujas, al torno, a perder el control, a sentirse "clavado" en el sillón dental. (6)

De acuerdo con Barrancos (2006), entre los temores más comunes que sufren las personas frente al cuidado bucal están los siguientes:

- Miedo al odontólogo.
- Mis dientes son lo peor que el dentista ha visto.
- Colocar cosas en la boca.
- Miedo al dolor.
- Miedo a las agujas.
- Sentirse clavado en el sillón

Los pensamientos pueden influir en los propios sentimientos sobre el paciente mismo. Por ejemplo: el pensamiento “¿y si pasara?” puede provocar ansiedad, como así también puede causar ansiedad apresurarse a sacar conclusiones y pensar que va a ocurrir lo peor, o preocuparse demasiado sobre lo que piensan los demás. Por ejemplo: pensar y preocuparse constantemente: “¿Y si trato de ir al centro de personas mayores y nadie habla conmigo?” Esto puede causar ansiedad y, quizás, síntomas asociados (como latidos rápidos del corazón o insomnio). (5) Sin embargo, resulta sorprendente que no es el procedimiento odontológico real el que a menudo aterra a los pacientes. Según estudios, el uso de agujas y el sonido que genera el taladro, son los dos elementos que la mayoría teme durante la consulta. (7)

Protocolo de actuación ante el paciente ansioso

Según Mendiavilla, H. (2014), el siguiente es un protocolo adecuado en la atención del paciente ansioso. (8)

- a) Prevenir la evitación, huida, escape.
- b) Detectar qué estímulos le provocan la fobia y manejarlo, buscando, junto con el paciente, una solución más cómoda.
- c) Cuidar mucho la comunicación verbal y no verbal.
- d) Ir dando información al paciente durante el tratamiento.
- e) La distracción es una técnica útil y rápida.
- f) Tranquilizar con técnicas de respiración y relajación.
- g) Es importante proporcionarle una manera de comunicación sin mover la cabeza.
- h) Es muy importante que se sienta en buenas manos, que transmitas la sensación de que sabes lo que estás haciendo.
- i) Procurar que los pacientes entren solos a la consulta, sobre todo cuando van a realizarse un tratamiento complejo.
- j) Técnica de auto-instrucciones: animarle a que se repita mentalmente frases que le tranquilicen.

Recomendaciones para evitar la ansiedad dental

Según Manzanares, F. (2011), enfermedades mentales, como la ansiedad, se vuelven crónicas debido a que solo una pequeña parte de la población recibe tratamiento psicológico. Recomienda también que las citas médicas para pacientes ansiosos sean en horas en las que el paciente no tenga presión por el tiempo. (9)

Muriel, A. (2011), refiere que: ayuda mucho a disminuir la ansiedad dental cuando el paciente pide a sus amigos o familiares, que se le recomiende un dentista y obtiene comentarios positivos sobre este

profesional por una o varias personas en las que confía. (10). Por otro lado, también puede darse que: la influencia de familiares o pares dentalmente ansiosos despiertan temor en una persona (aprendizaje vicario). (11)

Normalmente creemos que al paciente sólo hay que “hacerle un tratamiento dental” y que charlar, educar al paciente, desensibilizarle si tiene miedo no es labor del odontólogo. El tratamiento dental lo forman también estos otros aspectos. Escuchar, empatizar, establecer una buena relación con el paciente es sembrar para tener en el futuro a un paciente fidelizado que mantendrá su salud bucodental con “su dentista”. (12) De acuerdo con Al-Harasi S. (2010) Existen algunos especialistas que consideran a la hipnosis como una opción válida y, si bien ésta pudiera ser una alternativa a la hora de manejar a un paciente con ansiedad dental, no existen estudios concluyentes que den cuenta de una adecuada efectividad de este tipo de técnicas, básicamente debido a la poca rigurosidad y al limitado número de estudios. (13)

La terapia homeopática encuentra en la odontología un amplio campo de aplicación, una vez seleccionado el medicamento, paciente a paciente, bien indicado y preparado. La acción de la homeopatía va dirigida a estimular la energía vital del individuo. (15) Muchas veces la colaboración con el homeópata se dio durante procedimientos médicos y odontológicos, este podría indicar aconitum napellus, gelsemium sempervirens, ignatia amara, moschus moschiferus, asafoetida, carbo vegetabilis o sepia officinalis, en ayuda de diversos procedimientos. (16)

La Asociación Dental Americana, recomienda actividades distractivas durante el tratamiento dental, como el uso de auriculares, cuando se vuelve incomodo el sonido del taladro (por ejemplo: escuchando un audiolibro), Tener las manos ocupadas (por ejemplo, estrujando algo), o imaginar un lugar feliz (como una playa, o un jardín). (17)

La fobia al dentista

Según Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock (2012), las fobias Son situaciones de miedo mórbido con ansiedad que se dan cuando el ser humano percibe un peligro que puede ser real o no. En el caso de las fobias, los síntomas aparecen al exponerse o anticiparse al estímulo, lo que generalmente conlleva conductas evitativas a esta situación ansiógena. (18) La fobia al dentista es una fobia específica que también podría ser la que desencadena una crisis de pánico, pero en la gran mayoría de pacientes es al miedo común que se le dice pánico al dentista sin que realmente lo sea. (19)

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se realizó en el servicio de Odontostomatología del Hospital Regional del Cusco, con previa autorización del director ejecutivo del Hospital Regional del Cusco, luego de que el proyecto fuera evaluado por el comité de investigación y la unidad de capacitación de dicho hospital. El estudio es de tipo transversal, descriptivo, prospectivo y observacional. (20) La población de estudio fueron 220 pacientes, cifra proporcionada por el servicio de estadística del propio hospital, la misma que se basa en la cantidad de pacientes de entre 18 y 55 años que acudieron por tratamiento restaurativo durante el año 2015 y la muestra fueron 141 pacientes en el rango de edad estipulado que acuden al servicio de odontostomatología con la intención de realizarse tratamiento restaurativo.

Para el estudio se incluyó a todos los pacientes que cumplieran con estar en el rango de edad entre 18 a 55 años pero se excluyó a pacientes que manifestaran padecer de hipertiroidismo, hiperfunción suprarrenal, hipoglucemia, feocromocitoma, prolapso de válvula mitral. Así como a pacientes que refieran consumo de medicamentos como pseudoefedrina, fenilefedrina, etilefedrina, fenilpropranolamina, norepinefrina, salbutamol, fenciclidina y Pacientes que manifiesten ser consumidores de sustancias prohibidas.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario donde el paciente señalaba datos generales y se incluía los criterios de inclusión y exclusión, también se utilizó un instrumento ya validado y utilizado con éxito en anteriores investigaciones denominado "Escala de ansiedad de Corah Modificada" la misma que incluye 5 preguntas de alternativa múltiple, cada pregunta supone un puntaje y a mayor puntaje es mayor el nivel de ansiedad que presenta el paciente.

Se entrevistó a los pacientes en la sala de espera del servicio de odontostomatología del hospital, cuidando de mantener su privacidad y con respeto a su integridad personal.

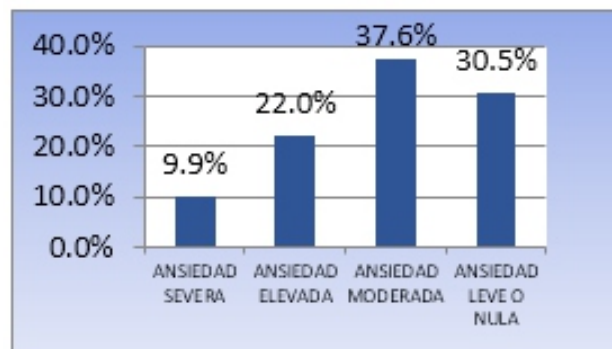
Los datos recolectados finalmente se procesaron con el programa Excel 2013, obteniendo los resultados finales de la investigación.

RESULTADOS

Se pudo observar que la mayoría de la población presenta un nivel significativo de ansiedad dental previo al tratamiento odontológico, cuando el paciente acude buscando tratamiento restaurativo. De los 141 pacientes que constituyeron la muestra, 98 presentaron un nivel significativo de ansiedad dental, mientras que

solo 43 pacientes presentaron ansiedad leve o nula, representando estos últimos el 30.5% de la población de estudio.

El nivel de ansiedad moderada fue el que mas pacientes agrupo con un 37.6% de la población, mientras que solo un 9.9% padece ansiedad severa.



Fuente: Ficha de recolección de datos

Leyenda:

■ Porcentaje de pacientes que sufren ansiedad de acuerdo a cada nivel.

La investigación también permitió conocer que existe una diferencia de afectación de ansiedad dental entre varones y mujeres. Se encuestó a 75 varones y 66 mujeres y se determinó que un porcentaje mayor de las pacientes de sexo femenino padecen niveles significativos de ansiedad dental previo al ingreso al consultorio odontológico.

Otro de los objetivos específicos fue determinar el nivel de ansiedad según la edad del paciente. Se dividió a los pacientes en tres grupos etarios y podemos afirmar que los pacientes de entre 18 a 25 años son el grupo que presentó un porcentaje mayor de ansiedad dental entre sus miembros. También se conoció que los pacientes de entre 26 a 40 años presentaron el menor porcentaje de ansiedad severa.

El último objetivo específico fue definir la afección de ansiedad dental de acuerdo al estado civil del paciente, en este objetivo los pacientes casados y/o convivientes mostraron los niveles menos significativos de ansiedad dental, mientras que los pacientes solteros mostraron los porcentajes con niveles más significativos de ansiedad dental.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio permiten establecer el nivel de ansiedad, previo al tratamiento de operatoria dental, de la muestra observada

Según se observa en el estudio los niveles de ansiedad de la población observada varían desde "ansiedad leve o nula" hasta "ansiedad severa" siendo esta última la menos frecuente, según el estudio.

En comparación a la investigación de Claudia Caycedo y Cols (2008) donde, los resultados obtenidos utilizando el mismo instrumento que esta investigación, fueron que el 57% de los participantes muestra niveles de ansiedad entre moderados y severos, la presente investigación muestra que el 69.5% de la población encuestada muestra niveles de ansiedad entre moderados y severos. Las diferencia porcentual de los resultados podría deberse a que el estudio de Claudia Caycedo y colaboradores fue realizado a pacientes que esperan en la sala de consultorios privados donde muchas veces existen elementos pensados en la relajación y distracción del paciente (tv, imágenes que evocan calma, revistas, etc), mientras que en el presente estudio los cuestionarios fueron llenados en la sala del espera del servicio de odontología del Hospital Regional del Cusco donde los elementos distractivos y relajantes son escasos o nulos.

CONCLUSIONES

La ansiedad, previa al tratamiento odontológico, es una afección que se presenta en la mayoría de la población de pacientes que se atienden en el servicio de odontología del hospital regional del cusco, y se determinó que el 69.5% de la población presenta un nivel significativo de ansiedad. Existe un porcentaje mayor de mujeres que varones, que muestran niveles significativos de ansiedad. Con respecto a la clasificación por grupos etarios los pacientes que pertenecen al grupo de entre 18 a 25 años representan el mayor número de casos de ansiedad severa, mientras que en el nivel menos significativo de ansiedad se encuentra el grupo de pacientes de entre 40 a 55 años. El estudio también involucro la variable "estado civil" donde se observa que los pacientes solteros representan el grupo más afectado por la ansiedad severa, mientras que los casados se encuentran en el grupo que mostro menor nivel de ansiedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Teva M, Zamora F. Manual del residente en Psiquiatría, Psicopatología descriptiva básica. Primera ed. Madrid: ENE Life Publicidad S.A.; 2010.
2. Hmud R, Walsh LJ. Ansiedad dental: causas, complicaciones y manejo. Revista de mínima intervención en odontología. 2009 Febrero; 1(8).
3. Sharif M. Dental anxiety: detection and management. segunda ed. Manchester: Guest; 2010.
4. Lima M, Casanova Y. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. Humanidades Médicas. 2006 Enero;(16).

5. Moreno P. Clínica Moreno. [Online].; 2012 [cited 2016 diciembre 21. Available from: <http://www.clinicamoreno.com/ansiedad.pdf>.
6. Barrancos J. OPERATORIA DENTAL: INTEGRACION CLINICA. Cuarta ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2006.
7. Tommaso MA. Atendimiento ao paciente odontofobico. Journal do Site. 2003; iii(12).
8. Mediavilla H. Protocolo de actuación ante el paciente ansioso. Gaceta Dental. 2014 Abril;(04).
9. Manzanares F. Superando la ansiedad. Primera ed. Buenos Aires: Ed. Universitaria UBA; 2011.
10. Muriel A. Factores que predisponen la ansiedad. Primera ed. Mexico: Kamite; 2011.
11. Wilks C. Occupational stress in dentistry. Inglaterra.. British Dental Journal.. 1995 April;(12).
12. Mendiavilla H. Como Manejar la Fobia Dental. DENTAL TRIBUNE Hispanic & Latin America. 2014;(63).
13. Rios Erazo M. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. Avances en Odontoestomatología. 2012 Noviembre; 30(1).
14. Unidos DdSyShdlE. National Institute of Mental Health. [Online].; 2008 [cited 2016 Noviembre 21. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-estres-postraumatico-facil-de-leer/trastorno-de-estres-postraumatico_37200.pdf.
15. Puig E. La terapia homeopática y su aplicación en la Estomatología. Archivo Médico de Camagüey. 2009 Febrero; 13(1).
16. Del carpio L. La homeopatía de la mano con la medicina. Mexico: Jus; 2011.
17. Mouthhealthy. Asociacion Dental Americana.. 3 Maneras para parar el miedo al dentista. 2017. Available From: <http://www.mouthhealthy.org>
18. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica. Quinta ed. Belkin G, editor. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
19. Zarate, R. Guía de metodología de la investigación. Ed. Universitaria UNA. Puno. 2010
20. Odontofobia D. Clínica dental Odontofobia. [Online].; 2017 [cited 2017 Noviembre 1. Available from: <http://odontofobia.cl/panico-al-dentista/>.

Fecha de recepción 17 - 08 - 2017

Fecha de aceptación 18 - 09 - 2017

HÁBITOS DE HIGIENE BUCODENTAL Y PERCEPCIÓN DE LA SALUD ORAL EN PACIENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD BELENPAMPA, CUSCO – 2017

Gutiérrez S . *

* Gutiérrez Castillo Stefani Vanessa
Cirujano Dentista
Consulta Privada

Mail: Tifani15_5@hotmail.com
Celular: 992 146540

RESUMEN:

Objetivo: El objetivo del presente trabajo fue determinar la asociación entre los hábitos de higiene bucodental y la percepción de la salud oral en pacientes embarazadas del centro de salud Belenpampa. **Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo correlacional con un total de 200 pacientes embarazadas del centro de salud Belenpampa, Cusco – 2017, se utilizó la prueba de chi cuadrado con el objetivo de determinar si existe asociación entre las variables. **Resultados:** En las 200 pacientes embarazadas se encontró malos hábitos de higiene bucal como los más frecuentes con 68,7%, seguido de una regular higiene con 26,9% y una buena higiene con 4,5%, con relación a la percepción de la salud oral más frecuente fue bueno con 78,6%, seguido de regular con 20,4% y malo con 1,0%. **Conclusiones:** De los resultados obtenidos se determinó que no existe asociación entre hábitos de Higiene Bucodental y la percepción de la Salud Oral en pacientes embarazadas, sin embargo se encontró una gran cantidad de pacientes embarazadas con malos hábitos, siendo realizada en tres zonas distintas: urbano, urbano marginal y rural, donde tuvimos la mayor cantidad de gestantes de zona urbana y se denota claramente que esta población ha sido descuidada, por otro lado se encontró una mayor cantidad de pacientes embarazadas con malos hábitos de higiene (68,7%) y con buena percepción acerca de la salud oral (78,6%), prevaleciendo la edad de 19 a 25 años (36,3%), grado de instrucción de secundaria completa (42,8%) y con ocupación de amas de casa (42,8%).

Palabras claves: Hábitos - percepción – pacientes - asociación

ABSTRACT:

Objective: The objective of this study was to determine the association between oral hygiene habits and the perception of oral health in pregnant patients at the Belenpampa health center. **Material and Method:** A correlational descriptive study was carried out with a population of 765 patients who come to the year taking a sample of a total of 200 pregnant patients from the Belenpampa health center, Cusco - 2017, the chi square test was used with the objective to determine if there is an association between the variables. **Results:** In the 200 pregnant patients, poor oral hygiene habits were found as the most frequent with 68.7%, followed by regular hygiene with 26.9% and good hygiene with 4.5%, in relation to the perception of the most frequent oral health was good with 78.6%, followed by regular with 20.4% and bad with 1.0%. **Conclusions:** From the results obtained it was determined that there is no association between Oral Hygiene habits and the perception of Oral Health, in the Pregnant patients, however, there was a large number of pregnant mothers with bad habits, being carried out in three different areas: urban, marginal urban and rural, where we had the largest number of pregnant women in urban areas and it is clearly shown that this population has been Neglected, on the other hand there was a greater number of pregnant patients with poor hygiene habits (68.7%) and with good perception about oral health (78.6%) prevailing the age of 19 to 25 years (36.3%), complete secondary education degree (42.8%) and occupation of housewives (42.8%)

Keywords: Habits - perception - patients – association.

INTRODUCCIÓN

En la etapa de gestación se presentan cambios hormonales que predisponen a la mujer a padecer gingivitis, describiéndose una prevalencia entre el 25-100% según diversos autores, la falta de higiene oral, la falta

de conocimiento de la misma que conlleva a esta situación por lo que es importante la educación y orientación para atenuar esta problemática que crea gran preocupación a nivel de las instituciones de salud.

La percepción que tiene el propio individuo de su estado de salud, se ha propugnado como un medio

diagnóstico útil en la investigación distintos estados de salud o enfermedad, tanto en la población general como en determinadas poblaciones de riesgo.

Se encontraron estudios que se asemejan al trabajo de investigación a nivel nacional como el de Sánchez en el año 2013 y Henríquez en el año 2014 donde se obtuvo en los resultados que existen un nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud bucal en las madres gestantes ha sido malo con 45,4% Henríquez nos dice que existe un nivel de conocimiento sobre salud oral fue regular en un 66%

Sin embargo a nivel internacional se encontró trabajos similares al presente al estudio según Legido en el año 2016 en la tesis. Percepción de salud oral y hábitos de higiene bucodental de una muestra de la población española trabajadora y su asociación con el estado de salud periodontal, donde se observó que un 80% respectivamente presenta una percepción buena e higiene bucodental de bueno a regular

Mejía En el año 2017 en la tesis determinantes sociales y percepción de salud bucal de las gestantes del Hospital Civil de Tepic», se determinó presentar nivel de percepción regular (46.4%), el 61% presentan malos hábitos de higiene, en su mayoría mayores de 35 años

MATERIALES Y MÉTODOS

De un total de 756 gestantes que acuden al centro de salud Belenpampa tomamos un muestreo de 200 gestantes las cuales participaron de la encuesta, la investigación fue de alcance cuantitativo de tipo correlacional, descriptivo, de técnica comunicacional con temporalidad transversal y prospectiva.

Se tomó como criterios de inclusión a todas las pacientes gestantes que acudieron al centro de salud Belenpampa sin enfermedades sistémicas y como criterios de exclusión a pacientes gestantes con algún tipo de discapacidad mental o que tengan analfabetismo, la muestra fue tomada por una sola vez en el área de obstetricia y triaje.

RESULTADOS:

Tabla 1: HÁBITOS DE HIGIENE BUCODENTAL SEGÚN PERCEPCIÓN SOBRE SALUD ORAL EN PACIENTES GESTANTES

Hábitos de Higiene Bucodental		Percepción sobre Salud Oral			Total
		Malo	Regular	Bueno	
Malo	Recuento	2	29	107	138
	% del total	1,0%	14,4%	53,2%	68,7%
Regular	Recuento	0	12	42	54
	% del total	0,0%	6,0%	20,9%	26,9%
Bueno	Recuento	0	0	9	9
	% del total	0,0%	0,0%	4,5%	4,5%
Total	Recuento	2	41	158	201
	% del total	1,0%	20,4%	78,6%	100,0%

La tabla indica la distribución de los hábitos de higiene bucodental según la percepción sobre salud oral, observando que existe una gran cantidad de gestantes con malos hábitos 68,7% pero buena percepción a un 78.6%.

Se estableció que no existe asociación entre hábitos de higiene bucodental y percepción de la salud oral (p>0.05; 0,491).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 J.L H. Nivel De Conocimiento Sobre Salud Oral En Pacientes Gestantes Atendidas En El Hospital Maria Auxiliadora Minsa, Lima 2014. 2014
- 2 Estudio sobre percepción social de la estética dental Ortoplus. 2013
- 3 KB TS. conocimiento de medidas preventivas en salud bucal en pacientes gestantes en el hospital luis negreiros vega de lima en junio del año 2013. 2013
- 4 JL H. Nivel de Conocimiento Sobre Salud Oral En Pacientes Gestantes Atendidas En El Hospital Maria Auxiliadora. Minsa, Lima 2014 Lima: Norbert Wiener; 2014
- 5 B La. Percepción De La Salud Oral Y Hábitos De Higiene Bucodental De Una Muestra De La Población Española Trabajadora Y Su Relación Con El Estados De Salud Periodontal España: Universidad Complutense De Madrid; 2016
- 6 Weijdent Vd. Oral Hygiene In The Prevention Of Periodontal Diseases. 2000 - 2011.
- 7 Vj Mm. Determinantes Sociales Y Percepción De Salud Bucal De Las Gestantes Del Hospital Civil De Tepic. 2017 Enero - Marzo; 16(1)
- 8 Guia De Higiene Oral (online). Available. 2015.

Fecha de recepción 23 - 08 - 2017
 Fecha de aceptación 19 - 09 - 2017

CONOCIMIENTO Y APLICABILIDAD DE NORMAS DE PROTECCION Y BIOSEGURIDAD RADIOLOGICA EN ESTUDIANTES DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA DEL 7° CICLO DE LA CLINICA ESTOMATOLOGICA LUIS VALLEJOS SANTONI. UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO - 2016

Huamán F. *

*Huamán Apaza Flor Violeta
cirujano Dentista
Consulta Privada

Mail: Flor_enf15@hotmail.com
Celular: 986 133427

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar si el conocimiento que tienen los estudiantes del servicio de radiología del 7° ciclo de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni. Universidad Andina del Cusco sobre las normas de protección y bioseguridad radiológica tiene incidencia en su aplicabilidad, buscando la protección de los profesionales y usuarios para la adecuada praxis.

Para el desarrollo del trabajo de investigación se utilizó el tipo de investigación cuantitativa, el diseño es no experimental, la muestra de estudio de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión un número de 40 estudiantes, aplicando un cuestionario para medir el conocimiento y una ficha de observación para evaluar la aplicabilidad.

Los resultados hallados nos muestran que los estudiantes en el nivel de conocimiento, el 66.7% no conoce las normas de protección y la bioseguridad radiológica, con el 16.7% presento un conocimiento moderado y si conocen, por otro lado su aplicabilidad, el 69% nunca aplican la protección y bioseguridad, el 16.7% lo hace pocas veces, el 9.5% casi siempre y solo el 4.8% siempre, evidenciando que existe una relación directa entre el conocimiento y la aplicabilidad de las normas de protección. Se concluye que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la aplicabilidad de las normas de protección y bioseguridad radiológica en el grupo de estudio.

Palabras clave: Conocimiento, aplicabilidad, normas de protección, bioseguridad radiológica

ABSTRACT

The objective of investigation was determining if the knowledge that have the students of the service of radiology of the 7 cycle of the Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni. The Andean university of the Cusco on the security standards and radiological biosafety has an effect over its applicability, looking for the protection of the professionals and users for the adequate praxis.

Developmental of research work the type of quantitative research was used, the design is not experimental, the sample of study according to criteria of inclusion and exclusion a number of 40 students, applying a questionnaire to measure knowledge and a chip of observation to evaluate applicability.

The found results show us that the students in the knowledge level, the 66,7 % does not know security standards and the radiological biosafety, with the 16,7 % I present a moderate knowledge and if they know, in addition its applicability, the 69 % never apply protection and biosafety, the 16,7 % makes it a few times, the 9,5 % almost always and solo the 4,8 % always, evidencing existing a direct relationship between knowledge and the applicability of the security standards. It is concluded that there is significant relation between the knowledge level and the applicability of the security standards and radiological biosafety in the study group.

Key words: Knowledge, applicability, security standards, radiological biosafety

INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación se realiza para medir el conocimiento y la aplicabilidad de las normas de protección y bioseguridad radiológica en los estudiantes que inician su carrera profesional en odontología, lo que busca medir cuanto conocen y

cómo lo aplican para poder tener un ejercicio profesional competitivo y salubre, así como los cirujanos dentistas, los estudiantes de odontología también deben ser conscientes del riesgo que encierra los efectos secundarios de una radiación ionizante y la diseminación de agentes infecciosos en el ambiente radiológico.

Por la importancia que merece este trabajo repercutirá en una mejor protección de los estudiantes, trabajadores y docentes que se encuentren en las instalaciones de la clínica así como en los distintos servicios odontológicos en los que se desempeñen en el tiempo y espacio. Todo ello contribuirá a mejorar la calidad de atención de los pacientes cuya salud es nuestra responsabilidad. El resultado de esta investigación permitirá tener una idea más clara sobre el conocimiento y aplicabilidad que tienen los estudiantes en normas de protección y bioseguridad radiológica, con el fin de crear conciencia y que las normas se establezcan en ellos como hábito

La radiación ionizante puede pasar desapercibida en la práctica diaria pero por su carácter acumulativo causa alteraciones somáticas y/o genéticas a largo plazo ya comprobados por la CIPR (Comisión Internacional de Protección Radiológica), y OIEA (Organismo Internacional de Energía Atómica). El Instituto Peruano de Energía Nuclear (IPEN) es la institución científica del gobierno peruano encargada de normar, promover, supervisar y desarrollar las actividades aplicativas de la Energía nuclear. Por ello debe evitarse irradiar en áreas innecesarias y proteger al paciente, profesionales y asistentes dentales.

Los estudiantes de la Universidad Andina, reciben clases teóricas sobre la radiación y bioseguridad en las cátedras universitarias, sin embargo muchas veces lo toman como una teoría para continuar con su carrera y lo aplican adecuadamente.

Por lo que el objetivo principal es determinar el conocimiento y aplicabilidad de normas de protección y bioseguridad radiológica en estudiantes del servicio de radiología del 7° ciclo de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni. Universidad Andina del Cusco - 2016

Las variables de estudio se tiene como variable 01: Conocimiento de protección y bioseguridad radiológica y como variable de estudio 02: Aplicabilidad de protección y bioseguridad radiológica

Por la importancia que mece la investigación se han tomado antecedentes de estudio a nivel Internacional a Farias (2012), quien hace un estudio sobre bioseguridad y la protección contra la radiación ionizante, evidenciando la poca aplicabilidad en los estudiantes los que no miden los efectos secundarios (2)

A nivel nacional se tomó a Ochoa (2014), en su estudio de relación entre el conocimiento y actitud de la aplicación de normas de bioseguridad en radiología, indica que el conocimiento es mayor que la aplicabilidad (3), finalmente a nivel local Abarca. (2010). En su trabajo sobre Nivel de conocimiento de protección radiológica y su normativa en odontólogos

donde la protección que tienen los alumnos está por debajo del 50% lo que preocupa y es necesario presentar esta problemática.

MATERIAL Y METODO

El trabajo de investigación se utilizó el tipo de investigación cuantitativa, el diseño es no experimental, relacional, transversal, población de 42 estudiantes, se utilizó la muestra no probabilístico por conveniencia un número de 40 estudiantes, aplicando un cuestionario para medir el conocimiento y una ficha de observación para evaluar la aplicabilidad.

RESULTADOS

Relación de conocimiento y aplicabilidad de la protección radiológica

Conocimiento de Protección Radiológica		Aplicabilidad de la Protección Radiológica			Total
		Nunca	Casi Siempre	Siempre	
No conoce	Recuento	28	1	0	29
	% del total	66,7%	2,4%	0,0%	69,0%
Si conoce	Recuento	2	9	2	13
	% del total	4,8%	21,4%	4,8%	31,0%
Total	Recuento	30	10	2	42
	% del total	71,4%	23,8%	4,8%	100,0%

De acuerdo a los resultados, respecto al conocimiento y la aplicabilidad respecto a la protección radiológica, se observa que el mayor grupo que no conoce y tampoco la aplica es el mayor grupo que corresponde al 66.7%, un 21.4% que tiene si conoce la aplica con frecuencia demostrando entonces la relación directa que existe entre el conocimiento de los riesgos que se corre en la protección radiológica y su aplicación.

Análisis de Chi cuadrado P valor = 0.00 menor el nivel de significancia por lo que se prueba la hipótesis .

Relación de conocimiento y aplicabilidad sobre bioseguridad

Conocimiento sobre bioseguridad		Aplicabilidad sobre bioseguridad			Total
		Nunca	Casi siempre	Siempre	
No conoce	Recuento	34	0	0	34
	% del total	81,0%	0,0%	0,0%	81,0%
Si conoce	Recuento	4	2	2	8
	% del total	9,5%	4,8%	4,8%	19,0%
Total	Recuento	38	2	2	42
	% del total	90,5%	4,8%	4,8%	100,0%

La relación del conocimiento y aplicabilidad de la bioseguridad, los resultados son aún más sesgados, el 81% no conoce sobre este tema y tampoco la aplica, corriendo el riesgo de contaminarse y efectos negativos sobre su salud.

Análisis de Chi cuadrado P valor = 0.00 menor el nivel de significancia por lo que se prueba la hipótesis.

CONCLUSIONES:

Al 95% de confianza se concluye que existe una relación entre el nivel de conocimiento y la aplicabilidad de las normas de protección y bioseguridad radiológica en estudiantes del servicio de radiología del 7° ciclo de la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni. Universidad Andina del Cusco, evidenciando con el estadístico paramétrico chi cuadrado menor al nivel de significancia del 5%.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paucar J. Falta reforzar la seguridad radiológica en el Perú.. [Online].; 2015. Available from: [Disponible en: http://sophimania.pe/2011/11/1/](http://sophimania.pe/2011/11/1/).
2. Farias C. Evaluación de conocimiento sobre bioseguridad en relación al control de infecciones y protección contra radiación ionizante. 2012.
3. Ochoa S. Relación entre nivel de conocimiento y la actitud hacia la aplicación de normas de bioseguridad en radiología de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la UNMSM. 2014.
4. Platon F. Definición de conocimiento. [Online].; 2013. Available from: [Disponible en: http://definicion.de/conocimiento/](http://definicion.de/conocimiento/).
5. OxfordDictionaries.com. [Online]. Available from: [Disponible en: https://es.oxforddictionaries.com/definicion/aplicabilidad](https://es.oxforddictionaries.com/definicion/aplicabilidad).
6. Vázquez A, Manassero MA. Actitudes hacia la ciencia y sus relaciones con la tecnología y la sociedad en alumnos de todos los niveles educativos. Memoria final de investigación. Madrid: Editorial. MEC-CIDE; 2015.
7. Guía de seguridad microbiológica en odontología. Consejo General de Colegios de Odontólogos Y Estomatólogos De España. 2013;; p. 1-25.
8. Quiñones P. Control y Prevención de la Infección en la práctica Estomatológica. . Tribuna Estomatológica ed.; 2014.
9. Abarca R. Nivel de conocimiento de protección radiológica y su normativa en odontología de establecimientos de salud que cuentan con un equipo de rayos x intraoral en la región - cusco. scielo. 2010.
10. Sedeño A. Residuos químicos generados en la práctica de Radiología dental. y medidas de prevención para evitar la Contaminación Ambiental. Zona Poza Rica- Tuxpan. Facultad de Odontología Universidad Veracruzana. [Online].; 2013. Available from: [Disponible en: http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/30973](http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/30973).

Fecha de recepción 17 - 08 - 2017
Fecha de aceptación 11 - 09 - 2017

BENEFICIOS OBSERVADOS CON LA APLICACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS

Escobar L. *

*Lucy Escobar
Cirujano Dentista
Docente UNSAAC (Auxiliar)

Mail: lucytaescobarch@gmail.com
Celular: 984 274864

Durante los últimos 5 años he estado observando los beneficios increíbles que una alternativa terapéutica a demostrado en muchos pacientes con diferentes necesidades, esta alternativa terapéutica se presentó como un avance más en la medicina deportiva pero sus beneficios nos permiten aplicar en la odontología y oftalmología, y rehabilitación en pacientes con artrosis.

En este artículo explicare a grosso modo parte de la secuencia del protocolo de tratamiento.

En los últimos años se han comunicado numerosos tratamientos con plasma rico en plaquetas (PRP) y factores de crecimiento (FC) autógenos.

El plasma rico en factores de crecimiento (PRFC) se ha utilizado por primera vez en el campo de la cirugía oral. El PRFC en los implantes dentales mejora la osteointegración y, con ella, la estabilidad primaria en la cirugía implantológica. a evolución ponderal, las medicaciones, los hábitos tóxicos y los cuidados cosméticos

El procedimiento consiste en procesar sangre del paciente para obtener plasma rico en proteínas (factores de crecimiento) que se coloca en la zona por tratar. La zona dañada empieza a cicatrizar a partir de este momento y, a los 7 días, la cantidad de células que actúan en la herida es 4 veces superior a la que actuaría con el procedimiento normal.

En el Xishan Workers Sanatorium de Pekín, China, el neurocirujano Huang Hongyun desarrolló un método que podría ser útil en la reparación medular, pero del que no se conocen ni el mecanismo de acción ni los efectos adversos. Huang Hongyun afirma que este método puede reparar un daño en la médula ósea mediante células procedentes de fetos abortados, inyectadas directamente en la médula y el cerebro del paciente. Según este autor, estas células “son muy especiales, porque pueden mostrar distintos factores de crecimiento y cambiar su propio entorno, lo cual facilita la recuperación de las neuronas y las fibras nerviosas”

En Perú, Hernández y Rossani están empleando exitosamente el plasma rico en plaquetas como inductor de reparación en la paniculopatía edematofibroesclerótica.

Finalmente, un estudio realizado en la Universidad de Stanford y publicado en Nature sienta las bases para aislar moléculas del sistema circulatorio, que mejoran los procesos regenerativos.

Se sabe que el envejecimiento cutáneo se produce por degradación celular o de la matriz intercelular, disminución de la vascularización, disfunción de los anejos cutáneos, atrofia grasa, atrofia o relajación

muscular y contracción muscular repetida. En estos fenómenos intervienen unos factores fundamentales, el paso inexorable del tiempo y la genética, a través de un conjunto de mecanismos moleculares y celulares propios del envejecimiento.

También se conocen una serie de factores concurrentes, como la exposición al sol, las enfermedades (generales o cutáneas), la situación hormonal, la nutrición, l

BIOESTIMULACION

La bioestimulación es un conjunto de procedimientos para activar biológicamente las funciones anabólicas del fibroblasto, fundamentalmente, la producción de colágeno tipo III, elastina y ácido hialurónico a partir de sus precursores, prolina, lisina y glucosamina, respectivamente (Fig. 1).

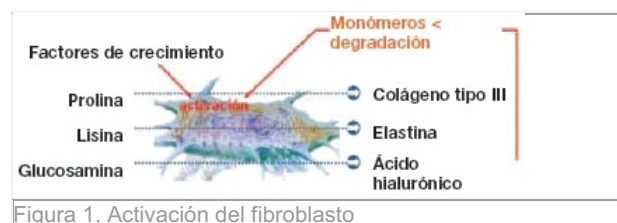


Figura 1. Activación del fibroblasto

La activación adecuada del fibroblasto produce las proteínas conocidas como factores de crecimiento y, en menor medida, los monómeros del ácido hialurónico derivados de su degradación por las hialuronidasas. Para esto resulta fundamental:

- a) El mantenimiento de un pH fisiológico (7,2) para conservar el estado sol (líquido) de la matriz intercelular. Sólo así se pueden asegurar los intercambios celulares adecuados; la hipertermia local fisiológica (36,8-37,2°C) que permite la máxima velocidad de las reacciones biológicas; y
- b) El control de los radicales libres, que no debieran superar las 200-280 U. Carr.

Por lo tanto, los objetivos fundamentales son:

1. Procurar la disponibilidad de precursores;
2. Activar el fibroblasto;
3. Mantener el pH fisiológico tisular y un nivel adecuado de radicales libres; y
4. Calentar fisiológicamente los tejidos por tratar

Según los trabajos de otros autores, los FC son pequeños fragmentos proteicos biológicamente activos del grupo de las citosinas. Éstas se unen a los receptores de membrana para activar (o inhibir) las funciones celulares y determinan la regeneración o el desarrollo celular específico del tejido donde se ubican. Los FC son mediadores biológicos que regulan funciones esenciales en la regeneración/reparación tisular: quimiotaxis (capacidad de producir migración celular dirigida: atraer células); mitosis (división celular); angiogenia; proliferación, diferenciación y regulación celular; síntesis de matriz EC. Debemos aprovechar entonces la actividad terapéutica de los FC (Tabla 1), que pueden producir y almacenar múltiples células y tejidos: plaquetas, fibroblastos, osteoblastos, riñón, glándulas salivares, glándulas lagrimales, etcétera. Nos hemos centrado en las plaquetas, dado que son relativamente fáciles de obtener y, además, transportan otras proteínas útiles en la regeneración y reparación tisular, unas procedentes de su célula precursora (megacariocito) y otras plasmáticas capturadas por endocitosis en el torrente circulatorio

	Proliferación preosteoblastos	Proliferación fibroblastos	Quimiotaxis	Síntesis matriz extracelular	Vascularización
PDGF	++	++	+	+	*
TGF	+/-	+/-	+	++	*
EGF	-	++	+	+	-
IGF	++	+	++	++	-
VEGF	*		-	-	++

Tabla 1. Actividad de los FC plaquetarios (adaptado de E. Anitua)

Evaluamos las posibilidades reales de obtener plasma rico en plaquetas (PRP) y, a partir de éste, los FC que nos interesan.

Un sistema para obtener PRP debe:

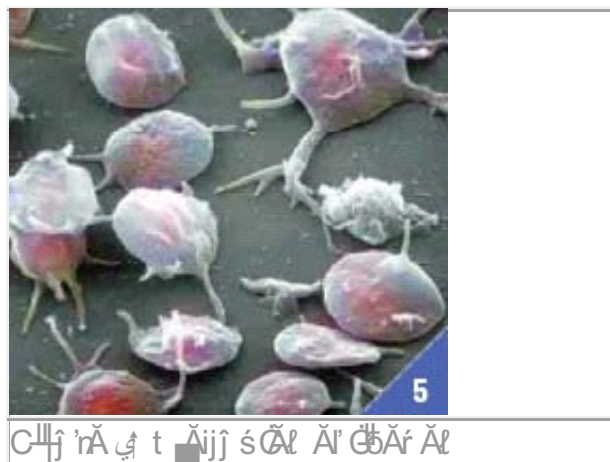
1. Realizarse con pequeños volúmenes de sangre (20-30 cm³), es decir con extracciones equivalentes a

- las necesarias para una analítica compleja
2. Permitir que aumenten las concentraciones basales de plaquetas (150.000- 350.000 x mm³) al menos 3 ó 4 veces y que este incremento sea sistemático y reproducible
3. Asegurar la viabilidad plaquetaria
4. Permitir una relación constante entre el conteo de plaquetas y los

A continuación, nos referimos a los trabajos del doctor Eduardo Anitua (Vitoria, España), a quien debemos considerar uno de los pioneros en el desarrollo de sistemas para la obtención de PRP y en la utilización terapéutica de los FC. Coincidimos con este autor en que, generalmente, lo más simple es lo más eficaz, si se hace bien.

OBTENCIÓN DE FACTORES DE CRECIMIENTO AUTÓGENOS

Una vez obtenido el PRP, es fundamental lograr la liberación completa y eficaz de los FC y del resto de las proteínas plaquetarias, para lo cual se necesita reproducir el proceso natural de la coagulación, conocido como “desgranulación” de las plaquetas, que ocurre espontáneamente en caso de lesión del endotelio vascular (Fig. 5).



Después de extraer unos 20 cm³ de sangre venosa cuidadosamente en tubos con un anticoagulante especial, se procede a una centrifugación protocolizada. Éste es uno de los elementos fundamentales de todo el procedimiento, como hemos explicado antes.

Al centrifugar se obtiene la separación de las diferentes fracciones de la sangre (estricta, si el procedimiento se ha realizado adecuadamente). Los hematíes se concentran en el fondo del tubo; las plaquetas, por encima, en abundante plasma; y los leucocitos, en la zona intermedia (Fig. 6).

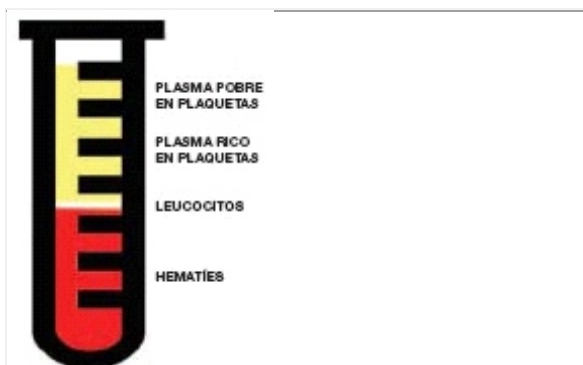


Figura 6. Fraccionamiento sanguíneo después de la centrifugación

Si el procedimiento se ha realizado adecuadamente, la mayor concentración de plaquetas estará en la zona próxima a los hematíes. Éste es el auténtico PRP que vamos a utilizar.

Para lograr la desgranulación de las plaquetas, debemos proceder a su activación con cloruro cálcico en concentración óptima. Invertimos con esto lo que previamente hicimos con el anticoagulante que impidió la coagulación, quelando los iones calcio.

TRATAMIENTO CON PRP

En el ámbito de la medicina cosmética y estética, conocemos cuatro formas de utilizar el PRFC:

1. Terapia tópica (en forma de coágulo plaquetario) para reparación cutánea.
2. Terapia subdérmica (infiltración con adipocitos) para relleno de surcos o cicatrices deprimidas, para remodelación local o para reparación en paniculopatía edematofibroesclerótica (celulitis).
3. Terapia intradérmica (a modo de mesoterapia) para bioestimulación cutánea.
4. Terapia tópica después de la exfoliación química (por pulverización) para bioestimulación cutánea.

INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES Y COMPLICACIONES

Indicaciones

1. bioestimulación cutánea (antienvjecimiento)
2. estrías y cicatrices
3. vehículo para stem cells (estimulación de células pluripotenciales abundantes en el tejido graso)
4. úlceras por decúbito, venosas, diabéticas
5. quemaduras
6. implante capilar
7. autoinjerto graso

La indicación fundamental de la: bioestimulación es el envejecimiento cutáneo y sus signos generales.

Siempre se debe considerar la conveniencia de asociar tratamientos complementarios, si se estiman necesarios.

Las contraindicaciones son:

Coagulopatías, infecciones locales o sistémicas, embarazo, pacientes que están tomando en ese momento anticoagulantes o antiinflamatorios no esteroideos, déficit inmunológico, colagenopatías, enfermedades crónicas descompensadas como la diabetes mellitus Y las expectativas desmesuradas o de un tratamiento correctivo.

Las complicaciones podrían ser:

- 1) la contaminación del material biológico y, por lo tanto, el riesgo de infección y
- 2) las de los distintos tratamientos que configuran el protocolo propuesto.

EVALUACIÓN O RESULTADOS

La evaluación es fundamentalmente subjetiva. El 95% de los pacientes se manifiesta satisfecho con las mejoras en el aspecto, la textura, la tersura, el tacto, el tono, el brillo, la luminosidad, etc. de la piel tratada.

Los resultados se pueden objetivar al medir y comparar los parámetros, como la corneometría, la higrometría o la sebometría. Actualmente, existen equipos muy sencillos para esta evaluación.

Asimismo, podemos recurrir a la microfotografía de relieves, pero este procedimiento es mucho más sofisticado, ya que la toma de las impresiones cutáneas requiere aprendizaje y la evaluación es siempre externa. Y en el caso de artrosis con radiografías de comparación.

CONCLUSIONES

Considero sinceramente estar frente a una posibilidad terapéutica innovadora, revolucionaria, de la que apenas empezamos a constatar los resultados.

A partir de la experiencia clínica en campos diferentes de la medicina (lesiones óseas, musculares y tendinosas, quemaduras, úlceras, injertos cutáneos, etc.) y nuestra modesta experiencia en los primeros 30 pacientes tratados, puedo concluir que la bioestimulación con PRP se convertirá en uno de los pilares fundamentales para tratar el envejecimiento cutáneo, además de promover la regeneración de diferentes tejidos ya que predomina su naturaleza como células madre.

He tenido el grato placer de observar fabulosos resultados en los diferentes pacientes con necesidad diferente, es decir algunos recibieron una aplicación

intradérmica para regenerar líneas de expresión por envejecimiento, otras para estimular el crecimiento capilar y otras para la generación y alivio en zonas articulares como rodilla en pacientes con artrosis.

Considero esta una invitación para obtener los beneficios de tratamientos con PRP de procedimiento sencillo y eficaz en su aplicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anitua E. Plasma rich in growth factors: preliminary results of use in the preparation of future sites for implants. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1999;14:529-535.
2. Anitua E. The use of plasma-rich growth factors (PRGF) in oral surgery. *Pract Proced Aesthet Dent* 2001;13:487-493
3. Anitua E, Andía I. Un nuevo enfoque en la regeneración ósea. Ed. Eduardo Anitua, Puesta al Día Publicaciones; 2000
4. Okazaki R, Sakai A, Uenzo Y, Ootsuyama A, Kunigita N, Nakaruma T, Norimuna Y. Sequential changes of transforming growth factor (TGF)-beta1 concentration in synovial fluid and mRNA expression of TGF-beta1 receptors in chondrocytes after immobilization of rabbit knees. *J Bone*
5. Mateo de Acosta D, Porres M, Vázquez D, Makipour J, Bedolla E. Actualización bibliográfica sobre el uso de preparaciones ricas en plaquetas en la cicatrización de heridas. *Cir plást iberolatinoam* [Internet]. Jul-Sep 2010 [citado 21 Nov 2014];36(3)[aprox. 8 p.].
6. Rodríguez J, Palomar M, Torres D. Plasma rico en plaquetas: fundamentos biológicos y aplicaciones en cirugía maxilo-facial y estética facial. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilo-fac* [Internet]. Ene-Mar 2012

Fecha de recepción 16 - 08 - 2017
Fecha de aceptación 14 - 09 - 2017

SEDACIÓN CONSCIENTE EN LA ATENCIÓN ODONTOPEDIATRICA

Pizarro C. *
Carrasco A. **

* Cristian Macedo Pizarro
R2 Odontopediatría
Cirujano Dentista,
Centro Odontológico Oral White

Mail: christpima@gmail.com
Celular: 979 709939

** R2 Odontopediatría
Cirujano Dentista
Consulta Privada

Mail: dianenerycita@gmail.com
Celular: 984 729595

RESUMEN

La Sedación Consciente es el estado caracterizado por una mínima depresión del nivel de consciencia pero que mantiene los reflejos protectores y la vía aérea permeable, responde a estímulos físicos y órdenes verbales.

Los objetivos de la Sedación Consciente son:

- ü Facilitar un buen trabajo odontológico.
- ü Manejar el comportamiento del paciente no colaborador.
- ü Permitir el retorno rápido al estado fisiológico normal.
- ü Producir una respuesta psicológica positiva al tratamiento odontológico.
- ü Eliminar la ansiedad.

El tratamiento odontológico con sedación está indicado en: Pacientes ansiosos y nerviosos; paciente de corta edad con poco desarrollo y maduración cognitiva que no tolera los procedimientos odontológicos, con quienes es difícil de establecer una conversación directa, o con experiencias previas desagradables; paciente que con buen comportamiento pero con pánico a los procedimientos dentales lo que lo hace poco colaborador.

Sin embargo está contraindicado en pacientes: con cuadros sistémicos, con ASA III–IV y también pacientes con problemas respiratorios, rinitis, adenoides, cornetes atrofiados.

Para la atención de pacientes pediátricos haciendo uso de la Sedación Consciente usaremos los agentes de sedación los cuales presentan propiedades amnésicos sedativo que no altera la memoria, elimina la tensión ansiedad y el temor, van a elevar el umbral del dolor, van a causar una depresión respiratoria mínima, el efecto es corto y de fácil eliminación y sobretodo su administración es sencilla porque es por vía oral.

Entre los fármacos que utilizados y de elección para la realización de este procedimiento y viendo los menores efectos colaterales y que cumpla las propiedades requeridas elegiremos el Midazolam.

	VÍA DE ADMINISTRACIÓN ORAL
DOSIS MEDIA	0.25 – 0.50 mg./kg.
COMIENZO DE ACCIÓN	30 – 40 min
EFEECTO MÁXIMO	A los 40 min. De administrado el fármaco
DURACIÓN	45 – 60 MIN.
ELIMINACIÓN DEL FARMACO	1 – 4 horas

INTRODUCCION

En la actualidad la tecnología, los procedimientos, técnicas, equipos, instrumentos van innovando en el mundo profesional hace que la demanda de especialidades para la atención odontológica se convierte más que un lujo en una necesidad.

El especialista es formado puliendo habilidades y procedimientos para la atención a su paciente. Los Niños están en la primera etapa de vida donde podemos devolverles sus sonrisas y autoestima sin causar trauma que repercuta en su vida futura, de igual manera buscando modificar y concientizar tanto al menor como sus padres sobre higiene y salud bucal el que empleará en el resto de su vida.

Es sabido que la atención odontológica de por si causa stress y ansiedad con mayor razón en los niños asociados a otros factores (únicos o últimos hijos o el más engreído) todo repercute no solo en el menor sino también en los padres. La sedación consciente es una buena alternativa de solución para casos de poca o nula colaboración del paciente pediátrico.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es demostrar la ventaja de realizar la sedación consciente con midazolam como fármaco para la atención de pacientes reacios al tratamiento odontológico.

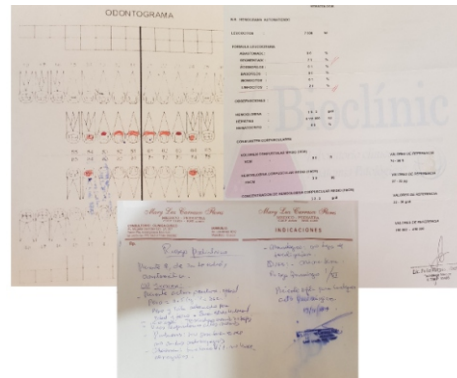
REPORTE DE CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino de 2 años de edad con enfermedad de caries dental que se rehúsa a la revisión dental y con conducta negativa. Motivo por el cual se decide realizar un tratamiento odontológico con Sedación Consciente.



INDICACIONES PRE OPERATORIAS

1. Interconsulta con el pediatra
2. Estar en buen estado de salud el día del procedimiento (no procesos respiratorios).
3. Ayunas al menos 8 hrs. antes del procedimiento.
4. El paciente debe estar con ropa ligera
5. Los padres deberán traer una muda de ropa.



DOSIFICACIÓN:

0.50 mg./ 11.5 Kg. = 7.75 mg.



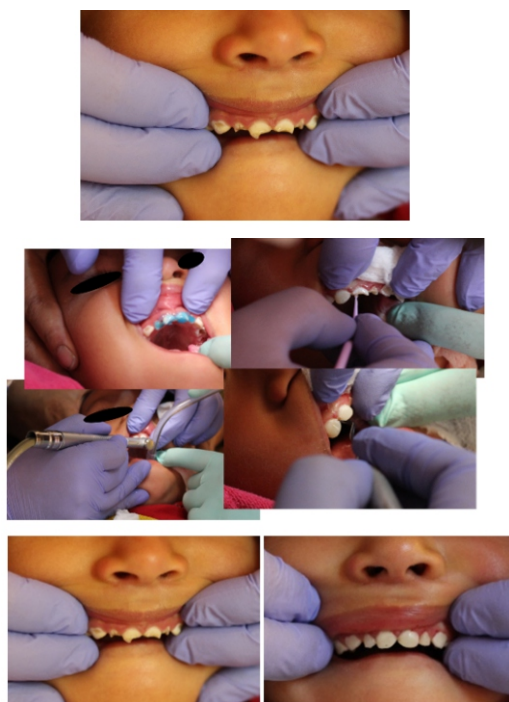
PREPARACIÓN DEL CAMPO OPERATORIO

Papus, instrumental, material, pulso oxímetro.





PROCEDIMIENTO



CRITERIOS DE ALTA INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

La madre cambia la ropa a la menor por la sudoración provocada por el fármaco y procedimiento.

Se observa a la niña durante 20 min. en el consultorio y si cumple los siguientes punto se le da de alta hasta su próximo control.

1. Funciones vitales satisfactorias y estables.
2. Vías aéreas permeables.
3. Reflejo de protección.
4. Puede caminar con mínima ayuda.
5. Responde adecuadamente a las interrogantes

Las próximas 4 hrs. (periodo de la eliminación del fármaco) la menor debe estar bajo vigilancia de sus padres.

CONCLUSIÓN

En esta era de la odontología moderna podemos devolver la integridad de los pacientes pediátricos (salud física y también autoestima) sin que las piezas destruidas por caries amplias y profundas ni tampoco la conducta poco o definitivamente positiva que en la antigüedad era un limitante para la atención del menor y sin mucho menos causar un trauma al menor que repercutirá en toda su vida.

La utilización de la Sedación Consciente es una alternativa de solución para su atención principalmente por su efecto de amnesia retrograda inmediata.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres G, Rosario:R. Odontopediatría Abordaje Clínico
2. Castro J, E, et al. Comparación de la efectividad del Midazolam en niños vía oral y vía nasal, Rev. Estomatológica herediana Vol. 15 (2) Pag. 133 -138, 2005.
3. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical Guideline on the Elective Use of Conscious Sedation, Deep Sedation and General Anesthesia in Pediatric Dental Patients *Pediatr Dent* 24:46-51,2001.
4. Lee J. Vann W. Roberts M. A cost analysis of treating pediatric dental patients using general anesthesia versus conscious sedation. *Pediatr Dent* 22:27-32,2000.
5. Alvarez, A. Odontopediatría. Rev. CES Odontología Vol. 19 N°2, Pag.61 -73,2004.
6. Malamed. S. F:1996 Sedacion.3ra Ed. Madrid. Mosby/Doyma libros
7. Rojano-Santillan y COLS. Sedación en estomatología pediátrica. *Revista ADM* 2004; LXI (4):130-136
8. Goodman A. Hardman, J.et al. Bases farmacológicas de la terapéutica, .8va Edición. Editorial Panamericana,1991.
9. Garcia, R Analgesia y sedación en procedimientos pediátricos Parte:2 Requerimientos y medicación. *Arch Argent Pediatr*. Vol.106 (6) Pag. 524 -532, 2008.

Fecha de recepción 21 - 08 - 2017

Fecha de aceptación 20 - 09 - 2017

CAMUFLAJE FISIOLÓGICO DE MALOCLUSIÓN CLASE III DE ANGLE, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Villamar M.*

*Mario Villamar Dias
Especialista en ortodoncia y ortopedia maxilar
UNMSM / Magister, UNSA
Practica exclusiva de ortodoncia y ortopedia
Docente de pre y post grado

Mail: mariojvillamar@yahoo.es
Celular: 984 954481

RESUMEN

La maloclusión clase III es una alteración estructural de difícil manejo debido a su origen multifactorial. Esta displacia facial se puede clasificar en prognatismo mandibular, retrognatismo maxilar o incluso una combinación de ambas. La relación dentaria clásica de mordida invertida anterior, puede estar camuflada naturalmente en muchos pacientes, lo que no alerta al clínico de las alteraciones óseas en desarrollo. La forma de crecimiento mandibular durante el periodo pospuberal es crítica ya que se desplaza hacia adelante o hacia abajo según su crecimiento potencial; en comparación a los cambios en el crecimiento del maxilar que resultan insignificantes¹. En el reporte de este caso se identifica la alteración estructural, afectando de esta manera a la relación dento-alveolar; perjudicando la función y la estética facial del paciente. Se estudia la etiología como causa coadyuvante al desarrollo predeterminado, de esta manera se plantea un plan de tratamiento lógico para camuflar la alteración preexistente. Se concluye que la intercepción temprana y la correcta evaluación etiológica, sumado a un adecuado manejo biomecánico darán buenos resultados, anatómo-funcionales y estéticos.

Abstract

Class III malocclusion is a structural alteration of business management due to its multifactorial origin. This facial dislocation can be classified as mandibular prognathism, maxillary retrognathism or even a combination of both. The classic dental relationship of anterior inverted bite may be camouflaged in many patients, which does not alert the clinician about the bone changes which are in development. The way the jaw develops during postpubertal period is critical as it moves forward or downward according to its potential growth; in comparison with changes in the upper jaw that are insignificant¹. In the report of this case, the structural alteration is identified, affecting in this way the dento-alveolar relation; damaging function and facial aesthetics of the patient. The etiology is studied as a coadjutant cause to the predetermined development, in this way a logical treatment plan for the pre-existing alteration camouflage is proposed. It is concluded that the early interception and the correct etiological evaluation, added to an appropriate biomechanical management, good results, anatomic-functional and aesthetic. It concludes the early interception and the correct etiological evaluation, added to an adequate biomechanical management which will give good results, anatomic-functional and aesthetic.

Palabras Claves: Maloclusiones, patogénesis, estabilidad oclusal, prognatismo

INTRODUCCIÓN

Las mal posiciones dentarias en un mal creciente en nuestra realidad, no solo nacional sino también a nivel internacional, las mismas que invariablemente nos llevarán, a lo que comúnmente conocemos como maloclusiones.

La etiología de esta alteración es muy disímil, encontrando en la literatura diversos orígenes, incluyendo factores hereditarios hasta influencias externas, los mismos que no solo son individuales, sino más bien interrelacionados unos con otros. De esta manera se crea un círculo etiopatogénico muchas veces difícil de romper sin no se analiza la alteración en su contexto real.

El operador, ya sea un ortodoncista o un odontólogo general, debe priorizar la búsqueda de la patogénesis (causa de la alteración), conocer la historia de la enfermedad y saber las consecuencias funcionales, estructurales, y dentarias. De esta manera se logrará abordar la alteración con plan de tratamiento lógico y ordenado.¹⁻²

En este artículo, gracias a la presentación de un caso clínico podremos entender la importancia de estos enunciados; relacionando conceptos básicos de anatomía, fisiología y estabilidad oclusal, todos ellos aplicados a la clínica

MOTIVO DE CONSULTA: La paciente refiere no poder morder adecuadamente con el sector anterior, refiere también que siente que la mandíbula se está proyectando más de lo normal.

Presenta ligeros dolores articulares esporádicos, refiere la dificultad de respirar con la boca cerrada.

Fig 1. Análisis Facial Análisis Facial: La paciente presenta un biotipo



mesofacial, el tercio inferior esta desplazado ligeramente hacia la derecha, el cual se acentúa a la sonrisa. El perfil presenta una tendencia progresiva a la concavidad.2/3

Figura 2: Fotografías intraoral, las imágenes anteriores y laterales fueron tomadas en máxima intercuspidación (MIC)

Análisis intraoral: En el maxilar, el arco alveolar presenta forma triangular



y en la mandíbula forma ovoide, se observa mordida abierta anterior de canino a canino, una ligera desviación de la línea media inferior con respecto a la superior de 0.5 mm hacia la izquierda, overjet aumentado +0.5 y overbite abierto de -0.5 mm, relación molar clase III al igual que la relación canina, mordida cruzada media posterior y anterior, acentúa en la zona media (premolares) y a nivel de incisivos laterales. Presenta mala posición en el sector anterior (superior e inferior) 2/3/4

Al examen de las vías aéreas se encontró, amígdalas hipertrofiadas, se remitió a la paciente al otorrinolaringólogo para mayores exámenes y posterior tratamiento.6

Como requisito, dentro de su planificación

Ortodoncia.

Figura 3 : Examen intraoral



Figura 4: Comparación entre relación céntrica (RC) y máxima intercuspidación



Análisis oclusal: La comparación, entre la Relación Céntrica (RC) y la máxima intercuspidación (MIC) u Oclusión Céntrica (OC) de este paciente, no deja duda alguna de la variación funcional entre el maxilar y la mandíbula. La alteración gnatólogica debe ser trabajada, en la planificación de los casos desde el comienzo hasta el final.

Se puede visualizar que al llevar la mandíbula hacia la RC la línea media mandibular se coordina. 1,4, 7 (Fig. 4)

Examen Radiográfico

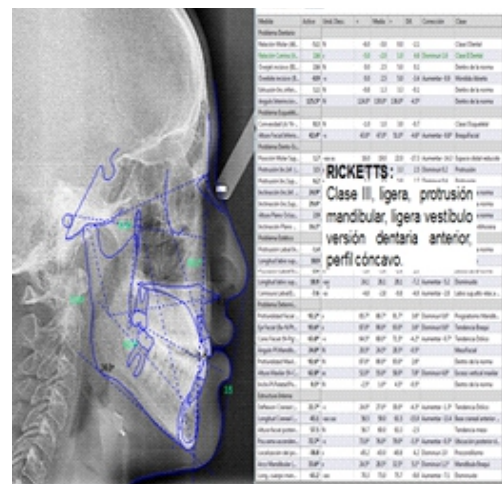


Figura 5: Análisis cefalométrico de Ricketts

Análisis Cefalométrico

La interpretación concluye, que es un paciente clase III de Angle el cual presenta tendencia protrusiva mandibular, con crecimiento sagital, ligera vestibulo versión antero superior, perfil cóncavo.3 (fig. 5)

Figura 6: Análisis de la radiografía panorámica



Análisis panorámico

En este análisis radiográfico, en (MIC) sin aleta de mordida,(SAM) podemos comprobar la relación de Clase III dentaria, y el desplazamiento dentario inferior hacia la izquierda.

Además observamos un descenso del seno maxilar derecho y se puede visualizar una imagen radio lucida de la cavidad nasal derecha. (fig. 6)

DIAGNOSTICO.

Paciente mujer de 14.5 años, malaoclusión clase III de Angle, verdadera mandibular, por cuerpo, respiradora oral, perfil cóncavo, presenta desplazamiento de la línea media dentaria hacia la izquierda, y ligero desplazamiento del tercio inferior de la cara hacia la derecha, mal posición dentaria.

PLAN DE TRATAMIENTO:

1ro. Interconsulta con el otorrino para identificar la obstrucción de las vías respiratorias, causante de la reparación oral.

2do. Camuflar la protrusión mandibular.

3ro. Coordinación de arco dento - alveolares, recuperar un perfil recto

4to. Acoplar las relaciones antagónicas para recuperar la relación de línea media dentaria, y recurrar las llaves oclusales.

5to. Compensar el desplazamiento derecho mandibular, con la simetría facial.

6to. Ganar espacios transversales y sagitales, para alinear, las piezas dentarias así devolver una oclusión establemente funcional en RC.

OBJETICOS

1ro. Recuperar la respiración mixta.

2do Coordinar el crecimiento maxilo mandibular

3ro Recuperar el perfil recto

4to. Recuperar la línea media dentaria.

5to. Compensar línea media facial.

6to. Conseguir una oclusión estable y en RC.

PLAN DE TRATAMIENTO ACTIVO:

Se utilizó brackets, prescripción Damon, slot 22 de prescripción específica de acuerdo al caso, porque dentro de los objetivos está la coordinación de arcos dentarios, así devolver una correcta oclusión y estabilidad a través de las llaves oclusales. 2,7,8.



Figura 7: Inicio de tratamiento

SECUENCIA DE TRATAMIENTO

La aparatología fija, nos plantea seguir una secuencia lógica, resolviendo paulatinamente y en forma ordenada los objetivos de tratamiento:

1ra Etapa: El objetivo de esta fase se comienza a corregir las discrepancias verticales, transversales y sagitales, además de desapiñar a través de la mecánica de fuerzas ligeras en conjunto con el hueso alveolar, periodonto y con el complejo muscular oro facial, así establecer una nueva posición fisiológica dentaria. Se utilizó arcos CuNiTi 0.014,2,8 (fig. 7)

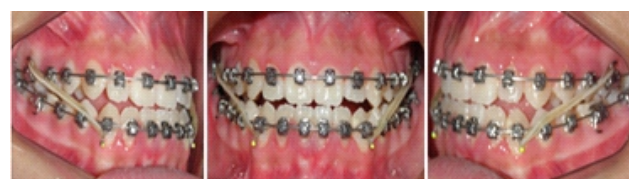


Figura 9: Control vertical y sagital

2da Etapa: Después se utilizaron arcos CuNiTi 0.014x 0.025, en la fase transicional En este periodo se creó espacio en el sector anterior mediante la verticalización de las piezas del sector medio posterior.

Se utilizaron ligas ¼ de fuerza media (85 gr) para el control dento alveolar vertical y sagital de la mandíbula (fig. 9)

3ra. Etapa: Fase en la cual se cambia secuencialmente los arcos según la necesidad del caso, 16 x 25 / 18x 25.

4ta. Etapa: Finalización, cuando se requiere una torsión moderada y aun pequeños ajustes, el arco de trabajo de finalización puede ser usado para este fin, en este caso se utilizaron arcos 19 x 25 TMA



Figura 10: Finalización de tratamiento

En esta etapa final se utilizó arcos segmentados⁶, para facilitar la interdentalización, del sector medio, para acentuar el cierre se usó arcos braiden 19 x 25 inferior y 17 x 25 superior, para terminar de afrontar fisiológicamente las diferencias verticales y sagitales. Lo que se conjugo con ligas intra maxilares 1/8 en el sector medio y 5/16 en el sector anterior de fuera media.^{2,11} (fig. 11 - 12)



Figura 12: Finalización de tratamiento / interdentalización

Retiro de la aparatología.

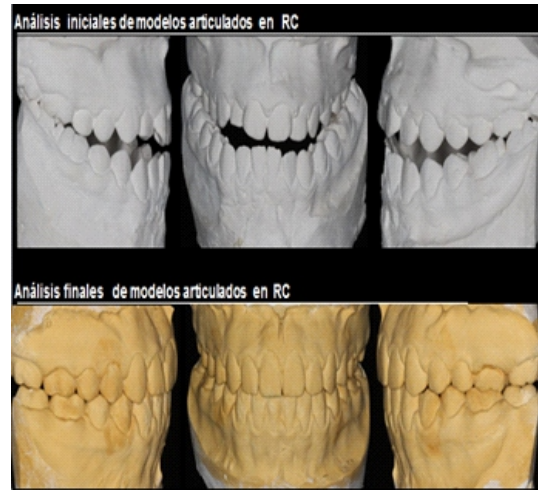


trazados al comienzo del tratamiento (2,4,6), antes del retiro da la aparatología se toma radiografías de control y se monta nuevamente los modelos para comprobar, sobre todo la relación lingual cúspidea de la oclusión, se utilizó contención removible tipo Hawley 2,9,10. (fig.13)



Figura 13: Antes y después de la hipertrofia de amígdalas.

Podemos comprobar la importancia de la ventilación aérea después del remodelado de la hipertrofia de las amígdalas, logrando el primer objetivo etiopatogénico del caso, pudiendo recuperar la respiración mixta. (fig.14)



aparatología es necesario nuevamente tomar modelos finales de comprobación y compararlos con los iniciales, siempre articulados en RC. Para verificar los resultados oclusales obtenidos, no solo comprobar la oclusión vestibular verificar aún más importante las relaciones linguales. Fue evaluado mediante el índice ICON y su componente IOTN7 (fig.15)

Análisis radiográfico final

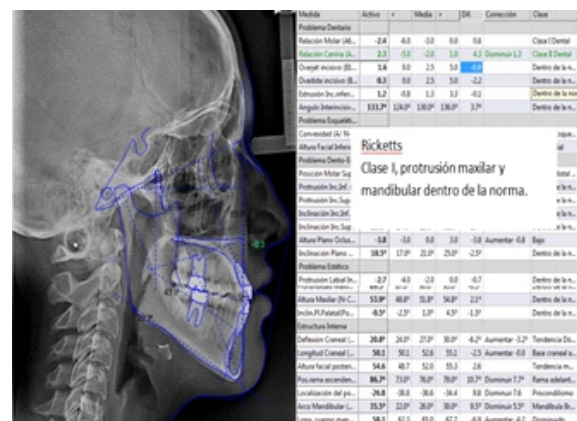
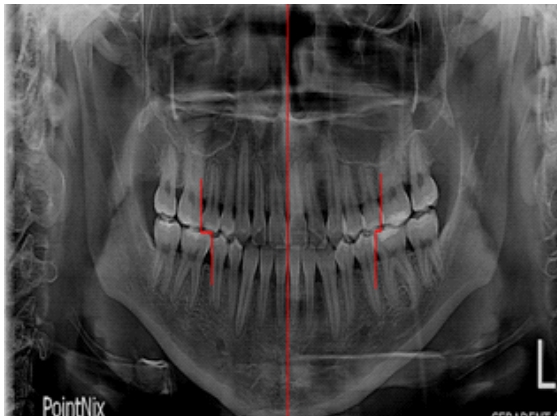


Figura 16: Análisis cefalométrico final de Ricketts.

Análisis Cefalométrico

La interpretación concluye, que después del tratamiento se pudo lograr una relación molar de clase I, mejorando de esta manera la relación antagonista maxilo mandibular, logrando un perfil recto. Logrando los objetivos trazados, 2do, 3ro, 6to 3,4. (fig. 16)



Análisis panorámico

En la interpretación, comprobamos que se mejoró la línea media dento alveolar, y logramos recuperar la relación de clase I, logrando de esta manera los objetivos planteados, 4to y 6to (fig. 17)

Después de la coordinación vertical y sagital, además de lograr la armonía fisiológica dento alveolar se pudo conseguir la simetría facial, vertical y transversal.

La línea media facial, control del tercio inferior de la cara. Coordinación postero anterior maxilo mandibular. Por lo cual se pudo lograr la armonía dento maxilo facial.

Logramos de esta manera los objetivos, 2do, 3ro, 5to.1,4,8,1213

Figura 16: Análisis facial antes y después.



CONCLUSIONES

1. El plan de tratamiento facial debe ser el enfoque primario, relacionado con la edad, la filología, la gnatológica y la estabilidad dentaria. Variable entre pacientes.
2. La identificación de los factores etiopatogénicos es muy importante en el diagnóstico, la planificación y la mantención del tratamiento.
3. La técnica de torques específicos, nos brinda mayor control de movimiento y resolución. Al mantener una secuencia lógica, ordenada de fuerzas ligeras, la estimulación dentro de los niveles óptimos, el hueso alveolar y los tejidos se desplazan y remodelan junto con las estructuras dentarias, produciéndose una etapa de adaptación fisiológica que debe ser perdurable.
4. Los principios biomecánicos explican mejor el mecanismo de acción de los arcos sobre los brackets. Teniendo el control durante todo el tratamiento. Logrando tratamiento eficiente y eficaz.
5. La oclusión funcional adecuada debe establecerse en RC, la relación oclusiva fisiológica, se logró con el asentamiento dental, de las cúspides linguales, superiores y las fosas centrales inferiores.
6. La estética facial y dental mejoro, las mimas que se evaluaron mediante el índice ICON y su componente IOTN.12,13
7. La musculatura oro facial, juega un papel preponderante en la mantención, por lo que se debe evaluar permanentemente el sistema muscular, al inicio, durante y al finalizar el tratamiento, de identificar alguna alteración, esta debe ser interceptada inmediatamente, y vigilada a lo largo del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Nanda R. "biomecánica y estética" amolca 2007
- 2- Uribe R. G. "Ortodoncia Teoría Y Clínica" Corporación Para Investigaciones Biológicas 2010
- 3 - Zamora C. "Compendio De Cefalometría" Amolca 2004
- 4- Echarri P " Diagnostico Y Plan De Tratamiento En Ortodoncia" Ripano 2014
- 5- Interlandi " Ortodoncia" Editorial Latinoamericana 2004
- 6- Mimbela A " Otorrinolaringología Infantil Sisbib.Unmsm.Edu.Pe/Bibvirtualdata/Libros/Me

- 7- J. Ayala P. Registro De La Relación Céntrica
- 8- Damon D. Manual De Trabajo Damon System
Ormcon
https://ormco.es/Damon_Manual_De_Trabajo.Pdf
- 9- J. Okeson Tratamiento De Oclusión Y Afecciones Temporomandibulares Elsevier 2014
- 10- A. Alonso. Oclusión Y Diagnostico En Rehabilitación Oral Editorial Medica Panamericana 2004
- 11- Burstone C. The Mechanics Of The Segmented Arch Techniques
- 12- Comparación De Los Índices Icon Y El Componente Estético Del Iotn Para Determinar La Necesidad De Tratamiento Ortodóncico
- 13 Comparación De Los Índices Icon Y El Componente Estético Del Iotn Para Determinar La Necesidad De Tratamiento Ortodóncico Cruz L. Gutiérrez R., Gutiérrez J. Gutiérrez R., Rojas G.

Fecha de recepción 18 - 08 - 2017
Fecha de aceptación 14 - 09 - 2017

RESTABLECIMIENTO ESTETICO Y FUNCIONAL DE LA GUIA ANTERIOR USANDO RESINAS COMPUESTAS

Longa E.*
Longa L.**

*Eduardo Jose Longa Ramos
Especialista en Rehabilitación Oral, UAP /
Magister, Cayetano Heredia. Centro
Odontológico STETIKA
longauandina@hotmail.com
Celular: 984 748785

** Luis Eduardo Longa Herra
Cirujano dentista práctica privada Centro
Odontológico STETIKA.

Mail: longa07odonto@gmail.com
Celular: 984 152914



RESUMEN

En la práctica diaria odontológica, se presentan pacientes que por múltiples motivos han sido afectados por la pérdida de estructura dentaria en la zona de piezas anteriores, lo que trae como consecuencia la disminución en la dimensión vertical y la alteración de la llave incisal y canina, modificando la funcionalidad de dichas estructuras; así como un compromiso estético del sector más notorio de la boca. Si bien es cierto que existen muchos materiales, como la porcelana, que pueden ser usados con muy buenos resultados estéticos y mecánicos; en rehabilitaciones extensas resultan ser un tratamiento muy costoso; es aquí donde la resina compuesta puede ser una alternativa adecuada. El presente caso clínico pretende mostrar como un paciente con severo desgaste incisal, el cual pudo recuperar la funcionalidad de la llave anterior a través de un tratamiento con resinas compuestas, las cuales con una adecuada técnica pueden proporcionarnos también una buena estética y un tratamiento duradero en el tiempo.

PALABRAS CLAVES: Oclusión funcional, desgaste dental, restauración adhesiva.

ABSTRAC

In daily dental practice, patients who for various reasons have been affected by the loss of tooth structure in the area of previous pieces are presented, which results in the decrease in the vertical dimension and the alteration of the incisal and canine key, modifying the functionality of said structures; as well as an aesthetic commitment of the most notorious sector of the mouth. Although it is true that there are many materials, such as porcelain, that can be used with very good aesthetic and mechanical results; in extensive rehabilitations they turn out to be a very expensive treatment; this is where composite resin can be a suitable alternative. The present clinical case aims to show how a patient with severe incisal wear, which was able to recover the functionality of the anterior key through a treatment with composite resins, which with an appropriate technique can also provide good aesthetics and lasting treatment in time.

KEYWORDS: Functional occlusion, dental wear, adhesive restoration.

INTRODUCCIÓN

Para realizar restauraciones que se vean bien y sean duraderas en el tiempo, es necesario un profundo conocimiento de anatomía dental, así como de fisiología del sistema estomatognático.

Para la elección de las técnicas y materiales a utilizar, influye mucho el criterio clínico. Tanto las restauraciones directas como las indirectas tienen ventajas y desventajas y está en el profesional saber elegir cual procedimiento realizar.¹

El análisis de la guía incisal es esencial para el alargamiento de las piezas anteriores. Al devolver el tamaño a los dientes, son decisivos el resalte suficiente de las piezas anteriores para guiar los movimientos de protrusión y la protección canina en los movimientos de lateralidad.²

Previo al tratamiento es necesario realizar la planificación del mismo, a través del montaje de

modelos en un articulador semiajustable y la realización de un encerado de diagnóstico, el cual debe contar con todos los requerimientos oclusales y funcionales que el caso amerite, y posteriormente la confección de los provisionales para verificar in situ la oclusión y contar con una guía para la reconstrucción del sector anterior de la oclusión.

REPORTE DEL CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 55 años de edad aproximadamente, que acude al consultorio en busca de solución a un problema estético ocasionado por el desgaste de las piezas anteriores. En la anamnesis refiere que el desgaste dentario fue progresivo y que no es consiente si realiza rechinamiento en el día o en la noche. Al examen clínico visual se verifico un gran desgaste dentario tanto en la zona anterior como posterior y pérdida significativa de la dimensión vertical.



Figura 1 y 2. Fotografía de diagnóstico donde se puede observar el desgaste presente en el sector anterior.



Figura 3 y 4. Vista lateral evidenciando pérdida de la guía canina

DESCRIPCIÓN DEL CASO



Figura 5 y 6. Vista intraoral.

El paciente muestra un colapso total de la dimensión vertical con una marcada alteración de la guía anterior, por lo que se realizó el montaje de modelos en articulador semiajustable, el encerado de diagnóstico y restablecimiento inicial de la oclusión devolviendo la guía anterior y la dimensión vertical, posteriormente realizaremos el mockup correspondiente para verificar que se cumplan todos los requerimientos estéticos y funcionales en boca y nos facilite la rehabilitación adecuada de nuestro paciente.



Figura 7,8. Encerado de diagnóstico



Figura 9. Impresión con silicona para la confección del Mock up



Figura 10. Paciente con el Mockup up confeccionado con Bisacril utilizando el encerado de diagnóstico.



Figura 11. Caso terminado con la estética y guía anterior restituida.

CONCLUSIONES

Los pacientes que presentan dientes con desgaste dental patológico pueden ser rehabilitados por medio de procedimientos restauradores adhesivos directos. Esta opción de tratamiento tiene la ventaja de ser un procedimiento conservador, rápido, reversible y de fácil mantenimiento, posibilitando el restablecimiento de la función y de la estética de estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

1. Lamas C. Angulo G. Reconstrucción del sector anterior con resinas compuestas. Odontología Sanmarquina 2009
2. Baratieri L, et al. Estética, Restauraciones adhesivas directas con resinas compuestas en dientes fracturados librería santos Editora, 2004
3. Schmidseder J. atlas de odontología estética. Editorial masson 1999. Barcelona
4. Okeson J Tratamiento deOclusión y afecciones Temporomandibulares ELSEVIER 2014
5. Alonso A. Oclusión y Diagnostico en Rehabilitación Oral Editorial Medica Panamericana 2004
6. Bruce J. Bases Practicas de la Odontología estética. Ed. Masson Barcelona. 1997
7. Marques S. Estética con resinas compuestas en dientes anteriores. Editorial AMOLCA 2010
8. Henostroza G. Estética en Odontología Restauradora. Editorial medica Ripano. 2006
10. Alvez J. Estética Odontológica Nueva Generación. Artes Médicas 2003

Fecha de recepción 16 - 08 - 2017
Fecha de aceptación 19 - 09 - 2017

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 CIENTÍFICOS 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.edu.gt 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

