

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



**PROPUESTA DE INCLUSIÓN PARA LA REALIZACION DE
TRATAMIENTOS ENDODONTICOS CONVENCIONALES EN
DIENTES PERMANENTES CON APICES MADUROS EN
CLINICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**

Autor(es):

Cedeño Dailys

Rodríguez Francisco

Tutor:

Hernández Mayra

Urb. Yuma II, Calle N° 3, Municipio San Diego
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 871239



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

**PROPUESTA DE INCLUSIÓN PARA LA REALIZACION DE
TRATAMIENTOS ENDODONTICOS CONVENCIONALES EN
DIENTES PERMANENTES CON APICES MADUROS EN
CLINICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE**

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

Autor(es):

Cedeño Dailys

C.I. 19.789.580

Rodríguez Francisco

C.I. 24.173.205

Tutor(a): Hernández Mayra

San Diego, Junio 2017



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

PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO

PROPUESTA DE INCLUSIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE
TRATAMIENTOS ENDODONTICOS CONVENCIONALES EN
DIENTES PERMANENTES CON APICES MADUROS EN CLINICA
DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE.

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

1. 19.789.580

Dailys Thailyn Cedeno Montiel

2. 24.173.205

Francisco Antonio Rodriguez De Ponte

Tutor Propuesto: Od. Mayra Hernández

Firma: _____

Cédula de Identidad N° 16.771.384

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma


Sello

Fecha

22/06/2017

San Diego, Junio 2017



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

PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Cedeño Montiel	Dailys Thailyn	19.789.580
Dirección: Urb. Montaña Fresca sector Los Jabillos calle carrao casa J-70 Maracay Estado Aragua		Teléfono: (0414) 488-3277
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Índice Académico	10,46
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Cedeño Montiel, Dailys Thailyn	Teléfono: (0414) 488-3277
Título Del Trabajo: PROPUESTA DE INCLUSIÓN PARA LA REALIZACION DE TRATAMIENTOS ENDODONTICOS CONVENCIONALES EN DIENTES PERMANENTES CON APICES MADUROS EN CLINICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE.		
Breve Explicación: El objetivo principal de esta investigación es plantear la inclusion para la realizacion de tratamientos endodónticos convencionales en dietes permanentes con ápices maduros en CNA (2017 ICR) para de esta manera brindar la mejor ayuda a los pacientes odontopediátricos.		
Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: Sede de la Universidad "José Antonio Páez", San Diego, Carabobo		
Tiempo De Desarrollo: Marzo-Junio 2017 ICR		
Tutor Académico Propuesto: Od. Mayra Hernandez		

APROBADO: NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALACION, COORDINACION DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

Erna Warner [Firma] 22/06/2017
NOMBRE FIRMA FECHA

NOMBRE FIRMA FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA: _____



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

PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Rodriguez De Ponte	Franciso Antonio	24.173.205
Dirección: Urb. Los Overos Sur calle 6 manzana 5 casa# 25-11 Turnero Estado Aragua.		Teléfono: (0424) 309-9427
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Índice Académico	13,60
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Rodriguez De Ponte, Francisco Antonio	Teléfono: (0424) 309-9427
Título Del Trabajo: PROPUESTA DE INCLUSIÓN PARA LA REALIZACION DE TRATAMIENTOS ENDODONTICOS CONVENCIONALES EN DIENTES PERMANENTES CON APICES MADUROS EN CLINICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE.		
Breve Explicación: El objetivo principal de esta investigación es plantear la inclusion para la realizacion de tratamientos endodónticos convencionales en dietes permanentes con ápices maduros en CNA (2017 ICR) para de esta manera brindar la mejor ayuda a los pacientes odontopediátricos.		
Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: Sede de la Universidad "José Antonio Páez", San Diego, Carabobo		
Tiempo De Desarrollo: Marzo-Junio 2017 ICR		
Tutor Académico Propuesto: Od. Mayra Hernandez		
APROBADO: <input checked="" type="checkbox"/> NO APROBADO: <input type="checkbox"/>		

COMITÉ DE EVALACION, COORDINACION DE PASANTIAS Y TRABAJO

DE GRADO		
NOMBRE	FIRMA	FECHA
<u>Erny Weffer</u>	<u></u>	<u>22/06/2017</u>
NOMBRE	FIRMA	FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA: _____



ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, **Mayra Hernández**, portador (a) de la Cedula de Identidad N° **16.771.384**, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el (la) ciudadano(a) **Cedeño Dailys C.I 19.789.580, Rodríguez Francisco C.I 24.183.205**, titulado “PROPUESTA DE INCLUSIÓN PARA LA REALIZACION DE TRATAMIENTOS ENDODONTICOS CONVENCIONALES EN DIENTES PERMANENTES CON APICES MADUROS EN CLINICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE”, 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 ___ días del mes de ___ del año dos mil diecisiete.

(Firma autógrafa)

Mayra Hernández

C.I. 16.771.384



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y 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 “_____”, realizado por _____ C.I. _____, cursante de la carrera ODONTOLOGIA, 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: _____ (_____) PUNTOS.

Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Od. Mayra Hernández

C.I.: 16.771.384

Jurado

Nombre: Od. Erika González

C.I.: 17.171.133

Jurado

Nombre: Od. Sandra Rodríguez

C.I.: 11.364.446

Fecha: _____

DEDICATORIA

Primeramente este logro se lo dedico a Dios por permitirme iniciar mi sueño de estudiar Odontología y ayudarme a alcanzarlo.

A mis padres Luis y Daisy por siempre estar conmigo en todo momento hasta cuando quería renunciar. En especial a mi padre por siempre estar a mi lado y ser mi paciente.

A mi familia por siempre estar brindándome su apoyo en todo momento.

A los amigos incondicionales que esta carrera me permitió conocer Francisco Rodríguez, Karla Borges, Diana Estepa, Karina Sequera, Karelys, Mileydi.

A Erika González, Bianca López y Mayra Hernández por brindarme su apoyo y amistad incondicional.

Dailys Cedeño

Dedico este trabajo primeramente a **Dios** por permitirme vivir y hacer brillar tu luz sobre mí, iluminando mi camino y llenándome de bendiciones cada día. A la **Virgen de Fátima**, por siempre ser mi guía y madre del cielo, guiándome siempre.

A mi madre **Alicia De Ponte**, por siempre estar al pendiente de mis estudios, por ayudarme cada día más, gracias por tu apoyo, por tu cariño, amor, entrega, por siempre alentarme a seguir adelante, aun cuando veía el camino duro. Por ayudarme a conseguir a mis pacientes, que Dios y la Virgen bendigan siempre tu labor de madre. Te Amo, Mil gracias.

A mi padre **Silvestre Rodríguez**, que igual que mi madre siempre te mantuviste al tanto de mis estudios, ayudándome, apoyándome en todo y que cada vez que acudía a ti siempre estas allí presente para lo que sea. Te Amo, Mil gracias.

A mi hermano **Miguel** y mis primos **Jesús, Claudia** y **Mauricio**, gracias por su cariño, por su apoyo, su amistad, han sido mi estímulo en esta gran tarea, para darles un ejemplo a seguir en su futuro. Los quiero.

A mis abuelos **Francisco** y **Antonio**, que sé que me cuidan desde el cielo y mis abuelas **María** y **Adelaida**, gracias siempre por sus palabras, sus enseñanzas, sus ejemplos Por ser ejemplo de lucha y mucha admiración dejando su país de origen.

A todos mis **tíos(as)**, por estar siempre presente con su apoyo, aportando su pequeño granito de arena en mi formación, por ser mis pacientes y les doy las gracias por no recibir un no como respuesta, cuando acudía a ustedes. Gracias, los quiero.

A todos mis **Amigos**, a los de siempre y a los que fui conociendo en el trayecto de esta hermosa carrera. Gracias por su amistad, compañerismo, esfuerzo,

comprensión, que entre tantos tropiezos siempre nos levantamos y seguíamos adelante.

A todas aquellas personas que no logre nombrarlas, estaré siempre agradecido con ustedes.

A todos mil gracias.

Francisco Antonio Rodríguez De Ponte.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por darme la vida y por permitirme cumplir cada uno de los sueños y metas que he tenido, por brindarme salud y paciencia para no renunciar y siempre luchar por las cosas que quiero en la vida.

A mis padres por ser el motor de mi vida, sin ustedes no estaría donde estoy, gracias a ustedes soy quien soy en esta vida ¡MIL GRACIAS!

A mi abuela Elodia que es ese ser maravilloso que siempre me brinda su apoyo y me da esas palabras de aliento para no decaer ante nada.

A mis tíos Elvia, Elke y Modesto a ustedes gracias por el apoyo y estar siempre pendiente de mí.

A toda mi familia porque de alguna u otra forma estuvieron pendientes de mi a lo largo de esta carrera apoyándome.

A Erika González por ser una gran amiga, un maravilloso ser humano y una excelente profesora, brindándome su apoyo y ayuda incondicional cada vez que la necesite, por ser la Mama Odontológica y Adoptiva del TEAM BOOM, por nunca dejarme decaer ¡MIL GRACIAS! Te Quiero Mama Erikuchis.

A Francisco Rodríguez porque te conocí casi al final de esta carrera eres el mejor compañero de tesis, pasantías y mejor amigo del mundo que se puede tener. Gracias por el apoyo en todo momento. Gracias a Dios culminaremos esta meta juntos. ¡LO LOGRAMOS PLINCIPE FLANCHI!

A Karla Borges por ser mi otro pulmón, por el apoyo incondicional dentro y fuera de las clínicas, por las penas que en algún momento me hiciste pasar. ¡LO LOGRAMOS AMICHI!

A Yuscarly Hernández por estar presente a lo largo de este camino y por brindarme su apoyo y sus palabras para no dejarme decaer nunca. Gracias hermana.

A Karina Sequera, Karelys y Mileidy por brindarme su amistad y su apoyo incondicional muchachas mil gracias por siempre estar allí y no dejarme decaer.

A todas las personas que de alguna manera participaron y aportaron su granito de arena en mi lucha. A mis profesores en especial a Laura Milano por todas sus enseñanzas.

Dailys Cedeño

Gracias a **Dios** y la **Virgen Santísima** por ser mis guías espirituales y permitirme llegar hasta este momento, por iluminar mi camino para conseguir con ello un logro más en mi vida.

A mis padres **Alicia** y **Silvestre**, por ser mi motor cada día, por apoyarme desde el inicio que decidí estudiar esta carrera, por estar siempre pendiente de mí y también de mi hermano, que a pesar de las dificultades siempre salimos adelante como una gran familia. Gracias por ser mi ejemplo a seguir y de superación, y además por ser mi pilar y mi soporte.

A mi hermano **Miguel** y mis primos **Claudia**, **Jesús** y **Mauricio** por estar siempre cerca de mí, por esta grandiosa amistad que tenemos, por todos esos buenos momentos que vivimos cuando niños, todos los viajes, pillamadas, juegos, y que a pesar de las peleas, al rato ya todo seguí como si nada paso. Gracias por su cariño.

A mis abuelos **Antonio**, **Francisco**, **María** y **Adelaida** que nunca perdieron la esperanza en mí, por su apoyo, por sus palabras de aliento en los malos momentos, por sus enseñanzas y sus consejos que un abuelo siempre te da. Los quiero.

A mis tíos(as) **Tomas**, **Antonio**, **José**, **María**, **Manuel**, **Lorena**, **Cleo** y de manera especial a mi tías **Judith** y **Guiomar** por ser mis primeros pacientes, que siempre estuvieron dispuestas a ayudarme, gracias por su tiempo. Y además a mi tía **Carmen** por ser mi paciente en casi toda la carrera, gracias por tu tiempo, por soportarme en la clínica, por correr de un lado a otro para tomar una radiografía. Gracias a todos.

A mis amigos **Diana Estepa**, **María F. Molina**, **Alexandra Daniels**, **José Jiménez**, **África Moreno**, **Anakarerina Boscán**, **Karla Borges** y mi compañera de tesis **Dailys Cedeño**, gracias por brindarme su amistad, su compañerismo, por

disfrutar conmigo cada uno de los momentos de la vida universitaria, por preocuparnos y estresarnos juntos por el otro y siempre estar pendiente del otro de manera especial en las clínicas, somos una gran familia y siempre contarán con mi ayuda y apoyo También agradezco a mis nuevos amigos que poco a poco los fui conociendo no en la universidad, sino en la iglesia. . ¡Gracias Amigos!

Mis profesores en especial a la Od. **Erika González**, por ser ese motor que me impulso en aquel momento de debilidad, por siempre apoyarme y decirme “Vamos Fran que tú puedes”, hoy día agradezco por esas palabras, gracias por portar ese pequeño granito de arena en mi formación universitaria. Por ser constante y que además se ser mi profesora, también eres una gran amiga y colega. A mi tutora de tesis Od. **Mayra Hernández** que gracias a su guía y compromiso hoy llegamos a feliz término de este gran trabajo, fruto de nuestro esfuerzo. También por haberme dado la bienvenida a mi primera Clínica del Niño y del Adolescente, por enseñarnos el trato hacia el paciente y muchas otras grandes cosas. También agradezco a todos aquellos profesores que formaron parte de mi educación y formación, los respeto mucho y que a pesar de las dificultades, son excelentes profesionales. Gracias a ustedes.

A mis pacientes, quienes me permitieron la oportunidad de poner en práctica todos mis conocimientos, por ser amables, comprensivos y agradecidos con todos los procedimientos que lleve a cabo.

Francisco Antonio Rodríguez De Ponte.

INDICE

RESÚMEN INFORMATIVO	pp. xvii
INTRODUCCIÓN	18
CAPÍTULO	
I EL PROBLEMA	20
1.1 Planteamiento del Problema	20
1.1.1 Formulación del Problema	22
1.2 Objetivos de la Investigación	23
1.2.1 Objetivo General	23
1.2.2 Objetivos Específicos	23
1.3 Justificación de la Investigación	23
II MARCO TEÓRICO	25
2.1 Antecedentes de la Investigación	25
2.2 Bases Teóricas	29
2.3 Antecedentes Legales de la Investigación	45
2.4 Definición de términos básicos	48
III MARCO METODOLÓGICO	51
3.1 Tipo de Investigación	51
3.2 Diseño de Investigación	51
3.3 Población y Muestra	52
3.4 Técnicas de Recolección de Datos	53
IV ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	55
4.1 Presentación de Resultados	55
4.2 Interpretación de Resultados	55
V LA PROPUESTA	64
5.1 Objetivos de la Propuesta	64
5.2 Estructura de la Propuesta	65
Conclusiones	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	56
Gráfico N° 2	57
Gráfico N° 3	58
Gráfico N° 4	59
Gráfico N° 5	60
Gráfico N° 6	61
Gráfico N° 7	62
Gráfico N° 8	63



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

**PROPUESTA DE INCLUSIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE
TRATAMIENTOS ENDODONTICOS CONVENCIONALES EN DIENTES
PERMANENTES CON APICES MADUROS EN CLINICA DEL NIÑO Y DEL
ADOLESCENTE.**

Autor (a): Cedeño, Dailys C.I. 19.789.580

Autor (a): Rodríguez, Francisco C.I. 24.173.205

Tutor: Hernández Mayra

Fecha: Junio, 2.017.

RESUMEN INFORMATIVO

El presente trabajo de investigación trata sobre la necesidad de establecer una propuesta de inclusión para la realización del tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros en la Clínica del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez, brindando herramientas preventivas para el abordaje y manejo de las situaciones de los pacientes durante la consulta odontológica para la consecución de resultados exitosos en la aplicación de los tratamientos. Su objetivo general es plantear la inclusión para la realización de tratamientos endodónticos convencionales en dientes permanentes con ápices maduros en clínica del niño y del adolescente Periodo 2017-ICR. La población de docentes en el área de Clínica del Niño y del Adolescente de la carrera de odontología, la muestra esta está conformada por 12 docentes de esta área clínica de odontología de la Universidad José Antonio Páez, Estado Carabobo. Es una investigación de campo. Finalmente se puede concluir que existen pacientes menores de 18 años de edad con necesidad de tratamiento endodóntico, en dientes permanentes con ápices maduros que asisten a la Escuela de Odontología de la universidad José Antonio Páez (UJAP). Sin embargo, es importante tener presente que en alguno de los pacientes odontopediátricos se necesita este tratamiento para así recuperar la función y prolongar la presencia de los primeros molares permanentes en la cavidad oral. Por ello, el estudio radiográfico es necesario para realizar un buen diagnóstico y, por consiguiente, un buen tratamiento. Por lo tanto es conveniente y recomendable la inclusión de este grupo de pacientes en la Clínica del Niño y del Adolescente

Descriptor: Endodoncia, primeros molares, compromiso pulpar, inclusión.

INTRODUCCION

La caries dental la definió La Organización Mundial de la Salud (OMS) como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades.

Según estudios realizados, la caries dental es más frecuente en persona de 5 a 14 años de edad y las unidades dentales más sensibles a la aparición de caries dental son los primeros molares, los cuales están en relación directa con la compresión de los alimentos y su compactación. En conjunto con otros factores etiológicos de la caries dental, que prevalecen en pacientes pediátricos, tales como, higiene bucal deficiente por técnica de cepillado realizada inadecuadamente o alto consumo de azúcares, estos primeros molares se encuentran visibles en la cavidad oral a temprana edad, por lo que se evidencia que los niños tienen mayor probabilidad de contraer caries dental.

En este sentido, la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez (UJAP), así como también otras universidades del país, han sido una pieza fundamental en el desarrollo de este programa de prevención y tratamiento, debido a que estas han suministrado servicios de salud bucal a pacientes de bajos recursos en su mayor parte, influyendo de manera positiva ante la acción de disminuir la incidencia de caries en la población infantil venezolana.

No obstante, en la Universidad José Antonio Páez (UJAP), existe una población formada por pacientes menores de 18 años que presentan caries dentales profundas en los primeros molares permanentes con ápices maduros que requieren de tratamiento endodóntico convencional. Esta condición según el pensum de estudios, corresponde a ser tratada en la clínica integral del adulto debido al tratamiento

requerido, pero resulta contradictorio que, según las leyes de la universidad, los pacientes menores de 18 años deben ser atendidos en la clínica del niño y del adolescente, área en la cual no se realizan tratamientos endodónticos convencionales en dientes permanentes con ápices maduros.

Ante estas circunstancias, se planteó demostrar la necesidad de establecer una propuesta de inclusión para la realización del tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros en la Clínica del Niño y del Adolescente de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez 2017-1CR, pues es indispensable para el manejo de posibles eventualidades y no permitir que en los infantes se manifiesten traumas y situaciones desagradables que en un futuro entorpezcan su relación con el profesional y con la consulta odontológica.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

La salud es uno de los elementos más relevantes para el desarrollo de una mejor calidad de vida. Dicho concepto es definido por la Organización Mundial de la Salud (1948) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 100). En este sentido, la importancia de la salud reside en permitir que el organismo de una persona, mantenga buenos estándares de funcionamiento y pueda así realizar las diferentes actividades que están en su rutina diaria.

En ese mismo sentido la salud bucodental es fundamental para así poder gozar de una buena salud y una buena calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud (2016) la define como:

La ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.

Bajo esta perspectiva, se ha propuesto que la percepción de la salud bucodental guarda relación con la calidad de vida y con la salud en general debido a que se ha estudiado que las alteraciones que se presentan en boca comprometen el bienestar funcional, social, y psicológico de los pacientes, lo que se supone tiene un efecto en su calidad de vida. La salud bucodental en dichos pacientes, debe ser entendida no solo como la presencia o no de patologías bucales, sino como la percepción que éstos tienen sobre su boca que le permita cambios de actitudes más saludables.

En relación con el primer molar permanente se sabe que generalmente son los primeros dientes permanentes que acompañan a la dentición primaria en la boca de un niño, transformando con su presencia la dentición primaria en mixta. Estos erupcionan generalmente a los 6 años de edad cronológica. Su destrucción parcial o total repercute de manera importante en el desarrollo y crecimiento maxilofacial y, por lo tanto, en la función masticatoria. Por otra parte, su rehabilitación se dificulta y requiere de tratamientos más especializados y de mayor costo.

Cabe agregar que el primer molar permanente tiene una gran importancia en tanto que determina el patrón de masticación durante toda la vida. Juega un papel trascendente al realizar la mayor parte del trabajo de masticación de los alimentos. Es el diente que se pierde con mayor frecuencia en personas menores de 15 años de edad, y las secuelas de esta situación incluyen migración mesial, sobre erupción, contactos prematuros, problemas de guías dentarias, pérdida ósea, desordenes de la articulación temporomandibular, entre otros problemas.

Además debido al descuido o a la falta de una buena higiene bucal y el no asistir a una consulta odontológica regularmente, se van haciendo visibles ciertas patologías bucales en la cavidad oral de los pacientes, la más conocida es la caries dental. Gilberto Henostroza (2007) define a la caries dental como:

Una enfermedad infecciosa y transmisible de los dientes, que se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados, debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta. Como resultado, se produce la desmineralización de la porción mineral y la subsecuente desintegración de la parte orgánica, fenómenos distintivos de la dolencia.

En cuanto a la atención que ofrece la Universidad José Antonio Páez (UJAP), a través de las clínicas del niño y del adolescente en la cual asisten pacientes que presentan caries avanzada en los primeros molares permanentes, donde radiográficamente se observa que dichos dientes presentan ápice maduro. Tomando

eso en consideración el protocolo a seguir sería el tratamiento endodóntico convencional.

En lo anteriormente expuesto se puede observar que los objetivos que se deben cumplir dentro de las clínicas del niño y del adolescente no son tomados en consideración la realización de dichos tratamientos excluyendo a los pacientes que asisten a la consulta odontológica, observando el “abandono” de estos pacientes ya que estos tratamientos son considerados como un objetivo que se realiza dentro de las clínicas del adulto. Y cuando estos pacientes son referidos a las clínicas del adulto, los pacientes no son aceptados en la clínica del adulto debido a su corta edad y capacidad de cooperar.

Además se han realizado estudios en las Clínicas del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez (UJAP), en el cual existe una incidencia y una prevalencia donde a través de los estudios anteriormente realizados se pudo observar que estos pacientes no poseen la debida atención ya que no son ubicados en una clínica como tal para ser atendidos y así poder restaurar su salud bucal.

Es por ello que la presente investigación pretende dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Se podrá establecer la cantidad de pacientes que requieren tratamientos endodónticos convencionales en dientes permanentes con ápices maduros en la Clínica del Niño y del Adolescente?
- ¿Se podrá analizar la situación de atención en que se encuentran actualmente los pacientes que requieren tratamientos endodónticos convencionales en dientes permanentes con ápices maduros en Clínica del Niño y del Adolescente?

- ¿Se consideraría la sugerencia en la Clínica Del Niño y del Adolescente III la inclusión de los pacientes que requieren tratamientos endodónticos convencionales en dientes permanentes con ápices maduros?

1.2 Objetivos de la Investigación.

1.2.1 Objetivo General

Plantear la inclusión para la realización de tratamientos endodónticos convencionales en dientes permanentes con ápices maduros en clínica del niño y del adolescente (periodo 2017-1CR).

1.2.2 Objetivos Específicos

- Establecer la cantidad de pacientes que requieren tratamientos endodónticos convencionales en dientes permanentes con ápices maduros en la Clínica del Niño y del Adolescente.
- Analizar la situación de atención en que se encuentran actualmente los pacientes que requieren tratamientos endodónticos convencionales en dientes permanentes con ápices maduros en Clínica del Niño y del Adolescente.
- Sugerir en la Clínica Del Niño y del Adolescente III la inclusión de los pacientes que requieren tratamientos endodónticos convencionales en dientes permanentes con ápices maduros.

1.3 Justificación

Considerando las adversidades y teniendo en cuenta la edad, ya que implica factores tanto legales como psicológicos, los niños y adolescentes son un grupo de pacientes importantes en número y demanda de atención odontológica en nuestro país, esto se hace evidente en la Facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, centro asistencial referencial de la Región Central, quien en

concordancia con los principios y lineamientos establecidos por los distintos organismos nacionales e internacionales cuenta con el servicio de Clínica del Niño y del Adolescente.

Asistir a una conducta de odontología puede desencadenar en el paciente una serie de emociones, reacciones somáticas, manifestaciones conductuales, que lejos de contribuir a su bienestar altera su organismo, dificulta el logro de los objetivos planteados por el especialista. Este aspecto cobra especial relevancia en los niños (as), quienes requieren adaptarse a la consulta, colaborar con el tratamiento, sentando las bases para un comportamiento positivo en las posteriores visitas.

Los primeros molares permanentes erupcionan alrededor de los 6 años de edad, convirtiéndose en el pilar fundamental de la cavidad bucal, masticación así como también de la fonética; además de formar parte de la clasificación de las llaves de oclusión propuesta por Andrews. Durante el recambio dentario las fuerzas oclusales recaen sobre este, gracias a estos al momento de su completa erupción ellos ayudan a la alineación de las demás unidades dentarias dentro de ambas arcadas.

En ese mismo sentido, ellos se encuentran más vulnerables y susceptibles a las caries por su morfología y a su vez son las unidades dentarias permanentes que más tiempo se mantienen en la cavidad oral, la pérdida de ellas afecta considerablemente el aparato estomatognático.

No obstante dicha población de pacientes no son atendidos dentro de la clínica del niño y de adolescente, ya que no cuentan con la mayoría de edad para ser atendidos por la Clínica Integral del Adulto y, la Clínica del Niño y del Adolescente esta avocada principalmente a terapias en dentición decidua, cuando ellos tienen mayoritariamente dientes permanentes, con lo cual quedan casi siempre desatendidos.

Dicha desatención de esta población, la hace vulnerable a diversas patologías buco-dentales, en perjuicio de la ética y la responsabilidad a la que están llamadas sea

cual fuese el área de la salud que esté involucrada, lo cual invita a la revisión profunda de esta situación.

El presente estudio, es importante ya que pone en evidencia el déficit y la calidad de atención de los pacientes que asisten a la Clínica del Niño y del Adolescente y que ameritan tratamientos endodónticos convencionales en dientes permanentes con ápices maduros, afectando a su vez los valores educativos, profesionales y éticos que promueve nuestra casa de estudio.

1.4 Delimitaciones

Este trabajo de investigación tiene como propósito emplearse en la Clínicas del Niño y del Adolescente de la Universidad José Antonio Páez, ubicada en San Diego Estado Carabobo.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

Incidencia de pacientes menores de 18 años de edad con necesidad de tratamiento endodóntico, en dientes permanentes con ápices maduros que asisten a la escuela de odontología de la universidad José Antonio Páez, periodo 2015III CR.

Autor(es): Caldas Cristhian, Cañizales Omar (2016).

El propósito de la investigación es evidenciar que existe una incidencia de pacientes menores de 18 años de edad con necesidad de tratamiento endodóntico, en dientes permanentes con ápices maduros que asisten a la escuela de odontología de la universidad José Antonio Páez (UJAP), La presente tesis se trata de una investigación descriptiva con modalidad de campo, no experimental transversal, Para la recolección de datos se apoyó en el plan de tratamiento y actividades realizadas de las historias clínicas que fueron investigadas y encuestas se utilizó la técnica de observación directa. Se tomó una población de 162 pacientes de los cuales se obtuvo una muestra de 4 pacientes menores de 18 años con necesidad de tratamiento endodóntico. Finalmente se puede concluir que existen pacientes menores de 18 años de edad con necesidad de tratamiento endodóntico, en dientes permanentes con ápices maduros que asisten a la escuela de odontología de la universidad José Antonio Páez (UJAP), periodo 2015III CR. Por lo tanto es conveniente y recomendable la inclusión de este grupo de pacientes en la clínica del niño y del adolescente VII.

Mediante lo anteriormente expuesto se puede decir que dicha investigación se realizó de manera que sean tomados en cuenta dichos pacientes ya que al no ser

atendidos entra en riesgo la permanecía de dicho diente afectado por caries en la cavidad oral y puede influir en la proliferación de una patología pulpar más avanzada.

Por ello se sugiere que dicho tratamiento sea incluido para así mejorar la salud bucal de los pacientes.

Prevalencia de primeros molares permanentes con ápices cerrados que ameritan tratamiento endodóntico convencional en niños y adolescentes que acuden a la universidad José Antonio Páez (periodo lectivo 2015-3)

Autor(es): Mavarez Caruci, Jessica Alejandra (2016).

El objetivo del presente trabajo investigativo, fue establecer la prevalencia de primeros molares permanentes con ápices cerrados que ameritan tratamiento endodóntico convencional en niños y adolescentes que acuden a la Universidad José Antonio Páez, periodo lectivo 2015-3. Para ello, este estudio se fundamenta en un tipo de investigación descriptiva con modalidad de campo, con un diseño transversal, donde la población estuvo integrada por 1462 pacientes atendidos en las Clínicas del Niño y el Adolescente en el período lectivo 2015-3, seleccionando una muestra de 192 sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión asignados; como técnica de recolección se empleó la observación, guía de observación, previamente validada por panel de tres expertos. Los resultados, expresaron que de 768 primeros molares permanentes con ápices cerrados, el 2% requiere endodoncia convencional, así como prevalencia de la edad 10 años, género masculino y primer molar permanente con necesidad de tratamiento endodóntico convencional más afectado Ud.36. Teniendo en cuenta la muestra estudiada, en el periodo lectivo 2015-3 no se muestra una gran prevalencia de primeros molares permanentes que requieran tratamiento endodóntico convencional; sin embargo, es importante tener presente que en alguno de los pacientes odontopediátricos se necesita este tratamiento para así recuperar la función y prolongar la presencia de los primeros molares permanentes en la cavidad oral. Por ello, el estudio radiográfico es necesario para realizar un buen diagnóstico y, por consiguiente, un buen tratamiento.

Mediante dicha investigación se debe tomar en consideración el examen clínico acompañado del examen radiográfico en donde se evidencia la afectación de la cámara pulpar del primer molar permanente con ápices maduros para así poder determinar el diagnóstico y la realización del tratamiento endodóntico convencional en el paciente odontopediátrico ya que por su corta capacidad de cooperar no puede ser atendido en una clínica integral pero a su vez no es atendido en la clínica del niño y el adolescente por ello se recomienda tomar en consideración dicha prevalencia para que así pueda ser atendido en el área de clínica del niño y el adolescente.

Frecuencia de caries y pérdida prematura de primeros molares permanentes en la academia internacional bilingüe la Bretaña septiembre octubre 2012.

Autor(es): Camacho Silvia Patricia (2012).

Los primeros molares permanentes erupcionan aproximadamente a los 6 años, convirtiéndose en el pilar fundamental de la cavidad bucal, siendo también el instrumento principal de la masticación, esto debido a que mientras se da el recambio de las piezas temporales estas bajan su utilidad y durante este lapso de tiempo la función masticatoria recae directamente sobre el primer molar permanente. Estas piezas además constituyen el cimiento sobre el cual toman su posición en la arcada dentaria los demás dientes, son muy susceptibles a la caries debido a su morfología y a que son las piezas definitivas que más tiempo permanecen en boca, la pérdida de las mismas producirá notables efectos adversos en el sistema estomatognático. Es por ello que el objetivo de esta investigación es la que se identificó el porcentaje de primeros molares permanentes perdidos o cariados y las consecuencias que esto produce en la cavidad oral con el fin de sugerir medidas preventivas y de educación para evitar la destrucción o pérdida del mismo. Este estudio fue estadístico, con un enfoque cuantitativo en relación a la presencia de caries en el primer molar permanente o la ausencia del mismo en boca. El universo fue de 236 alumnos de la

Academia Internacional Bilingüe la Bretaña, de los cuales tomamos una muestra de 158 personas que cumplían con los criterios de inclusión. Entre los resultados destaca que las alumnas de la institución son más afectadas que los alumnos por caries, la edad en la que se presenta mayoritariamente la lesión cariosa es a los 10 años en ambos géneros, la pieza más afectada por caries así como por pérdida prematura es la pieza # 36 que corresponde al maxilar inferior, además debemos destacar el hecho de que la pérdida prematura de la pieza # 6 no es muy frecuente.

En el estudio de esta investigación se determina la importancia del primer molar permanente ya que al momento de su erupción él sirve de guía o referencia para comenzar con el recambio dentario de las futuras piezas dentarias por ello al momento del recambio es muy importante en la cavidad oral ya que las fuerzas masticatorias recaen sobre él a su vez su morfología lo hace de difícil acceso para la realización de la técnica de cepillado contribuyendo a la formación de caries dental que avanza por el cumulo de alimentos y saliva por ello es importante mantener y enseñar una buena técnica de cepillado e higiene oral para evitar la proliferación de caries del primer molar permanente y así evitar la pérdida prematura.

2.2 Bases Teóricas

Los tejidos que conforman tanto los dientes temporarios, primarios o deciduos como los dientes permanentes se forman por un proceso continuo y complejo denominado: odontogénesis, la cual se inicia en la sexta semana de vida intrauterina y se lleva a cabo básicamente en dos fases que son: Morfogénesis o morfodiferenciación e Histogénesis o citodiferenciación. La primera es el proceso de formación del patrón que constituirá la corona del diente y luego la formación del patrón que constituirá la raíz dentaria. Mientras que, la segunda es el proceso de formación de los tejidos dentarios: el esmalte, la dentina y la pulpa a partir de los patrones de la corona y la raíz dentaria. Donde se puede señalar que, ambas fases se dan de forma continua y en algún punto se llevan a cabo al mismo tiempo, de ellas el

proceso de formación del patrón de la corona dentaria es uno de los procesos más importantes y complejos de la odontogénesis.

Desde un punto de vista embriológico la dentición humana proviene de dos de las tres capas germinales originarias, el ectodermo y mesodermo, junto con la contribución de la cresta neural. “El inicio de la formación de estas estructuras comenzaría alrededor de las 4 semanas de gestación” (Mjor, 1973, p.97). Las células de la cresta neural migrarán desde los bordes de la placa neural hasta los procesos faciales y los arcos branquiales, dando lugar en estas localizaciones al ectomesénquima, que será un tejido con un papel fundamental en el desarrollo de las estructuras dentarias

Estas células, en su interacción con las estructuras circundantes, llevan a la proliferación y engrosamiento del epitelio, dando lugar a la banda epitelial primaria (interacción epitelio-mesénquima). Ésta se constituirá como una banda continua de epitelio engrosado que se sitúa en la región que servirá de precursora a las arcadas dentarias.

El origen, por tanto, de los diferentes tejidos dentarios está tanto en el mesodermo y la cresta neural (dando lugar a la papila dental y consecuentemente a odontoblastos, cementoblastos y fibroblastos), como en el ectodermo (que llevará a la formación del órgano del esmalte y los ameloblastos) (Mjor, 1973,p.17)

A partir de esto se comienza a formar el órgano dental a través de diferentes procesos en el cual se parte desde: la lámina dental, el estadio de brote, el estadio de casquete y por último el estadio de campana.

2.2.1 Morfología del primer molar permanente.

Primer molar superior permanente.

Esta pieza dentaria erupciona a los 6 años, presentando una corona cuboide y mayor dimensión sentido vestíbulo-palatino y menor dimensión mesio-distal. Su cara oclusal presenta 4 cúspides orientadas de la siguiente manera: mesio-vestibular, disto-

vestibular, mesio-palatino y disto-palatino, en el 80% de los casos se presenta una eminencia de menor tamaño llamada tubérculo de Carabelli. Es considerado el diente clave de la oclusión dental y el pilar para mantener la longitud del arco dentario en el proceso de exfoliación de la dentición decidua.

Siguiendo el orden de ideas el primer molar superior permanente posee 3raíces muy fuertes, dos vestibulares (mesio-vestibular y disto-vestibular) y una palatina, además se encuentran en estrecha relación con el seno maxilar. Su cámara pulpar tiene la misma forma exterior del diente; generalmente posee tres conductos radiculares, uno para cada raíz, con la particularidad que se pueden llegar a encontrar hasta dos conductos en la raíz mesio-vestibular.

Primer molar inferior permanente.

Al igual que el molar superior, también erupciona a los 6 años de edad, la forma de su corona es cuboide, es de mayor dimensión mesio-distal que vestibulo-lingual. Presenta cinco cúspides las cuales tres son vestibulares y dos son linguales y el eje longitudinal de la corona se encuentra inclinado hacia lingual. Presenta dos raíces una mesial y otra distal. En su configuración internan encontramos que la raíz mesial presenta dos conductos radiculares (mesio-vestibular y mesio-lingual) y la raíz distal un conductos radicular.

2.2.2. Importancia del primer molar permanente

El primer molar permanente comienza su calcificación en la semana 25 de vida intrauterina. Desde este momento podemos comenzar con el cuidado de esta pieza dentaria vigilando cuidadosamente el régimen alimenticio de la mujer embarazada. Alrededor de los 5 años de edad se ve la calcificación radicular de los incisivos y los primeros molares permanentes, observándose a los 6 años el brote o

erupción en boca de estos últimos. Esta se da por detrás de las arcadas temporarias en ambos maxilares sin la exfoliación de ninguna pieza dentaria. Este proceso confunde a la mayoría de las madres quienes no hacen distinción entre ambas denticiones, restándole la importancia que se merece el primer molar permanente y trae, como consecuencia, la pérdida de manera temprana de dicha pieza.

Desde los 6 años hasta los 12 constituyen la base de la estructura bucal, siendo el instrumento principal de la masticación, ya que el resto de las piezas dentarias sufren el proceso de transición o recambio, limitando su participación en dicha función.

El primer molar es considerado “la llave” de la oclusión, o llave de Angle. En sentido anteroposterior, la relación molar entre piezas antagonistas permanentes puede presentar tres alternativas de acuerdo con el plano imaginario que une la cara distal de ambos segundos molares temporarios, conocido como plano postlácteo.

En normo-oclusión o Clase I de Angle puede aparecer un plano postlácteo recto, el cual predice una erupción cúspide a cúspide de los primeros molares permanentes; cuando el inferior se ubica por distal del superior, conocido como escalón distal, lleva a una distorrelación o Clase II de Angle; y en mesio-oclusión o Clase III de Angle el molar inferior aparece adelantado con respecto al superior, conocido como escalón mesial. De esta manera se ve la importancia del papel que juegan las piezas dentarias temporarias para mantener el espacio y lograr una correcta alineación tridimensional de sus sucesoras y la necesidad de mantenerlas en boca la mayor cantidad de tiempo posible. Tanto las caries proximales como la ausencia misma de temporarios generaran alteraciones en la relación intermaxilar provocando una oclusión patológica.

El primer molar permanente es el diente que se pierde con mayor frecuencia entre los 12 y los 18 años de edad. Los inferiores son los más susceptibles a contraer caries. Esto se debe a:

1. Son los primeros en erupcionar: generalmente las piezas de la mandíbula aparecen antes que las del maxilar. De esta manera, se encuentra expuesta por más tiempo al medio bucal, un medio ácido desfavorable para la mineralización dentaria.
2. Su morfología y anatomía: amplia superficie oclusal con 5 cúspides separadas por surcos que hacen más favorable la colonización bacteriana y más difícil el barrido mecánico del cepillado.
3. La ley de gravedad: lógicamente el alimento tiende a depositarse en la mandíbula como resultado de la ley de gravedad permaneciendo por mayor tiempo que en el maxilar.
4. Mayor frecuencia en el lado derecho: debido a la falta de destreza de los niños en el manejo del cepillo dental. Aquellos que lo toman con la mano derecha olvidan cepillar dicho lado de las arcadas dentarias.
5. Disminución de la función local.
 - a. La extracción de la pieza dentaria genera alteraciones en el crecimiento óseo del maxilar y la mandíbula.
 - b. Al no existir un molar, toda la masticación recae sobre el lado contralateral, provocando alteraciones en la estructuras de sostén y disminuyendo hasta un 50% la eficacia masticatoria. Ya con la presencia de una caries en una muela, el empaquetamiento de comida hace que al niño le duela y lleve el bolo alimenticio hacia el otro lado. Entre las alteraciones que van a afectar a la mandíbula, encontramos: en el lado con el cual se mastican los alimentos se genera engrosamiento y aumento del tamaño del cóndilo; en el lado contrario

a la masticación el cóndilo se verá más pequeño, la mandíbula crecerá más en sentido longitudinal y se correrá hacia aquí la línea media.

6. Habrá un desgaste oclusal desigual.
7. Erupción continuada de los dientes antagonistas
 - a. Extrusión de diente antagonista. Es más común ver la continúa erupción de los molares superiores con pérdida de los inferiores. Muchas veces el proceso alveolar acompaña dicha extrusión haciendo aún más difícil la rehabilitación protésica por ausencia de espacio interoclusal. Generalmente se da un desplazamiento de la línea media hacia el lado donde se produjo la pérdida.
8. Desórdenes de las ATM El cuadro 1 muestra la fisiopatología de los trastornos temporomandibulares. Por lo que vimos anteriormente, podemos concluir en que la pérdida del primer molar puede provocar cualquiera de estas alteraciones, desde generar una clase II molar, una interferencia protusiva por la mesialización del segundo molar, o una disminución en la dimensión vertical, entre otras.

Las medidas preventivas que podemos implementar para mantener en salud el primer molar permanente o para evitar secuelas, en caso de su ausencia, serían:

- Educación en higiene bucal. Asesoramiento dietético a la madre desde el momento del embarazo. Enseñanza de higiene y cepillado al niño por parte de sus padres y del odontólogo. Incorporar el hilo dental como elemento interdentario, ya que de no utilizarlo estaremos higienizando solo un poco más del 50% de las piezas dentarias y no la totalidad de las mismas.
- Acudir al odontólogo cada 6 meses.
- Preservar piezas dentarias temporarias. Como vimos anteriormente, estas piezas determinan el lugar de erupción del primer molar permanente. Es

importante que los padres entiendan que esta erupción se da por detrás de la arcada temporaria sin la pérdida de ningún “diente de leche”. Además, los temporarios dirigen el recambio de piezas dentarias y constituyen el soporte oclusal para que ello se produzca.

- Colocación de selladores. Es aconsejable su colocación en surcos con una profundidad mayor a 0,5mm. Esto evitaría el alojamiento bacteriano, pudiendo removerse por medio del cepillo dental.
- Topificaciones con barniz de FNa al 5%, 22600 ppm de fluoruro para favorecer la mineralización en el proceso de desmineralización-remineración que sufren las piezas dentarias. Además por el efecto antibacteriano que ejerce el flúor mediante su carga negativa.
- Mantenedores de espacios: removibles y fijos, tanto en la ausencia de dientes temporarios, como en los permanentes. En estos últimos, para favorecer una adecuada rehabilitación protésica.
- Ortodoncia preventiva e interceptiva. Para corregir o evitar la extrusión de piezas antagonistas, impedir la mesialización o correr el segundo molar al espacio del primero, evitar el movimiento de piezas anteriores a la pérdida, etc.
- Programas de salud bucal comunitarios.

Hasta el momento parece no existir una terapéutica adecuada para reemplazar la pérdida del primer molar permanente. Por esto se torna extremadamente importante la aplicación de medidas preventivas.

Para encarar una rehabilitación debemos considerar factores: biomecánicos, periodontales, estéticos y económicos y, de igual manera, la satisfacción de las expectativas del paciente.

Si la pérdida se da varios años antes de la erupción del segundo molar permanente, este puede desviarse hacia mesial y colocarse en posición aceptable, aunque su inclinación puede ser mayor a lo normal. La presencia del tercer molar puede influir o no en la desviación mesial del segundo para guiarlo hacia adelante y en posición correcta.

Después de la erupción del segundo molar permanente, se sugiere un tratamiento ortodóncico, donde debemos evaluar si el paciente necesita corregir algún otro sitio de las arcadas, si se quiere mantener el espacio para una rehabilitación protésica, o si se desea llevar este molar hacia mesial para ocupar la posición del primero. Hay que tener en cuenta que la ortodoncia con aparatología fija se aplica en diente con completa formación radicular.

Hace unos años era la prótesis parcial fija (póntico) quien trataba de suplir la función de dicha pieza. Este requería el desgaste de piezas dentarias vecinas en buen estado, razón por la que perdió vigencia, además de necesitar una escasa o nula inclinación de las piezas pilares.

En la era de la implantología, se podría considerar como la mejor opción colocar un mantenedor de espacio en la posición del primer molar permanente y esperar el desarrollo del niño hasta que se pueda realizar una prótesis parcial fija implanto soportada. Sin embargo, de esta manera, se ve cómo se mantiene el espacio en sentido mesio-distal pero se pierde rápidamente el hueso en sentido vestibulo-palatino/ lingual, limitando a esta estrategia como medida terapéutica.

Tomando en cuenta lo expresado en párrafos anteriores, se puede decir que, el primer molar permanente es la primera pieza permanente en presentar evidencias de calcificación al nacer, la cual se realiza desde vertientes de las futuras cúspides hacia la base de ellas. Esto hace que los puntos y fisuras, que son las zonas más retentivas

de placa bacteriana, sean las últimas en calcificar, por lo que son más susceptibles a caries y por la importancia que tiene el primer molar permanente, el odontólogo general debe conocer las características normales que presentan respecto a su formación, calcificación y relación de oclusión, para así poder tratar las alteraciones que se manifiestan en estos molares.

Ahora bien, cuando el primer molar permanente erupciona, lo hace presentando una incompleta maduración del esmalte, la cual termina 2 años después de su erupción, gracias a la acción de la saliva y el término de formación radicular se completa entre los 3 y 4 años después de su erupción en la cavidad oral. Es por ello que, durante este periodo formativo, los tratamientos deben ser conservadores, orientados hacia el mantenimiento de la vitalidad pulpar y vaina de Herwig para permitir la terminación y formación de la raíz, además de la deposición de dentina a nivel de las paredes dentinarias que fortalecerá las raíces disminuyendo el riesgo de fracturas en el futuro.

Es preciso señalar que, estas unidades dentarias tienen una anatomía compleja, con cúspides, surcos y fosas que permiten la retención del biofilm y, por esto, presentan alto riesgo de formación de caries siendo las superficies oclusales las más afectadas, ya que, la cara vestibular de los molares inferiores definitivos y la cara palatina de los molares superiores definitivos son, particularmente, susceptibles al ataque de la caries por presentar una fosa en aquel sector.

Por tal motivo, el primer molar permanente se considera importante porque:

- Representa el 50% de la eficacia masticatoria.
- Sirve de guía de erupción y posición para el resto de la serie molar.
- Produce el segundo levante fisiológico de la oclusión.
- Considerado por Angle como una de las llaves de la oclusión.
- Mantiene la dimensión vertical (Barrios, 2006,97).

No obstante, estas piezas tienen alto riesgo de caries, principalmente, durante los dos primeros años luego de su erupción, sumado, además, a la compleja anatomía que presenta esta unidad dentaria, el desconocimiento de los padres de que es una unidad dentaria definitiva y a los 6 años de edad, los niños no son conscientes de la importancia del cepillado tampoco tienen la capacidad motriz para realizarlo de manera adecuada, es por ello que, se deben realizar medidas preventivas lo antes posible en este molar por lo que la caries dental debe ser controlada y tratada tempranamente.

Con respecto a la caries, se puede decir que, afecta a más del 90% de la población, esta enfermedad es un proceso dinámico, que tiene lugar en la superficie del diente, más el depósito de microorganismos (biofilm) resulta una alteración del equilibrio entre la sustancia dental y el biofilm. Es una infección localizada, destructiva y progresiva en dentina, que en su evolución puede ocasionar necrosis pulpar y potencial pérdida del diente. (Henostroza, 2007)

Es preciso señalar que, la caries cuando se observa radiográficamente aparece como una lesión radiolúcida que compromete a esmalte y dentina y según la profundidad se diagnostican de acuerdo a los siguientes criterios: caries incipiente, caries dentinaria, caries profunda, caries penetrante, las cuales se explican a continuación:

- a) Caries incipiente: es la lesión inicial que se produce en el punto de contacto de las piezas dentarias, con o sin pérdida de la continuidad de la banda adamantina. Radiográficamente presenta compromiso del esmalte, sin cambio absorcional dentinario, además la radiografía por sí sola no es capaz de discriminar si existe o no cavitación en la pieza dentaria.
- b) Caries dentinaria: no se le llama caries dentinaria superficial ya que, esto se asume y solo se le da apellido cuando corresponde a una caries incipiente o una caries profunda (caries dentinaria profunda clínicamente), es decir, las

caries dentinarias superficiales en radiología sólo se mencionan como caries. En este tipo de lesiones existe compromiso dentinario.

- c) Caries profunda: afecta a gran medida al tejido pulpar, apreciándose una zona radiolúcida que afecta los dos tercios internos de espesor dentinario generándose una zona de defensa, dentina reaccional dentina reparativa, y que altera la forma de la cámara pulpar, produciendo un estrechamiento de ésta. El estrechamiento de la cámara es producto de aposición de la dentina reaccional por parte de las células odontoblásticas presentes en la pulpa. Además hay una obliteración de los conductillos contiguos a la caries como medio de defensa, provocado por la denominada dentina esclerótica, la cual se observa más radiopaca. El diagnóstico de profundidad real de la caries, es determinado por medio de la clínica o la histología.
- d) Caries penetrante: está acompañada de una lesión apical evidente (área radiolúcida que no corresponde a un elemento anatómico, lesiones denominadas radiográficamente como osteítis cuando sus límites son difusos y avanza entre espacios medulares, Granuloma Radiográfico y Quiste Radicular cuando son circunstancias y el diagnóstico radiográfico diferencial está dado sólo por su tamaño, siendo el último el mayor, por consiguiente, la pieza debe presentar clínicamente necrosis (mortificación) pulpar.

2.2.3. Complejo Pulpodentinario

La pulpa dental es:

“Un tejido que está situado en un ambiente único, ya que, se encuentra en una cámara rígida de dentina mineralizada, la cual es un tejido muy diferente a la composición y estructura de la pulpa; pero, ambas están en relación íntima, embriológica y funcionalmente” (Velásquez, 2010)

Hay que señalar que, la irrigación de la pulpa en el diente permanente joven es rica y abundante, se realiza por los vasos sanguíneos que penetran por el ápice del diente, cuyo foramen se caracteriza por su amplitud.

Con respecto al complejo pulpodentinario, éste es un concepto importante para entender la patología de la dentina y la pulpa. Aunque tengan diferentes estructuras y composición; sin embargo, una vez formadas, reaccionan frente al estímulo como una unidad funcional. La exposición de la dentina a través de la atrición, el trauma o la caries, produce reacciones pulpares profundas que tienden a reducir la permeabilidad de los túbulos dentinarios y a estimular la formación de la dentina reparativa.

Sin embargo, pese al interés científico que despierta la dentinogénesis terciaria, el primer mecanismo de defensa frente a la caries es: “un depósito directo de cristales minerales en los túbulos dentinarios, disminuyendo la permeabilidad, este proceso se denomina: esclerosis dentinaria”. (Cohen, 2007). La formación de dentina terciaria precisa un periodo de tiempo más prolongado, y el carácter resultante depende en gran medida del estímulo, aunque la dentina puede proporcionar una barrera física a los estímulos nocivos, la respuesta inmune pulpar provoca cambios humorales y celulares frente a los patógenos invasores

Es preciso acotar que, la mayoría de las pruebas diagnósticas utilizadas en la terapia endodóntica convencional son de valor limitado en dientes permanentes inmaduros, si bien es cierto que, éstas tiene escaso valor para diagnosticar el grado de inflamación, no es menos cierto que, las pruebas diagnósticas se deben realizar para obtener la máxima información posible antes de llegar a las opciones de tratamiento.

2.2.4 La Endodoncia

Se llama endodoncia, de endo (interior) y doncia (diente), a un tipo de tratamiento que se realiza en odontología. Consiste en la extirpación de la pulpa dental y el posterior relleno y sellado de la cavidad pulpar con un material inerte. Se llama también endodoncia a una especialidad odontológica reconocida desde 1963 por la Asociación Dental Americana, mientras que, los odontólogos especializados en esta técnica reciben el nombre de: endodoncistas.

Con relación a la terapia endodóntica, ésta consiste en la extirpación total de la pulpa dental. Se aplica en piezas dentales fracturadas, con caries profundas que presentan lesiones en su tejido pulpar que se conocen como: pulpitis. Ésta es irreversible y la única opción terapéutica es la extirpación total de la pulpa dental, y la obturación tridimensional del conducto dentario. La pulpitis está frecuentemente provocada por caries dentales profundas que alcanzan la pulpa dental y producen infección en la misma, originando dolor continuo y permanente que aumenta con estímulos fríos, calientes, alimentos dulces o ácidos.

Sin embargo, la endodoncia no siempre estará indicada en dientes con pulpa necrótica o lesión irreversible, se podrá optar por la extracción de la pieza dental cuando existe imposibilidad de restaurar la misma, se han producido reabsorciones dentales importantes, existen perforaciones de las raíces dentales, lesiones de la bifurcación, fracturas verticales o enfermedad periodontal grave. También en dientes sin valor estético o funcional, por ejemplo, en terceros molares sin antagonista con el que pueda ocluir para masticar o en otras circunstancias.

Las fases de una endodoncia son:

- a) Diagnóstico. Es imprescindible para asegurar que la lesión ha alcanzado la pulpa y ha producido una lesión irreversible en ésta; además se obtienen otros

valiosos datos sobre la anatomía y número de raíces y si hay alguna otra afectación, por ejemplo un absceso periapical.

- b) Anestesia
- c) Apertura
- d) Aislamiento
- e) Conductometría: es el conjunto de maniobras necesarias para determinar la longitud del diente que debe ser trabajada, que generalmente suele ser toda excepto los 0'5-1 milímetros finales de la raíz. Existen varias formas de realizarla: manual (con limas manuales), radiográfica y electrónica (mediante unos aparatos llamados localizadores de ápice). Mediante métodos convencionales, como son las limas o electrónicos con el L.E.A. (Localizador Electrónico de Ápice) se halla la distancia que hay hasta el ápice y se corrobora con la radiografía de conductometría.
- f) Instrumentación
- g) Obturación: Consiste en reemplazar el contenido natural patológico de los conductos radiculares por materiales inertes bien tolerados por los tejidos próximos a la raíz dental, con la finalidad de sustituir la pulpa dental destruida por la infección o extirpada, por una masa inerte y evitar de esta forma infecciones posteriores.
- h) Control: Al final del proceso se utiliza la radiografía para comprobar el resultado final, verificando que se hayan rellenado por completo los conductos radiculares así como una buena longitud de los mismos.
- i)

Clasificación clínica de patología pulpar y periapical basada en la propuesta de la Asociación de Endodoncia (AEE):

Pulpar:

- a) Pulpa Normal: Diagnóstico clínico en que la pulpa está libre de síntomas y responde en forma normal a los test de sensibilidad.
- b) Pulpitis Reversible: Diagnóstico clínico basado en hallazgos subjetivos y objetivos que indican que la inflamación se podría resolver y la pulpa volver a su estado normal.
- c) Pulpitis Irreversible Sintomática: Diagnóstico clínico basado en hallazgos subjetivos y objetivos que indican que la pulpa vital inflamada es incapaz de reparar. Dolor que persiste a los cambios de temperatura, dolor espontáneo, dolor referido.
- d) Pulpitis Irreversible Asintomática: Diagnóstico clínico basado en hallazgos subjetivos y objetivos que indican que la pulpa vital inflamada es incapaz de reparar.

Sin síntomas clínicos pero con inflamación producida por caries, trauma.

- a) Necrosis Pulpar: Diagnóstico clínico indicativo de muerte pulpar.

Generalmente sin respuesta a los test de sensibilidad.

- a) Previamente Tratado: Diagnóstico clínico indicativo que el diente ha sido tratado endodónticamente y que el o los canales están obturados con algún tipo de material de relleno que no sea medicación intracanal.
- b) Terapia Previamente Iniciada: Diagnóstico clínico indicativo que el diente ha sido previamente tratado en forma parcial.

Apical:

- a) Tejidos Apicales Normales: Diente con tejidos perirradiculares que no están sensibles a la percusión o palpación. La lámina dura que rodea la raíz está intacta, y el espacio del ligamento periodontal se presenta uniforme.

- b) Periodontitis Apical Sintomática: Inflamación, generalmente del periodonto apical, que da síntomas clínicos como: respuesta dolorosa al morder y/o percusión o palpación. Puede estar asociada a un área radiolúcida apical como puede no estarlo.
- c) Periodontitis Apical Asintomática: Inflamación y destrucción del periodonto apical que es de origen pulpar, se observa un área radiolúcida periapical y no da síntomas clínicos.
- d) Absceso Apical Agudo: Reacción inflamatoria a la infección y necrosis pulpar caracterizada por una rápida aparición, dolor espontáneo, dolor del diente a la presión, formación de pus y aumento de volumen de los tejidos vecinos.
- e) Absceso Apical Crónico: Reacción inflamatoria a la infección y necrosis pulpar caracterizada por una aparición gradual, sin o muy poca molestia, y con descarga intermitente de pus a través de una fístula.
- f) Osteítis Condensante: Lesión radiopaca difusa que representa una reacción localizada del tejido óseo a un estímulo inflamatorio de baja intensidad, generalmente se observa en el ápice del diente.

2.2.5 Apicoformación

De acuerdo a la AAE (Asociación Americana de Endodoncia), la apicoformación es un método que induce la formación de una barrera calcificada en un diente con ápice abierto o la continuación del desarrollo apical de una raíz incompletamente formada endientes con pulpa necrótica. La apicoformación es el tratamiento que se realiza en un diente incompletamente formado y con necrosis pulpar, con la finalidad de inducir o permitir la formación de una barrera calcificada que oblitere el orificio apical o que permita el desarrollo radicular completo

2.2.6 Apicogénesis

Significa la creación de un entorno para que la pulpa dental pueda continuar con su formación apical y lateral de la raíz, por ello es esencial la preservación de la pulpa dental radicular en presencia de una exposición coronal a caries o traumática. El mantenimiento de la viabilidad de la vaina radicular de Hertwing es esencial para la formación de la dentina y del cemento, así como la formación apical continuada de la raíz. La dentina viable dentro de la raíz asegurará la formación lateral de esta. Es importante que haya una dentina viable, ya que el diente con paredes dentales estrechas y grandes espacios de conductos tiende a fracturarse, incluso si se puede formar una barrera apical con la intervención.

2.3 Antecedentes Legales

En la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela se señalan los deberes que tanto el estado, sector salud y el individuo están en la obligación de hacer cumplir en cuanto a la salud y bienestar bio-psico-social. A continuación se establecen los artículos referidos al área de la salud contemplados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000):

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 desarrollará 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. (pag29)

El estado está en el deber de atender las necesidades de salud de los ciudadanos y éstos a su vez están en la obligación de exigir, defender el cumplimiento de sus derechos en cuanto a lo referente al área de salud, para así dar garantía a lo contemplado en el artículo.

Artículo 84: para garantizar el derecho a la salud, el estado creara, ejercerá la rectoría y gestionara un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, rígido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

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. Los bienes y servicios públicos de salud son prioridad del estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud. (pag29)

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. Es importante señalar que, uno de los principios que expresa es la equidad en donde todos los ciudadanos son tratados por igual,

puesto que, no existe distingo en ninguna persona al momento de atender las necesidades de salud que presenten la ciudadanía.

Por su parte, la Ley del Ejercicio de la Odontología (1970), rige todas las actuaciones en el quehacer odontológico, en cuanto a práctica es importante destacar:

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.

Los odontólogos certificados y avalados por una universidad reconocida son los responsables de prestar servicios profesionales a los ciudadanos en lo referente a la prevención y tratamientos relacionados con la cavidad bucal, además de estar autorizados para delegar funciones en los auxiliares, quienes deben estar debidamente capacitados.

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.

Establece el perfil que tiene que tener los profesionales de la odontología, quienes deben estar capacitados para ofrecer un servicio de calidad a los pacientes lo que les permitirá brindarles atención de calidad en las enfermedades bucodentales que pueden llegar a padecer.

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.

Los odontólogos están en la obligación de cumplir con los artículos que dispone la ley para así ejercer sus funciones dentro del marco del código deontológico, así como también, de otras leyes.

2.4 Definición de términos básicos

- Absceso: Es una acumulación de pus en cualquier parte del cuerpo. En la mayoría de los casos, el área alrededor del absceso está hinchada e inflamada.
- Adolescencia: Es en otras palabras, la transformación del infante antes de llegar a la adultez. Se trata de un cambio de cuerpo y mente, pero que no sólo acontece en el propio adolescente, sino que también se conjuga con su entorno.
- Adultez: edades 20 - 37 años (adulto joven) y edades 38 - 60 años (adulto o adulto maduro).
- Ápice: El ápice resulta ser la parte terminal de una raíz dental.

- Dentición decidua: La dentición temporal, primaria, decidua o de leche comienza a erupcionar hacia los 6-8 meses y finaliza hacia los 30-36 meses. Esta dentición permanecerá en boca de forma exclusiva hasta los 6 años de edad.
- Dentición mixta: Es una etapa muy larga que abarca desde los 6 hasta los 12 años y basada en el recambio dental (exfoliación de la dentadura temporal y erupción de la definitiva). Es un periodo de transición y coincidencia de dientes temporales y definitivos en boca.
- Dentición permanente: La dentición permanente o del adulto, es aquella que se forma después de la dentición temporal (dientes de leche) y que conformará el sistema dental durante toda la vida.
- Endodoncia: Parte de la odontología que estudia las enfermedades de la pulpa de los dientes y sus técnicas de curación.
- Infancia: (infante), edades 1 - 6 años.
- Ley: La ley (en latín, lex, legis) es una norma jurídica dictada por el legislador, es decir, un precepto establecido por la autoridad competente, en que se manda o prohíbe algo en consonancia con la justicia cuyo incumplimiento conlleva a una sanción.
- Molares: Tienen como función principal masticar y triturar (o molturar) los alimentos. Se corresponden con cada uno de los dientes posteriores a los caninos. En la mayoría de los mamíferos, sirven para moler o triturar los alimentos, por lo que su nombre viene de la muela de molino. En la dentición decidua son parecidos a los de la dentición permanente.
- Necrosis: Muerte de las células y los tejidos de una zona determinada de un organismo vivo.
- Niñez: (niño), (edades 6 -15 años).
- Niño: Desde el punto de vista legal; periodo que abarca desde el nacimiento hasta cumplir una cierta edad o alcanzar su independencia. La Convención

sobre los Derechos del Niño, en vigor desde el 2 de septiembre de 1990, señala que "se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad"

- **Pediatría:** Rama de la medicina que se ocupa del estudio del crecimiento y el desarrollo de los niños hasta la adolescencia, así como del tratamiento de sus enfermedades.
- **Pulpitis:** Es la inflamación de la pulpa dentaria provocada por estímulos nocivos de variada índole.
- **Tejidos:** Son aquellas estructuras constituidas por un conjunto organizado de células, iguales (o con pocas desigualdades entre células diferenciadas), distribuidas regularmente, con un comportamiento fisiológico coordinado y un origen embrionario común. Se llama histología a la ciencia que estudia estos tejidos orgánicos.
- **Tubérculo de Carabelli:** pequeño tubérculo que se observa a veces en la superficie palatina de un molar.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

Según Finol y Camacho (2008) el marco metodológico está referido a: “como se realizará la investigación, el tipo y diseño de la investigación, población, muestra a utilizar, técnica e instrumentos para la recolección de datos, validez y confiabilidad y las técnicas para el análisis de datos” (pág.60). Para efectos de estudio, se describe a continuación la metodología que se empleó para su desarrollo.

En este capítulo se presenta el marco metodológico que sustenta el presente trabajo, donde se define la naturaleza de la exploración, el tipo y el diseño del estudio y las fases metodológicas aplicadas en la investigación que se contemplan en las normativas vigentes.

3.1 Tipo y Diseño de Investigación.

El presente estudio se enmarca en un modelo cuantitativo, debido a que la realización del mismo implica efectuar un trabajo de campo para medir las variables que describen la realidad de los sujetos de investigación, tal como efectuar la exploración documental bibliográfica para desarrollar el análisis del problema. Por otra parte, el tipo de investigación utilizada es un proyecto factible y sobre el particular la UPEL (1998) define el proyecto factible como un estudio "que consiste en la investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales". La propuesta que lo define puede referirse a la formulación de políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos, que sólo tienen sentido en el ámbito de sus necesidades.

De igual manera, la Universidad Simón Rodríguez (1980) considera que un proyecto factible está orientado a resolver un problema planteado o a satisfacer las necesidades en una institución.

De las definiciones anteriores se deduce que, un proyecto factible consiste en un conjunto de actividades vinculadas entre sí, cuya ejecución permitirá el logro de objetivos previamente definidos en atención a las necesidades que pueda tener una institución o un grupo social en un momento determinado. Es decir, la finalidad del proyecto factible radica en el diseño de una propuesta de acción dirigida a resolver un problema o necesidad previamente detectada en el medio. Para las fases del diseño de investigación, se puede señalar que se fundamenta bajo la característica del estudio de campo y es transaccional o transversal ya que los datos se recolectaran en un solo momento.

3.2 Población.

La población o universo de una investigación está constituida por la totalidad de las unidades de análisis sobre las que versa un estudio determinado. Al respecto, Balestrini (2006), señala que la población o universo “es un conjunto finito o infinito de personas, casos o elementos que presentan características comunes”. La población de estudio de esta investigación está representada por el personal docente que labora en la Clínica del Niño y el Adolescente de la Universidad José Antonio Páez (UJAP), periodo 2017 - 1CR correspondiente a 12 docentes.

3.3 Muestra.

En cuanto a la muestra, se puede decir que, es una parte representativa de la población. Como lo sostiene Tamayo y Tamayo (2003): “La muestra descansa en el principio de que las partes representan el todo y por tanto refleja las características que definen la población de la cual fue extraída, los cual nos indica que es

representativa” (p.176). En este caso, se seleccionó una muestra de 12 sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión asignados, para los docentes de la Clínica del Niño y del Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, para ello se empleó un muestreo no probabilístico intencional: “...donde el investigador establece previamente los criterios para seleccionar las unidades de análisis” (Hernández 2009 p. 170)

3.4 Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos.

Cerda H. (1991) define en su investigación que “La selección y elaboración de los instrumentos de investigación es un capítulo fundamental en el proceso de recolección de datos, ya que sin su concurso es imposible tener acceso a la información que necesitamos para resolver un problema o comprobar una hipótesis”. En este sentido, el siguiente paso de la investigación fue identificar la técnica e instrumentos que se utilizó para medir la variable de estudio y obtener la información necesaria para permitir la inclusión para la realización de tratamientos endodónticos convencionales en dientes con ápices maduros en clínica del niño y del adolescente, existente en la Universidad José Antonio Páez.

Las técnicas de recolección de datos son definidas por Bisquerra (2000): “como aquellos medios técnicos que se utiliza para registrar observaciones y facilitar el tratamiento de las mismas” (p.28). Se puede decir entonces que, un instrumento de recolección de información es cualquier recurso del que puede valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer información. De ahí que, la técnica utilizada será la encuesta, lo que para Arias (2010), se describe “como una técnica que pretende obtener información que suministra un grupo o muestra de sujetos acerca de si mismo, o en relación con un tema en particular” (p.67).

3.5 Validez del Instrumento.

La validez del instrumento de este presente trabajo estará bajo juicio de expertos, evaluación que Hernández, Fernández y Baptista (1998) mencionan que “la validez en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir” (pág. 243). El instrumento que se aplicara deberá tener principalmente la aprobación de 3 expertos en el campo de la metodología de la investigación y de la odontología, quienes recibirán un cuestionario modelo con el cual validarán el instrumento a aplicar para el acopio de datos.

3.6 Análisis de Datos

Para que los datos recolectados tengan algún significado dentro de la presente investigación, se hace necesario introducir un conjunto de operaciones en la fase de análisis e interpretación de los datos, con el propósito de organizarlos e intentar dar respuestas a los objetivos planteados en el estudio, evidenciar los principales hallazgos encontrados, conectándolos de manera directa con las bases teóricas que sustentan la misma y las variables delimitadas, así como, con los conocimientos que se disponen en relación al problema que se propone estudiar.

En esta investigación se introducirán algunos métodos estadísticos, derivados de la estadística descriptiva, a objeto de resumir y comparar las observaciones que se evidenciarán con relación a las variables estudiadas; y al mismo tiempo describir la asociación que pueda existir entre alguna de ellas desde las perspectivas de la interrogante planteada en este estudio. Para la presentación y análisis de los resultados obtenidos con la aplicación de la encuesta se utilizarán diagramas de barras para visualizar de manera más clara los resultados, y posteriormente se presentarán los análisis cuantitativos de cada uno de los aspectos evaluados en la muestra de personas que serán encuestadas.

CAPITULO IV

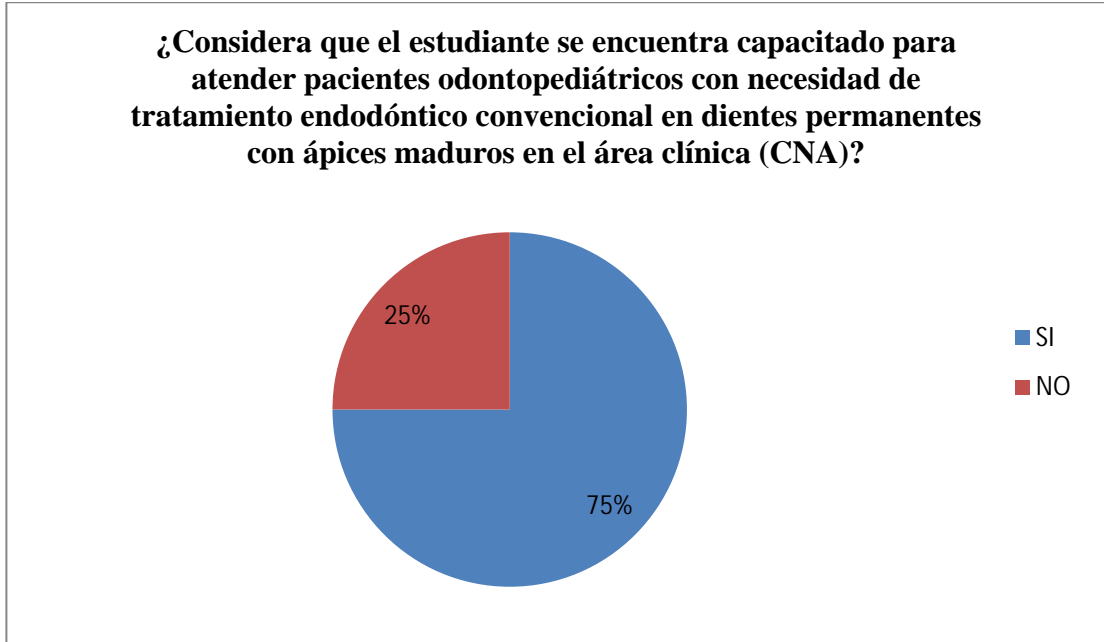
ANALISIS DE LOS RESULTADOS

El presente capítulo tiene como finalidad mostrar los resultados obtenidos luego de aplicar el instrumento de recolección de información, en este caso el cuestionario. Dicho material consta de ocho preguntas, dicotómicas, que fueron aplicadas a 12 personas, en este caso profesores de odontología de la Universidad José Antonio Páez de la Clínica del Niño y Adolescente.

En base a lo anterior, el análisis se realizó tomando en consideración los propósitos definidos en el estudio, presentando las interrogaciones con sus respectivas respuestas. Para una mejor percepción de los resultados, se elaboraron gráficos de barras, con el fin de lograr una visualización precisa de los resultados de las preguntas, para de esta manera presentar de una forma más exacta los datos alcanzados.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de los consultados que cursaron la Clínica del Niño y Adolescente de la Universidad José Antonio Páez, durante el año 2016.

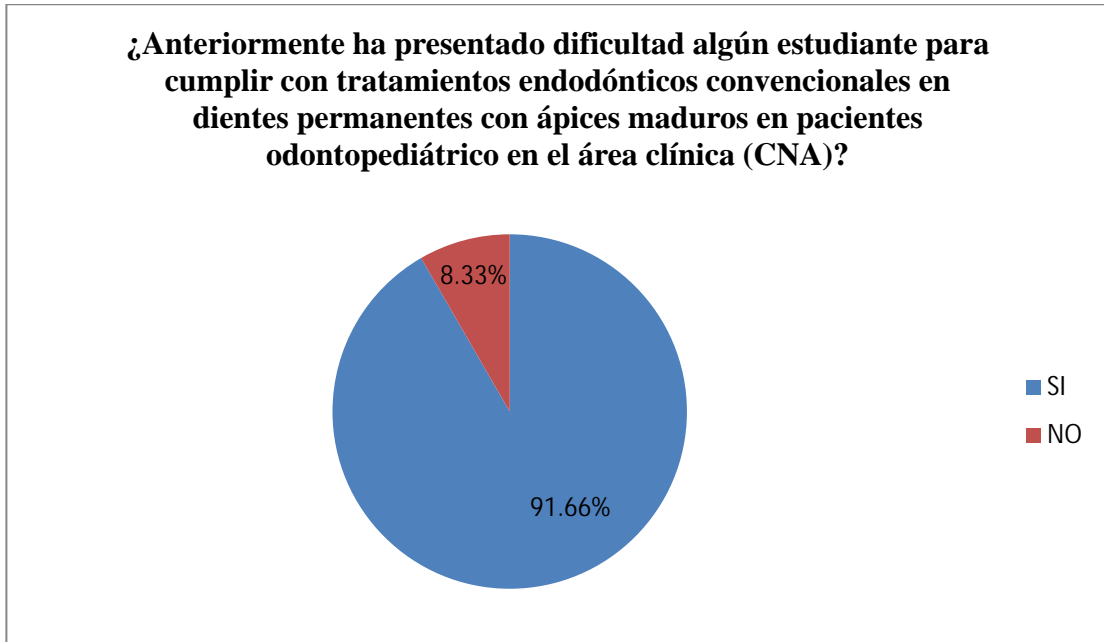
Gráfico N°1



Fuente: Cedeño, Rodríguez. (2017)

Los docentes consultados manifestaron mayoritariamente (9 de ellos, el 75 %, así lo hicieron saber) que considera que los estudiantes si se encuentran capacitados para atender a dichos pacientes.

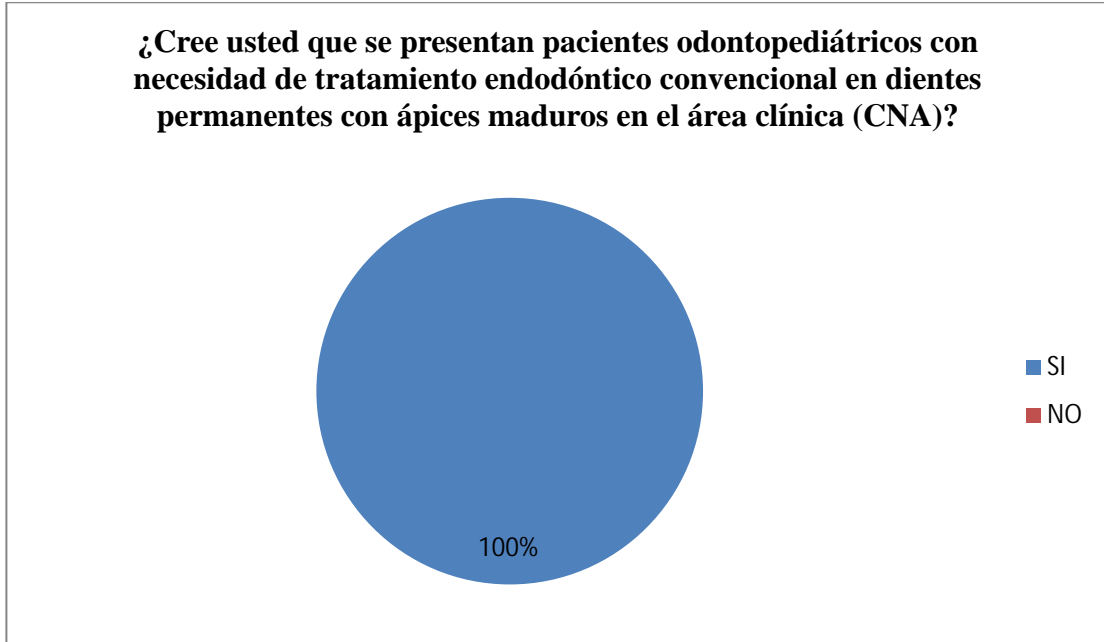
Gráfico N°2



Fuente: Cedeño, Rodríguez. (2017)

12 de los docentes interrogados (el 91,66 %) afirmaron que en ciertas ocasiones los estudiantes han presentado de alguna manera dificultades para atender a pacientes odontopediátricos con necesidad de un tratamiento endodóntico convencional.

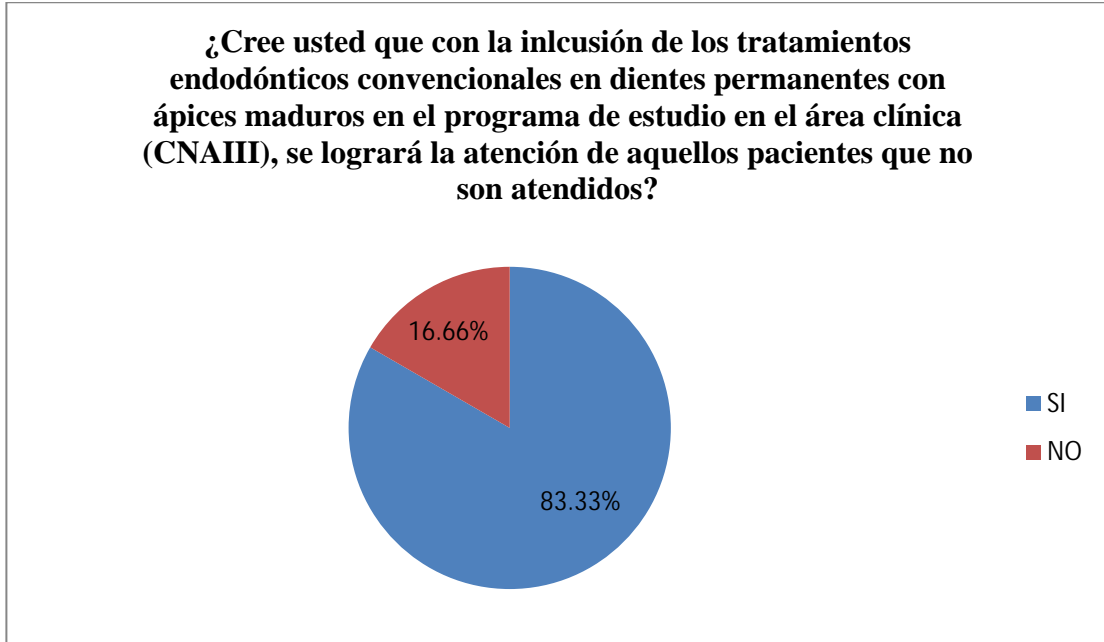
Gráfico N°3



Fuente: Cedeño, Rodríguez. (2017)

Muchos son los pacientes que se presentan con la necesidad de que les atiendan sus tratamientos endodónticos convencionales. Y esto queda de manifiesto por lo expresado por los interrogados quienes en gran medida (el 100 %, 12 consultados), afirman que si llegan estos pacientes al área clínica (CNA).

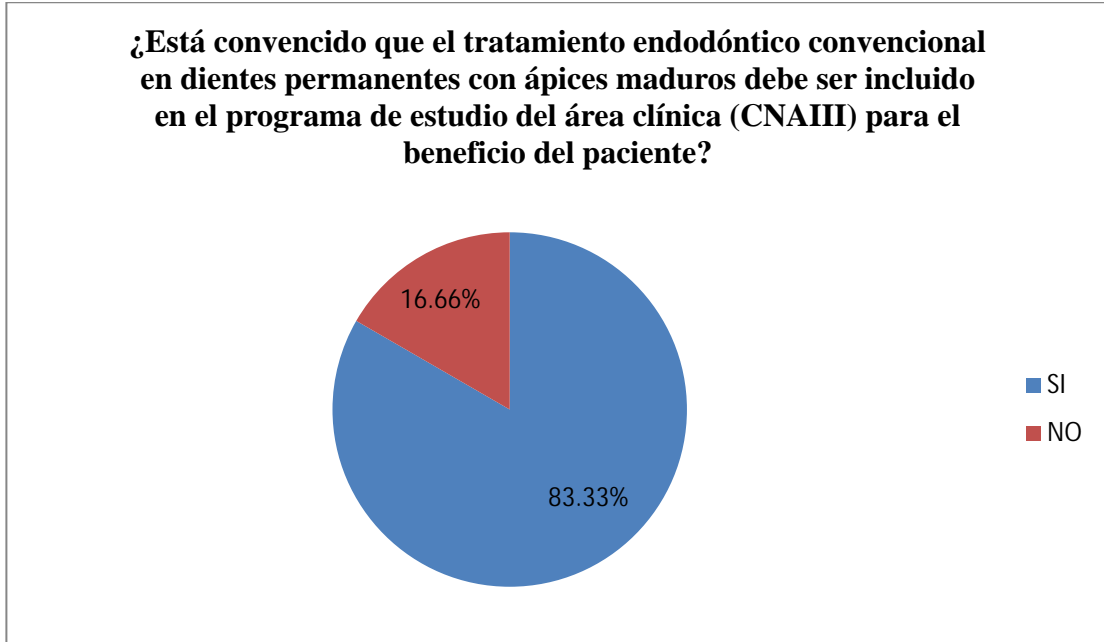
Gráfico N°4



Fuente: Cedeño, Rodríguez. (2017)

Con un porcentaje mayor al de la mitad, 10 docentes de los 12 interrogados, consideran que realizando la inclusión de este tratamiento en el programa de estudio en el área clínica (CNAIII), si se lograría la atención de aquellos pacientes que no son atendidos.

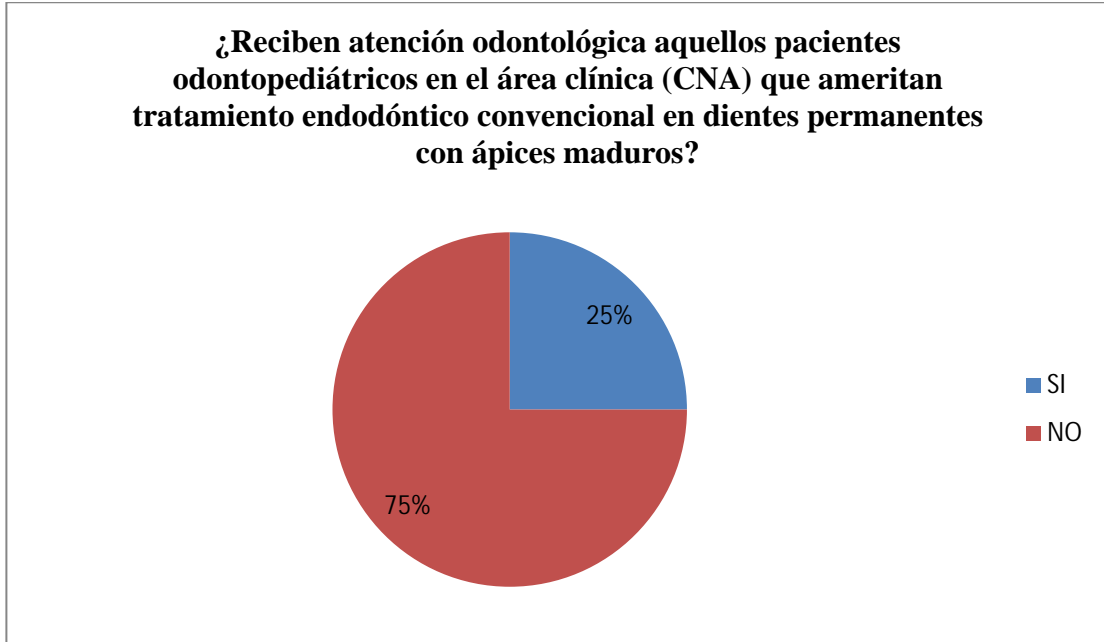
Gráfico N°5



Fuente: Cedeño, Rodríguez. (2017)

Al igual que el gráfico anterior 10 docentes de los 12 encuestados, se encuentran convencidos que el tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros debe ser incluido en el programa de estudio del área clínica (CNAIII), para el beneficio del paciente.

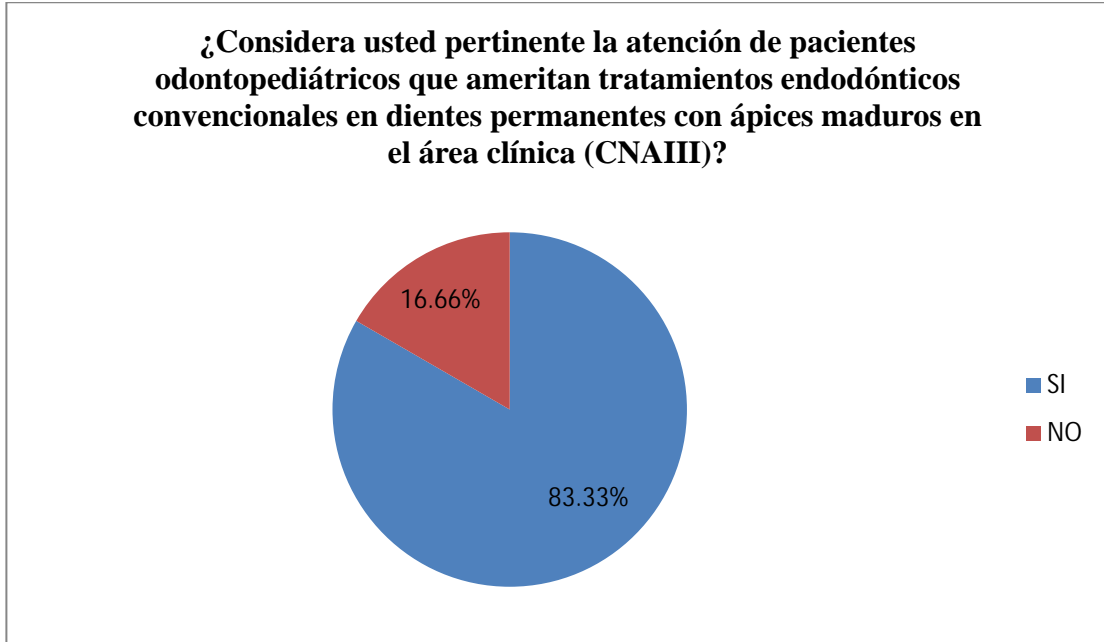
Gráfico N°6



Fuente: Cedeño, Rodríguez. (2017)

El 75 % de los interrogados expresó que todos aquellos pacientes odontopediátricos que requieren de tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros no reciben atención odontológica en el área clínica (CNA).

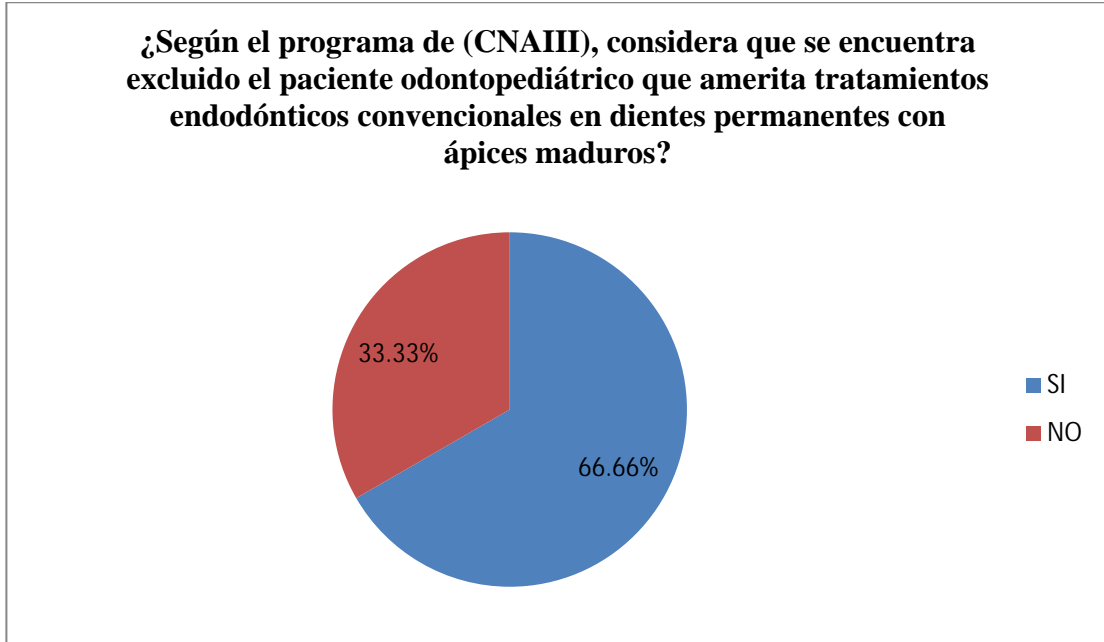
Gráfico N°7



Fuente: Cedeño, Rodríguez. (2017)

El 83,33 % que representa a 10 docentes de los 12 encuestados, consideran pertinente que todos aquellos pacientes odontopediátricos que ameritan el tratamiento ya anteriormente mencionado, sean atendidos en el área clínica (CNAIII).

Gráfico N°8



Fuente: Cedeño, Rodríguez. (2017)

Un 66% de los docentes a los que se les realizó la encuesta arrojaron como resultado que de acuerdo al programa de (CNAIII): el paciente odontopediátrico que amerita tratamientos endodónticos convencionales en dientes permanentes con ápices maduros si se encuentra totalmente excluido del ya mencionado programa de estudio.

Capítulo V

Propuesta

Como propósito final de este trabajo de grado y en función de los objetivos específicos se presenta una Propuesta de inclusión para la realización del tratamiento endodóntico convencionales en dientes permanentes con ápices maduros en la clínica del niño y del adolescente en la escuela de odontología de la Universidad José Antonio Páez.

La propuesta se fundamenta en las debilidades que presenta el programa analítico de las diferentes clínicas del niño y del adolescente. En cuanto a la atención de pacientes que asisten al área clínica que ameritan el tratamiento. En la cual nos vamos afianzar para llevar a cabo la inclusión de dicho tratamiento en el programa analítico de la clínica del niño y el adolescente de la Universidad José Antonio Páez.

Presentación de la Propuesta

La propuesta tiene como objetivo general incluir en el programa analítico de la clínica del niño y del adolescente III la realización del tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros.

Objetivos de la Propuesta

Objetivo General

- Incluir en el programa analítico de la clínica del niño y del adolescente III la realización del tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros.

Objetivos Específicos

1. Ajustar el programa analítico de la clínica del niño y del adolescente III para la inclusión del tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros.
2. Establecer la cantidad de pacientes que asisten a la clínica del niño y del adolescente que ameritan el tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros.
3. Proponer en la clínica del niño y del adolescente III la inclusión de atención y realización del tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros.

Justificación de la Propuesta

Esta propuesta está fundamentada en los resultados adquiridos, en la información proporcionada por las encuestas, representadas por 12 personas docentes de la clínica del niño y del adolescente de la Universidad José Antonio Páez. Quienes manifestaron estar de acuerdo con el proyecto, el cual pretende incluir el tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros en la clínica del niño y del adolescente III.

Desarrollo de la Propuesta

La presente propuesta está estructurada de la siguiente manera:

- 1. Ajustar el programa analítico de la clínica del niño y del adolescente III para la inclusión del tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros.**

Luego de haber analizado los resultados anteriores, se dio a conocer la necesidad que se tiene de ajustar el programa analítico para la inclusión del

tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros. Dicho ajuste se llevaría a cabo en conjunto con la coordinadora de la clínica del niño y del adolescente y las respectivas autoridades universitarias.

2. Establecer la cantidad de pacientes que asisten a la clínica del niño y del adolescente que ameritan el tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros.

Esto se logró a través de los datos proporcionados en el trabajo de grado del periodo lectivo 2016, donde se determinó a través de la revisión de historias clínicas la existencia de una población flotante que ameritan el tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros, pero que no se le realiza por no estar contemplado en el programa analítico de la CNA.

3. Proponer en la clínica del niño y del adolescente III la inclusión de atención y realización del tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros.

Por consiguiente dicha propuesta se basa en la inclusión del programa analítico de la CNA III de la escuela de Odontología de la UJAP. Para así poder atender al paciente odontopediatra que asiste al área clínica y amerita el tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros. Basándonos en la alta incidencia de pacientes que asisten al área clínica y presentan caries avanzada en los primeros molares permanentes.

Factibilidad de la Propuesta

· **Factibilidad Educativa**

Así mismo, resulta viable la inclusión del tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros en la CNA III, ya que el estudiante se encuentra capacitado y con habilidades para la realización de dicho tratamiento en pacientes odontopediátricos.

- **Factibilidad Institucional**

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante la realización de esta investigación, resulta evidente la necesidad que presenta la CNA III de la escuela de Odontología de la UJAP y a sus estudiantes en cuanto a la realización del tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros en pacientes odontopediátricos que asisten a dicha clínica. De esta manera la inclusión sería un aporte para la institución.

Conclusiones

Luego de analizar e interpretar los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos de recolección de datos y en función a la propuesta de inclusión para la realización del tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros en la clínica del niño III de la universidad José Antonio Páez.

Se ha llegado a la conclusión que a las diferentes clínicas del niño y del adolescente de la universidad José Antonio Páez asisten pacientes menores de 18 años que ameritan el tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros pero dentro de las leyes de la universidad no pueden ser atendidos en la clínica integral del adulto por lo tanto quedan en una población de pacientes flotantes que no reciben la atención odontológica.

Recomendaciones

Partiendo de la investigación bibliográfica, así como el análisis de datos estadísticos que sustentan este trabajo se ha visto en la necesidad de presentar en esta

parte una serie de recomendaciones, a fin de optimizar la importancia de la Odontología en el área de Odontopediatría, las cuales son:

- Que la inclusión del tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros sea insertado en el programa analítico de la CNA III de la escuela de Odontología de la UJAP, formando parte de la cátedra de CNA incentivando y educando a cada uno de los estudiantes hacia un ejercicio sujeto a realizar el tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros.

BIBLIOGRAFIA

Ana M. Biondi y Silvina G. Cortese. **Odontopediatría. Fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada.** 1 ra Ed. Editorial Alfaomega grupo Editor Argentino, 2010.

Angarita, N.; Cedeño, C.; Pomonty, D.; Quilarque, L; Quirós O; Maza, P; D Jurisic, A; Alcedo C; Fuenmayor, D. **Consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente en un Grupo de alumnos de la escuela básica San Jose de Cacahual con edades Comprendidas entre los 10 y 15 años (san félix - estado bolívar).** Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría “Ortodoncia.ws edición electrónica agosto 2009.

Barrios, P. (2.006). **Experiencia de caries del primer molar permanente en niños de 6 años de edad.** Revista Dental de Chile. P.97

Bisquerra, R. (2.000). **Métodos de investigación científica: guía práctica.** Barcelona: Editorial Ceac.

Casanova-Rosado J, Medina- Soliz CE, Vallejos-Sanchez AA, Maupome G., PhD, Kageyama-Escobar ML, **Factores asociados a la pérdida del primer molar permanente en escolares de campeche, México.** Acta odontológica venezolana. 2004

Cohén, S. (2.007). **Vías de la pulpa.** Editorial Mosby

María R. (2009). **Anatomía dental, segunda edición.** Editorial El Manual Moderno S.A de C.V.

Mjor, I. (1.973). **Odontogénesis.** En: histología del diente humano. Editorial Labor: Barcelona.

Nakata Minoru, Wei Stephen. **Guía Oclusal en Odontopediatría**. Editorial Médico - Odontológicas Latinoamericana C.A. 1992.

Prof. Dra. Maria E. Mateu. **Guía de Trabajos prácticos de Oclusión y ATM**. Cátedra de Ortodoncia. Facultad de Odontología. Univ. De Buenos Aires.

Que es un absceso. Documento en línea:

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001353.htm>

Que es la adolescencia. Documento en línea: <http://definicion.de/adolescencia/>

Que es la dentición temporal. Documento en línea:

<https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/salud-dental/denticion/denticion-temporal/>

Que es la dentición mixta. Documento en línea. <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/salud-dental/denticion/denticion-mixta/>

Que es la infancia. Documento en línea. <http://definicion.de/infancia>

ANEXO N°1



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

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta un cuestionario los cuales están diseñados para recolectar información para el desarrollo de la investigación titulada: PROPUESTA DE INCLUSIÓN PARA LA REALIZACION DE TRATAMIENTOS ENDODONTICOS CONVENCIONALES EN DIENTES CON APICES MADUROS EN CLINICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. Por tal motivo, su contribución resultara valiosa para el desarrollo de este trabajo, el cual es requisito fundamental para optar al título de odontólogo.

1. ¿Considera que el estudiante se encuentra capacitado para atender pacientes odontopediátricos con necesidad de tratamiento endodóntico convencional en el área clínica (CNA)?

SI___ NO___

2. ¿Anteriormente ha presentado dificultad algún estudiante para cumplir con tratamientos endodónticos convencional en dientes permanentes con ápices maduros en pacientes odontopediátricos en el área clínica (CNA)?

SI___ NO___

3. ¿Cree usted que se presentan pacientes odontopediátricos con necesidad de tratamientos endodónticos convencionales en el área clínica (CNA)?

SI___ NO___

4. ¿Cree usted que con la inclusión de los tratamientos endodónticos convencionales en el programa de estudio en el área clínica (CNAIII), se logrará la atención de aquellos pacientes que no son atendidos?

SI___ NO___

5. ¿Está convencido que el tratamiento endodóntico convencional debe ser incluido en el programa de estudio del área clínica (CNAIII) para el beneficio del paciente?

SI___ NO___

6. ¿Reciben atención odontológica aquellos pacientes odontopediátricos en la área clínica (CNAIII) que ameriten tratamiento endodóntico convencional en dientes permanentes con ápices maduros?

SI___ NO___

7. ¿Considera usted pertinente la atención de pacientes odontopediátricos que amerita tratamientos endodónticos convencionales en pacientes odontopediátricos en el área clínica (CNAIII)?

SI___ NO___

8. ¿Según el programa de la Clínica del Niño y del Adolescente III considera que se encuentra excluido el paciente odontopediátrico que amerita tratamientos endodónticos convencionales en dientes permanentes con ápices maduros?

SI___ NO___


ANEXO N°2

Cuadro de Operacionalización de Variables

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	DEFINICIÓN DE OPERACIONES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS
Sugerir en la Clínica Del Niño y del Adolescente III la inclusión de los pacientes que requieren tratamientos endodónticos convencionales en dientes permanentes con ápices maduros.	Inclusión de los pacientes.	Inclusión de un grupo de pacientes que requieran cualquier tratamiento dependiendo de su necesidad.	Área Clínica.	Capacitación. Inclusión en el programa. Orientación.	1,2 3,4,5 6,7,8

Fuente: Cedeño, Rodríguez. (2017)

ANEXO N°3



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

FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación, se le presenta una serie de categorías para validar los ítems que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TÍTULO DEL TRABAJO: Propuesta de Inclusión para la Realización de Tratamientos Endodónticos Convencionales en Dientes Perforados con Apicestados

AUTORES: Código Dailys, Rodríguez Francisco

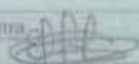
CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad Científica)		CLARIDAD (Indicaciones)		COHERENCIA (Coherencia)		DECISION		
	Aprobado	Rechazado	Aprobado	Rechazado	Aprobado	Rechazado	SI	NO	OTRO
1	/		/		/		/		
2	/		/		/		/		
3	/		/		/		/		
4	/		/		/		/		
5	/		/		/		/		
6	/		/		/		/		
7	/		/		/		/		
8	/		/		/		/		
9	/		/		/		/		
10	/		/		/		/		

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE: NO APLICABLE: _____

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido <u>Estro González</u>	C.I. <u>17.171.133</u>	Firma 
Profesión <u>Odontólogo</u>	Nivel Académico <u>4to.</u>	Fecha <u>03-04-17</u>

ANEXO N°5



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLÓGIA

FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítemes que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sirvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TÍTULO DEL TRABAJO: _____

AUTORES: _____

CRITERIOS	PERTINENCIA (Aptitudinal-Contenido)		CLARIDAD (redacción)		CÓMBRECA (Acompañamiento)		USUARIOS			
	Algunos	Nada	Algunos	Nada	Algunos	Nada	Alto	Medio	Bajo	
1			✓		✓					
2	✓		✓		✓					
3	✓		✓		✓					
4	✓		✓		✓					
5	✓		✓		✓					
6	✓		✓		✓					
7	✓		✓		✓					
8	✓		✓		✓					
9	✓		✓		✓					
10	✓		✓		✓					

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:

APLICABLE: NO APLICABLE: _____

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I.	Firma
Blasqui y Quiroz	✓- 11721571	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
Odontólogo	47014mf	26/10/2017