

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**PREVALENCIA DE TRATAMIENTOS ENDODONTICOS EN
PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA INTEGRAL III DE
LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ PERIODO 2017-II**

Autores:

Mayleen Romero

Richard Sánchez

Tutor: Od. Liliber fajardo

Urb. Yuma II, Calle N° 3, Municipio San Diego

Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE TRATAMIENTOS ENDODONTICO EN
PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA INTEGRAL III DE
LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ PERIODO 2017-II**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de
Odontólogo

Autor(es):

Mayleen Romero

Richard Sánchez

Tutor:

Od. Liliber Fajardo

San Diego, Abril 2018



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLÓGÍA

PREVALENCIA DE TRATAMIENTOS ENDODONTICOS EN
PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLINICVA INTEGRAL III DE LA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ PERIODO 2017-II

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

1. 19.777.906

Sánchez Ibarra Richard Yardany

2. 16.663.430

Romero Pérez Mayleen Ayleen

Tutor Propuesto: Od. Liliber Fajardo

Firma

Cédula de Identidad N° 11.815.669

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma



Fecha

10/04/2018



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACION DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD

PLANILLA DE SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Sánchez Ibarra	Nombres: Richard Yardany	C.I. N° V- 19.777.906
Dirección: San Diego- Poblado		Teléfono: 04126438906
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología		Índice Académico: 11
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autores:		
Nombre: Sánchez I. Richard Y.		Telefono: 04126438906
Nombre: Romero P. Mayleen A.		Teléfono: 04244163827
Título del Trabajo: PREVALENCIA DE TRATAMIENTOS ENDODONTICOS EN PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLINICA INTEGRAL III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ PERIODO 2017-II		
Breve Explicación: El presente trabajo de investigación tiene como propósito describir la prevalencia de los tratamientos endodónticos en los pacientes que acuden a la clínica integral III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-II, bajo el siguiente marco metodológico: la investigación es de tipo de campo descriptivo, con un diseño transicional de tipo descriptivo, basada en la aplicación de una hoja de registro, como herramienta para la recolección de datos que conlleven al logro de los objetivos que se plantearon, los cuales se formularon de manera secuencial y lógica, para así lograr establecer un análisis que permitió conocerlas y relacionarlas, dando lugar de esta manera a las conclusiones y recomendaciones finales del presente estudio.		
Lugar donde se desarrollará el proyecto: Universidad José Antonio Páez; Campus San Diego, Municipio San Diego Edo. Carabobo.		
Tiempo de desarrollo: 2017-II.		
Tutor Académico: Od. Liliber Fajardo		

APROBADO: **NO APROBADO:**

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

Erup Weffer [Firma] Julio 2017

NOMBRE

FIRMA

FECHA

Produo [Firma] [Fecha]

NOMBRE

FIRMA

FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA: _____





UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACION DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Romero Pérez	Nombres: Mayleen Ayleen	C.I. Nº V- 16.663.430
Dirección: San Diego – poblado		Teléfono: 04244163827
DATOS ACADEMICOS		
Escuela: Odontología		Índice Académico: 11
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autores:		
Nombre: Sánchez I. Richard Y.		Telefono: 04126438906
Nombre: Romero P. Mayleen A.		Telefono: 04244163827
Título del Trabajo: PREVALENCIA DE TRATAMIENTOS ENDODONTICOS EN PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLINICA INTEGRAL III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ PERIODO 2017-II		
Breve Explicación: El presente trabajo de investigación tiene como propósito describir la prevalencia de los tratamientos endodónticos en los pacientes que acuden a la clínica integral III de la Universidad José Antonio Páez, durante el periodo 2017-II, bajo el siguiente marco metodológico: la investigación es de tipo de campo descriptivo, con un diseño transicional de tipo descriptivo, basada en la aplicación de una hoja de registro, como herramienta para la recolección de datos que conlleven al logro de los objetivos que se plantearon, los cuales se formularon de manera secuencial y lógica, para así lograr establecer un análisis que permitió conocerlas y relacionarlas, dando lugar de esta manera a las conclusiones y recomendaciones finales del presente estudio.		
Lugar donde se desarrollará el proyecto: Universidad José Antonio Páez; Campus San Diego, Municipio San Diego Edo. Carabobo.		
Tiempo de desarrollo: 2017-II.		
Tutor Académico: Od. Liliber Fajardo		

PLANILLA DE SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

APROBADO: **NO APROBADO:**

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

<i>Ervy Celis</i>	<i>[Firma]</i>	Julio 2017
NOMBRE	FIRMA	FECHA
<i>Rodolfo</i>	<i>[Firma]</i>	
NOMBRE	FIRMA	

DIRECCION DE LA ESCUELA: _____





ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Odontólogo Liliber Fajardo, portador (a) de la Cedula de Identidad N° 11.815.669, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la) ciudadanos Mayleen Romero y Richard Sánchez, portadores de la Cedula de Identidad N° V-16.663.430, V-19.777906, respectivamente, titulado **Prevalencia de tratamientos endodónticos en pacientes que asisten a la Clínica Integral III de la Universidad José Antonio Páez Periodo 2017-II**; presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los doce días del mes de Diciembre del año dos mil diecisiete.

Liliber Fajardo

Nombres y apellidos

C.I. 11.815.669

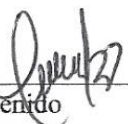


UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado **“PREVALENCIA DE TRATAMIENTOS ENDODONTICOS EN PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLINICA INTEGRAL III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ PERIODO 2017-II”**, realizado por Romero Pérez Mayleen Ayleen, C.I. 16.663.430 Cursante de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: Veinte (20) PUNTOS.


Tutor Contenido

Nombre: Liliber Fajardo

C.I.: 11.815.669


Jurado

Nombre: Tiani Rossi

C.I.: 4.859.296


Jurado

Nombre: Blasmir Jiménez

C.I.: 11.121.571



Fecha: 10-04-2018




UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado “**PREVALENCIA DE TRATAMIENTOS ENDODONTICOS EN PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLINICA INTEGRAL III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ PERIODO 2017-II**”, realizado por Sánchez Ibarra Richard Yardany, C.I. 19.777.906 Cursante de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: Veinte (20) PUNTOS.


Tutor Contenido

Nombre: Liliber Fajardo

C.I.: 11.815.669


Jurado

Nombre: Tiani Rossi

C.I.: 4.859.296


Jurado

Nombre: Blamir Jiménez

C.I.: 11.121.571



Fecha: 10-04-2018

ÍNDICE

	pp.
RESUMEN INFORMATIVO	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO	
I EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del Problema.....	3
1.1.1 Formulación del Problema.....	3
1.2 Objetivos de la Investigación.....	6
1.2.1 Objetivo General.....	6
1.2.2 Objetivos Específicos.....	7
1.3 Justificación de la Investigación.....	7
II MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	9
2.2 Bases Teóricas.....	12
2.3 Definición de términos básicos	24
2.4 Bases Legales de la Investigación	26
III MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Tipo de Investigación.....	30
3.2 Diseño de Investigación.....	31
3.3 Población y Muestra.....	32
3.4 Técnicas de Recolección de Datos.....	33
IV RESULTADOS	36
V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS	54
ANEXOS	58

LISTA DE CUADROS

CUADRO	p.p.
1 Patología Pulpar	18
2 Frecuencias y Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos.	37
3 Frecuencias y Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Frecuencia. Indicador Edad	38
4 Frecuencias y Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Frecuencia. Indicador Sexo	49
5 Frecuencias y Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Tipo de Desgaste	40
6 Frecuencias y Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Causa de la Pérdida Dentaria	41
7 Frecuencias y Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Enfermedad Periodontal	43
8 Frecuencias y Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Pérdida de Soporte Periodontal	44
9 Frecuencias y Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Afectación Periapical	45
10 Frecuencias y Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Movimiento de Apertura y Cierre	46
11 Frecuencias y Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Movimientos Excéntricos	47
12 Frecuencias y Porcentajes tratamiento Endodóntico. Dimensión Patología pulpar	48

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO		p.p.
1	Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos.	37
2	Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Frecuencia. Indicador Edad	38
3	Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Frecuencia. Indicador Sexo	39
4	Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Tipo de Desgaste	40
5	Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Causa de la Pérdida Dentaria	42
6	Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Enfermedad Periodontal	43
7	Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Pérdida de Soporte Periodontal	44
8	Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Afectación Periapical	45
9	Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Movimiento de Apertura y Cierre	46
10	Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Movimientos Excéntricos	47
11	Porcentajes tratamiento Endodóntico. Dimensión Patología pulpar	48



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE TRATAMIENTOS ENDODONTICO EN PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA INTEGRAL III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ PERIODO 2017-II

Autor (a): Mayleen Romero. C. I. V-16.663.430

Autor: Richard Sánchez C.I. V-19.777.906

Tutor: Od. Liliber Fajardo

Fecha: Abril 2018

RESUMEN INFORMATIVO

La presente investigación se realizó con el objetivo de describir la prevalencia de tratamientos endodónticos que asisten a la Clínica Integral III durante el periodo 2017-II. Asimismo, se trató de una investigación soportada en un estudio descriptivo con modalidad de campo, con un diseño no experimental, transeccional. La población del presente estudio, estuvo conformada por ciento veintiún (121) pacientes atendidos en dicho período. Para recolectar la información se diseñó una guía de observación, previamente validada en su contenido mediante la técnica juicio de expertos. El análisis de los resultados se hizo aplicando la estadística descriptiva, lo cual permitió concluir la prevalencia de tratamientos endodónticos en setenta y dos (72) casos que equivalen al 59,50% de pacientes que fueron sometidos a dicho procedimiento en la Clínica Integral III durante el periodo 2017-II, la mayoría de los cuales son del sexo femenino ubicados en la etapa de adulto joven, con presencia de diagnóstico de gingivitis (11 sujetos) y periodontitis crónica (14 pacientes), con pérdida de soporte periodontal (23 adultos) y la totalidad con diagnóstico de patología pulpar con preeminencia de pulpitis irreversible sintomática, seguida de pulpitis irreversible asintomática y casos de necrosis pulpar. Se recomendó reflexionar con los odontólogos en formación la importancia de evaluar las condiciones para realizar el adecuado abordaje y pronóstico del caso, dada la alta prevalencia de pacientes que requieren tratamiento endodóntico en la clínica Integral III de la escuela de odontología de la UJAP.

Descriptor: Prevalencia, Tratamientos Endodónticos

INTRODUCCIÓN

La salud integral es el completo estado de bienestar en toda persona, es más que la ausencia de enfermedad, se trata de las condiciones necesarias para preservar la homeostasis del individuo. Sin embargo, en un organismo pueden desencadenarse procesos patológicos en diversos sistemas que lo conforman, uno de ellos el estomatognático, con afectaciones en las unidades dentarias que pueden llegar a necesitar un tratamiento endodóntico.

Es así, que cuando se llega a presentar una afección a nivel pulpar, dependerá del curso de la patología así como de las características que presente para determinar el diagnóstico, así como las decisiones a tomar para el establecimiento del plan de tratamiento, de manera que se puedan evitar complicaciones infecciosas que se irradian. Al respecto, como medida a tomar por los especialistas en la odontología, se realizan los tratamientos endodónticos teniendo como finalidad la conservación de la UD en la cavidad oral removiendo la pulpa cuando esta ya se encuentra en un estado donde es incapaz de repararse.

Por lo tanto, la prevalencia que existe en los tratamientos endodónticos, requiere del abordaje adecuado, de manera que al ser una problemática observable y constante entre los pacientes que acuden al área clínica dándole relevancia medica como educativa al ser difundida la información que fomentará el desarrollo y aplicación de un tratamiento integral en estos individuos, proporcionando una mayor capacitación y aptitudes favorables en los futuros profesionales de la odontología, mediante la recolección y análisis de las diferentes historias clínicas que facilitarán el establecimiento de un diagnóstico adecuado.

Con base a lo señalado en los párrafos precedentes se realizó la presente investigación soportada en un estudio descriptivo con modalidad de campo, para dar respuesta al objetivo de describir la prevalencia en pacientes con necesidad de tratamiento endodontico que asisten a la Clínica Integral III durante el periodo 2017-II; quedando la misma estructurada de la siguiente manera:

Capítulo I, denominado el problema, en estese encuentra detallada las evidencias referentes al objeto que se estudia, teniendo en consideraciones investigaciones previas como estadísticas en los contextos internacional, nacional y regional, de los cuales se procederá a realizar el planteamiento de las interrogantes, objetivos y la justificación teórica, práctica, institucional, social y metodológica del presente estudio.

Asimismo, en el Capítulo II, marco teórico se desglosa los antecedentes, que servirán de referencia y así sustentar en conjunto con las bases teóricas el estudio del objeto seleccionado, a la vez cerrando con el fundamento legal con el ordenamiento jurídico vigente en Venezuela que rige en materia.

Del mismo modo, se contempla el Capítulo III que conforma el marco metodológico, el cual detalla la naturaleza, tipo y diseño de la investigación, la población, muestra que sirvieron como fuente primaria. Igualmente, se encuentran las técnicas de recolección y análisis de datos de los resultados obtenidos mediante la guía de observación empleada para la extracción de la data de las historiasclínicas.

Como parte de la estructura, en el capítulo IV se desglosa el análisis de la información obtenida una vez efectuada la revisión de las historias clínicas, aplicado para ello una guía de observación, lo cual facilitó formular en el Capítulo V las conclusiones con las respectivas recomendaciones, atendiendo a los objetivos planteados. Finalmente, se presentan las referencias y anexos de la investigación.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

En el diario vivir de una persona, se está frente al inicio de muchos procesos, para el funcionamiento adecuado del organismo. Es así, que cuando existen los medios óptimos hay una salud adecuada, estado que según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), la define como el “...completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1).

No obstante, las diferentes afecciones pueden abarcar distintos sistemas como lo es el estomatognático el cual según Pérez (2015), es la “combinación de todas aquellas estructuras, sistema nervioso, y órganos que tienen una participación activa en el habla y en la masticación y deglución de la comida y bebida, su ubicación está en la región cráneo-facial, en la cavidad oral” (p.2).

De allí, como dicho sistema forma parte de las estructuras que pueden afectarse si no existe un cuidado adecuado de estos, surge el término de salud bucal dado por la OMS (ob.cit), como la “ausencia de enfermedades y trastornos que afectan a la cavidad bucal y dientes, como cáncer de boca o garganta, defectos congénitos (labio leporino, paladar hendido), enfermedad periodontal, caries dolor orofacial crónico, entre otros”.

Es así, que al existir las afecciones en el sistema estomatognático y verse afectada la salud bucal surge la odontología como una rama de la medicina encargada de atender los padecimientos que se puedan presentar a nivel del sistema estomatognático, que a su vez se encontrara sub dividida en diversas ramas, encontrándose entre estas la de la endodoncia.

Por su parte, la endodoncia es la disciplina, derivada de la odontología, que estudia todo procedimiento que se realiza sobre el complejo vasculonervioso del órgano dentario. Esta rama de la odontología tiene como fin primordial el estudio y conservación de los dientes mediante un adecuado tratamiento radicular. Tal como lo sostiene Handelman (2011) que la endodoncia “es la rama de la odontología que trata la fisiología, morfología y la patología de la pulpa dental y de los tejidos periradiculares, así como también, del diagnóstico, prevención y tratamiento de las patologías de las mismas” (p.745).

Por lo que se puede decir que, la endodoncia, en líneas generales, se encarga de determinar la etiología, diagnóstico, prevención y plan de tratamiento de las enfermedades de la pulpa dental y tejidos periradiculares. Por ello, un tratamiento radicular puede interpretarse como la indicación de eliminar de forma total o parcial el tejido pulpar, que es lo que le da la vitalidad al diente. Es necesario entonces, considerar factores como el estado integral del diente y, además, las condiciones con que éste cuenta para la realización del tratamiento.

Seguidamente, según Herrera (2014) al realizar un tratamiento de sistema de conductos, el endodoncista es el artífice de una gran obra que se inicia con un diagnóstico preciso y claro, además de una adecuada interpretación preliminar de la obra, una preparación apropiada de las paredes del conducto radicular y una extensión exacta de la pieza, todo esto es pertinente para lograr obturar el conducto. Ahora bien, el objetivo del tratamiento de conductos es la limpieza y conformación de sistema de conductos radiculares, el sistema de canales radiculares se limpia, se conforma y se sella en las tres dimensiones. De esta forma, se puede decir que, el propósito final será crear un medio en que el sistema inmunitario del organismo pueda producir cicatrización en el aparato de inserción periodontal apical.

De esta manera, la realización de los tratamientos endodónticos siguiendo los protocolos apropiados, tienen gran importancia en la práctica odontológica debido a que permitirán el mantenimiento de la salud bucal buscando a mantener el equilibrio de ésta en los diferentes pacientes al controlar las patologías pulpares, de modo tal

que se puedan prevenir otras afecciones de mayor gravedad que afecte al organismo en general. Por lo que se puede asegurar que se aumentara el tiempo en que las UD sometidas a este tipo de tratamiento será mayor evitando así las extracciones que provocan problemas estéticos, funcionales y psicológicos de acuerdo a Stock y Hartcourt (2016).

Es menester acotar que, los problemas pulpares han sido uno de los motivos principales de atención odontológica, en donde las causas más importantes para la afectación del paquete vásculo nervioso dental son: las caries, la enfermedad periodontal, razones protésicas, iatrogenias y traumatismos por oclusión; entre otros que lesionan la pulpa y desencadenan una pulpitis irreversible, el cual es la inflamación sin posible recuperación del paquete vásculo nervioso dental.

No obstante, al existir diferentes causas que conduzcan a la realización de un tratamiento de esta área, es importante a su vez realizar un diagnóstico adecuado por lo que el profesional que se encuentre frente a esta patología deberá conocer las diferentes características tanto clínicas como radiográficas, así como la sintomatología, de manera que partiendo de estos exámenes pueda dar un diagnóstico definitivo estableciendo por consiguiente, el plan de tratamiento personalizado aplicando los protocolos clínicos conforme al caso y diagnóstico presentado por el paciente.

De allí, que pueden surgir factores que afectarán la longevidad de los tratamientos endodónticos como los descritos por Vieira (2014), encontrándose entre estos el tiempo en que se tarde en realizar el tratamiento pues a mayor lapso implicaría progreso de la patología, ello implica la técnica de preparación biomecánica así como el procedimiento en sí, de que si se ejecuta de manera adecuada realizando las adaptaciones necesarias para tratar la UD específica, pues la anatomía de estos influyen en el curso del tratamiento.

Asimismo, expresa el citado autor que se debe tener en cuenta el proceso fisiológico de la persona, puesto que a medida que el individuo va pasando por las etapas del desarrollo humano se dan una serie de cambios donde la cavidad oral no

es la excepción, se podrá observar un desgaste y debilitamiento de los tejidos dentales que en ciertos caso requerirán de tratamientos complementarios entre especialidades. El ideal entonces es ejecutar un tratamiento endodóntico para evitar la extracción de la UD y mantener la funcionalidad de la pieza durante décadas o incluso para toda la vida.

Por lo tanto, dada la complejidad de los factores inmersos en un tratamiento endodóntico, es importante determinar la prevalencia de los mismos, tomando en consideración que según la OMS (ob. cit.), en epidemiología, se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado; lo cual lleva a destacar la importancia de abordar esta temática en un escenario específico como lo es la consulta dental, concretamente en tratamientos endodónticos.

En este sentido, se abordó dicha temática en la consulta de Clínica Integral del III de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez con sede en valencia, escenario en el cual los investigadores en conversaciones informales con los estudiantes de dicha institución, manifestaron su inquietud por casos de pacientes con diagnóstico de afectación pulpar que requieren de un tratamiento de endodoncia como procedimiento en la salud bucal.

Agregan algunos estudiantes consultados que están en aumento los casos de pacientes con necesidad de tratamientos endodónticos por diversas causas, afectando los tejidos adyacentes; siendo necesario identificar la prevalencia de esta condición como aspecto relevante en la formación del profesional de odontología; razón por la cual se plantean las siguientes interrogantes:

¿Cuál es prevalencia de tratamientos endodónticos en los pacientes que asisten a la Clínica Integral III durante el periodo 2017-II?, ¿Cuál es la frecuencia según la edad y género de los pacientes con tratamiento endodóntico?, ¿Cuáles son los factores etiológicos presentes en pacientes con tratamiento endodóntico? y ¿Qué patología pulpar diagnosticada en los pacientes con tratamiento endodóntico?

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo General

Describir la prevalencia de tratamientos endodónticos que asisten a la Clínica Integral III durante el periodo 2017-II

1.2.2 Objetivos Específicos

1.2.2.1 Determinar la frecuencia según la edad y género de los pacientes con tratamiento endodóntico

1.2.2.2 Identificar los factores etiológicos presentes en pacientes con tratamiento endodóntico

1.2.2.3 Precisar la patología pulpar diagnosticada en los pacientes con tratamiento endodóntico

1.3 Justificación de la investigación

La salud oral de la población es un aspecto esencial en pro de la calidad de vida, razón por la cual es necesario estudiar cada caso de forma particular, identificando los factores etiológicos implícitos en cada caso, recopilando información objetiva y sistemática que permita aportar datos relevantes en la prevalencia de una patología y condición en un período de tiempo determinado, esto va a permitir enriquecer la y actualizar la información que se tiene sobre un tema, en beneficio de la formación integral de profesionales de la salud y la sociedad en general.

Por lo tanto, describir la prevalencia en pacientes con necesidad de tratamiento endodóntico que asisten a la Clínica Integral III durante el periodo 2017-II, justifica la presente investigación desde una perspectiva teórica, al construir un marco conceptual sobre el tema, que puede servir de referencia para los odontólogos en formación al acceder a información que puede contribuir a formular un diagnóstico

preciso en el caso de los pacientes que atienden en las clínicas en dicha casa de estudio.

A nivel práctico, la información recopilada en cuanto a la prevalencia de tratamientos endodónticos, constituye un aporte cognoscitivo con el objeto de ampliar los referentes que se tengan sobre el tema sometido a estudio, también iniciar procesos de reflexión que conlleven a proponer alternativas para la prevención de las patologías con mayor incidencia en la población.

Asimismo, a nivel educativo, la investigación se encuentra justificada debido a que aporta información a los estudiantes de odontología sobre la prevalencia del tratamiento endodóntico. Con lo que se espera que dicho estudio pueda ser empleado como material de apoyo en la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, lo cual les permitirá ampliar sus conocimientos, facilitando así la formación integral de profesionales de odontología.

Por otra parte, la presente investigación se justifica desde una óptica social, debido a que brinda y permite a los lectores interesados en el área de odontología conocer la prevalencia del tratamiento endodóntico en los pacientes, lo que permitirá que, en esta era de ampliación de conocimientos, los no profesionales en el área amplíen su campo cognoscitivo. De allí, que también tiene importancia institucional, la cual podrá servir como referente teórico a otros estudios realizados en la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, de manera que estos futuros estudiantes obtengan los conocimientos acerca de los pro y contra de los tratamientos de conductos en pacientes, atendiendo a factores etiológicos y patología pulpar en casa caso.

Por último, la presente investigación se encuentra justificada desde la perspectiva metodológica, al seguir las líneas de investigación de la Universidad José Antonio Páez en odontología clínica y correctiva, siendo de referente a futuras investigaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El Marco Teórico consiste en definir una serie de componentes que sustentan la investigación en curso. Según Arias (2006): “el marco teórico o marco referencial, es el producto de la revisión documental-bibliográfica, y consiste en una recopilación de ideas, posturas de autores, conceptos y definiciones, que sirven de base a la investigación por realizar” (p.106).

El siguiente capítulo desarrolla aspectos relacionado con los antecedentes de la investigación, es decir, aquellos estudios anteriores a éste y que se relacionan por medio de la variable principal sometida a estudio. También se desarrollan las bases teóricas que sustentan el estudio, significa los diversos autores quienes se han dedicado a dar contribuciones cognoscitivas del tema. Es importante señalar que, este capítulo hace referencia, además, de las bases legales y la lista de definición de términos que permite aclarar algunas palabras que resulten de difícil entendimiento.

2.1 Antecedentes de la Investigación

Los antecedentes de la investigación representan el apoyo de todo proyecto, ya que, proporcionan una serie de estudios realizados anteriormente en la misma área o relacionadas a éstas, las cuales se toman en cuenta por el aporte que pueden brindarle al tema sometido a estudio. De acuerdo a lo establecido por Palella y Martins (2012) de cada trabajo que se reporte como antecedente es conveniente indicar: “autor, año, título, objetivo general, metodología, síntesis de las conclusiones y relación con la investigación en proceso” (p.63).

Por tal motivo, para el desarrollo de este trabajo se realizó la revisión de algunos trabajos de investigación, los cuales se tomaron como antecedentes de este estudio por la relación que existe entre las variables que se manejan en ambas

investigaciones, siendo los siguientes:

De esta manera, se cita a Sotelo (2015), quien realizó una investigación en Ecuador titulada: Prevalencia de tratamientos de conductos en pacientes adultos de la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas, cuyo estudio tuvo como objetivo general el identificar la prevalencia de tratamientos de conducto en pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la UDLA, de acuerdo al sexo y grupo de piezas dentales. El tipo de investigación fue descriptivo con un diseño observacional retrospectivo. El universo de la muestra fueron todas las historias clínicas de la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas.

Las técnicas e instrumentos de recolección de información fue la observación en donde se analizó cada historia, donde se tomaron en cuenta los siguientes aspectos: género del paciente, número de piezas dentales tratadas con endodoncia a causa de una pulpitis irreversible, número de piezas dentales con tratamiento de conducto diagnosticadas previamente con necrosis pulpar y número de piezas con retratamiento endodóntico. En cuanto a las técnicas de análisis de datos la investigadora empleó el análisis exploratorio de datos y el análisis inferencial.

Los resultados que tuvo Sotelo con su trabajo es que de las 1550 historias clínicas se determinó que 150 pacientes presentaron tratamientos de conducto, lo que representa el 9,98% de los cuales la mayor prevalencia fue en el género femenino presentando pulpitis irreversible en las piezas posteriores. En cuanto a las conclusiones la investigadora sostuvo que la enfermedad pulpar más frecuente fue la pulpitis irreversible seguida de la necrosis pulpar y el retratamiento. El género en que se presentaron mayormente las patologías pulpares fue el femenino, finalmente el grupo de piezas que presentaron mayor prevalencia de problemas pulpares fueron las piezas posteriores.

Con respecto a la relación del trabajo del presente autor con éste, radica en la variable: tratamientos de conductos para el tratamiento de enfermedades endoperiodontales, por lo que se requiere que, los especialistas de salud bucal realicen tratamientos adecuados con el fin de preservar, contribuir a la mejora del

paciente en lo que a su salud bucodental se refiere, identificando los factores etiológicos y la patología pulpar en cada caso, para la tención integral de los pacientes.

Igualmente a nivel internacional, se cita a Tuesta (2016), con un estudio denominado: Prevalencia de tratamientos de conductos radiculares en piezas dentarias permanentes en la Clínica Estomatológica USS. El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de tratamiento de conductos radiculares en piezas dentarias permanentes en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán.

El tipo de investigación fue descriptivo con un diseño retrospectivo y transversal. La población estuvo formada por 5036 historias clínicas durante el periodo 2013 I al 2015 I de las cuales se encontraron 759 historias clínicas especializadas de endodoncia que presentaban piezas dentarias con tratamiento de conducto radicular.

Los resultados mostraron según el diagnóstico pulpar un 48.0 % de piezas dentarias con tratamiento de conducto radicular que fueron causadas por pulpitis irreversible sintomática, seguida de necrosis pulpar con 23.1 %. El diente afectado con enfermedad periapical tratado endodónticamente presentó periodontitis apical sintomática con 41.6 %. Los incisivos centrales superiores fueron el grupo dentario anterior con mayor tratamiento de conductos radiculares presentando un mayor porcentaje con 39.2 %.

En cuanto al grupo dentario posterior con mayor prevalencia de tratamientos de conductos se encontró que los segundos premolares superiores presentaron el 26%. Las conclusiones a las cuales llegó la investigadora con el estudio es que se realicen estudios sobre causas de enfermedad pulpar en la Clínica Estomatológica de la USS, además de la implementación de programas preventivos –asistenciales a nivel inter institucional con el fin de reducir la prevalencia de enfermedad pulpar y periapical.

Ahora bien, con respecto a la relación del trabajo de Tuesta (ob. cit.), con éste es que la variable en común es el tratamiento de conductos, que en el área de la endodoncia se emplea para tratar enfermedades endodónticas que si no son tratadas

a tiempo puede aumentar progresivamente comprometiendo las unidades dentarias. A la vez, destaca la importancia de identificar la prevalencia de una condición específica, como información que puede servir para estudios epidemiológicos en beneficio de la población en general.

2.2 Bases Teóricas

Según lo establecido por Palella y Martins (ob.cit) son el conjunto de teorías que sustentan el tema sometido a estudio. Tal como lo sostienen los autores cuando expresan: “la segunda parte del marco teórico corresponde al desarrollo de los aspectos generales del tema: fundamentos teóricos, legales, definición de términos básicos, además del sistema de variables” (p.63). Tomando en cuenta lo descrito en el apartado anterior a continuación se presenta el marco teórico que sustenta la presente investigación.

2.2.1 Prevalencia de Tratamientos Endodónticos

Un tratamiento de conducto es el proceso a través del cual se puede recuperar un diente cuya pulpa está gravemente afectada ya sea por caries o por algún traumatismo, y de esta manera evitar su extracción. Con respecto al tratamiento a emplear cuando existe una lesión endoperiodontal, se puede decir que, éste depende de un buen diagnóstico de la enfermedad, en donde los principales factores a considerar para decidir el tratamiento son: la vitalidad pulpar y el tipo y grado del defecto periodontal.

Cabe destacar que, en el centro de los dientes hay un núcleo de vasos sanguíneos y nervios que se llaman: pulpa, la cual está en un espacio llamado: conducto radicular. Cada diente puede tener uno o más conductos radiculares. No obstante, los dientes frontales a menudo tienen solo un conducto radicular; mientras que, los dientes posteriores pueden tener tres o más. Si los dientes se dañan la pulpa

de los dientes puede infectarse con bacterias, llegando a desarrollar otras afecciones sino se trata de manera adecuada, entre las cuales están: caries profundas, fracturas, traumatismos; restauraciones recurrentes como defectuosas y en casos extremos desarrollo de enfermedad periodontal.

Ahora bien, cuando se está en presencia de una lesión endodóntica primaria, refiere Hilú (2010), que “ésta se puede ser tratada con un tratamiento de endodoncia, en la cual se toma en cuenta el tamaño de la lesión, de manera que se pueda hacer seguimiento y considerar una terapia regenerativa periodontal, que podría ser un tratamiento de conducto” (p.131). Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, un tratamiento de conducto se dirige a un objetivo o un conjunto de objetivos específicos: curar o prevenir la periodontitis perirradicular. Siendo el objetivo final la obturación total del espacio del conducto radicular en tres dimensiones. Por lo que se requiere: la eliminación de los productos de degradación de proteínas, bacterias y toxinas bacterianas que emanan de conductos radiculares necróticos.

Por lo que, es fundamental señalar que, existen zonas de difícil acceso para la eliminación de tejido pulpar, esto por la complejidad anatómica y la incapacidad de los irrigantes y materiales de obturación para lograrlo. Sin embargo, existen técnicas de instrumentación e irrigación que ayudan a eliminar o atenuar estos agentes para lograr un estado de salud.

De allí, que cuando el odontólogo planifica el tratamiento de aquellos dientes que funcional o estéticamente son importantes y que poseen un pronóstico razonable, es necesario que tome en cuenta una serie de indicaciones así como contraindicaciones, de acuerdo a lo establecido por la European Society of Endodontology (ob.cit), entre las cuales se encuentran las siguientes:

En el caso concreto de conductos radiculares, la citada fuente menciona las siguientes indicaciones para el tratamiento: Pulpa necrótica o con lesión irreversible con o sin síntomas y / o signos radiográficos de periodontitis apical. También, la desvitalización electiva antes de realizar una rehabilitación de una o varias piezas dentales. Igualmente la salud pulpar dudosa antes de aplicar técnicas restauradoras y

la probabilidad de exposición pulpar cuando se restaura un diente.

No obstante, European Society of Endodontology (ob.cit), menciona las siguientes contraindicaciones del tratamiento de conductos radiculares: Dientes que no pueden ser funcionales ni pueden ser restaurados, dientes con soporte periodontal insuficiente, unidad dentaria con mal pronóstico, pacientes no colaboradores o pacientes en los cuales no se pueden llevar a cabo tratamientos dentales e incluso dientes de pacientes con mal estado oral que no se puede mejorar en un período de tiempo razonable.

Al mismo tiempo, siguiendo lo establecido por European Society of Endodontology (ob.cit), es menester acotar que, el objetivo del tratamiento de conductos radiculares es conservar la asepsis del sistema de conductos radiculares, desinfectarlo adecuadamente. Por tal motivo, es importante proceder de la siguiente manera:

Antes del tratamiento hay que examinar una radiografía preoperatoria que muestre como mínimo las raíces completas y unos 2-3 mm de la región periapical. Aplicar anestesia local. Eliminar toda la caries y las restauraciones defectuosas y si es necesario, ajustar la oclusión y proteger el diente de la fractura. Tiene que ser posible restaurar el diente y aislarlo, y con estado periodontal saludable o con posibilidad de curación. Los tratamientos de conductos radiculares sólo deberían llevarse a cabo cuando el diente se aísla con dique de goma para que no se produzca contaminación por saliva y bacterias y para evitar la inhalación o ingestión de instrumentos y soluciones irrigadoras. (p.75).

Por tal razón, es oportuno señalar que, los objetivos de la preparación de la cavidad de acceso son eliminar el techo de la cámara pulpar para poder limpiarla y conseguir una buena visibilidad de los orificios de los conductos, así como también, permitir que los instrumentos de los conductos radiculares se introduzcan dentro de éstos sin dobleces indebidas con el fin de ofrecer una retención suficiente para la restauración provisional y, así, conservar tanto tejido dentario como sea posible y compatible con lo anterior, identificando a la vez los factores etiológicos en cada paciente.

2.2.2 Factores etiológicos

Es así, que en el caso específico de tratamientos endodónticos, su etiología puede ser variada, así lo señala Albertini, Bechelli, Capussotto (2013), por lo que se debe realizar un diagnóstico integral en la búsqueda de la etiología en donde se toman en cuenta los siguientes aspectos.

1) Análisis estático:

-Examen de tejidos duros dentarios en su área coronaria (presencia/ausencia, caries, abrasiones, fracturas, facetas, entre otros) y en su área radicular (caries, abrasiones, abfracciones, área de palanca extraalveolar, entre otras lesiones).

-Alineación tridimensional individual y de conjunto

2) Análisis funcional:

-Movimientos de apertura y cierre: guía anterior (acoplamiento con/sin contacto) y sectores posteriores (contactos múltiples o aislados).

-Movimientos excéntricos: guía anterior (eficacia/ineficacia en movimientos propulsivos y laterales) y sectores posteriores (presencia/ausencia de espacios uniformes).

-Inducción a la oclusión en relación céntrica: discrepancia entre oclusión habitual y oclusión en relación céntrica y clasificación de la oclusión habitual (fisiológica o patológica).

Al mismo tiempo, cuando las condiciones periodontales son resistentes, será otro eslabón de la cadena el que se vea injuriado, como en el caso de los dientes en los cuales aparecerán facetas, fracturas o fisuras, en los músculos habrá contracturas o mialgias y si son las articulaciones temporomandibulares podrán apreciarse diversas disfunciones (sobrecompresión, dolores, entre otros).

De igual manera, otro de los factores es la pérdida del soporte periodontal, el cual es una afección que se da a larga data, caracterizándose principalmente por iniciar como procesos inflamatorios recurrentes que llegan a progresar y generar en la

persona gingivitis y por consiguiente periodontitis afectando más a los tejidos de soporte debido a la disminución de estos.

Asimismo, se encuentra la pérdida de dientes , que de acuerdo a los citados autores esta puede provocar discrepancias marginales, como la observancia de las funciones específica de cada uno dentro del sistema estomagtonático así como modificaciones a la anatomía de sus raíces, los niveles de oclusión de su cara funcional y la relación con sus dientes vecinos y antagonistas.

Igualmente, se pueda dar el caso de que se genere inestabilidad en la oclusión del sector posterior afectando por consiguiente uno de las principales funciones de este grupo las cuales son las encargadas de detener el cierre mandibular a través de los múltiples contactos entre pares antagónicos. No obstante, cuando se pierden los contactos posteriores (por extracciones, facetas, desgaste de las caras oclusales de prótesis removibles, falta de pares antagónicos, entre otros), estas fuerzas no son distribuidas uniformemente y otras estructuras son sobrecargadas, por ello, los principales afectados son los dientes anteriores y la articulación temporomandibular.

Otro de los factores contribuyentes para la aparición del traumatismo oclusal son las prótesis mal adaptadas así con diseños defectuosos. Estas surgen para compensar las ausencias dentarias que existen en la cavidad del paciente, donde en algunos casos al ser mal confeccionas direccionan fuerzas de extracción hacia la UD pilar, viéndose afectada y trayendo como consecuencia un constante trauma afectando las estructuras adyacentes, acelerando de la misma manera la pérdida de soporte como la pérdida del diente.

Respecto a las malposiciones dentarias, las cuales pueden provocar una fuerza traumática constante y a larga data, dando como resultado que el periodonto no sea capaz de adaptarse lo que de igual manera generara el movimiento de las UD en direcciones opuestas a la que normalmente deba realizar. De allí, que estas tambien se encuentran en íntima relación con los cambios de posición de la mandíbula, puesto que, generan microplanos interferentes con el cierre, resultando en un desplazamiento hacia una máxima intercuspidación.

Abrasión: de acuerdo al citado autor c, este es el “desgaste de la estructura dentaria causada por frotado, raspado o pulido provenientes de objetos extraños o sustancias introducidas en la boca que al contactar con los dientes generan la pérdida de los tejidos duros a nivel del límite amelocementaria (p.3). Por lo que este es un proceso patológico debido a que se genera por causas de objetos extraños en la cavidad bucal.

Atrición: según Vieira (2015), se denomina a este como el “desgaste de forma paulatina y fisiología de las piezas dentarias por el roce de estas con otras en el proceso de las masticación, convirtiéndose en patológica cuando este se da al ser mal direccionadas las fuerzas y que son contactos constantes.

Abfracción: de este tipo de desgaste, expresa el citado autor que este es el resultado de “contactos prematuros entre los antagonistas, recibiendo una fuerza superior provocando que se flexionen ligeramente (p.1). es así, que entre este tipo de desgaste se puede encontrar lesiones provocadas por el bruxismo principalmente.

Erosión: de esta lesión expresa Vieira (ob.cit), que es un “proceso en el que progresivamente se afectan y debilitan los tejidos dentales” (p.1), siendo la principal causa de este los ácidos y bacterias de la boca, provocando inicialmente sensibilidad dentinaria.

En los párrafos precedentes se detalla de manera sucinta algunos factores etiológicos presentes en pacientes que requieren un tratamiento endodóntico, con los diferentes componentes del periodonto, pudiendo afectar las unidades dentales, provocando casos de abscesos, inflamación crónica a nivel de la encía como de la pulpa. Ante tales circunstancias se requiere de un adecuado tratamiento endodóntico, según las particularidades de cada caso, identificando a la vez la patología pulpar en el diagnóstico de cada paciente.

2.2.3 Patología Pulpar

De esta manera, para lograr con el objetivo de dicho tratamiento se debe realizar un diagnóstico pulpar adecuado donde se deberá tener en cuenta las características clínicas, radiográficas así como las que manifieste el dolor. Encontrándose una clasificación para estas, dada por la Asociación Americana de Endodoncia (2009), que se detalla en el cuadro 1:

Cuadro 1
Clasificación de las patologías pulpares

Pulpar	Características clínicas	Características radiográficas
Pulpa Normal	Clínicamente se encuentra libre de síntomas y responde positivamente dentro de los parámetros normales a las pruebas de sensibilidad	-Sin alteración periapical
Pulpitis Reversible	-Diagnóstico clínico basado en hallazgos subjetivos y objetivos en donde la pulpa vital inflamada retornara a la normalidad. -No existen antecedentes de dolor espontaneo -Dolor transitorio de leve a moderado provocado por estímulos: frío , calor, dulce. -Pruebas de sensibilidad positivas, eléctricas y térmicas	-No presenta cambios
Pulpitis Irreversible Sintomática	-Diagnóstico clínico basado en hallazgos subjetivos y objetivos indicando que la pulpa vital inflamada es incapaz de repararse -El dolor se presenta a la cambios térmicos de manera referida, espontaneo de moderado a severo, presente a la percusión -El dolor disminuye con el frío aumentando con el calor -Pruebas de sensibilidad positivas térmicas y eléctricas, el dolor permanece después de retirado el estímulo -Puede haber presencia de caries	-Posible ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal -Zona radiolúcida en la corona compatible con caries -Imagen radiopáca compatible con restauraciones profundas
Pulpitis Irreversible Asintomática	-Diagnóstico que indica que la pulpa vital esta inflamada es incapaz de repararse -No hay síntomas clínicos. La inflamación es producida por caries, trauma	-Sin alteración periapical, con posible ensanchamiento del ligamento periodontal

	-Exposición pulpar por caries, fractura coronal complicada sin tratamiento -Pruebas de sensibilidad positivas con respuesta anormal prolongada en ocasiones retardada	-Zona radiolúcida en la corona compatible con caries, restauraciones profundas y trauma.
--	--	--

Cuadro 1 (Cont.)

Pulpar	Características clínicas	Características radiográficas
Necrosis pulpar	-Diagnóstico clínico que indica muerte pulpar -Sin respuesta a la pruebas de sensibilidad, puede dar falsos positivos en UD multirradiculares donde no hay necrosis pulpar total en los conductos y estimulación de fibras del periodonto a la prueba eléctrica -Cambio de coloración coronal que puede ser pardo, verdoso o gris, con pérdida de la translucidez que se extiende a la corona -Puede presentar movilidad y dolor a la percusión con el conducto abierto a la cavidad oral.	-Ligero ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal Radiolucidez de la corona compatible con caries -Radiopacidad compatible con restauraciones profundas.
Previamente Tratado	Diagnóstico clínico indicando que el diente ha sido endodónticamente tratado	No existen cambios en los tejidos de soporte circundante -Conducto radicular obturado en calidad y longitud en diferentes materiales
Previamente Iniciado	Diagnóstico clínico que indica que el diente ha sido previamente iniciado como una pulpectomía o pulpotomía	No existen cambios en los tejidos de soporte
Periapical		
Tejidos apicales sanos	-Periodonto perirradicular sano -Negativo a palpación y percusión	-Espacio del ligamento periodontal uniforme -Lamina dura intacta
Periodontitis Sintomática apical	-El dolor es espontáneo o severo, localizado persistente y continuo, presentado a la percusión y palpación. Dolor tan severo que interrumpe las actividades de la persona Sensación de presión en la zona apical del diente.	Se puede o no observar cambios en los tejidos de soporte circundantes. Puede haber ensanchamiento del ligamento periodontal Puede o no estar asociada a una Radiolucidez apical.
Periodontitis Asintomática apical	Generalmente asintomática o asociada a molestia leve _Tejidos circundantes dentro de parámetros normales Respuesta positiva a percusión	Zona radiolúcida apical de origen pulpar

	Sensibilidad a la palpación si existe compromiso de la tabla ósea vestibular Prueba de sensibilidad y eléctrica negativas	
--	--	--

Cuadro 1 (Cont.)

Pulpar	Características clínicas	Características radiográficas
Absceso Apical Agudo	- Proceso infeccioso por una necrosis pulpar de comienzo rápido con manifestación de dolor espontáneo, a la presión, percusión y palpación, localizado, persistente constante y/o pulsátil -Exudado purulento con inflamación intraoral y extraoral -Movilidad aumentada con sensación de diente extruido -Malestar general	-Puede no revelar cambios en el tejido circundante periapical -Puede observarse ensanchamiento del ligamento periodontal o una zona de reabsorción ósea apical, asociada a una periodontitis apical asintomática
Absceso Apical Crónico	Proceso infeccioso por una necrosis pulpar de comienzo gradual Ligera sensibilidad, con presencia de fistula Asintomática con pruebas de sensibilidad negativas	Zona radiolúcida apical -se debe realizar una fistulografía con cono de gutapercha
Osteítis Condensante	Proceso inflamatorio crónico de baja intensidad Puede o no responder a pruebas de sensibilidad Puede o no ser sensible a palpación y/o percusión	Presencia de una zona radiopaca apical difusa concéntrica alrededor del tercio apical radicular Se observa presencia del espacio del ligamento periodontal

Fuente: Asociación Americana de Endodoncia (2009)

De igual forma, dependiendo del caso que se presente se realizara el tratamiento endodóntico posterior al estudio de este pudiendo ser convencional, retratamiento o una apicectomía:

Tratamiento endodóntico convencional: de acuerdo a Álvarez (2015), este tipo de tratamiento es el “procedimiento mediante el cual se realiza la remoción total del tejido pulpar y/o del contenido de los conductos radiculares (en caso de necrosis o infección), teniendo como objetivo desinfectar el espacio contaminado para su posterior sellado mediante la obturación de los conductos radiculares y de la cámara

pulpar” (p.1), de manera que se busca generar como consecuencia la creación de un medio óptimo para que los tejidos adyacentes no se contaminen o cicatricen de manera adecuada si están afectados.

Retratamiento: se da cuando existe un fracaso con el tratamiento convencional realizado previamente, de manera que la citada fuente expresa que este consiste en “realizar la remoción del relleno presente en los conductos para comenzar una nueva desinfección, limpieza así como la preparación de los mismos, para culminar con el sellado de estos” (p.2).

Apicectomía: considerada como la última opción de tratamiento endodóntico, debido a que primero se realizan las demás opciones para evitar procedimientos quirúrgicos más invasivos como este. Es así, que según Álvarez (ob.cit) la apicectomía o cirugía periapical es el “tratamiento indicado cuando existe una lesión en el extremo de las raíces que no ha sido corregida con un retratamiento de conductos adecuado o donde existe una condición en el diente que no hace factible la realización de éste, abordándose el accediendo directamente a la lesión por medio del extremo de las raíces, a través de la encía y el hueso” (p.2).

Asimismo, de acuerdo a la patología que presente la UD, se decidirá qué tipo de preparación se debe realizar de manera que se pueda obtener el éxito del tratamiento con la asepsia adecuada de los conductos radiculares, entre estas se encuentra las descritas por Álvarez y Otros (2016): convencionales o apico coronal y las técnicas modernas crono apical.

Específicamente, entre las técnicas clásicas o apico coronal están: la convencional, escalona, telescópica modificada y limado anticurvatura:

Técnica Convencional, dicha técnica consiste en la utilización de las limas con calibres cada vez mayores con la longitud de trabajo establecida, empleándose en aquellos conductos que sean rectos y amplios.

Esta técnica tiene desventajas tales como que los instrumentos empleados entran forzados en la conductometría y que esta facilita la formación de escalones o de perforaciones.

En cuanto a la forma de la preparación que se obtendrá será casi paralelo y forma transversal redondeada. Preparación coronaria pobre sin dar conicidad y desbridamiento adecuado del conducto. Puede debilitar en exceso el tercio cervical por ensanchamiento desmedido.

Técnica Escalonada: también denominada retrograda, piramidal, o Step Back, la cual fue propuesta por Mullaney en 1968; tiene como finalidad la preservación de la posición y forma original del conducto radicular así como el ensanchamiento apical de estos. Igualmente, facilita el dilatar de forma secuencial el conducto radicular con retrocesos escalonados progresivos de 1 mm, para atribuirle una conformación cónica de apical hacia cervical. Entre las ventajas que proporciona esta técnica escalonada pueden ser de acuerdo a Álvarez y otros (ob.cit):

- Permite más capacidad de limpieza del conducto.
- Mantiene la forma original del conducto radicular.
- Facilita la penetración en mayor profundidad de la solución irrigadora en el conducto radicular.
- Mantiene la posición y forma original del foramen apical.
- Facilita la aplicación tópica de medicamentos usados entre sesiones.
- Facilita la obturación del conducto radicular.
- Promueve el alisamiento de las paredes dentinarias.
- Facilita las maniobras de desobturación de los conductos radiculares cuando sea necesario.
- Mejor conicidad, limpieza, acabado ideal de las paredes del conducto.
- Evita la formación de escalones con el uso de instrumentos de mayor calibre.

Técnica en Llama o (Técnica Telescópica Modificada), respecto a esta técnica, consiste en el uso de instrumentos cada vez mayores, que van adaptándose cada vez más lejos del límite cemento-dentinario. Dicha técnica es una modificación de la Técnica Telescópica.

De allí, que esta se encuentra indicada cuando los conductos radiculares son

muy finos, curvos y con buen acceso al tercio apical y el instrumental que se empleara son Limas K Flexibles y fresas Gates Glidden y consiste en dos fases, donde en la primera se realiza una exploración adecuada para proceder a obtener la longitud de trabajo en apical que constituirá la lima maestra, mientras que la segunda fase se le restara un mm por cada lima insertada y se repasara con la lima maestra para mantener la longitud de trabajo.

Limado Anticurvatura, denominado desgaste compensatorio, en la cual se busca ensanchar la zona media de los conductos curvos mediante el limado circunferencial la cual tiene ciertas desventajas debido a que al aplicar esta técnica de manera incorrecta puede ocasionar la perforación provocando el transporte apical.

De igual manera, Álvarez y otros (ob.cit), describen que existen técnicas modernas o denominadas también corono apical entre las cuales están: Step Down, de Fuerza Balanceada, Crown Down y la Mixta.

Técnica Step Down, esta técnica tiene como objetivo el permeabilizar la entrada del conducto mediante la preparación del tercio coronal y medio en la cual se comenzara con las limas de la segunda serie (80, 70,60) para el tercio coronal y para el ensanchamiento del tercio medio con la primera serie (45, 50,55), mientras que el tercio apical se prepara con las limas con numeración hasta la 40 realizando para finalizar retroceso progresivos mediante limas K o H anteriormente utilizadas.

Técnica de Fuerza Balanceada, dicha técnica fue propuesta por Roane y cols, en la cual se da inicio a la preparación con las limas y posterior a esta con las fresas gates intercambiando el uso de esta durante el proceso. Es así, que esta tiene tres (3) fases donde:

1. En la primera fase, se introduce una lima y se hace un giro horario siempre menor a 180° y sin realizar mucha presión hacia apical.
2. La segunda fase se realiza el corte de la dentina, luego se gira la lima K en sentido antihorario, cabe recalcar que nunca se debe realizar giros de menos de 120° y siempre con leve presión hacia apical.
3. En la tercera fase, se efectúan 1 o 2 giros completos de la lima en sentido

horario, luego la secuencia se repite con limas de menor calibre, hasta alcanzar la constricción apical.

Técnica Crown Down, presentada por Marshall y Pappin en 1983, dicha técnica consiste en el empleo de la lima número 35, dejando de ejercer presión hacia apical hasta encontrar resistencia. De esta forma, al no poder progresar se iniciará su acceso con limas de menor calibre hasta conseguir que estas estén holgadas para proceder con el empleo de las Fresas Gates Glidden (1,2) de manera progresiva teniendo en consideración que si existe resistencia es por estrechamiento del conducto o una curvatura en este. De allí se continúa con una lima número 30, girándola en sentido horario 2 veces, se repite, con una lima de calibre inferior hasta acercarse al ápice, se determina la longitud de trabajo aparente continuando con el cambio de calibre de las limas para establecer la longitud de trabajo verdadera, luego llegando a la Lima número 10, se repite la secuencia iniciando en una Lima número 40, llegando hasta la Lima número 15, luego se vuelve a repetir comenzando con una Lima número 45, llegando a 20 o 25.

Técnica Mixta: dicha técnica puede emplearse en aquellas UD que tengan conductos estrechos, mediante la ampliación previa de los tercios coronario y medio, se facilita la instrumentación del tercio apical, la cual cumple con los conceptos establecidos previamente en la técnica Crown down, empleándola también en dientes que tengan como diagnóstico pulpar necrosis. Dividiéndose en dos (2) fases:

- La Primera fase de la preparación consiste en la preparación del tercio cervical y medio del conducto radicular
- La Segunda fase de la preparación consiste en la preparación del tercio apical del conducto radicular.

2.2.4 Definición de términos

Atrición: es una alteración que cursa con pérdida en la estructura dentaria, es decir, un desgaste dental causada por un proceso que no es cariogénico.

Apiñamiento: es una de las alteraciones en la posición de los dientes más frecuentes y se puede corregir mediante distintos tratamientos ortodónticos. El apiñamiento dental consiste en tener los dientes amontonados, girados o mal colocados debido a la falta de espacio en el hueso maxilar.

Calcificación distrófica: se produce como consecuencia del depósito de fosfato cálcico en la piel. Cuando tiene lugar este depósito en un tejido previamente dañado y sin que se detecten anomalías en el metabolismo del calcio- fósforo.

Conductos radiculares: es la parte de la cavidad pulpar correspondiente a la porción radicular de los dientes: en los que presentan más de una raíz se inicia en el piso y termina en el foramen apical. Tiene forma cónica con la base mayor dirigida hacia el piso y el vértice hacia la porción apical, forma similar a la de la raíz. Con fines didácticos y para su descripción, es posible dividir el conducto radicular en tercios: apical, medio, cervical.

Enfermedad periodontal: denominada periodontitis crónica, es una enfermedad que inicialmente puede cursar con gingivitis, para luego proseguir con una pérdida de inserción colágena, recesión gingival y la pérdida de hueso, en el caso de no ser tratada, dejando sin soporte óseo al diente. La pérdida de dicha base de apoyo implica la pérdida irreparable del diente mismo.

Hipercementosis: corresponde a una reacción defensiva de los tejido periapicales caracterizada por una marcada formación de cemento radicular. Se presenta con mayor frecuencia en personas de edad media o avanzada y el factor que la desencadena puede ser una inflamación pulpar o periapical crónica, leve, pero que actúa solo a nivel del cemento.

Odontoblastos: es una célula pulpar muy diferenciada. Su estudio se ve limitado por la dificultad en la obtención de cultivos celulares viables. Su función

principal es la dentinogénesis, es decir, la producción de dentina, la sustancia bajo el esmalte dental.

Peridontitisperiarradicular: se puede definir como la inflamación de todas las estructuras de soporte de los dientes en la zona que rodea el ápice del diente.

Reabsorción radicular es una condición asociada con un proceso fisiológico o patológico, que resulta en una pérdida de dentina, cemento o hueso.

Sacos periodontales: es el espacio entre la encía y el diente que se profundiza a medida que se acumulan las bacterias debajo de la encía y se forma la placa subgingival provocando la destrucción del hueso de soporte y el agravamiento de la enfermedad periodontal.

2.2.5 Bases legales

Constituyen, el grupo del reglamento jurídico en el cual se encuentra establecido los deberes y derechos de los diferentes organismos y áreas como lo es el de la salud, citándose entre estos a la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), la Ley del Ejercicio de la Odontología (1972) y el Código de Deontología Odontológica (1970) se establece que tanto el estado, sector salud y el individuo están en la obligación de hacer ejercer los deberes y derechos en cuanto a la salud y bienestar bio-psico-social. A continuación se presentan dos artículos que hacen referencia al área de la salud:

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999):

Específicamente la carta magna establece constitucionalmente el sistema nacional de salud y los principios de participación de la comunidad organizada en el mismo, prohibiendo expresamente las privatizaciones en este ámbito, siendo ejemplo de esto los artículos citados a continuación:

Artículo 83: la salud es un derecho social fundamental, obligación del estado, que lo garantiza como parte del derecho a la vida. El estado promoverá y desarrollarla políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho de protección a la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. (p. 29)

Artículo 84: “El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad”(pag29) lo cual abarca los tratamientos para el traumatismo oclusal, así como las diversas causas de este.

Por otro lado esta, la **Ley del Ejercicio de la Odontología** (1970), la cual rige todas las actuaciones en el quehacer odontológico, en cuanto a práctica es importante destacar lo expresado en los siguientes artículos en el cual:

Artículo 2.: Se entiende por ejercicio de la odontología la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen actos propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrán delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta Ley su Reglamento. (p. 2)

De igual forma, en el capítulo III, de los deberes y derechos de los Odontólogos, se establece:

Artículo 16.: Los profesionales que ejerzan la odontología deberán estar debidamente capacitados y legalmente autorizados según esta Ley para prestar sus servicios a la comunidad, contribuir al progreso científico y social de la odontología, aportar su colaboración para la solución de los problemas de salud pública creados por las enfermedades bucodentarias, y cooperar con los demás profesionales

de la salud en la atención de aquellos enfermos que así lo requieran.
(p. 4)

Artículo 17.: Al ofrecer sus servicios profesionales, el odontólogo deberá acatar las disposiciones que sobre el anuncio público de servicios odontológicos se establezcan en el Código de Deontología Odontológica. (p. 4)

Por su parte, la Ley del Ejercicio de la Odontología (ob.cit), establece el perfil de formación y las características de la prestación del servicio odontológico, por lo que, los especialistas deben estar capacitados para ofrecer un servicio de calidad y garantía de seguridad a los pacientes

Es así, que en el **Código de Deontología Odontológica (1970)** Título I, Capítulo I. De los deberes generales de los Odontólogos, se encuentra:

Artículo 1º: el respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del odontólogo.

Este artículo hace referencia al respeto de la vida que tienen los individuos, así como también, a su integridad, puesto que, estos son factores fundamentales para un desarrollo social y emocional efectivo. Desglosándose lo siguiente:

Artículo 2º: el profesional de la odontología está en la obligación de mantenerse informado y actualizado en los avances del conocimiento científico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar la atención en salud integral requerida.

De esta manera, este artículo hace referencia al deber de los odontólogos de estar constantemente actualizando sus conocimientos para que así pueda brindar atención de calidad a los pacientes, considerando que está trabajando con seres humanos. Además que, la investigación clínica debe inspirarse en los más elevados principios éticos y científicos.

Igualmente en el **Código de Deontología Odontológica (ob.cit) Título I Capítulo II. De los deberes hacia los pacientes.**

Artículo 18º: El Profesional de la Odontología al prestar sus servicios se obliga:
a. Tener como objeto primordial la conservación de la salud del paciente. b. Asegurarle al mismo todos los cuidados profesionales. c. Actuar con la serenidad y la delicadeza a que obliga la dignidad profesional.

Del Código de Deontología Odontológica Título III Capítulo II. De las Historias Clínicas. Se encuentra lo siguiente en el:

Artículo 62º: El Odontólogo que desea hacer un trabajo de investigación, comunicación o cualquier tipo de publicación relativo a pacientes, procedimientos o regímenes odontológicos o administrativos en una dependencia universitaria, sanitaria o asistencial, deberá presentar su plan de trabajo al Odontólogo-jefe responsable de aquella dependencia y solicitar autorización. Es deber del Odontólogo-jefe otorgar la autorización, siempre que considere que el propósito no perjudicará física o mentalmente a los pacientes o alterará la disciplina de dichas dependencias. Tanto el Odontólogo investigador, como el Odontólogo-jefe podrían acudir al Instituto de Investigaciones de cualquier Universidad Nacional como apoyo a la argumentación, o como árbitro si hubiere discrepancia.

Este artículo hace referencia a la importancia del manejo adecuado de las historias clínicas, puesto que, ésta permite que el especialista maneje información sobre la salud general en el paciente, incluyendo la mental.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

La metodología de acuerdo a Hurtado (2012), se entiende como “el estudio de los modos o maneras de llevar a cabo algo, es decir, el estudio de los métodos” (p.105). Hay que señalar que, como estudio de los métodos constituye una ayuda porque permite saber cuáles procedimientos y técnicas son útiles para el desarrollo del estudio lo que permitirá dar cumplimiento a lo establecido en los objetivos de la investigación. En este capítulo se especificó el tipo y diseño de investigación, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de información, técnicas e interpretación de los datos, procedimiento y variables, los cuales sirvieron de soporte para el abordaje del objeto de estudio.

3.1 Tipo de Investigación

La investigación, definida por Sabino citado por Zorrilla (2003) es:

Una actividad que nos permite obtener conocimientos cinéticos, es decir, conocimientos que se procura sean objetivos, sistemáticos, claros, organizados y verificables. El sujeto de la misma suele denominarse investigador, y a cargo de él corre el esfuerzo de desarrollar las distintas tareas que implica lograr un nuevo conocimiento. Los objetos de estudio suelen agruparse y clasificarse según las distintas ciencias o especialidades científicas existentes (p.19).

Cabe destacar que una investigación, es un proceso donde a partir de un plan establecido por el investigador se amplía el conocimiento de un tema determinado con el fin de añadir información. Por tal motivo, es indispensable que tanto los objetivos del estudio como las conclusiones a las que se llegue a través del desarrollo carezcan de subjetividades, puesto que, los hechos sometidos a investigación deben

ser observados y evaluados desde el ángulo de la objetividad.

De acuerdo a las características del presente trabajo, éste se fundamentó en una investigación de tipo descriptivo con modalidad de campo. De acuerdo con lo señalado por Sabino (2002), el objetivo de las investigaciones descriptivas, como bien lo señala el término, es describir características fundamentales del objeto:

Son conjuntos homogéneos de fenómenos utilizando criterios sistemáticos que permitirán poner en manifiesto su estructura o comportamiento, ya que la misma no se ocupa de la verificación de hipótesis, sino de la descripción de hechos a partir de un modelo teórico definido previamente, (p. 90).

Para efectos de este estudio se realizó una diagnosis sobre los factores etiológicos de los pacientes sometidos a tratamientos de conducto, además de conocer la patología pulpar en cada caso que se realizó tratamiento de conducto. Ahora bien, según Arias (ob.cit) también obedece a una investigación de campo, la cual es:

Aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes (p.31).

Con respecto a este estudio, la información se recopiló directamente en el Área de la Clínica Integral III durante el periodo 2017-II

3.2 Diseño de Investigación

De esta forma, según Palella y Martins (ob.cit), expresan que el diseño de una investigación se refiere a la “estrategia que adopta el investigador para responder el problema, dificultad o inconveniente presentado en el estudio” (p.86). Para efectos de este estudio, el diseño que se empleó fue el transeccional o transversal y el no

experimental. Por consiguiente, se abordó igualmente como transeccional o transversal porque según el citado autor debido a que “se ocupa de recolectar datos en un solo momento y en un tiempo único” (p.94). En lo que respecta a esta investigación, se aplicó en un único y determinado momento una guía de observación a las historias clínicas de pacientes que asisten a la Clínica Integral III de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

La investigación, también asumió un diseño no experimental, pues según Hernández, Fernández y Baptista (2010):

Se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de investigación donde no hacemos variar intencionadamente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. (p. 184)

Lo que significa que, el diseño no experimental permite investigar sin manipular deliberadamente las variables, porque se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos y establecer los procedimientos a seguir

3.3 Población y Muestra

Para obtener la data se seleccionó una población determinada, la cual según Pérez (2015), esta es: “el conjunto finito o infinito de unidades de análisis, individuos, objetos o elementos que se someten a estudio; pertenecen a la investigación y son la base fundamental para obtener la información”(p.70). De esta forma, para fines de esta investigación la población estuvo constituida por los pacientes que asisten al área de la Clínica Integral III en el periodo 2017-II, quienes suman ciento veintiún (121) pacientes atendidos en dicho período, según información aportada por el departamento de registro de historias de la mencionada universidad.

Por su parte, la muestra según Pérez (ob.cit) es “una porción, un subconjunto de la población que selecciona el investigador de las unidades en estudio, con la finalidad de obtener información confiable y representativa” (p.70). En esta investigación la muestra estuvo conformada por el número los pacientes atendidos en la Clínica Integral III en dicho período. El tipo de muestreo empleado fue el no probabilístico intencional, puesto que, el investigador: según Palella y Martins (ob.cit), “establecerá previamente los criterios para seleccionar las unidades de análisis, las cuales reciben el nombre de tipo” (p.114); lo que le permitió a los investigadores obtener resultados confiables y con escasos márgenes de error al momento del procesamiento de los datos obtenidos y de los resultados estadísticos.

En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión empleados por los investigadores fueron: ser paciente de la Clínica Integral III de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, pacientes nacidos en Venezuela, que residan en el Estado Carabobo o de cualquier procedencia del país, que acuda a la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez para ser sometido a tratamiento odontológico.

En contraste, los criterios de exclusión empleados por los investigadores fueron: pacientes sin historias clínicas, que no estén de acuerdo a ser sometidos a estudio. Atendiendo a estos parámetros, la muestra censal intencionada quedó conformada por todas las unidades de análisis, es decir, los ciento veintiún (121) pacientes que Clínica Integral III de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, pacientes nacidos en Venezuela.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de información

La recolección de datos se refiere al empleo de una diversidad de procedimientos que son usados por los investigadores para el desarrollo de la investigación. Según, Tamayo y Tamayo (2004) las técnicas son ese conjunto de reglas y operaciones concretas para el manejo de los instrumentos, se sitúan a

nivel de los hechos o de las etapas prácticas que permiten la aplicación del método. Por su parte, los instrumentos son los objetos concretos que facilitan la aplicación precisa de la técnica y aunque poseen características propias deben adecuarse al objeto de estudio (p.76).

La técnica de recolección de información de este estudio fue una guía de observación que según Hurtado (ob.cit.) es un instrumento de registro que evalúa desempeños, en ella se establecen categorías con rangos más amplios que en la lista de cotejo. Permite de manera integral registrar los detalles observados en cuanto a la prevalencia del tratamiento endodóntico en pacientes, según los objetivos planteados.

Es de señalar que dicho instrumento se aplicó en una revisión a la historia clínica de cada paciente seleccionado como muestra de la investigación fin de registrar la presencia o no de una serie de indicadores respecto a la frecuencia (edad y sexo), factores etiológicos y el tipo de patología pulpar diagnosticada.

3.5 Validación del instrumento de recolección de datos

La validez de acuerdo a Palella y Martins, (ob.cit) se refiere ala“ausencia de sesgos. Representa la relación entre lo que se mide y aquello que se quiere medir” (p.160). Para fines de este estudio se empleó para la validación del instrumento la técnica de juicio de expertos quede acuerdo a lo expresado los citados autores, consistió en entregarle a tres expertos en la materia objeto de estudio la guía de observación diseñada a fin de cumplir con la rigurosidad científica que una investigación en el paradigma positivista requiere.

3.6 Técnicas y procesamiento de datos

Una vez recolectada la información con la recisión de las historias clínicas de los pacientes, la data se trató con la estadística descriptiva. Se realizó un análisis descriptivo simple en donde los datos se presentaron en tablas de distribución de

frecuencias y gráficos, lo cual permitió describir la prevalencia de tratamientos endodónticos en los pacientes que asisten a la Clínica Integral III durante el periodo 2017-II.

3.7 Procedimiento

Para el desarrollo del presente estudio se llevó a cabo el siguiente procedimiento, el cual se describe a continuación:

Diagnóstico: se trató de hacer una descripción detallada y objetiva de los factores etiológicos de los pacientes con tratamientos de conducto que asisten al Área de la Clínica Integral III del periodo 2016-17

Una vez descrita la realidad sometida a estudio se procedió a conocer las causas, según diagnóstico pulpar y periapical, por las cuales se realizó tratamiento endodóntico en dichos sujetos.

3.8 Variable

Una variable, expresan Palella y Martins (ob.cit), que “son elementos o factores que pueden ser clasificados en una o más categorías. Es posible medirlas o cuantificarlas, según sus propiedades o características” (p.67). Cabe señalar que, en este estudio las variables se presentan en el Cuadro de Operacionalización de Variable que se presenta en el anexo A.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En el presente capítulo se muestran los resultados obtenidos una vez aplicado el instrumento de recolección de datos (guía de observación) en la revisión de las historias clínicas de los pacientes seleccionados como muestra censal según los criterios de inclusión y exclusión establecidos atendiendo a los objetivos planteados, en el marco del procedimiento metodológico de una investigación de campo con carácter descriptivo.

Es de señalar que la guía de observación se aplicó para describir la prevalencia de tratamientos endodónticos en los pacientes que asisten a la Clínica Integral III durante el periodo 2017-II; atendiendo a las dimensiones frecuencia, con los indicadores edad y sexo. De igual modo la dimensión factores etiológicos en cuanto a, tipo de desgaste, causa de la pérdida dentaria, enfermedad periodontal de soporte periodontal, afectación periapical, movimientos de apertura y cierre, también excéntricos; complementando con el tipo de patología pulpar.

En este sentido, para el análisis de la información, se aplicó la estadística descriptiva, los datos se presentan en tablas y gráficos por cada dimensión, haciendo análisis de cada ítem contrastando los hallazgos con la teoría que sustentó el estudio, para proceder a formular las conclusiones y recomendaciones. A continuación, se presentan los resultados obtenidos

Cuadro 2

Frecuencias y Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos.

Población	SI		NO	
	F	%		
Pacientes	72	59,5	49	40,4
Total	121			

Fuente: Richard Sánchez y Mayleen romero

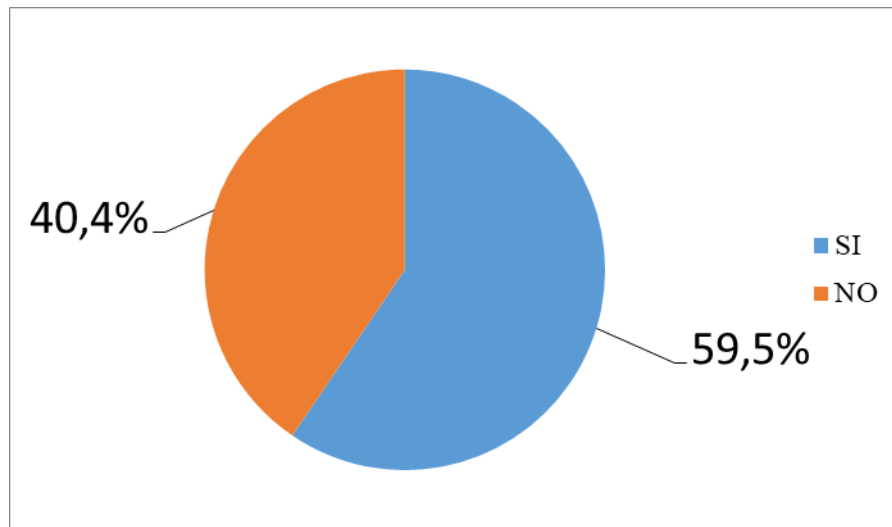


Gráfico 1. Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos.

Análisis de los resultados: En el cuadro 2, gráfico 1 se aprecia que las historias clínicas registradas de pacientes que asisten a la Clínica Integral III durante el periodo 2017-II, totalizan ciento veintiuno (121) personas, de las cuales el 59,5% presentan tratamiento endodóntico, es decir, la prevalencia de esta condición es alta, totalizando 59,5% de la población mencionada.

Cuadro 3

Frecuencias y Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Frecuencia. Indicador Edad

Ítem	F	%
De 16-20 años	9	13
De 21-30 años	29	40
De 31-40 años	9	12
Más de 40 años	25	35
Total	72	100%

Fuente: Richard Sánchez y Mayleen romero

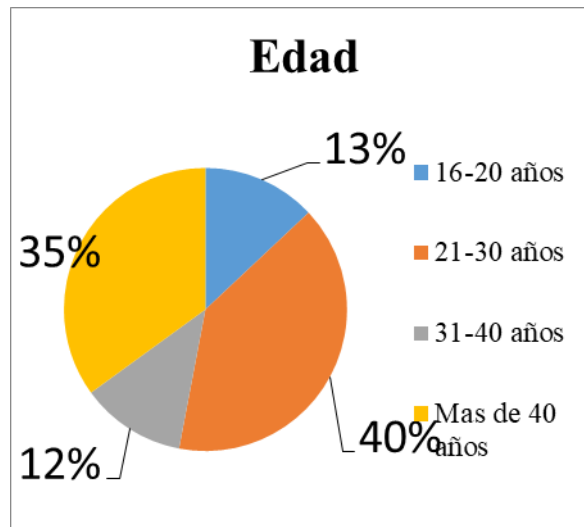


Gráfico 2. Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Frecuencia. Indicador Edad

Análisis de los resultados: Una vez obtenida la data de la prevalencia se procedió a analizar la información de los pacientes, siendo así en el cuadro 3 gráfico 2, en la variable prevalencia de tratamientos endodónticos, en la dimensión frecuencia en el indicador edad, se observó que el 40% de los pacientes de los setenta y dos con

dicha prevalencia, se encontraban en el rango de edades comprendidas entre los 21-30 años

Asimismo, en el 35% tenía una edad mayor a 40 años, siendo 13% ubicados en el rango de 16-20 años y el 12% de 31-40 años de edad. Por lo que se obtuvo que dentro de la población con prevalencia la mayor frecuencia en la que se realizaron los tratamientos de conductos fue adultos jóvenes, quienes requieren dicho procedimiento para restablecer su salud oral e integral.

Cuadro 4

Frecuencias y Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Frecuencia. Indicador Sexo

Ítem	F	%
Femenino	48	67
Masculino	24	33
Total	72	100%

Fuente: Richard Sánchez y Mayleen romero

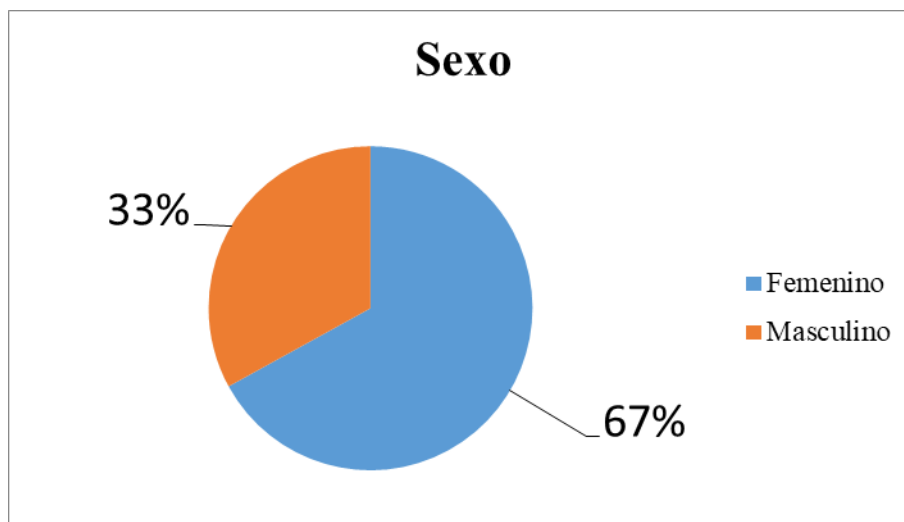


Gráfico 3. Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Frecuencia. Indicador Sexo

Análisis de los resultados: Seguidamente en el cuadro 4 gráfico 3, en el indicador sexo, se obtuvo que el 67% de la población con prevalencia correspondió al femenino, siendo el 33% masculino, dando como consecuencia que la frecuencia los tratamientos endodónticos corresponden en su mayoría a la población femenina.

Cuadro 5

Frecuencias y Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Tipo de Desgaste

Ítem	Sí		No	
	F	%	F	%
Atrición	2	3	70	97
Abrasión	5	7	67	93
Abfracción	3	4	69	96
Bruxismo	1	1	71	99
Valores promedios Tipo de Desgaste		4		96

Fuente: Richard Sánchez y Mayleen romero

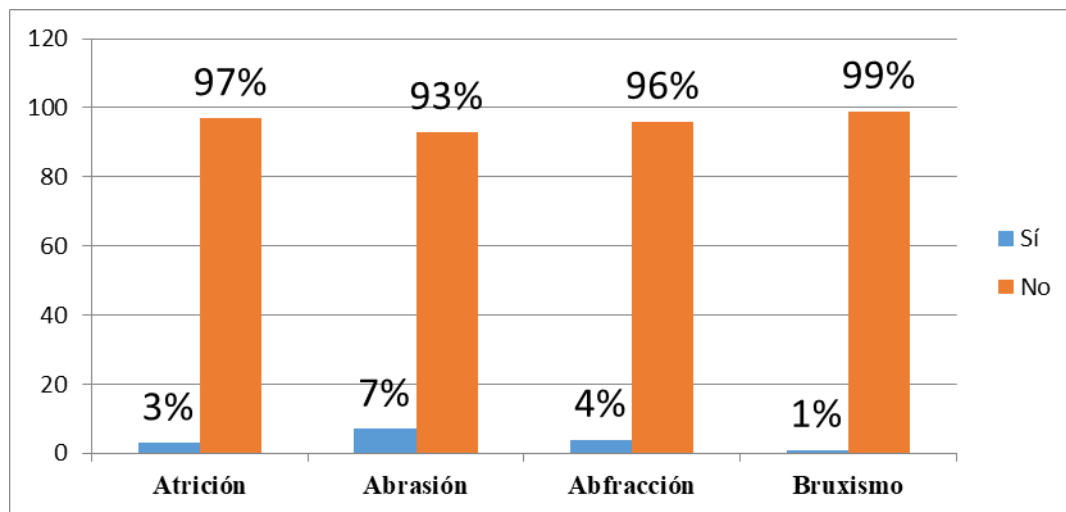


Gráfico 4. Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Tipo de Desgaste

Análisis de los Resultados: Igualmente en el cuadro 5 gráfico 4 se detalla el indicador tipo de desgaste de los setenta y dos (72) pacientes con prevalencia de

tratamientos endodónticos, destacando lo siguiente: en la atrición, el 97% no la manifestó mientras que el 3% de la población sí. Asimismo, en la abrasión el 93% correspondió a no y solamente el 7% sí. Es así que la abfracción obtuvo que el 96% de estos pacientes no la padecían siendo el 4% si, reflejándose que en lo que respecta al bruxismo 99% de los pacientes a quienes se les realizó la revisión no tenían manifestaciones de este hábito, mientras que solamente 1% lo presenta.

De esta manera, se obtuvieron los valores promedios para el indicador tipo de desgaste con 96% de pacientes que no lo presentan, solo 4% de ellos tienen incidencia de esta condición con preeminencia por abrasión. Se puede afirmar que en la mayoría de las historias revisadas de los pacientes con prevalencia de tratamientos de conducto no presentan desgastes por las mencionadas causas. El mínimo del 4% que la presenta requiere atención en cuanto a mejorar la técnica del cepillado para su salud bucal, puesto que al realizar una técnica inadecuada pueden surgir lesiones de este tipo siendo definidas por McCoy (citado por Henoztroza, 2009), como la “ruptura de los tejidos dentarios como resultado de fuerzas oclusales, las cuales aparecen tanto en la dentina como en el esmalte” (p.1).

Cuadro 6

Frecuencias y Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Causa de la Pérdida Dentaria

Ítem	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Caries	47	65	25	35	72	100
Traumatismo	16	22	56	78	72	100
Fractura	26	36	46	64	72	100
Mixtas	20	28	52	72	72	100

Fuente: Richard Sánchez y Mayleen romero

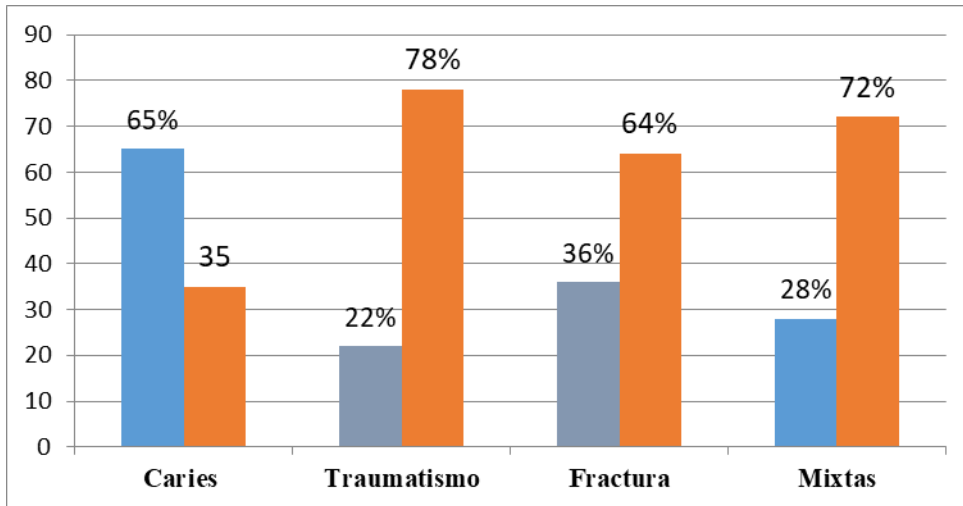


Gráfico 5. Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Causa de la Pérdida Dentaria

Análisis de los Datos: Respecto al cuadro 6 gráfico 5, en el indicador causa de la pérdida dentaria de los setenta y dos (72) pacientes con prevalencia de tratamientos endodónticos, se obtuvo que el 65% de las causas fueron por la presencia de caries progresivas las cuales dieron como resultado final la exodoncia de la UD, 36% fue por motivo de una fractura dental, mientras que el 22% tuvo su etiología en un traumatismo dental. A la vez es significativo que 28% de los pacientes registran causas mixtas (caries, fractura y traumatismo)

De allí, que se aprecia como causa más común (en la mayoría de los casos con prevalencia de tratamientos de conducto) las caries con consecuencia de ausencias dentarias manifestadas en los pacientes, se determinó que estas fomentaron la afectación pulpar, características que concuerdan a lo expresado por Sencherman y Echeverri (1988), en que estas ausencias pueden provocar discrepancias marginales, como la observancia de las funciones específicas de cada uno dentro del sistema estomatognático así como modificaciones a la anatomía de sus raíces, los niveles de oclusión de su cara funcional y la relación con sus dientes vecinos y antagonistas.

Cuadro 7

Frecuencias y Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Enfermedad Periodontal

Ítem	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Gingivitis	11	15	61	85	72	100
Periodontitis Crónica	14	19	58	81	72	100
Periodontitis Agresiva	0	0	72	100	72	100

Fuente: Richard Sánchez y Mayleen romero

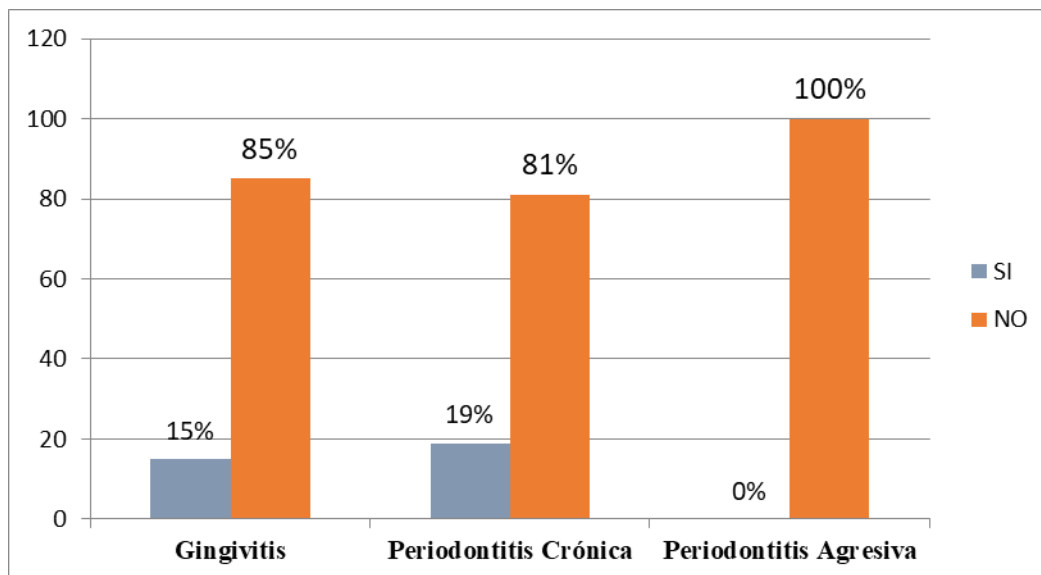


Gráfico6. Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Enfermedad Periodontal

Análisis de los datos: En cuanto al cuadro 7 gráfico6, en el indicador enfermedad periodontal, se obtuvo que el 85% de estos pacientes no padecían de gingivitis siendo el caso contrario con un 15% que si la presentaban. Por su parte, el 81% manifestó no tener periodontitis crónica, mientras que el 19% si la tenía,

encontrándose que el 100% no padeció de periodontitis agresiva.

Por consiguiente, se está frente a una población de pacientes con prevalencia de tratamiento de conducto, que en su mayoría no presentaban como factor predisponente enfermedades periodontales, siendo que estas patologías pueden afectar a los tejidos de soporte facilitando así la pérdida de las UD.

Cuadro 8
Frecuencias y Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos.
Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Pérdida de Soporte Periodontal

Ítem	Sí		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
Presencia	23	32	49	68	72	100

Fuente: Richard Sánchez y Mayleen romero

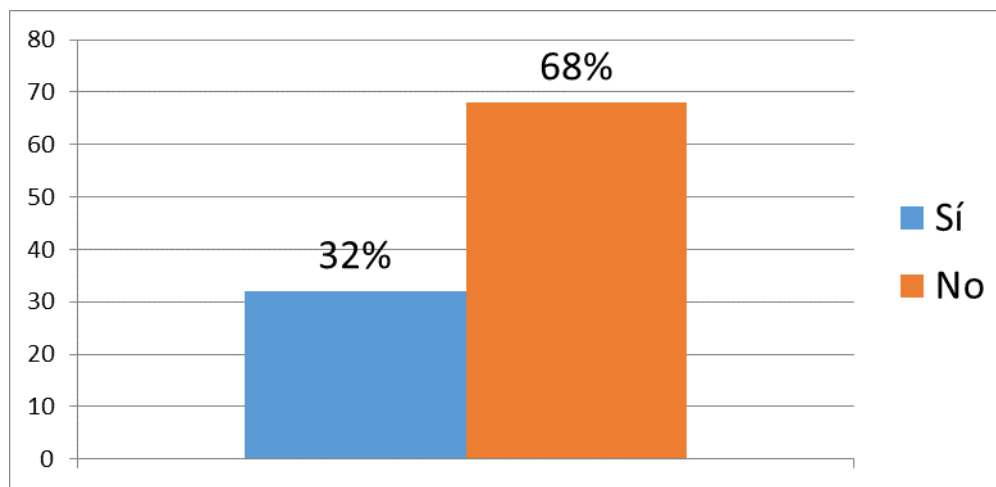


Gráfico 7. Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Pérdida de Soporte Periodontal

Análisis de los datos: Asimismo, en el cuadro 8 gráfico 7, en el indicador soporte periodontal, se consiguió que este estuviera presente en el 32% de los pacientes a los que se les determinó prevalencia de tratamiento endodóntico según la revisión de sus historias clínicas, mientras que el 68% de estos no se les observó. De

allí, que esto se considera como un estado favorable en donde no hay este factor contribuyente el cual es definido por Sencherman y Echeverri (ob.cit), como una afección que se da a larga data, caracterizándose principalmente por iniciar como procesos inflamatorios recurrentes que llegan a progresar y generar en la persona gingivitis y por consiguiente periodontitis afectando más a los tejidos de soporte debido a la disminución de estos.

Cuadro 9

Frecuencias y Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Afectación Periapical

Ítem	Sí		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
Abscesos	4	6	68	94	72	100
Ensanchamiento del Ligamento Periodontal	29	41	49	68	72	100

Fuente: Richard Sánchez y Mayleen romero

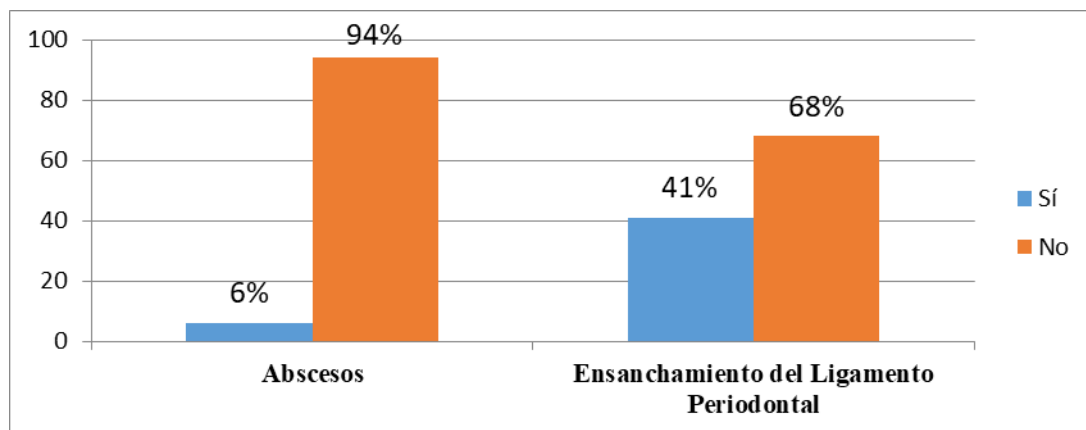


Gráfico 8. Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Afectación Periapical

Análisis de los datos: Específicamente, en el indicador afectación periapical, se obtuvo que la mayoría de estos pacientes correspondiente al 94% no presentaron estos tipos de afecciones al no tener abscesos mientras que el 6% si los tuvo. Por su

parte, el 68% no reflejo que tuviera ensanchamiento del ligamento periodontal solo el 41% de estos lo desarrollaron.

Cuadro 10

Frecuencias y Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Movimiento de Apertura y Cierre

Ítem	Sí		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
Rotación	1	1	71	99	72	100
Traslación	0	0	72	100	72	100

Fuente: Richard Sánchez y Mayleen romero

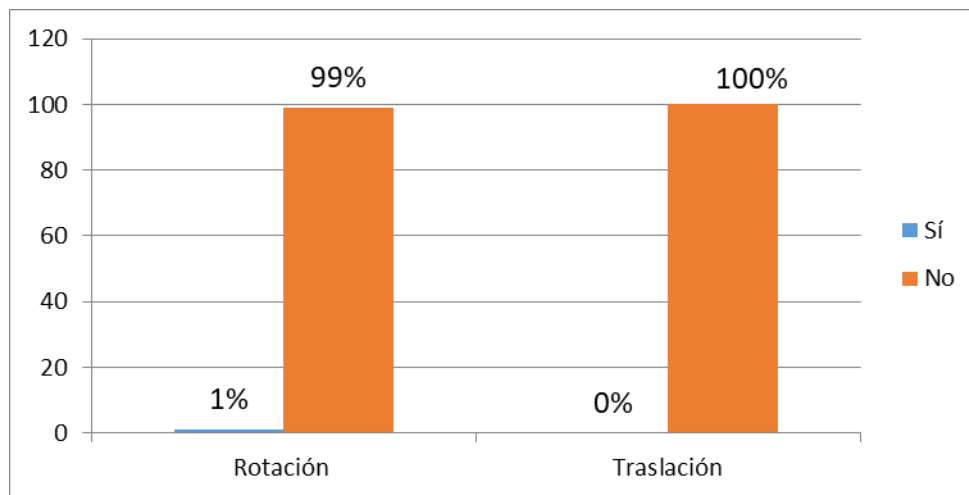


Gráfico9. Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Movimiento de Apertura y Cierre

Análisis de los datos: Por otra parte, en el cuadro 10 gráfico9, en el indicador movimiento de apertura y cierre, en donde el 99% de los pacientes no desarrollaron movimientos de rotación solamente un 1% si lo hizo. De la misma forma, el 100% de estos tampoco reprodujeron movimientos de traslación durante la apertura y el cierre mandibular, los cuales de acuerdo a Albertini, Bechelli, Capussotto (2013), están

constituidos por la guía anterior (acoplamiento con/sin contacto) y sectores posteriores (contactos múltiples o aislados).

Cuadro 11
Frecuencias y Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos.
Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Movimientos Excéntricos

Ítem	SI		NO	
	F	%	F	%
Protrusivo	0	0	72	100
Laterotrusivo	0	0	72	100
Retrusivo	0	0	72	100
Total	0	0	72	100

Fuente: Richard Sánchez y Mayleen romero

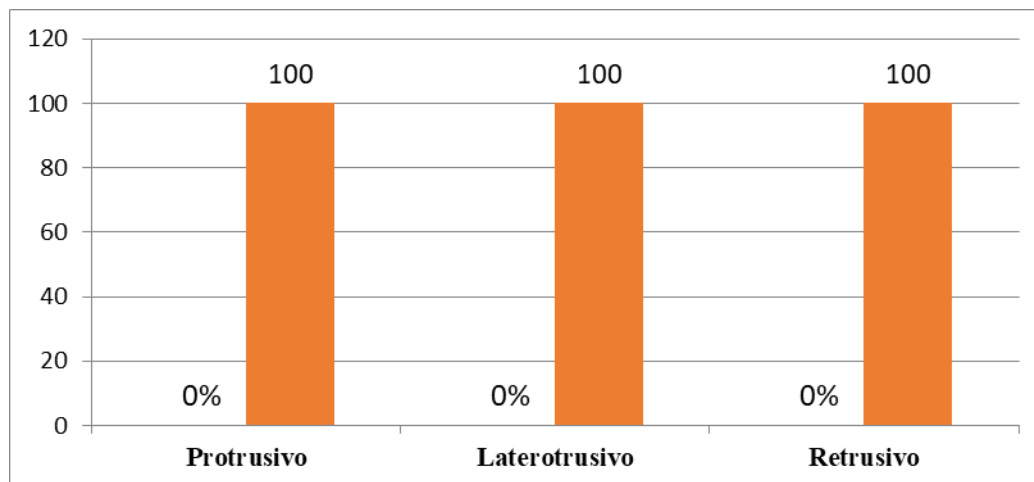


Gráfico 10. Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Factores Etiológicos. Indicador Movimientos Excéntricos

Análisis de los datos: Por su parte, en el cuadro 11 gráfico 10, en el indicador movimientos excéntricos, se obtuvo que el 100% de los pacientes con prevalencia de tratamiento endodóntico no desarrollaron ni reprodujeron estos tipos de movimientos

(protrusivo, laterotrusivo y retrusivo), los cuales constituyen según Albertini, Bechelli, Capussotto (2013), una discrepancia entre oclusión habitual y oclusión en relación céntrica y clasificación de la oclusión habitual (fisiológica o patológica)

Cuadro 12

Frecuencias y Porcentajes tratamiento Endodóntico. Dimensión Tipo de Patología Pulpar

Ítem	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Pulpitis Reversible	2	3	70	97	72	100
Pulpitis Irreversible Asintomática	16	22	56	78	72	100
Pulpitis Irreversible Sintomática	31	43	41	57	72	100
Absceso Periapical Agudo	1	1	71	99	72	100
Absceso Periapical crónico	4	6	68	94	72	100
Periodotitis Apical	8	11	64	89	72	100
Necrosis Pulpar	10	14	62	86	72	100

Fuente: Richard Sánchez y Mayleen romero

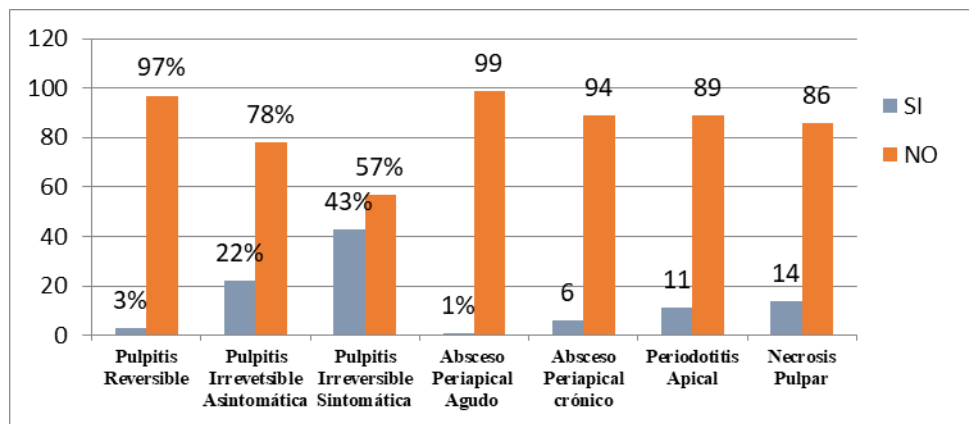


Gráfico 11. Porcentajes Variable Prevalencia de Tratamientos Endodónticos. Dimensión Tipo de Patología Pulpar

Análisis de los datos: En cuanto a la patología pulpar presente en los pacientes con prevalencia de tratamiento endodóntico, en el cuadro 12, gráfico 11 se aprecia lo

siguiente: Es significativo que el 100%, es decir, los setenta y dos pacientes presentan patología pulpar, de los cuales la mayor presencia es pulpitis irreversible sintomática en el 43% de los casos, este diagnóstico según la Asociación Americana de Endodoncia (2009), el dolor se presenta a los cambios térmicos de manera referida, espontáneo de moderado a severo, presente a la percusión, disminuye con el frío aumentando con el calor e incluso el dolor permanece después de retirado el estímulo en las pruebas de sensibilidad positivas térmicas y eléctricas.

Aunado a lo señalado 22% de los casos presentaron pulpitis irreversible asintomática, la cual según la citada fuente el diagnóstico que indica que la pulpa vital está inflamada es incapaz de repararse. A la vez se determinó presencia de necrosis pulpar en 14% de los pacientes, los cuales como lo señala la Asociación Americana de Endodoncia (ob. cit.), se caracteriza por el cambio de coloración coronal que puede ser pardo, verdoso o gris, con pérdida de la translucidez que se extiende a la corona, la persona puede presentar movilidad y dolor a la percusión con el conducto abierto a la cavidad oral.

Igualmente, solo 3% presentaron pulpitis reversible que de acuerdo a la citada fuente no existen antecedentes de dolor espontáneo que se presenta de leve a moderado provocado por estímulos: frío, calor, dulce. Seguidamente, en la revisión de los setenta y dos (72) pacientes el 11% presentó periodontitis apical, con mayor diagnóstico de la sintomática con dolor espontáneo o severo, localizado persistente y continuo, presentado a la percusión y palpación.

En lo que respecta al absceso periapical crónico, se determinó en 6% de los casos con manifestaciones de un proceso infeccioso por una necrosis pulpar de comienzo gradual y ligera sensibilidad, con presencia de fístula. Mientras que el absceso periapical agudo se evidenció solo en 1% de los pacientes que registraban proceso infeccioso por una necrosis pulpar de comienzo rápido con manifestación de dolor espontáneo, a la presión, percusión y palpación, localizado, persistente constante y/o pulsátil, también exudado purulento con inflamación intraoral y extraoral y movilidad aumentada con sensación de diente extruido.

Para cerrar es necesario acotar que el 100% de pacientes con tratamiento endodóntico presentaron patología pulpar, siendo la causa evidente en 23 de los casos, equivalente al 32%, las restauraciones defectuosas. Estos resultados son determinantes y llaman a reflexionar sobre la importancia de que el profesional en odontología realice un diagnóstico pulpar adecuado donde se deberá tener en cuenta las características clínicas, radiográficas así como las que manifieste el dolor.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

A fin de dar cumplimiento a los objetivos que direccionaron el estudio y sobre la base de los resultados obtenidos una vez aplicado el instrumento de recolección de datos, es decir, la guía de observación a la revisión de historias clínicas, se concluye lo siguiente: En cuanto al obtuvo general se evidencia que de la población total de ciento veintiún (121) pacientes sólo setenta y dos (72) presentan tratamiento endodóntico. Es decir, la prevalencia es de 59,50% de pacientes que fueron sometidos a dicho procedimiento en la Clínica Integral III durante el periodo 2017-II

Con dicho valor determinado, se procedió a describir la prevalencia, así al dar respuesta al objetivo específico 1 se determinó la frecuencia según la edad y género de los pacientes con tratamiento endodóntico, evidenciándose preeminencia con un rango de edad entre 21 a 30 años de edad (40%), del sexo femenino (67%), es decir, adultos jóvenes, que requieren tratamiento odontológico para la salud bucal, con impacto positivo en su homeostasis.

En cuanto al segundo objetivo específico, enfocado en los factores etiológicos de los pacientes que presentan tratamientos endodóntico, se identificó que la mayoría de estos no presentan desgaste ni por atrición, abrasión, abfracción ni bruxismo, solo 4% que lo manifiesta se enfocó en abrasión y abfracción. Al mismo tiempo, se determinó en el 65% de los casos la caries como causa de la pérdida dentaria, con fractura para 36% de los mismos.

A la vez, no hay prevalencia de pérdida de soporte periodontal en la mayoría de pacientes que conformaron la muestra seleccionada. Aunado a lo anterior, no se apreció en la mayoría de los adultos registro de afectación periapical (abscesos ni

ensanchamiento del ligamento periodontal).es significativo que prácticamente la totalidad de la muestra no registra alteraciones en los movimientos de apertura y cierre, ni de los excéntricos.

No obstante, se evidenció en los casos estudiados periodontitis crónica para el 19% y gingivitis un 15%; lo cual se interpreta como presencia de factores etiológicos que si pueden afectar el soporte dental, provocando ensanchamiento del ligamento periodontal, que a su vez puede producir movilidad dentaria, también cambios posturales a nivel de la oclusión; generando fuerzas mayores a las que pueda soportar la unidad dentaria.

En cuanto al tipo de patología diagnosticada en los pacientes que asisten a la Clínica Integral III durante el periodo 2017-II (tercer objetivo específico),se determinó que 100%, es decir, los setenta y dos pacientes presentan patología pulpar, de los cuales la mayor presencia es pulpitis irreversible sintomática, seguida de pulpitis irreversible asintomática. A la vez se registró diagnóstico de necrosis pulpar y la minoría con pulpitis reversible. Del mismo modo se evidenció diagnóstico de periodotitis apical, con menor registro de absceso periapical crónico y agudo.

Por lo tanto al describir la prevalencia de tratamientos endodónticos en los pacientes que asisten a la Clínica Integral III durante el periodo 2017-II, se concluye: En la mayoría de los casos estudiados, es significativo la presencia de diagnóstico de gingivitis (11 sujetos) y periodontitis crónica (14 pacientes), con presencia de pérdida de soporte periodontoal (23 adultos), que si bien no presentan en el lapso estudiado desgaste dental, las condiciones actuales pueden converger en afectación de la UD, a pesar de ser sometidos con éxito a un tratamiento tradicional endodóntico.

5.2 Recomendaciones

Una vez formuladas las conclusiones se procedió a generar las recomendaciones para el siguiente estudio, siendo las siguientes: dar a conocer los resultados obtenidos a los estudiantes de odontología de la Universidad José Antonio Páez, a fin de reflexionar con ellos la importancia de identificar y registrar de forma adecuada en las historias los factores etiológicos y patología pulpar en cada caso como aspectos esenciales en el éxito del tratamiento endodóntico a aplicar.

A los estudiantes realizar un seguimiento a los pacientes, pues el tratamiento endodóntico no termina en el momento que se hace la restauración final, posterior a eso hay que tener un control radiográfico sobretodo cuando hay lesión periapical para ver si en verdad el tratamiento fue un éxito o no, a fin de tomar a tiempo las decisiones correspondientes que converjan en la salud integral de cada persona, según su caso particular.

Por otra parte, se les sugiere a los docentes de la Escuela de Odontología de la UJAP, incentivar en sus estudiantes el estudio, diagnóstico, tratamiento preventivo y control de los factores etiológicos que pueden llegar a presentar los pacientes que sean atendidos en las diferentes clínicas integrales, fomentando así el estudio de la prevalencia (tanto puntual como de período), aspecto fundamental en la epidemiología en beneficio de la salud integral de la población.

Por último, suministrar los resultados a las autoridades en materia de salud a nivel regional para que con la información obtenida puedan analizar y explicar los problemas de salud oral y así desarrollar las políticas de salud pública que buscan que los ciudadanos se mantengan saludables o que aquellos que se han enfermado, puedan curarse o recibir el tratamiento adecuado, como es el caso de endodóntico.

REFERENCIAS

Albertini, G., Bechelli, D. y Capussotto, D. (2013). **Trauma periodontal por oclusión. Tratamiento multidisciplinario.** Documento disponible online en: <http://www.clinicabechelli.com.ar/notas/Articulo%20TPO.pdf>

Álvarez, E (2015). **Tratamiento de la Endodoncia.** Documento disponible online en: <http://www.endodoncialorente.com/tratamiento.html>

Arias, F. (2006). **El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología científica.** Caracas: Editorial Exísteme.

AAE **Consensus Conference Recommended Diagnostic Terminology. Journal of Endodontics.** Vol 35, # 12.2009, pág. 1634

Berchelli, D. (2007). **Tratamiento de la Oclusión.** Editorial Masson: España.

Behar, D. (2008). **Metodología de la Investigación.** Editorial Shalom

Botero J, Bedoya E. (2010). **Determinantes del diagnóstico periodontal.** Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral.

Charagua, L (2014). **Prevalencia de traumatismos dentoalveolares en el postgrado de endodoncia. Universidad de carabobo periodo 2010 – 2013.** Documento disponible online:
<http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/681/lcharagua.pdf?sequence=1>

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). **Gaceta Oficial 5.453. (Extraordinario), del 24/03/2000.** Caracas: Ediciones Juan Garay

Del Perpetuo y otros (2017). **Relación entre la oclusión traumática y abfracciones; su rol en las afecciones pulpares.** Documento disponible online:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1870199X17300289>

European Society of Endodontology (2006). **Quality guidelines for endodontic treatment: consensus report of the European Society of Endodontology.** IntEndod

Figueroa, L. y Rojas, P. (2013). **Trauma oclusal y sus manifestaciones Periodontales.** Universidad Central de Venezuela: Caracas.

Gómez, E. y Fons, O. (2016). **La eficacia de las férulas oclusales en pacientes periodontales con trauma oclusal por apretamiento – bruxismo.** Unidad de

- Prostodoncia y Oclusión de la Facultad de Medicina y Odontología: España.
- Handelman, R. (2011). **Razones para realizar tratamiento de conductos en las clínicas odontológicas.** Revista Oral Mexicana.
- Henostroza, G (2009). **Lesiones Cervicales no cariosas.** Editorial Médica Panamericana
- Herrera (2014). **Comportamiento clínico del Sistema de Endodoncia Digital, Endox; como instrumento endodóntico para la localización apical y como coadyuvante en la desinfección de conductos radiculares en dientes anteriores.** Documento disponible online en:<http://docplayer.es/11817927-Universidad-latinoamericana-de-ciencia-y-tecnologia-ulacit-escuela-de-odontologia-tesis-para-optar-por-el-grado-de-licenciatura-en-odontologia.html>
- Hilú R. (2010).**El éxito en endodoncia.** Endodoncia. Argentina: Médica.
- Hurtado, J. (2012). **El proyecto de investigación. Comprensión holística de la metodología y la investigación.** 7ma. Ed. Ediciones Quirón: Caracas
- Ley del Ejercicio de la Odontología(1970).**Gaceta oficial de la República de Venezuela número 29.288**Caracas, lunes 10 de agosto de 1970
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946). **Concepto de Salud.** Documento disponible online: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Parella, S. y Martins, F. (2012). **Metodología de la Investigación Cuantitativa.** FEDUPEL: Caracas.
- Pérez, A. (2015). **Guía metodológica para anteproyectos de investigación.** 4ta. ed. Actualizada. FEDUPEL: Caracas.
- Pérez, V (2015). **Definición del sistema estomatognático.** Documento disponible online: <https://www.onsalus.com/definicion-de-sistema-estomatognatico-18591.html>
- Sabino, C. (2002). **El proyecto de investigación. Guía para su elaboración.** III Edición.EditorialEpísteme.
- Sencherman, G y Echeverri, E (1988). **Neurofisiología de la oclusión.** 2da Edición Editorial Monserrate.
- Sotelo, E. (2015). **Prevalencia de tratamientos de conductos en pacientes adultos de la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas.** Universidad de

las Américas.

Stock , C y Hartcourt, B (2016). **Importancia de los tratamientos de conductos**. Documento disponible online: www.publicacionesdidacticas.com

Tamayo y Tamayo. (2004). **El proceso de investigación científica**. Caracas: Editorial Limusa

Tuesta, N. (2016). **Prevalencia de tratamientos de conductos radiculares en piezas dentarias permanentes en la Clínica Estomatológica USS**. Universidad Señor de Sipán

Torabzadeh, H. y Asgary, S. (2013). **Indirect pulp therapy in a symptomatic mature molar using calcium enriched mixture cement**. USA: Elsevier Saunders

Vázquez y otros (2014). **Fracasos del tratamiento endodóntico en pacientes atendidos en el servicio de urgencias estomatológicas**. Documento disponible online: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2014/cmh142j.pdf>

Vieira, D (2015). **Lesiones cervicales no cariosas**. Documento disponible online: <https://www.propdental.es/desgaste-dental/atricion/>

Zorrilla, S (2003). **Introducción a la metodología de la investigación**. Aguilar León y Cal, Editores: México

ANEXOS

ANEXO A
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Operacionalización de variables

Describir la prevalencia de tratamientos endodónticos en los pacientes que asisten a la Clínica Integral III durante el periodo 2017-II				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR
Determinar la frecuencia según la edad y género de los pacientes con tratamiento endodóntico	Prevalencia de tratamientos endodónticos en pacientes	Hace referencia a las características en cuanto a sexo, frecuencia, factores etiológicos y patología pulpar diagnósticas en pacientes sometidos a tratamiento endodónticos o proceso a través del cual se puede recuperar un diente cuya pulpa está gravemente afectada ya sea por caries o por algún traumatismo, y de esta manera evitar su extracción o	Frecuencia	-Edad - Sexo
Identificar los factores etiológicos presentes en pacientes con tratamiento endodóntico			Factores Etiológicos	-Tipo de desgaste -Causa de la pérdida dentaria -Enfermedad periodontal -Pérdida de soporte periodontal -Afectación periapical -Movimiento de apertura y cierre -Movimientos excéntricos
Precisar la patología pulpar diagnosticada en los pacientes con tratamiento endodóntico			Tipo de patología pulpar	Pulpitis reversible Pulpitis irreversible asintomática Pulpitis irreversible sintomática Absceso periapical agudo Absceso periapical crónico Periodontitis apical Necrosis pulpar

Fuente: Romero y Sánchez (2018)

ANEXO B
GUÍA DE OBSERVACIÓN

Análisis Clínico y Radiográfico				Análisis Funcional				
Pérdida de Soporte periodontal		Afectación Periapical		Movimientos de Apertura y cierre		Movimientos Excéntricos		
Si	No	Presencia de Abscesos	Ensanchamiento del ligamento periodontal	Rotación	Traslación	Protrusivo	laterotrusivo	Retrusivo

Diagnóstico Pulpar y Periapical										
Patología Pulpar							Causas			
Pulpitis reversible	Pulpitis irreversible asintomática	Pulpitis irreversible sintomática	Absceso periapical agudo	Absceso periapical crónico	Periodontitis apical	Necrosis pulpar	Caries avanzadas	Restauraciones defectuosas	Yatrogenia	Procesos Infecciosos

