

Memorias Científicas de la
FOLP

Universidad Nacional de
La Plata

2013

Memorias Científicas de la FOLP
Universidad Nacional de La Plata

2013

Queda rigurosamente prohibido, sin la autorización escrita de las autoridades de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata y titular del "Copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamos públicos. EDUFOLP no se responsabiliza por el contenido de las publicaciones, siendo las mismas de estricta y total responsabilidad de los autores.

IMPRESO EN ARGENTINA

Memorias Científicas de la F.O.L.P. 2013

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata
100 ejemplares de distribución Gratuita 100 p.; 23 x16 cm.
Editorial EDUFOLP
Calle 51 e/ 1 y 115 La Plata Provincia de Buenos Aires

La Plata, Diciembre de 2013.

ISBN:

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SECRETARIA DE CIENCIA Y TECNICA**

**12º JORNADAS CIENTIFICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
10º JORNADAS PARA JOVENES INVESTIGADORES
2º JORNADAS PARA ESTUDIANTES INTEGRANTES DE PROYECTOS.**

**ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN
Secretaría de Ciencia y Técnica**

Dra. Susana Beatriz Micinquevich
Dra. Karina Alejandra Mayocchi

Colaboradora

Abg. María Fernanda Brown

COMISIÓN CIENTIFICA

Dra. Silvia Albarracín
Dra. María Cecilia Cortizo
Dra. Graciela Susana Durso
Dra. Irigoyen Silvia Angélica
Dra. Iriquín Stella Maris
Dra. Kitrilakis Alicia Elena
Dr. Lazo Gabriel Eduardo
Dr. Lazo Sergio Daniel
Dra. Medina María Mercedes
Dra. Micinquevich Susana Beatriz
Dr. Miguel Ricardo
Dra. Milat Edith Isabel
Dra. Mosconi Etel Beatriz
Dr. Paz Alejandro
Dr. Ricciardi Alfredo Vicente
Dra. Rimoldi Marta Lidia
Dra. Sala Espiell Ana Raquel

TESORERIA

Dr. Isaac Meschiany

GESTION DE SISTEMAS DE LA FACULTAD E ISBN

Dr. Luis Martín Cantarini

Sr. Gastón Agüero

Sr. Maximiliano García Rodríguez

AGRADECIMIENTOS

La Secretaría de Ciencia y Técnica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, desea expresar su agradecimiento a las Instituciones y personas, que con su apoyo científico y económico han posibilitado la realización de las 12º Jornadas Científicas FOLP, 10º Jornadas para Jóvenes Investigadores y 2º Jornadas para Estudiantes Integrantes de Proyectos.

A la Sra Decana y Vicedecana a cargo de Decanato por su permanente y valorado apoyo.

Al Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Odontología UNLP.

A los Docentes Investigadores que integran las distintas Comisiones de estas Jornadas.

A la Gestión de Sistemas de la Facultad de Odontología UNLP por la optimización del formulario digital.

A los Directores e Integrantes de Proyectos de Investigación acreditados.

A los Jóvenes Investigadores y Estudiantes que integran Proyectos, por su invaluable aporte y dedicación.

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA.

Secretaria Académica UNLP Prof. Dra. María Mercedes Medina

Vicedecana a cargo de Decanato. Prof. Dra. Stella Maris Iriquin

Secretario de Asuntos Académicos. Prof. Dr. Ricardo Miguel

Prosecretaría de Docencia e Investigación. Prof. Dra. Susana Micinquevich

Secretaria de Postgrado. Prof. Dra. Teresa Butler

Secretario de Planificación y Extensión Universitaria. Prof. Dr. Sergio Lazo

Secretario de Asuntos Estudiantiles. Prof. Dr. Gabriel Lazo

Secretario de Relaciones Institucionales. Prof. Dr. Alfredo Ricciardi

Secretaria de Articulación Docente Asistencial. Prof. Dra. Lidia Rancich

Secretario de Economía y Finanzas. Prof. Dr. Pedro Salazar.

Secretario de Gestión Administrativa. Prof. Dr. Isaac Meschiany

Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

12° JORNADAS CIENTIFICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

10° JORNADAS PARA JOVENES INVESTIGADORES

2° JORNADAS PARA ESTUDIANTES INTEGRANTES DE PROYECTOS.

Formas actuales para la contratación de los egresados

ID: 166

SAPORITTI, F; COSCARELLI, N; MEDINA, MM ; PAPEL, G; ALBARRACIN, S;
CANTARINI, M; RUEDA, L ; SEARA, S; TOMAS, L; TISSONE, S
Facultad De Odontología – UNLP

Para los egresados de la carrera de odontología, los efectos negativos del desempleo y el subempleo, así como el estrés generado por el esfuerzo realizado durante la transición al trabajo y sus consecuencias, provocan que muchos egresados, busquen alternativas diferentes para ingresar en el mercado laboral. Muchos optan por la educación de postgrado, que contribuya a añadir algún valor a sus títulos universitarios. Pueden identificarse varias alternativas de empleo a través de la práctica odontológica diversificada, tanto en las actividades privadas propias del consultorio como en diferentes escenarios de docencia, actividades hospitalarias y centros de salud municipales. Por otro lado, se identifica gran diversidad de horarios y honorarios, de acuerdo a la zona en donde se desempeñan y al uso de la tecnología que disponen, transformándolo en un profesional polivalente. Los principales actores del sistema de salud son: el Ministerio de Salud de la Nación, que cumple una función de conducción y dirección política del sistema de salud, los Ministerios de Salud provinciales que gestionan la política y técnicas de los establecimientos del sistema, para el cumplimiento de programas y actividades de salud. Las obras sociales están organizadas como un sistema de seguro social obligatorio, que se financia con aportes de trabajadores y empleadores. La práctica privada en consultorios ha quedado ligada a las denominadas obras sociales. Mediante el presente trabajo se pretende identificar e indagar acerca de la realidad en las formas que utilizan los empleadores de la profesión odontológica para contratar a los egresados 2006-2010 de la Facultad de Odontología de la U.N.L.P. Los objetivos de este trabajo fueron: 1- Identificar la realidad de los egresados en relación al mercado laboral 2- Indagar sobre las diversas formas de contratación de los egresados de la Facultad de Odontología de la U.N.L.P. 2006-2010. La metodología consistió en una investigación de tipo cualitativa, descriptiva, con la aplicación de una encuesta estructurada, anónima, a 132 empleadores de la profesión odontológica, del ámbito público y privado, indagándose sobre la forma de contratación de los profesionales y se incluyeron las siguientes opciones: 1-Temporaria. 2- Permanente. 3-Guardias. 4-Otras formas. 5- NS/NC. Los resultados son producto de la aplicación de la encuesta anónima a 132 empleadores que opinaron sobre las diversas formas de contratación de los egresados de la F.O.U.N.L.P y de su análisis se obtuvieron los siguientes datos: 1-Contratación temporaria: 54 (40,91%); 2-Contratación permanente: 67 (50,76%). 3- Guardias: 9 (6,82%). 4-Otras

formas de contratación: no se obtuvieron respuestas. 5- NS/NC: 2 (1,52%). Como conclusión, se observó que la contratación permanente es la más utilizada, aunque la contratación temporaria refleja un porcentaje elevado en la actualidad, contrariamente el sistema de guardias es el menos solicitado como forma de contratación utilizada por los empleadores. La relación entre la educación y el mundo del trabajo, a través de los empleadores, así como el análisis de los cambios producidos en dicha relación, son aspectos relevantes en el ámbito educativo odontológico.

Bibliografía

1-Boalender G Scott S.(2008) "Administración de recursos humanos" Ed.Cengage Learning S.A. México D.F.

2-Gutiérrez D. M.E. (1999) Educación para el trabajo. Revista Transición Educación ¿Nuevo Rumbo?. Centro de Estudios para la Transición Democrática. Veracruz (pp 13).

3-Lepeley M.T. (2001). Educación Superior, gestión y desarrollo de personas para la nueva economía y la globalización. Memoria. Ponencia presentada en el Congreso Convergente IESM/IESLA. Veracruz, México.

4-Muñoz y Garcia (2001) "Formación de recursos humanos para el modelo económico IESML- México.

Contratación De Egresados. Criterios De Selección De Los Empleadores

ID: 169

SAPORITTI, F; COSCARELLI, N Y; MEDINA, MM; ALBARRACIN S; CANTARINI, M ; PAPEL, G; RUEDA, L; SEARA, S; TOMAS, L; TISSONE, S

Facultad De Odontología – UNLP

La Facultad de Odontología de la U.N.L.P. ha adoptado una estructura curricular flexible, basada en la relación teoría-práctica directa durante la formación, que permite a los futuros egresados desarrollar competencias adecuadas de acuerdo a las demandas del mercado laboral. La formación debe incidir sobre la relación empleabilidad-empleo, buscando la oferta de capacidades y las experiencias que necesitan para lograr una mayor y mejor inserción laboral. La formación de los futuros egresados que demanda la sociedad, tiene una importancia estratégica para la transformación productiva y la opinión de los empleadores de los centros de salud encuestados se convierte en una fuente exacta del impacto que los egresados de la F.O.U.N.L.P., tienen en el mercado laboral. De esta forma se obtendrá no sólo una calificación del ejercicio profesional, sino que contribuye en forma relevante, al perfeccionamiento de la calidad de los servicios educativos de la institución. Las principales salidas laborales de los odontólogos se encuentran en los consultorios, clínicas privadas, hospitales y centros de salud. El presente trabajo analiza la opinión de los empleadores de la profesión odontológica de instituciones públicas y privadas acerca de los criterios de selección para la contratación de los egresados 2006-2010 de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Los objetivos de este trabajo fueron: 1-Identificar criterios de selección para la contratación de los egresados 2-Conocer las demandas y el impacto que tienen los egresados de acuerdo a los criterios de selección de los empleadores. La metodología consistió en una investigación de tipo cualitativa, descriptiva, con la aplicación de una encuesta estructurada, anónima, a 132 empleadores de la profesión odontológica, del ámbito público y privado, indagándose sobre los criterios de selección para la contratación de los profesionales y se incluyeron las siguientes opciones: 1-Presentación por un colega. 2- Ofrecimiento directo. 3-Envío de curriculum vitae. 4-A través de consultores o empresas de selección del personal. 5- A través de la prensa 6- Llamado a concurso 7- Otras formas (familiar o por referencias) 8-NS / NC.Los resultados son producto de la aplicación de una encuesta anónima destinada a 132 empleadores de la profesión odontológica que opinaron sobre los diversos criterios de selección para la contratación de los egresados de la F.O.U.N.L.P y de su análisis se obtuvieron los siguientes datos: 1 Presentación por un colega 24 (18,18%). 2-Ofrecimiento directo 34 (25,76%). 3-Envío de curriculum vitae 29 (21,97%). 4-A través de

consultores o empresas de selección del personal 1 (0,76%). 5- A través de la prensa 5 (3,79%) 6- Llamado a concurso 24 (18,18%) 7- Otras formas (familiar o por referencias) 3 (2,27%) 8-NS / NC.12 (9,09%). Como conclusión, este tipo de estudios permite a la unidad académica disponer de información necesaria para orientar acciones tendientes a optimizar la formación académica. Ofrecimiento directo, envío de curriculum vitae, presentación por un colega y llamado a concurso son los criterios de selección con mayor demanda e impacto para los egresados dentro del mercado laboral.

Bibliografía

1-Boalender G Scott S.(2008) "Administración de recursos humanos" Ed.Cengage Learning S.A. México D.F.

2-Gonczi, A. (1997) Problemas relacionados con la implantación de la educación basada en competencias. La Académica. Nov.Dic. Hemeroteca Digital UNAM, México.

3-Lepeley M.T. (2001). Educación Superior, gestión y desarrollo de personas para la nueva economía y la globalización. Memoria. Ponencia presentada en el Congreso Convergente IESM/IESLA. Veracruz, México.

4-Muñoz y Garcia (2001) "Formación de recursos humanos para el modelo económico IESML- México.

Evaluación de la Carrera por Egresados de la FOLP

ID: 203

COSCARELLI, N;SAPORITTI, F;MEDINA, MM;ALBARRACIN, S;CANTARINI, M;
PAPEL, G;RUEDA,L;SEARA, S;TOMAS, L;TISSONE, S
Facultad De Odontología – UNLP

Los egresados representan el vínculo entre el sistema de educación superior y la sociedad, sin embargo una vez que egresan, nada se sabe de sus inquietudes, de las fortalezas y debilidades en su formación, de sus necesidades de perfeccionamiento y de los problemas que enfrentan en su inserción laboral. Es por esto que en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata se lleva a cabo un proyecto institucional sobre Evaluación y Seguimiento de Egresados con el objetivo de disponer de información para efectuar la actualización en el proceso formativo de los alumnos y favorecer la mejor inserción de los mismos en el mercado de trabajo. Los datos de los egresados se obtienen a través de una encuesta estructurada que consta de los siguientes ítems: aspectos demográficos, datos académicos, calidad de la enseñanza y servicios recibidos, formación continua, ocupación e inserción laboral, prácticas preventivas, participación en programas comunitarios, emigración y otros datos complementarios. En el marco de dicho proyecto, el objetivo de este trabajo es presentar los resultados parciales sobre la evaluación general de la carrera, y las fortalezas y debilidades del programa según la opinión de los egresados. Es un estudio transversal descriptivo, el universo está representado por los egresados de la FOLP de los años 2006 a 2010, las variables seleccionadas son: duración de la carrera (entre 5 a 7 años, entre 8 a 9 años y más de 9 años); evaluación general de la carrera (muy buena, buena, regular o mala) ; fortalezas y debilidades. Se utilizó como fuente de documentación los datos sobre los egresados proporcionados por el CESPI y la Secretaría de Postgrado de la FOLP. La información se obtuvo a través de una encuesta estructurada y entrevistas con guía dirigida, aplicadas por vía telefónica, por correo electrónico y en forma personal. La información obtenida fue ingresada en una base de datos para su recuento y procesamiento. Se estableció la "f" y la "f%" .La presentación de los datos se realizó utilizando gráficos y tablas mediante el sistema computacional Excel. El análisis de las encuestas arrojó los siguientes resultados: se encuestaron en total 465 egresados, de los cuales 108 corresponden al año 2006, 78 al año 2007, 86 al año 2008, 99 al año 2009 y 94 al año 2010. Del total de encuestados el 61,51% corresponde al sexo femenino y el 38,49% al sexo masculino. En cuanto a la duración de la carrera el 59,78% de los egresados la completó entre 5 a 7 años, el 27,96% entre 8 a 9 años y el 12,26% en más de 9 años. En cuanto a la evaluación general de la carrera el 34,41% de los egresados opinó que es muy buena, el 55,70% buena, el 8,82% regular, el 0,22% mala y el 0,85% no respondió. Entre las fortalezas

manifestadas por los egresados predominan las siguientes: alto prestigio de la carrera, buena estructura del plan de estudios, buena formación académica, fuerte compromiso social, buena organización académica y administrativa, en general buena actitud y compromiso de los docentes, buen trato por parte de los docentes, disponibilidad horaria, permanente mejora de la infraestructura, en general buena formación de los docentes, buen vínculo entre docentes y alumnos, buena enseñanza teórica y práctica, buenas normas de bioseguridad, buena atención a los pacientes, contención, atención integral, el hospital escuela. Entre las debilidades los egresados manifestaron que se debería mejorar la infraestructura, el equipamiento, la actualización de la biblioteca, la realización de más prácticas clínicas, y que algunos docentes carecen de vocación y formación. En los resultados parciales del análisis de las encuestas recibidas se ha observado que el mayor porcentaje de los egresados de las cohortes 2006 a 2010 completó su carrera entre 5 a 7 años, con respecto a la evaluación de la carrera el mayor porcentaje la evaluó como muy buena y buena, entre las fortalezas manifestadas por egresados predominan la buena formación académica y estructura del plan de estudios, el compromiso social y la relación docente–alumno, entre las debilidades principalmente la necesidad de realizar más prácticas clínicas. Es importante destacar que en estos últimos años, a partir del 2009, en la FOLP se ha realizado renovación de los equipos odontológicos, equipos informáticos, actualización de los textos de la biblioteca, y mejoras en la infraestructura.

Bibliografía

1-Alonso,L.;Fernandez Rodríguez.; Nyssen,J.: El debate sobre las competencias. Presentación para las Jornadas “Mercado laboral y planes de estudios universitarios sustentados en competencias” España 2009.

2- Poblete, A. et al: Situación actual del seguimiento de egresados e inserción laboral en un grupo de universidades chilenas. Chile 2012

3-Huerta Carrillo, L.; Lugo Botello,P.: Seguimiento de egresados Universidad Autónoma de Zacatecas. México 2009

4-Arango Botero, A. et al: La enseñanza de la Odontología. Seminario taller sobre la reforma académico-administrativa de la Facultad de Antioquia. Colombia, Ed. Interamericana, 2004. 253p.

Competencias profesionales y su vinculación con el mercado laboral

ID: 209

Medina, M M; Tomas, L ; Saporitti, F; Coscarelli, N; Cantarini, L; Seara, S ; Tissone, S ; Papel, G ; Rueda, L ; Albarracín, S; Irigoyen, S
Facultad De Odontología – UNLP

Hoy en día, la sociedad demanda con más fuerza la formación de profesionales capaces no sólo de resolver con eficiencia los problemas de la práctica, sino también y fundamentalmente, de lograr un desempeño profesional ético y responsable, surgiendo de esta forma, el tema de las competencias que los futuros profesionales deben poseer, situación que propició la necesidad de llevar a cabo un análisis que permitiera identificar si la formación profesional es pertinente con el desarrollo social (demanda laboral), ya que esto constituye actualmente una misión esencial de la educación superior contemporánea. Es por ello, que en el marco de una nueva modalidad de organización flexible, las competencias profesionales constituyen las bases esenciales del nuevo profesional que debe adaptarse a este proceso de cambio. La determinación de las competencias profesionales en odontología se orientó a tres áreas: **1. Competencias de índole general.** Corresponde al conjunto de competencias que expresan un adecuado desarrollo del pensamiento y el manejo de conceptos básicos necesarios para la comprensión de los procesos sobre los que se basa el ejercicio profesional tales como: aplicar un pensamiento lógico y abstracto, comprender y aplicar los procesos biopsicosociales que participan en la Dinámica del organismo humano y analizar la realidad con rigor científico. **2. Competencias vinculadas al desempeño profesional.** Es aquella que expresa el adecuado nivel de dominio de los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para un correcto accionar profesional. **3. Competencias de carácter complementario.** Son las que expresan la adopción de conocimientos, habilidades y destrezas, en ámbitos que, sin ser propios de la profesión, son necesarios para otorgar mayor eficiencia y versatilidad en el desempeño profesional. Con el objetivo de identificar elementos que permitan retroalimentar la formación profesional para adaptarla a los cambios que exigen las tendencias en el siglo XXI y las competencias profesionales necesarias en su práctica profesional. Se realizó un estudio de tipo observacional, prolectivo, transversal, y descriptivo; con una muestra de 465 egresados. El instrumento que se aplicó se estructuró con categorías de análisis y dimensiones que permitieron identificar cada una de las competencias profesionales. La aplicación del cuestionario se llevó a cabo por internet, teléfono ó personalmente. El mayor porcentaje en las **Competencias de índole general** corresponde a las que tienen relación directa con el trabajo práctico de los egresados: conocimientos prácticos, en grado alto de formación, 44% y capacidad para el trabajo clínico, en el mismo grado, 43.6%. **En el Área de competencias vinculadas al desempeño profesional,** la integración de procesos biopsicosociales enfocados al área clínica 61.2%; capacidad de relación teoría-práctica de forma regular 62.4%; pensamiento crítico enfocado a la programación de la atención 29.7%; capacidad de integración de evidencia científica, en forma regular con 71.4%; pensamiento crítico para el estado de salud enfocado a la investigación, en grado regular 64%; habilidades y destrezas enfocadas a la práctica comunitaria, en grado regular 53%; actitud autocrítica para derivar a otras especialidades clínicas

56.8%; capacidad de integración docencia-investigación-servicio, 47%; capacidad de razonamiento ético, 47%, en cuanto a las **competencias de carácter complementario**, la capacidad para integrar nuevos conocimientos con enfoque a especialidades clínicas 56.8%; capacidad de razonamiento crítico, siempre 47%; capacidad para interactuar en ambientes diversos, contribuyendo a cambiar las condiciones de la sociedad 46%; capacidad de trabajo en equipo para integrar información de distintas áreas del conocimiento 25%; actitud valoral enfocada a ayudar a personas con dificultades 37%; capacidad intelectual para entender el entorno social, enfocado a salud 36%. En términos generales las competencias profesionales de mayor relevancia se presentaron de la siguiente manera: habilidades técnicas 53%; habilidades interpersonales 46%; habilidades ético normativas 47%; habilidades conceptuales 45%, y habilidades para la resolución de problemas 71.4 %. De lo expuesto se puede concluir que dentro de las competencias identificadas destacan entre otras, la importancia que se le da a la transmisión de los conocimientos, habilidades, durante la formación (práctica comunitaria); el humanismo reflejado en la actitud valoral enfocada a ayudar a personas con dificultades; la incorporación de conocimientos de otras disciplinas buscando un enfoque integral en la formación; la actualización permanente, la multi disciplinariedad; el enfoque crítico y el autoaprendizaje. Es evidente que las competencias profesionales que más promueven, a juicio de los egresados, durante su formación profesional se orientan al desarrollo habilidades y destrezas técnicas para la práctica clínica profesional. Hoy en día se exige a las instituciones de educación superior formar profesionales que logren alcanzar la preparación necesaria para competir con calidad. El perfil planteado en cualquier ámbito profesional exige una educación sólida, competente y flexible, lo que obliga a las instituciones a asumir y responder ante la responsabilidad de formar nuevos cuadros.

Bibliografía

- 1.-Tünnermann Berheim, C. (2002). Tendencias contemporáneas en la transformación de la educación superior. México: Vicerrectoría de Docencia (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla).
- 2.-Valle Flores, M. (2000) Formación en competencias y certificación profesional. Colección Pensamiento Universitario. 91: 204. México: Centro de Estudios Sobre la Universidad (UNAM).
- 3.-Villa A. (2007). Aprendizaje basado en competencias. España: Universidad de Deusto Bilbao.

La Atención Odontológica en un centro de APS de la FOLP

ID: 210

Papel G ; Medina, MM; Coscarelli, N;Rueda, L ; Cantarini, L; Tomas, L ;Seara, S; Saporitti, F; Tissone, S ;Albarracín, S;Irigoyen, S.

Facultad De Odontología - UNLP

La familia y la sociedad en general, influyen de manera constante en la formación y educación del individuo, es común encontrar que los patrones de conducta se repiten de generación en generación; algunos en beneficio del individuo, otros conllevan a provocar un padecimiento o mal a sí mismos, generados habitualmente por patrones culturales. La salud bucodental es un componente esencial de la buena salud, y la buena salud bucodental es un derecho humano fundamental. El papel de la profesión odontológica consiste en ayudar a la población y a las autoridades a lograr la salud a través de una buena salud bucodental. A nivel mundial, las enfermedades bucodentales son la cuarta patología más cara de tratar; la caries dental afecta a la mayoría de los adultos y a un elevado porcentaje de escolares. El objetivo del presente trabajo es determinar si la demanda de atención odontológica es adecuada al estado actual de salud bucal, en los pacientes que concurren a la unidad de APS N°34 de Villa Elvira – Pdo. de La Plata. El diseño del estudio fue transversal analítico. El universo lo conformaron los pacientes que concurren a la consulta los días Sábados entre el 16 de marzo al 13 de julio de 2013 a la unidad de Atención Primaria de la Salud N°34 de Villa Elvira – partido de La Plata. A los mismos se les realizó los Odontogramas e Historias Clínicas correspondientes; los datos obtenidos fueron cargados y procesados mediante el paquete estadístico SPSS 15.0. Las historias clínicas dieron cuenta de datos epidemiológicos índices de placa bacteriana de O’Leary, además distintas variables de estudio como: sexo y edad de los pacientes y prestaciones realizadas. La muestra de estudio quedó constituida por aquellos pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: pacientes adultos que concurren con su DNI y pacientes menores con el consentimiento informado de sus padres, a quienes se les informó de los problemas de salud bucal de sus hijos. La cantidad de pacientes que concurren fueron 12, de los cuales 9 eran pacientes femeninos y 3 pacientes masculinos. En relación a la edad de los mismos 25% corresponde a 1 a 15 años , 25% de 16 a 30 años, 33,33% de 31 a 45 años y 16,67% de 46 a 60 años. En relación con las prestaciones realizadas, a 12 pacientes se le realizó Educación para la salud individual, a la misma cantidad restauraciones plásticas estéticas, a 8 pacientes topicaciones con flúor, a 4 pacientes inactivaciones de lesiones activas de caries, a 3 pacientes tratamientos gingivo periodontales por presentar patologías en los tejidos blandos. La evaluación, dado su carácter participativo y comprometedor, debe contribuir al proceso de formación de los diferentes agentes de la comunidad educativa, al informarlos y hacerlos conscientes sobre el comportamiento de

las diferentes variables que intervienen para el logro de la calidad educativa y su incidencia personal en ello. A modo de conclusión podemos decir que en la población cubierta las creencias predominantes sobre salud bucodental hace notar la ausencia de conciencia de enfermedad, hay muchas frases hechas, de uso común, plagadas de errores sobre las enfermedades de origen dentario, una muy frecuente es “tuve muchos embarazos y eso me sacó el calcio de los dientes”, “es normal perder los dientes con la edad”; “no los arregle, mejor que me lo saquen” vincula a una cultura social que demanda un tipo de odontología orientada más hacia lo curativo que hacia lo preventivo. Desde la FOLP a través de la asignatura Odontología Preventiva y Social (OPS) se ha priorizado en la formación de los RRHH las actividades odontológicas promocionales y preventivas por sobre las curativas; éste enfoque preventivo, está orientado hacia los grupos más vulnerables a través de acciones masivas tanto a nivel comunitario como en forma individual. La evidencia científica muestra que las enfermedades orales prevalentes se pueden evitar aplicando medidas preventivas a nivel poblacional, a través de programas permanentes de educación, para el autocuidado de la salud oral. El conocimiento y la capacidad de aprender se consideran cada vez más centrales para la calidad de vida y el bienestar de los individuos y sus comunidades.

Bibliografía

1. Ashton C. “La promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad.” Monografies Sanitaires. Serie D. Salud para Todos N° 1. Valencia, España 1988.
2. De Wer, Egbert. “Sensibilidad de la Educación Superior a las demandas del mercado de trabajo”, en Higher Education and Work, J. Brennam, M. Kogan y U. Teichler, Publ. London and Bristol, 1996
3. Misrachi C., Sáez M. “Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral”. Cuadernos Médico-Sociales 1989; 30 (2): 27-33.
4. Tejada, J. La educación en el marco de una sociedad global: algunos principios y nuevas exigencias, Profesorado (Revista de curriculum y formación del profesorado), vol.4, núm. 1, 13-26, 2001

Relación del Plan de Estudio de los egresados de la FOUNLP con las prácticas vinculadas a la prevención

ID: 220

Tomas, L; Medina, MM; Albarracín, SA; Rueda, L; Papel, G; Coscarelli, N; Saporitti, F; Seara, S; Cantarini, L; Tissoe, S
Facultad De Odontología – UNLP

El perfil profesional del egresado de nuestra Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, en la actualidad es acorde con las exigencias sociales actuales, realizando un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, orientado más hacia el área de la prevención en todos sus aspectos basándose preferentemente en la educación para la salud, que hacia la curación de la enfermedad, creando en los alumnos una conciencia social, humanística y sanitaria que le permitan actuar según las necesidades y demandas de la sociedad^{2,3}. La odontología como profesión ha sido objeto de razonada crítica en torno a determinar la capacidad del impacto social que ha tenido hasta el presente, por su incidencia en la modificación de la problemática de salud de la población, específicamente en el campo de la salud bucal, en cuanto a sus enfermedades prevalentes: caries y enfermedad periodontal. Nuestra facultad no ha estado alejada de esta realidad y con el cambio curricular del año 1990 y su reforma de 1994 se planteó los interrogantes sobre la mejor forma de articular educación y formación para satisfacer las necesidades de los egresados y de la comunidad. En los últimos años se ha convertido en una necesidad, que las instituciones educativas incorporen líneas de investigación que permitan un análisis cada vez más riguroso, sobre aspectos de su vida institucional, que posibiliten una adecuada toma de decisiones y el establecimiento de programas bien estructurados en lo curricular y con una atinada presupuestación, condición inherente sin la cual estaría en desventaja para afrontar retos y demandas de una sociedad más participativa y exigente. Uno de los aspectos de más importancia dentro de un programa de evaluación y seguimiento institucional, es el seguimiento de egresados, que a la par de las otras líneas de investigación pueden iniciar la retroalimentación con sus avances de la pertinencia curricular y sus posibles adecuaciones, dentro de una congruencia regional y local. De acuerdo a las características de la enseñanza impartida será el perfil del futuro egresado, por lo tanto el proceso de enseñanza aprendizaje debe estar dirigido hacia la idea de que los alumnos aprendan a pensar por ellos mismos y en consecuencia puedan tomar acciones adecuadas a sus propias decisiones. El objetivo general del presente estudio fue obtener información útil para la Institución acerca de la incidencia del plan de estudio en el desarrollo de prácticas preventivas por parte de egresados de nuestra Facultad, mediante los siguientes objetivos específicos: 1) Determinar si existe relación entre la realización de prácticas preventivas

individuales y el plan de estudio. 2) Determinar si existe relación entre la participación en programas comunitarios y el plan de estudio. El presente es un estudio de tipo descriptivo y el universo está constituido por los egresados de la FOUNLP entre los años 2011 – 2012. La información fue recopilada a través de una encuesta estructurada elaborada ad hoc y registros documentales de la FOLP y del CeSPI. La administración de la encuesta se realizó vía telefónica, e-mail y en forma personal, para su procesamiento se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0. De las 437 encuestas de los egresados entre los años 2011 al 2012, se desprenden los siguientes resultados: Sobre un total de 437 egresados, 430 pertenecen al plan 94 y 7 al plan 90. En relación a si Realizan Prácticas Preventivas en el ejercicio profesional y como se relaciona con el plan de estudios, los profesionales que la realizan: 378 pertenecen al plan 94, 6 al plan 90; De las prácticas preventivas que realizan los graduados, 372 realiza prácticas preventivas individuales y pertenecen al plan 94, 4 al plan 90. En referencia a los que si participan en programas comunitarios, 6 pertenecen al plan 94 y 2 al plan 90. Como sugerencia para mejorar la formación, los tópicos más frecuentes fueron: agregado de más prácticas, mejoras en la infraestructura, mayor formación docente y cambio curricular¹. Cuando se pregunto por los medios en los que desarrollan en la profesión: los egresados del plan 90 eligieron 3 la opción urbana, 1 la opción rural, 1 la marginal y 2 no respondieron, mientras que los resultados tabulados de los egresados del plan 94 se representaron de la siguiente manera: 402 medio urbano, 15 medio rural, 6 marginal y no contestaron 7. Y la última pregunta que se realizo fue la que indagaba sobre el tiempo dedicado al ejercicio de la profesión: donde los egresados del plan 94 manifestaron: dedicación completa 281 odontólogos, medio tiempo 144, y no respondieron 5, comparando con estos datos los profesionales egresados y de plan 90 respondieron que ejercen la profesión a tiempo completo 3, a medio tiempo 2 y no respondieron 2. Los resultados demuestran que los graduados en el período 2011-2012, pertenecientes al plan de estudio 1994 (plan actual vigente) de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, realizan mayor práctica preventiva en su vida profesional en relación a los planes de estudios previos, siendo más significativas las actividades preventivas individuales que la participación en programas comunitarios. Los Programas Comunitarios contribuyen a la recuperación y fortalecimiento de las formas de organización comunitaria.

Nivel Educativo de los pacientes y su Estado de Salud Bucodental

ID: 211

Rueda, L;Papel, G; Medina, M M; Coscarelli, N ;Cantarini, L; Tomas, L ; Seara, S; Tissone, S; Albarracín, S; Saporitti, F ;Irigoyen, Silvia
Facultad De Odontología – UNLP

La eficiencia de la educación para la salud depende de su planificación y evaluación, de ahí la importancia de saber qué conocimientos presentan los integrantes de una comunidad sobre Salud Bucal. El diagnóstico del estado de salud de la población por ser multifactorial se hace muy complejo, más aún si pretendemos abarcarlo en toda su magnitud, para una colectividad o comunidad determinada, sea ésta la de un país, provincia, municipio, área de salud, centros educacionales, centros laborales. Todas estas poblaciones pueden ser estudiadas para conocer su estado de salud, sus componentes, sus determinantes o factores de riesgo y su causalidad, para elaborar un plan de acción y de ejecución que permita alcanzar indicadores de salud cada vez más favorables. El estado de salud de la población es un reflejo de desarrollo material y espiritual de una sociedad referente a la salud social, es un sistema valioso para evaluar la eficiencia y eficacia del sistema de salud y un instrumento para demostrar la capacidad del estado en garantizar la salud de la población. Entendemos por nivel educativo el grado de aprendizaje que adquiere una persona a lo largo de su formación en la educación formal. Recordemos que existe tres tipos de educación: la formal, la no formal y la informal. La educación formal (Educación Infantil-Educación Primaria - Educación Secundaria - Educación Superior) hace referencia a los ámbitos de las escuelas, institutos, universidades, La *educación no formal* se refiere a los cursos, academias, e instituciones, que no se rigen por un particular currículo de estudios. *La educación informal* es aquella que fundamentalmente se recibe en los ámbitos sociales, pues es la educación que se adquiere progresivamente a lo largo de toda la vida. El objetivo del presente trabajo fue Determinar si el nivel educativo de los niños y de adultos pertenecientes a nuestra área programática es acorde con los conocimientos referentes a los cuidados de su salud bucal. En referencia a materiales y métodos se realizó una encuesta estructurada elaborada ad-hoc en la zona correspondiente al centro de Atención Primaria de la Salud (APS) N° 33 de Los Hornos, mediante la cual pudimos recabar información de aquellos individuos que forman parte de nuestra área programática, designada entre las calles: 145 a 150 y de 60 a 65 de la localidad de Los Hornos, partido de La Plata. De la información recolectada se realizó el análisis estadístico de las mismas, con los gráficos correspondientes. El total de la muestra fue de 100 personas, (n=100); el 50% de los mismos pertenece niños y el otro 50% a adultos. La media de las edades fue de 38,9 años. En referencia al sistema educativo donde

concurren los niños, 31 van a escuela de tipo pública y 19 a escuelas privadas. Respecto al máximo nivel educativo alcanzado por los adultos: 4 nivel primario, 28 nivel secundario completo, 13 algún tipo de título terciario y 5 universitarios completos. El motivo de consulta que más predominó fue Dolor, en 25 pacientes, 11 pacientes se acercaron por prevención, 9 pacientes para controlar su estado de salud bucal y 5 Ns/Nc. En la pregunta cual era la frecuencia con la cual se cepillaban sus piezas dentarias, 12 dijeron 1 vez al día, 29 2 veces al día y 9 3 o más veces diarias. En referencia a si utilizan complementos a la técnica de cepillado, 23 no usan ningún complemento, 11 usan hilo dental y 16 algún tipo de colutorio. En la pregunta si en los últimos 6 meses recibió alguna topicación con flúor, 28 pacientes respondieron afirmativamente y 22 dijeron que no. Con respecto al lugar donde asisten para atenderse por odontología, 27 pacientes respondieron que lo hacen en lugares públicos (hospitales, salas de primeros auxilios, centros de APS de la FOLP, unidades sanitarias) y 23 pacientes concurren a instituciones privadas (consultorios, clínicas). En referencia a la pregunta sobre si alguna vez recibió algún tipo de información preventiva con respecto a la salud bucal, 17 negaron haberla recibido y 33 contestaron que sí. A modo de conclusión podemos decir que el 56% de los individuos encuestados estaban ubicados en el nivel medio de educación formal (Nivel Inicial – Primaria – Secundaria). Esta variable mostró una relación directa con el grado de conocimientos referentes a los cuidados de la salud bucal. Se destaca que el mayor número de personas dijo haber recibido información sobre prevención, sin embargo al momento de asistir a la consulta odontológica, el motivo de consulta que ocupa el primer lugar es la presencia de dolor.

Bibliografía

1. La experiencia del Programa de Educación para la Salud en la Universidad Nacional. Santiago de Estero. Argentina; 2001.
 2. Gixio Cecilia. Enseñar a aprender: construir un espacio colectivo de enseñanza aprendizaje. Ediciones Homo Sapiens. 7ma Ed. Rosario 2005.
 3. Misrachi C., Sáez M. "Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral". Cuadernos Médico-Sociales 1989; 30 (2): 27-33
- Powered by

Elección De Forma De Trabajo Como Profesionales Odontólogos

ID: 214

Seara, S; Albarrin, S; Cantarini, L; Coscarelli, N ; Medina, M M; Papel, G; Saporitti, F; Rueda, L; Tissone, S
Facultad De Odontología – UNLP

En el marco de un proyecto de investigación sobre formación de recursos humanos en Odontología, este trabajo presenta los resultados finales de la elección de la actividad laboral de los egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, según el sexo y el año de egresos. Los cambios que se están procesando en los mercados laborales hacen que las posibilidades de inserción laboral sean cada vez más complejas, lo que lleva al cuestionamiento de los perfiles de capacitación buscando brindar las competencias indispensables para el ingreso al mercado de trabajo en las mejores condiciones posibles. Las particulares condiciones del contexto actual hacen, entonces, que los sistemas educativos enfrenten el desafío de mantener su relevancia social y requieren observar la inserción efectiva de los egresados para reconocer la eficiencia de la formación impartida. Las Facultades forman un recurso humano entregándole a los estudiantes una serie de conocimientos, destrezas y actitudes, esperando que las desarrollen y las apliquen después durante su ejercicio profesional, sin embargo una vez que los alumnos egresan y se corta el nexo con la institución que los formó nada se sabe de sus inquietudes, de las fortalezas y debilidades de su formación, de sus necesidades de perfeccionamiento y de los problemas que deben enfrentar en su desempeño profesional. El objetivo del trabajo consta en el análisis que se quiere realizar sobre la forma de trabajo que tienen los egresados entre el 2006 y 2010. El método es un estudio longitudinal-descriptivo, el universo lo constituyen los alumnos egresados entre los años 2006 y 2010 de la Facultad de Odontología de La Plata. Como instrumento para la recolección de los datos se utilizó una encuesta estructurada que se realizó a toda la población en estudio y que permitió dividirla en dos categorías: los alumnos que trabajan y los que no trabajan. Los resultados obtenidos de las encuestas a los egresados entre los años 2006 y 2010 son: sobre un total de 465 de los cuales 179 son hombres y 286 son mujeres ; a) Que han contestado que trabajan de odontólogos son: 444; de los que trabajan en el año 2006 son 107; 2007 son 79; 2008 son 86; 2009 son 99 y del 2010 son 94: con respecto a los egresados del año 2006 (total de 107 encuestados) que trabajan en forma independiente contestaron 57 egresados (22 hombres y 25 mujeres), en relación de dependencia contestaron 34 (16 hombres y 18 mujeres), en ambas formas de trabajo contestaron 13 (6 varones y siete mujeres), ninguno está trabajando en otras actividades y 3 contestaron “no sabe – no contesta”. Con respecto a los egresados del año 2007 (total de 79 encuestados) que trabajan en forma independiente contestaron 40 egresados (17 hombres y 24 mujeres), en relación de dependencia contestaron 11 (9 hombres y 2 mujeres), en ambas formas de trabajo contestaron 22 (8 varones y 14 mujeres), una mujer está trabajando en otras actividades y 3 contestaron “no sabe – no contesta”. Con respecto a los egresados del año 2008 (total de 86 encuestados) que trabajan en forma independiente contestaron 35 egresados (14 hombres y 21 mujeres), en relación de dependencia contestaron 36 (13 hombres y 23 mujeres), en ambas formas de trabajo contestaron 8 (4 varones y

4 mujeres), un hombre y una mujer está trabajando en otras actividades y 5 contestaron “no sabe – no contesta”. Con respecto a los egresados del año 2009 (total de 99 encuestados) que trabajan en forma independiente contestaron 52 egresados (15 hombres y 37 mujeres), en relación de dependencia contestaron 30 (12 hombres y 18 mujeres), en ambas formas de trabajo contestaron 6 (3 varones y 3 mujeres), un hombre está trabajando en otras actividades y 10 contestaron “no sabe – no contesta”. Y con respecto a los egresados del año 2010 (total de 94 encuestados) que trabajan en forma independiente contestaron 43 egresados (22 hombres y 21 mujeres), en relación de dependencia contestaron 38 (13 hombres y 25 mujeres), en ambas formas de trabajo contestaron 6 (2 varones y 4 mujeres), una mujer está trabajando en otras actividades y 6 contestaron “no sabe – no contesta”.

b) no trabajan= 22 de los que no trabajan como odontólogos son el total 21, 2006 y 2007 son 3 (2 hombres y 1 mujer), de los egresados del 2008 son 3 mujeres, de los egresados del 2009 son 8 (4 de cada sexo) y del 2010 son 4 mujeres: de los que trabajan en el año 2006 son 107; egresados del año 2007 son 78; egresados del año 2008 son 86; egresados del año 2009 son 99 y por último de los egresados del año 2010 son 94; c) una sola egresada del año 2009 contestó no sabe / no contesta.

Conclusión: una vez analizado los resultados obtenidos en este trabajo podemos decir que la mayoría de los egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata eligen como opción de trabajo en forma independiente y en segundo lugar en relación de dependencia. Y en poca cantidad hay egresados de esta Unidad Académica que trabajan en ambas formas (independiente y en relación de dependencia). En todas las formas de trabajo se encuentran en mayor cantidad las mujeres sobre los hombres. Palabras claves: egresados, Facultad de Odontología; en forma dependiente, en relación de dependencia.

Bibliografía

- 1) Frigerio, G. y Poggi, M.: “El análisis de la institución educativa”. Buenos Aires. Ed. Santillana. 1996.
- 2) Giovagnoli, P.: “Determinantes de la graduación y deserción universitaria: Una aplicación utilizando modelos de duración”. Documento de trabajo N° 37. Departamento de Economía de la U.N.L.P. Año 2002.
- 3) Kisilevsky, M.: “Números para Pensar en la Universidad”. Artículo de la Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación. Año VI N° 10 – Abril 1997. Niño y Dávila editores. Facultad de Filosofía y Letras. UBA. Argentina.
- 4) Poblete, A. et al: “Situación actual del seguimiento de egresados e inserción laboral en un grupo de universidades chilenas”. Chile 2012

Análisis de la formación en post-grado de los egresados de la FOLP

ID: 215

Tomas, L; Medina, M M; Albarracin, S; Tissone, S ;Cantarini, L; Coscarelli, NY; Papel, G ;Saporitti, F; Rueda, L ;Seara, S
Facultad De Odontología – UNLP

El objetivo del presente estudio es describir la Formación Continuada de los Egresados de la FOLP del año 2011 y 2012. La metodología aplicada en esta investigación, parte de años de investigación y estudios bibliográficos, sobre la temática a través de un proyecto institucional de evaluación y seguimiento de alumnos y egresados de la Facultad de Odontología de la UNLP, el presente es un estudio de tipo descriptivo y el universo está constituido por los egresados de la FOLP entre los años 2011 – 2012. La información fue recopilada a través de una encuesta estructurada elaborada ad hoc y registros documentales de la FOLP y del CeSPI. La administración de la encuesta se realizó vía telefónica, e-mail y en forma personal, para su procesamiento se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0. Las variables cuantitativas se expresan a través de la media o mediana (según si su distribución es normal o no) con su correspondiente desviación estándar o rango intercuartil y las variables cualitativas en forma de frecuencias. La magnitud de la asociación se expresa a través de la razón de prevalencia con sus intervalos de confianza al 95%. Las medidas de asociación a través de los tests estadísticos correspondientes. Análisis de la tendencia lineal con la ji cuadrado de tendencia. De los egresados entre los años 2011 al 2012 se recibieron 437 encuestas de las cuales se desprenden los siguientes resultados: Los odontólogos que realizaron capacitación de posgrado fueron 302 y los profesionales que no hicieron actividades post-título fueron 131, mientras que 4 no contestaron. En cuanto a los que si se perfeccionaron, se documentó que su formación fue abundante en un 30,16%, escasa en un 33,12%, nula en un 6,80% y respondieron NS/NC un 29,92%. Cuando se pregunto que tipo de estudios de post-grado ha realizado, 2 respondieron que optaron por la carrera de Doctorado en Odontología, 11 por Maestrías, 51 por Carreras de Especializaciones, 234 optaron por realizar cursos de posgrado en distintas áreas odontológicas (básicas y clínicas), 131 manifestaron no haber hecho posgrados y los que optaron por NS/NC fueron 4. Finalmente cuando se preguntó donde se realizaron los estudios de posgrado, las referencias elegidas fueron: en argentina 217 egresados, en Latinoamérica uno, en otro país solo tres y no respondieron nada 81. Vale decir que cuando se interrogo por las áreas de interés para educación continua las respuestas fueron muy variadas, aunque las más elegidas fueron las áreas clínicas vinculadas con la rehabilitación bucal del sistema estomatognático, se nombró: estética, operatoria dental, ortopedia, prostodoncia, salud social y

comunitaria, ortodoncia, farmacología, patología y clínica estomatológica, cirugía y traumatología buco máximo facial, histología, odontopediatría, endodoncia, prácticas preventivas, educación para la salud oral de la población, atención de pacientes con capacidades diferentes, marketing para odontólogos, periodoncia y lo más elegido fue la implantología oral. La planificación de un programa formativo eficiente y adecuado a los profesionales a los que se dirige, exige conocer la situación de partida¹. Con este fin se ha realizado este trabajo y para ello ha sido necesario recurrir a diferentes fuentes de datos. En cuanto a los resultados obtenidos de la base de datos de formación, se constata que un elevado número de profesionales se inscribe en al menos una actividad, hay profesionales que se inscriben en varias y sólo unos pocos no se inscribe en ninguna. Un porcentaje considerable no llega a recibir certificado fundamentalmente debido a que no alcanzan el número de horas requerido para conseguirlo². Los profesionales que más se inscriben y realizan cursos organizados por nuestra unidad docente son egresados mas recientes. Además del interés en su formación, otras razones adicionales explican este resultado que podría suponer un sesgo, por ejemplo, que había mayor número de cursos dirigidos a ellos. Por otro lado, otros profesionales, como los egresados con más antigüedad, pueden encontrar dificultades para asistir a los cursos debido a la baja disponibilidad de horarios fuera del trabajo. Los resultados muestran que un número importante de encuestados tienen formación de posgrado. Existen diferencias significativas en cuanto a experiencia docente o pertenencia a algún grupo de trabajo o sociedad científica entre los profesionales, aunque algunos intervalos no llegan a ser significativos probablemente por el escaso número de sujetos incluidos. La mayor parte de los profesionales se han formado en los últimos 2 años en temas relacionados con su práctica asistencial, lo que coincide con las preferencias mostradas en algún estudio previo.

Las TICs en la formación de posgrado. Elementos para pensar la formación permanente.

Cantarini, Luis Martín; Medina, María Mercedes; Seara, Sergio; Coscarelli, Nelida; Papel, Gustavo; Rueda, Leticia; Tomas, Leandro; Tisone, Sebastian; Saporitti, Fernando
Facultad De Odontología - UNLP

El presente trabajo tiene como propósito analizar las TICs y la educación virtual, en el caso de nuestra facultad, a partir de la plataforma Moodle de enseñanza y aprendizaje herramienta que acompaña a los tanto del grado como del posgrado durante toda su trayectoria académica, para pensar en torno a la formación continua o permanente. La Facultad de Odontología de La Plata reconoce a la misma como un imperativo ineludible de nuestra época, como un rasgo que atañe a la calidad de los profesionales, a su ética profesional y, por lo tanto como una competencia más a impulsar en los alumnos. De esta manera, es que se plantea como una preocupación que atraviesa todos los espacios curriculares y como una cuestión que los docentes mismos desde su propia experiencia deben significar especialmente a los alumnos.. El trabajo sobre las TICs se convierte de este modo en una herramienta más que la facultad puede y debe impulsar en los alumnos pensando en su futuro desarrollo profesional y en su formación permanente. Vivimos en una sociedad de la información y del conocimiento. Las nuevas tecnologías pasan a formar parte de todas las esferas de nuestras vidas y las instituciones educativas a veces responder de forma lenta a estos requerimientos. Las TICs posibilitan el empoderamiento por parte del sujeto en tanto le permiten tener el control sobre su propio proceso de aprendizaje, sobre dónde, cómo y cuándo aprende, además de adaptarse a los ritmos y preferencias de cada uno. Las TICs constituyen el escenario por el que los sujetos tendrán que transitar para pensar su formación. Introducir las TICs a los procesos de enseñanza y aprendizaje que se dan al interior de la facultad no sólo involucra reconocer y apropiarse del potencial de las TICs sino brindarles a los alumnos una herramienta relevante que permite y facilita la formación permanente. Promover y expandir al interior de la facultad buenas prácticas de enseñanza mediadas por TICs, que además puedan convertirse en experiencias significativas para los alumnos, puede abonar a que se acerquen a ver en estos nuevos dispositivos una posibilidad real para su capacitación futura. La educación mediada por TICs permite colocar a los alumnos en el centro del proceso educativo y el énfasis está puesto en la construcción del conocimiento por lo cual la relación enseñanza y aprendizaje no se reducen a la mera transmisión sino que se posibilita la resignificación de los aspectos involucrados en una educación de tipo más tradicional y le permite al alumno ser más consciente de su propio modo de aprender. Las demandas de la sociedad del conocimiento y de la información demandan el desarrollo de competencias transversales en los estudiantes sobre todo las que tienen que ver con el uso y manejo de las TICs y lo que las mismas involucran como el trabajo colectivo y colaborativo y la comunicación asincrónica. Las TICs posibilitan, de esta manera, la construcción de espacios para la comunicación, aumentan las modalidades de formación y multiplican los espacios de intercambio. Todo esto las convierte en una alternativa interesante y facilitadora de la formación permanente, También se requiere de un alto conocimiento por parte de los docentes sobre las TICs tanto en lo que respecta a los que podríamos llamar aspectos técnicos y operativos como los involucrados a la hora de pensar en las intenciones pedagógicas, los propósitos y objetivos de enseñanza, la elaboración de los recursos didácticos, y las intervenciones. La incorporación de las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en la enseñanza constituye un desafío, en tanto requiere repensar desde una lógica distinta la manera de abordaje de los contenidos y las formas de producir y hacer circular el conocimiento. Planteamos en este escrito la necesidad de una perspectiva crítica y situada; dónde las herramientas que las TICs ofrecen permitan la construcción de conocimiento de manera significativa para los usuarios. La enseñanza semi presencial, ha entrado, actualmente, en un proceso de expansión constante; hecho que conlleva el peligro de utilizarla de modo indiscriminado y carente de significación para los estudiantes. **Conclusiones** concretamente enseñar a aprender a través de las TICs de forma crítica y reflexiva posibilita a los actores resolver futuros problemas que se les presenten al momento de trabajar y seguir formándose, como superar dificultades de horario, de trabajo, de

desplazamiento, y les brinda un margen de libertad para poder pensar su aprendizaje a través de medios como internet. Pero una de las cuestiones que se desprenden de reconocer las características de la sociedad actual y de los imperativos para la formación profesional es la necesidad de realizar innovaciones profundas en las prácticas educativas. Las instituciones de formación de grado y posgrado, como es el caso de nuestra facultad, se propone preparar a los estudiantes para su mejor inserción laboral y esto conlleva no sólo preparar para el momento presente sino construir y reconstruir una visión anticipadora que permita prever los requerimientos futuros. El perfeccionamiento y la especialización son uno de estos requerimientos para el ejercicio de la profesión, por lo cual mostrar a la educación mediada por TICs como un dispositivo legítimo para la concreción de las mismas es una impostergable herramienta a brindar. Al mismo tiempo el manejo de las TICs les permite a los estudiantes adquirir una cierta flexibilidad para responder a las distintas propuestas de posgrado y sobre todo le proporcionan a los alumnos y futuros profesionales la libertad para gestionar su propio aprendizaje y la capacidad de seguir aprendiendo. Pensar a la educación como un proceso que abarca toda la vida conlleva la responsabilidad, por parte de las instituciones educativas como de los docentes, de colaborar a que esto efectivamente pueda concretarse. Esto involucra preocuparse por cómo nuestras prácticas y propósitos de enseñanza abonar a la mejor comprensión del entorno, cómo preparar a nuestros alumnos para influir positivamente en el contexto en el que habitan (esto es el perfil profesional) y cómo formar a sujetos críticos que se nutran del trabajo colectivo y que reconozcan las riquezas de este intercambio. El desafío es pensar a estos aprendizajes que deben darse a lo largo de la vida a través de las nuevas tecnología que vehiculizaran estos propósitos para, de esta manera, facilitar la adaptación de los individuos a los cambios tecnológicos que les permitan crecer profesionalmente. TICs de forma crítica y reflexiva posibilita a los actores resolver futuros problemas que se les presenten al momento de trabajar y seguir formándose, como superar dificultades de horario, de trabajo, de desplazamiento, y les brinda un margen de libertad para poder pensar su aprendizaje a través de medios como internet. Pero una de las cuestiones que se desprenden de reconocer las características de la sociedad actual y de los imperativos para la formación profesional es la necesidad de realizar innovaciones profundas en las prácticas educativas. Las instituciones de formación de grado y posgrado, como es el caso de nuestra facultad, se propone preparar a los estudiantes para su mejor inserción laboral y esto conlleva no sólo preparar para el momento presente sino construir y reconstruir una visión anticipadora que permita prever los requerimientos futuros. El perfeccionamiento y la especialización son uno de estos requerimientos para el ejercicio de la profesión, por lo cual mostrar a la educación mediada por TICs como un dispositivo legítimo para la concreción de las mismas es una impostergable herramienta a brindar. Al mismo tiempo el manejo de las TICs les permite a los estudiantes adquirir una cierta flexibilidad para responder a las distintas propuestas de posgrado y sobre todo le proporcionan a los alumnos y futuros profesionales la libertad para gestionar su propio aprendizaje y la capacidad de seguir aprendiendo. Pensar a la educación como un proceso que abarca toda la vida conlleva la responsabilidad, por parte de las instituciones educativas como de los docentes, de colaborar a que esto efectivamente pueda concretarse. Esto involucra preocuparse por cómo nuestras prácticas y propósitos de enseñanza abonar a la mejor comprensión del entorno, cómo preparar a nuestros alumnos para influir positivamente en el contexto en el que habitan (esto es el perfil profesional) y cómo formar a sujetos críticos que se nutran del trabajo colectivo y que reconozcan las riquezas de este intercambio. El desafío es pensar a estos aprendizajes que deben darse a lo largo de la vida a través de las nuevas tecnología que vehiculizaran estos propósitos para, de esta manera, facilitar la adaptación de los individuos a los cambios tecnológicos que les permitan crecer profesionalmente.

Factores facilitadores de las maloclusiones

ID: 72

Iriquin, Stella Maris; Rimoldi, Marta ;Rancich, Lidia;Oviedo Arevalo, Juan; Lancon, Carlos; Mendes, Claudia

Facultad de Odontología . UNLP

Se consideran problemas de Salud pública en el mundo, los siguientes: caries dental, enfermedad periodontal, anomalías dentofaciales, maloclusiones, cáncer bucal, malformaciones de los tejidos dentales, traumatismos maxilofaciales, fluorosis dental. Lo más importante de estos padecimientos es que pudieron evitarse. Considerando al hombre como un ser biopsicosocial uno de los objetivos de la odontología preventiva consiste en ayudar al paciente a mejorar los hábitos que contribuyen al mantenimiento de la salud bucal. Por eso es necesario enseñarle a reconocer la existencia de estados indeseables en su boca, a comprender como se producen y a controlarlos. La salud bucodental o la salud bucal es el estado psicosocial y biológico de un individuo y su grupo que les permite la mayor permanencia posible de los dientes y funcionamiento eficaz de las estructuras de soporte y tejido de los mismos. El factor de riesgo según la OMS es: cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas que se sabe asociada con aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Por otra parte John M. Last considera que el término factor de riesgo se usa con tres connotaciones distintas: 1- Un atributo o exposición que se asocia a una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, como la ocurrencia de una enfermedad; este atributo no necesariamente constituye un factor causal. 2-Un atributo o exposición que aumenta la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico. 3- Un determinante que puede ser modificado por alguna forma de intervención, logrando disminuir la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad u otro daño específico a la salud; para evitar confusión, esta connotación debe ser referida como factor de riesgo modificable. Por lo tanto, los factores de riesgo pueden ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. La interacción de los factores de riesgo biológico sumados a otros sociales y ambientales, aumenta el efecto aislado de cada uno de ellos. Beaglehole y Bonita (OPS, 1994) clasifican los factores de riesgo en: 1- Factores predisponentes: entre otros se encuentran edad, sexo o el padecimiento previo de un trastorno de salud, los cuales pueden crear un estado de sensibilidad hacia un agente causal de enfermedad. 2- Factores facilitadores: aquí se incluyen los ingresos económicos reducidos, el tipo de alimentación, la vivienda inadecuada y la asistencia médica insuficiente, pueden favorecer el desarrollo de la enfermedad. 3- Factores desencadenantes: incluye la exposición de un agente patógeno o nocivo específico, los cuales pueden relacionarse con la aparición de una enfermedad o estado patológico determinado. 4- Factores potenciadores: entre ellos se encuentra la exposición repetida, la cual puede agravar una enfermedad establecida. La protección específica grupal de las alteraciones de los tejidos blandos y óseos de la cavidad bucal y las estructuras adyacentes se debe realizar en población de riesgo biológico-social mediante el examen clínico periódico de manera directa y con la eliminación de los hábitos nocivos. Se debe vigilar la erupción y la conservación del primer molar permanente, así como la anchura, longitud y relación de las arcadas. El diagnóstico clínico de las sociales y sus

repercusiones funcionales y emocionales. El presente trabajo de investigación se realizó en la Asignatura Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología de la UNLP con los niños que concurren a atenderse los días lunes en el horario de 8 a 23 hs. Para cumplir con el Código de Ética de la Facultad se pidió el consentimiento informado previa explicación sobre la investigación a realizar, firmado voluntariamente por los padres o tutores, en cuyo texto se explica que este estudio no significa daño para la salud del niño. Los criterios diagnósticos de inclusión: niños con dentición mixta que concurren a atenderse a la Asignatura y presenten hábitos deformantes de la oclusión como: succión digital, deglución atípica, uso de chupete o biberón, empuje lingual. Las variables serán: Edad y Sexo. Dentición mixta: se extiende desde la erupción del primer molar permanente hasta el final del recambio dental. Succión digital: hábito de succión del pulgar u otros dedos, 1 o más. Deglución atípica: lengua baja con o sin interposición dentaria .Uso de chupete o biberón: a partir de los 3 años de edad. Empuje lingual: empuje de los incisivos superiores en la deglución. Los datos se recolectaron por medio de la Historia Clínica de la Asignatura utilizando espejo, pinza y explorador teniendo en cuenta los datos de 1- Identificación del niño .2- Antecedentes odontológicos 3- Historia odontológica de los padres 4- Antecedentes médicos 5- La lactancia si fue materna o artificial ,6- Antecedentes socioculturales, 7-Hábitos alimentarios 7-Exámen clínico .La madre, padre o tutor del niño deberá contestar una encuesta preparada a este fin. Se consignará en ella la edad de la madre al tener el bebe: menor a 18 años, entre 18 y 35 años y más de 35 años; el grado de escolaridad adquirido al nacer el bebe: primaria, secundaria, terciaria, universitaria; tipo de parto: natural o por fórceps o cesárea; ingresos económicos y comodidades de la vivienda. Se confeccionó una tabla de datos Excel y se utilizó el paquete estadístico SPSS para el análisis estadístico. El objetivo de este estudio fue determinar la relación de los factores facilitadores de la maloclusión con la presencia de hábitos orales. Se seleccionaron 60 niños entre 5 y 10 años de edad de los cuales 31 mujeres y 29 varones viven en zonas suburbanas , en viviendas inadecuadas por falta de luz, agua o cloacas, sin pisos ni reboques y con asistencia médica inadecuada. Las variables de hábitos orales seleccionados fueron deglución atípica, succión digital, respiración bucal y uso de chupete o biberón más allá de los 3 años. Resultados: deglución atípica 33 %, succión digital 21.7%, respiración bucal 18%, uso de biberón o chupete 27,3%. Podemos concluir que los factores facilitadores de la maloclusión en pacientes con ingresos económicos reducidos, vivienda inadecuada y asistencia médica insuficiente desarrollaron maloclusiones por la presencia de hábitos lesivos.

Bibliografía

- 1- Graber LW, Vanarsdo RL, Ortodoncia, principio y técnicas actuales. 5ta edición. Barcelona: Elsevier Barcelona. 2013
- 2- Josep María Ustrelli Torrent (coord) Manual de Ortodoncia. 1ra edición. Barcelona. Editorial Ube. 2011.
- 3- Thomas M.Grabner, Robert L. Varrarsdall, Katherine W Vig. Ortodoncia principio y técnicas actuales. Elsevier España. 2006.

Relación entre un factor Biológico y los hábitos deformantes

ID: 222

Mendes, C; Iriquin SM; Rancich L; Rimoldi M; Oviedo Arevalo JJ; Lancón C.

Facultad De Odontología – UNLP

Riesgo es el correspondiente epidemiológico del concepto matemático de probabilidad, por lo tanto, el concepto epidemiológico de riesgo implica la probabilidad que tiene un individuo (riesgo individual) de desarrollar una enfermedad determinada, un accidente o un cambio en su estado de salud en un período específico y en una comunidad dada. Por definición, se observa la convergencia de 3 dimensiones siempre relacionadas con el concepto de riesgo: ocurrencia de enfermedad, denominador de base poblacional y tiempo. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en los grupos y en la comunidad total. (1) Las causas de las anomalías dentomaxilofaciales son múltiples y complejas, los hábitos bucales incorrectos o deformantes son una de las más frecuentes. Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden. Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, deglución y respiración normal y los incorrectos o deformantes como la respiración bucal, onicofagia, empuje lingual, masticación de objetos, la succión del pulgar u otro dedo (succión digital) uso de chupetes y biberones después de los 3 años, pues antes de esta edad, estos últimos se consideran normales.(2-4) Estos hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo. El objetivo general de dicho trabajo fue determinar cuáles son las características de los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales modificables de los hábitos lesivos que inciden en las maloclusiones y específicamente identificar los factores de riesgo de los hábitos deformantes de la oclusión: succión digital, deglución atípica, uso de chupete, onicofagia. Para el siguiente trabajo se tomó una población de 100 niños de ambos sexos con edades comprendidas entre los 5 y 12 años de edad que asistían a la clínica de la Asignatura Odontología Integral Niños. Se solicitó el consentimiento informado, previa explicación sobre la investigación, firmado voluntariamente por los padres. Los criterios diagnósticos de inclusión que se tuvo en cuenta fueron niños con dentición mixta concurrentes a las clínicas de dicha institución y que presenten hábitos deformantes de la oclusión. Los datos fueron recolectados por medio de las historias clínicas de la Asignatura analizando las variables edad ,sexo , hábitos bucales y por medio de una encuesta estructurada preparada para este fin , donde se contabilizaron las variables: Edad de la madre al tener el bebé menor de

18 años, entre 18 y 35 años y mayor de 35 años, Grado de escolaridad de la madre al nacer el bebé: primaria, secundaria, terciaria , universitaria; Tipo de parto:natural,fórceps ,cesárea; Peso del niño al nacer: menor a 2.500grs, entre 2500 a 4000grs, mayor a 4000grs;Tipo de Lactancia: materna, biberón, mixta; Crianza del niño: con los padres, por uno de ellos , por los abuelos; Entorno Social: muy bueno, bueno, regular, malo .La variable a evaluar fue tipo de parto y su incidencia en las maloclusiones, considerando el Parto Eutócico: parto fisiológico y el parto Distócico: a través de fórceps o cesárea Del total de niños de 5 a 12 años que asistían a la Asignatura se seleccionaron 100 niños ;68 con hábitos bucales deformantes, determinados por el examen bucal y la encuesta y 32 sin hábitos, por otro lado, se tomaron 2 grupos considerando los de parto natural y los distócicos para establecer si había correlación con los hábitos. Se confeccionó una tabla de datos Excel y se utilizará el paquete estadístico SPSS para el análisis estadístico. El estudio de tipo transversal, y descriptivo, recopiló de aquellos niños con hábitos deformantes, en el sexo femenino y a la edad de 10 años: la onicofagia (40,0%), en niños menores de 7 años: deglución atípica, succión digital y respiración bucal (39,3%), en los niños de 5-6 años, los hábitos de biberón y succión digital (20,7%). Los hábitos de queilofagia, bruxismo y onicofagia son los de mayor porcentaje en el grupo de edades de 9 y más años. Haciendo referencia al tipo de parto se apreció como predominó el eutócico en relación con las diferentes edades (61,7%) observando en el tipo de parto distócico un (38,3%) lo cual s considera como de alto porcentaje ya que ligado a otros factores, puede ser un factor de riesgo en la aparición de la práctica de hábitos bucales deformantes, ya que generalmente las madres con cesárea dejan de amamantar por las consecuencias del post-operatorio. A partir del estudio realizado en este grupo podemos concluir que: los hábitos bucales deformantes: onicofagia predomino en el sexo femenino y a la edad de 10 años y considerando como condiciones de riesgo, la variable, parto distócico. Educar para promover y proteger la salud, conociendo los factores de riesgo será la meta a alcanzar mediante un nuevo modelo de atención que coloca al hombre como un ser biosicosocial sobre el que influye distintos factores de riesgo como atributos que pueden actuar negativamente en la aparición o desarrollo de las maloclusiones.(3).

Bibliografía

- 1-BORDONI, Noemí; ESCOBAR ROJAS, Alfonso ; CASTILLO MERCADO, Ramón. Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires: Médica Panamericana, c2010. (Ubicación D27 - B 6
- 2- Quirós Álvarez, Oscar J. Haciendo fácil la ortodoncia.Amolca Colombia, 2012; cap. 4.3-Ravindra, Nanda. Terapias actuales enortodoncia. Almolca Colombia, 2011; cap. 3.4-Quirós Álvarez, Oscar J. Ortopedia funcional de los maxilares. Almolca Colombia 2010; cap. 1 diagnostico.

Relación de un factor de riesgo biológico y los hábitos lesivos que inciden en las maloclusiones

ID: 82

Mendes, Claudia Andrea;Iriquín, Stella Maris;Rancich, Lidia Ester;Rimoldi, Marta Lidia ;Oviedo Arevalo, Juan José;Lancón, Carlos Alberto
Facultad de Odontología - UNLP

Riesgo es el correspondiente epidemiológico del concepto matemático de probabilidad, por lo tanto, el concepto epidemiológico de riesgo implica la probabilidad que tiene un individuo (riesgo individual) de desarrollar una enfermedad determinada, un accidente o un cambio en su estado de salud en un período específico y en una comunidad dada, a condición de que no enferme o muera de otra causa en ese período. Por definición, se observa la convergencia de 3 dimensiones siempre relacionadas con el concepto de riesgo: ocurrencia de enfermedad, denominador de base poblacional y tiempo. Con propósitos científicos u operacionales, el concepto de riesgo se torna más útil al generar nociones correlacionadas como factor de riesgo o grupo de riesgo, por lo que los factores de riesgo (o criterios de riesgo) son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado; ellos no son necesariamente las causas (o la etiología necesaria), solo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en los grupos y en la comunidad total. (1) Las causas de las anomalías dentomaxilofaciales son múltiples y complejas, los hábitos bucales incorrectos o deformantes son una de las más frecuentes. Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden. Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, deglución y respiración normal y los incorrectos o deformantes como la respiración bucal, onicofagia, empuje lingual, masticación de objetos y la succión del pulgar u otro dedo (succión digital) y uso de chupetes y biberones después de los 3 años, pues antes de esta edad, estos últimos se consideran normales.(2-4) Estos hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo. Otro efecto negativo de estos hábitos pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño. El objetivo general. De dicho trabajo fue determinar cuáles son las características de los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales modificables de los hábitos lesivos que inciden en las maloclusiones y específicamente identificar los factores de riesgo de los hábitos deformantes de la oclusión: succión digital, deglución atípica, uso de chupete, onicofagia. Para el siguiente trabajo se tomó una población de 100 niños de ambos sexos con edades comprendidas entre los 5 y 12 años de edad que asistían a la clínica de la Asignatura Odontología Integral Niños. Se solicitó el consentimiento informado, previa explicación sobre la investigación, firmado voluntariamente por los padres. Los criterios diagnósticos de inclusión que se tuvo en cuenta fueron niños con dentición mixta concurrentes a las clínicas de dicha institución y que presenten hábitos deformantes de la oclusión: succión digital, deglución atípica, uso de chupete o biberón y empuje lingual. Los datos fueron recolectados por medio de las

historias clínicas de la Asignatura analizando las variables edad ,sexo , hábitos bucales y por medio de una encuesta estructurada preparada para este fin contestada por la madre, donde se contabilizaron las variables: Edad de la madre al tener el bebé menor de 18 años, entre 18 y 35 años y mayor de 35 años, Grado de escolaridad de la madre al nacer el bebé: primaria, secundaria, terciaria , universitaria; Tipo de parto: natural, fórceps ,cesárea; Peso del niño al nacer: menor a 2.500grs, entre 2500 a 4000grs, mayor a 4000grs;Tipo de Lactancia: materna, biberón, mixta; Crianza del niño: con los padres, por uno de ellos , por los abuelos; Entorno Social: muy bueno, bueno, regular, malo .La variable a evaluar fue la considerada en los antecedentes médicos de la historia clínica: Tipo de parto y su incidencia en las maloclusiones, considerando el Parto Eutócico: parto fisiológico y el parto Distócico: a través de fórceps o cesárea Del total de niños de 5 a 12 años que asistían a la Asignatura se seleccionaron 100 niños ;68 con hábitos bucales deformantes, determinados por el examen bucal y la encuesta y 32 sin hábitos, por otro lado, se tomaron 2 grupos considerando los de parto natural y los distócicos para establecer si había correlación con los hábitos señalados. Se confeccionó una tabla de datos Excel y se utilizará el paquete estadístico SPSS para el análisis estadístico. El estudio de tipo transversal, y descriptivo, recopiló de aquellos niños con hábitos deformantes, en el sexo femenino y a la edad de 10 años: la onicofagia (40,0%), en niños menores de 7 años: deglución atípica, succión digital y respiración bucal (39,3%), en los niños de 5-6 años, los hábitos de biberón y succión digital (20,7%). Los hábitos de queilofagia, bruxismo y onicofagia son los de mayor porcentaje en el grupo de edades de 9 y más años. Haciendo referencia al tipo de parto se apreció como predominó el eutócico en relación con las diferentes edades (61,7%) observando en el tipo de parto distócico un (38,3%) lo cual se considera como de alto porcentaje ya que ligado a otros factores, puede ser un factor de riesgo en la aparición de la práctica de hábitos bucales deformantes, ya que generalmente las madres con cesárea dejan de amamantar por las consecuencias del post operatorio. A partir del estudio realizado en este grupo podemos concluir que: los hábitos bucales deformantes: onicofagia predominó en el sexo femenino y a la edad de 10 años y considerando como condiciones de riesgo, la variable, parto distócico. Educar para promover y proteger la salud, conociendo los factores de riesgo será la meta a alcanzar mediante un nuevo modelo de atención que coloca al hombre como un ser biosicosocial sobre el que influye distintos factores de riesgo como atributos que pueden actuar negativamente en la aparición o desarrollo de las maloclusiones.(3) .

Bibliografía

- 1-Bordoni, Noemí; Escobar Rojas, Alfonso ; Castillo Mercado, Ramón. Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires: Médica Panamericana, c2010.
- 2- Quirós Álvarez, Oscar J. Haciendo fácil la ortodoncia. Amolca Colombia, 2012; cap. 4.
- 3-Ravindra, Nanda.Terapias actuales en ortodoncia. Almolca Colombia, 2011; cap. 3
- 4-Quirós Álvarez, Oscar J. Ortopedia funcional de los maxilares. Almolca Colombia 2010; cap. 1 diagnostico.

Factores de riesgo psicológicos que inciden en las maloclusiones

ID: 86

Lancon, Carlos Alberto; Iriquin, Stella Maris ;Rimoldi, Marta Lidia; Rancich, Lidia Ester; Mendes, Claudia Andrea; Oviedo Arévalo, Juan José

Facultad De Odontología – UNLP

Un niño no puede ser tratado sin considerar que su forma de vida es producto de su ambiente y parte integral de una familia, la conducta de su vida depende de su círculo familiar. No solo los miembros influyen en el comportamiento sino que la relación entre ellos afectan a los que se dan entre todos ellos. Considerando al hombre como un ser biopsicosocial uno de los objetivos de la odontología preventiva consiste en ayudar al paciente a mejorar los hábitos que contribuyen al mantenimiento de la salud bucal, por eso es necesario enseñarle a reconocer la existencia de estados indeseables en su boca, a comprender como se producen y a controlarlos. El diagnóstico clínico de las maloclusiones debe considerar los factores de riesgo biológicos, psicológicos, sociales y sus repercusiones funcionales y emocionales. El objetivo de este trabajo es evaluar el grado de riesgo psicológico y su incidencia en las maloclusiones. Los hábitos nocivos pueden ocasionar deformaciones bucales, tales como protrusión de los dientes superiores, mordidas abiertas, paladar ojival, retracción de los dientes inferiores, entre otras. Las causas de estas deformaciones se presentan habitualmente asociadas con los trastornos de interposición lingual, succión de dedo, chupetes, interposición labial. Estas relaciones de interposición demuestran la plasticidad del sector anterior, ante la causa física que frena la egresión natural de las piezas dentarias, ese es el origen desde el punto de vista etiopatogénico, cuanto más temprano se elimina el hábito mas rápidamente se rehabilita la forma. El presente trabajo se realizo en la asignatura Integral Niños de la Facultad de Odontología de la UNLP. Se estudiaron niños con dentición mixta que presentaron hábitos deformantes de la oclusión. Los datos se recolectaron por medio de la historia clínica de la asignatura utilizando espejo, pinza y explorador y una encuesta dirigida al padre, madre o tutor. Se tendrán en cuentas los siguientes datos 1. Identificación del niño. 2. Antecedentes odontológicos. 3. Historia Odontológicos de los padres. 4. Antecedentes médicos.5. Antecedentes socioculturales. 6. Hábitos alimentarios. 7. Examen clínico. En la encuesta a la madre, padre o tutor se tomara en cuenta, la edad de la madre, el grado de escolaridad de la madre al nacer el bebe, el tipo de parto, el peso del niño al nacer, el tipo de lactancia, la crianza del niño y el En el presente trabajo se evaluó el ítems 6. Del análisis de las 60 encuestas realizadas hasta el momento se obtuvo la siguiente información: Del total de la muestra, el 50% de los niños fueron criados por los dos padres, de los

cuales el 60 % presenta oclusión normal. El 26,27% son respiradores bucales, Clase II Primera división y el 13, 73% poseen mordidas abiertas funcionales. El 33 % de los niños fueron criados por un padre de los cuales el 60 % presentaron respiración bucal con clase II, el 20 % presentaron mordidas abiertas funcionales y el 20 % oclusión normal. El 17% criado por los abuelos presentaron 40 % respiración bucal Clase II primera división; 40% mordidas abiertas funcionales y el 20 % oclusión normal. Conclusión: El bienestar familiar en la crianza del niño con padres facilita un estado de salud bucodental aceptable.

Bibliografía.

1. David R Shaffer- Katherine Kipp. Psicología del Desarrollo. Infancia y Adolescencia. Editorial. Cengage- Learning. Séptima edición. 2007.
2. J R Boj- M Catalá- C García – Ballesta A. Mendoza. Odontopediatría. Editorial El Servier. España. S. L. 2005.
3. Santiago Crespo A - Torres Ulloa M- Álvarez Cúvelo M. Factores de riesgo para maloclusiones dentarias desde la dentición.

Importancia De La Lactancia Materna En La Oclusión Dentaria

ID: 87

Rancich, Lidia Ester;Iriquin, Stella Maris;Rimoldi, Marta Lidia;Mendes, Claudia Andrea;Oviedo Arevalo, Juan José;Lancon, Carlos Alberto
Facultad De Odontología – UNLP

El hueso es un tejido plástico que reacciona a las presiones que paulatinamente se ejercen sobre él. La presencia de un hábito bucal en el niño de tres años de edad es un dato importante en el examen clínico. Se define como hábitos: a costumbres o prácticas adquiridas por la repetición frecuente de un mismo acto. Dentro de la odontología Hay hábitos que favorecen las funciones normales. Son beneficiosos, se les llama funcionales, como la respiración nasal, masticación correcta y bien distribuida, el hablar y pronunciar correctamente con su función labial y lingual, la deglución normal, etc. Pero la incorrección de la realización de estos hábitos, sumados a otros como los de succión, de morder, de posición, etc. crea un grupo que se denomina hábitos perniciosos o malos hábitos y que debemos estudiar, como causa etiológica de las deformaciones. Maxilofaciales. Para que los hábitos lleguen a producir deformaciones maxilares y malposiciones dentarias serán aquellos adquiridos en los primeros años de vida y deben llevar como condición indispensable la continuidad de su repetición. En la dentición temporal cada diente del arco dentario superior debe ocluir, en sentido mesiodistal, con el respectivo diente del arco inferior y el que le sigue. Las excepciones a esta regla son los incisivos centrales inferiores que solamente ocluyen con los centrales superiores, por el mayor diámetro de la corona de estos últimos, y los segundo molares que lo hacen con los segundos molares inferiores. Generalmente el arco temporal termina en un mismo plano formado por las superficies distales de los segundos molares temporales, pero puede haber un escalón por estar más avanzado el molar inferior o un escalón superior o mesogresión de todos los dientes superiores debida a la succión del pulgar o a otras causas. En sentido vertical los dientes superiores sobrepasan a la mitad de la corona de los inferiores o pueden cubrirla casi completamente, siendo normal en la dentición temporal. La posición normal de los incisivos temporales es casi perpendicular al plano oclusal. En el sentido vestibulo lingual los dientes superiores deben sobrepasar a los inferiores, quedando las cúspides linguales de los molares superiores ocluyendo en el surco antero posterior que separa las cúspides vestibulares de las linguales de los inferiores. Durante la succión, el lactante coloca la lengua bajo el pezón, en contacto con el labio inferior y deglute con los maxilares separados y los labios juntos, lo cual se denomina deglución infantil. El cambio de la deglución infantil a la adulta es paulatino. Al cambiar la dieta del lactante, de líquidos a alimentos sólidos, se incrementa la actividad de los músculos de

la masticación y los molares primarios se llevan hacia oclusión. El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar y esto constituye su intercambio más importante con el mundo exterior. De él obtiene no solo nutrición sino también sensación de euforia y bienestar. Los labios del lactante son un órgano sensorial y es la vía al cerebro que se encuentra más desarrollada. En lactancia natural la encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante, de tal forma que la lengua y el labio inferior se encuentran en contacto constante, el maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia delante y hacia atrás, gracias a la vida condilar plana, cuando el mecanismo del buccinador se relaja y contrae en forma alternada. La tetilla artificial corriente solo hace contacto con la membrana mucosa de los labios. La acción de embolo de la lengua y el movimiento rítmico hacia arriba, hacia abajo, hacia atrás y hacia adelante del maxilar inferior es mínimo. El objetivo de este trabajo es determinar la relación de los distintos tipos de lactancia con las maloclusiones. El presente se realizó en la asignatura Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología de la UNLP trabajando con niños con dentición mixta que presentaron hábitos deformantes de la oclusión. Los datos fueron recolectados de las historias clínicas realizadas en la asignatura utilizando pinza, espejo y explorador. Se tomaron encuestas a la madre, padre o tutor y se analizaron los datos del ítem 5 referido al tipo de lactancia. De análisis de de las 60 encuestas realizadas se obtuvo la siguiente información: del total de la muestra el 60% fue con lactancia materna de los cuales el 50 % presentaron oclusión normal, el 38% con respiración bucal- clase II primera división y el 12 % con mordida abierta funcional. El 33% utilizó lactancia mixta de los cuales el 30% presentaron oclusión normal, el 50% con respiración bucal – clase II primera división y el 20% con mordida abierta funcional. El 7% utilizó biberón de los cuales el 50 % con respiración bucal- clase II primera división y el otro 50% mordida abierta funcional. Conclusión: la lactancia materna favorece el estado de salud bucodental logrando una satisfactoria oclusión bucal.

Bibliografía.

1. José A Canut Brusola, Ortodoncia clínica y terapéutica. 2da edición Editorial. Masson. Año 2005.
2. Graber-Vanarsdall. Ortodoncia. Principios Generales y Técnicas. 3ra edición. Editorial Panamericana. Año 2003.
3. Gurkeerat Singh. Ortodoncia. Diagnostico y Tratamiento. 2da Edición. Tomo 1. Editorial Amolca. Año 2009.
4. Gurkeerat Singh. Ortodoncia. Diagnostico y Tratamiento. 2da Edición. Tomo 2. Editorial Amolca. Año 2009. Powered by TCPDF (www.tcpdf.org)

Análisis estadístico de los estadios de calcificación de Primeros y Segundos Premolares superiores e inferiores en niños atendidos en la Asignatura Odontología Integral Niños

ID: 109

Molinari, María Emelina;Rimoldi, Marta;Capece, María ;Ruiz, Miriam Ester;Beti, María Mónica;Bustichi, Gabriela

Facultad de Odontología - UNLP

La odontopediatría parte del establecimiento de una interrelación básica entre la erupción de la dentición permanente y la edad del niño. En la práctica profesional se pone de manifiesto la falta de correspondencia de esta relación en la población infantil. La erupción dentaria comprende una serie de fenómenos mediante los cuales el diente en formación dentro del maxilar y aún incompleto migra hasta ocupar su lugar en la arcada. Los dientes permanentes comienzan con los movimientos eruptivos después que se ha completado la formación de la corona. Pasan por la cresta alveolar cuando se ha formado dos tercios de la raíz (estadio 8) y perforan el margen gingival cuando tres cuartos de la raíz está formada (estadio 9) Lleva de 2 a 5 años para que las piezas dentarias posteriores alcancen la cresta alveolar y de 12 a 20 meses para alcanzar la oclusión. Se denomina época de erupción, cuando aparece en la cavidad bucal. Con la erupción del primer molar permanente a los 6 años, la dentición se convierte en dentición mixta. Luego a los 10 años se produce la segunda etapa de recambio de las piezas dentarias temporarias, donde erupcionan los primeros premolares y caninos inferiores, antes que el segundo premolar, aunque puede haber diferentes variables. En la arcada superior, el primer premolar es el que erupciona en primer término, luego el segundo premolar y/o canino. Los premolares y caninos tardan uno, dos o tres años en hacer erupción. La dentición permanente en esta segunda etapa concluye con la aparición del segundo molar. La calcificación de los premolares se inicia después del nacimiento, durante el período de la dentición temporaria, aproximadamente los primeros premolares a la edad de 2 años y medio y los segundos premolares a los 3 años. La cronología de la erupción dentaria puede verse alterada por numerosos factores, de orden local: pérdida prematura y traumatismos graves del diente primario, presencia de quistes dentígeros, asociados al diente en erupción, longitud inadecuada del arco dentario que trae como consecuencia que el o los dientes erupcionen en una posición anormal, también la respiración bucal y los trastornos en la masticación, deglución y fonación pueden incidir en la erupción normal. (8). Los factores sistémicos que pueden influir son, deficiencias nutricionales y endócrinas, alteraciones genéticas, y diferentes factores como, la herencia, el sexo, el desarrollo esquelético, factores ambientales, la raza, condicionantes socioeconómicas y otros. Este trabajo tiene como objetivo

relacionar las diferentes etapas de la formación dentaria de primeros y segundos premolares superiores e inferiores con la edad cronológica, con la erupción y sexo en una población infantil. En la radiografía panorámica se observa el grado de calcificación de los premolares, superiores e inferiores y así comparar dicha calcificación con los períodos de Nolla. La metodología utilizada en este estudio es de tipo estadístico, realizándose un análisis observacional y transversal de los datos obtenidos, se utilizó una muestra aleatoria de 100 pacientes con edades entre 6 y 12 años que ingresaron en el año 2011 a la Asignatura Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología de La Plata. Para la admisión el criterio usado fue: no haber recibido tratamiento de ortodoncia previo. Se examinaron en las radiografías panorámicas 400 premolares superiores y 400 premolares inferiores, lado derecho e izquierdo, comparándolos con los estadios de calcificación de Nolla en la planilla de registro. En la población estudiada sobre 100 pacientes de los cuales el 61 % pertenecen al sexo femenino y el 39 % al sexo masculino. Se encontraron que los primeros premolares superiores en las niñas, el 62% corresponde al estadio 5 de Nolla, el 69% al estadio 6, el 67% al estadio 7 y el 2% al 8. En cuanto a los segundos premolares superiores se vio que el 4% corresponde al estadio 4, el 67% al 5, el 69% al 6, el 56% al 7 y el 4% al estadio 8. Con respecto a los primeros premolares inferiores se estableció que el 6% corresponde al estadio 4, el 32% al 5, el 64% al 6, el 62% al 7 y el 36% al 8. Mientras que para los segundos premolares inferiores el resultado fue que el 8% se encuentra en el estadio 4 de Nolla, el 58% en el 5, el 34% en el 7 y el 22% en el estadio 8. Los datos obtenidos en los niños fue, en los primeros premolares superiores el 2% equivale al estadio 4, el 48% al 5, el 78% al 6, el 54% al 7, el 16% al 8 y solo el 2% al 9. En los segundos premolares superiores se vio que el 2% está en el estadio 4, el 64 % en el 5, el 74% en el 6, el 46% en el 7 y el 14% en el 8. Para los primeros premolares inferiores se comprobó que el 4% corresponde al estadio 4, el 25% al 5, el 80% al 6, el 66% al 7, el 21% al 8 y el 4% al 9, y para los segundos premolares inferiores fue, el 4% al estadio 4, el 34% al 5, el 86% al 6, el 56% al 7 y el 20% al estadio 8. Se constató que el grado de calcificación de los premolares superiores es mayor en los varones, y así se podría establecer que estas piezas dentarias están en condiciones de erupcionar primero en los pacientes de sexo masculino (estadio 8). A diferencia, los premolares inferiores calcifican y erupcionan antes en las niñas que en los varones.

Bibliografía

1. Barbería Leache E. Atlas de Odontología Infantil para Pediatras y Odontólogos. Madrid: Ed. Ripano, 2005
2. Biondi, Ana M; Corteses Silvina G. Odontopediatría: fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada. Buenos Aires: Alfaomega Grupo Editor, 2010.
3. Boj, Juan R; Catalá, Montserrat; García-Ballesta, Carlos; Mendoza, Asunción; Planells, Paloma. Odontopediatría: la evolución del niño al adulto joven. Madrid: Ripano, 2011

Bajo peso al nacer y hábitos lesivos causales de mala oclusión

ID: 113

Rimoldi, Marta Lidia;Iriquín, Stella Maris;Rancich, Lidia Ester ;Mendes, Claudia Andrea;Oviedo Arévalo, Juan José;Lancón, Carlos Alberto
Facultad de Odontología - UNLP

Desde los tiempos de Hipócrates, se estableció que es más fácil prevenir las enfermedades que curarlas; sin embargo, para su prevención es imprescindible conocer bien los factores y las condiciones del surgimiento de las enfermedades más difundidas y peligrosas. (1) Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden. (2-3) La identificación de factores de riesgo es paso obligatorio para la prevención primaria. Asimismo, el reconocimiento de marcadores de riesgo puede ser extremadamente útil en la identificación de grupos bajo-alto riesgo, para la prevención secundaria, cuando están disponibles los medios de detección precoz y tratamiento rápido. (4) Riesgo es el correspondiente epidemiológico del concepto matemático de probabilidad, por lo tanto, el concepto epidemiológico de riesgo implica la probabilidad que tiene un individuo (riesgo individual) de desarrollar una enfermedad determinada, un accidente o un cambio en su estado de salud en un período específico y en una comunidad dada, a condición de que no enferme o muera de otra causa en ese período.(1-4) La Asamblea Mundial de Salud definió como bajo peso al nacer a aquellos bebés con un peso menor a 2500 gr.,. Según la OMS un bebé es prematuro cuando nace antes de completar las 37 semanas de gestación. Se pueden clasificar en bebés de alto riesgo cuando pesan entre 1Kg. y 1,5 Kg. y de bajo peso extremo, cuando pesan 500 gr. En nuestro país nacen por año más de 6000 bebés prematuros con peso inferior a 1500 gr. A menudo, la causa de un parto prematuro se desconoce y es algo que la madre no puede controlar. De todos modos, los partos prematuros a veces están provocados por afecciones médicas de la madre, Asimismo, los partos prematuros pueden obedecer a anomalías estructurales, al hecho de forzar demasiado el útero por llevar más de un feto (mellizos, trillizos, o más no haberse alimentado bien durante el embarazo, o los sangrados provocados por una posición anómala de la placenta. Las causas más identificadas son: el embarazo adolescente, consumo de sustancias tóxicas y la reducción de los periodos de embarazo (menos de 2 años). Dentro de los factores de riesgo que favorecen los nacimientos prematuros encontramos: a) factores maternos: diabetes, cardiopatías, enfermedad renal ,enfermedad pulmonar crónica, hipertensión crónica; b) problemas en el embarazo: problemas en el útero, mala nutrición, preclancia, placenta previa, aborto inducido previo, contracciones tempranas, vaginitis bacterianas, en especial al principio del embarazo; c) otras razones: raza (mayor en raza afroamericana), edad (es más frecuente en mujeres menores de 16 años y mujeres mayores de 40 años), falta de cuidados prenatales, bajo nivel socioeconómico, consumo de alcohol, consumo de sustancias tóxicas (tabaco, cocaína, anfetaminas).El bebé prematuro va a presentar variados signos físicos: vello corporal, patrones respiratorios anormales, problemas alimentarios y dificultad para succionar, deglutir y respirar (deben ser alimentados a través de sonda nasal o bucal), menos cantidad de grasa corporal. Se

van a presentar complicaciones inmediatas tales como: síndrome de dificultad respiratoria neonatal, hemorragia intraventricular, leucomalasia periventricular, infarto hemorrágico periventricular, anemia, hipoglucemia, enfisema pulmonar etc. y complicaciones a largo plazo: parálisis cerebral, trastorno por déficit de atención, displasia broncopulmonar, malformaciones cardiovasculares, retraso en el crecimiento y desarrollo, retardo mental, retinopatía con pérdida de visión, ceguera. La prematurez sigue siendo la primera causa de mortalidad infantil; la sobrevida de los bebés con 1,5 Kg. es del 90%, mientras que los que pesan entre 750 gr. a 1 kg. es del 80%. Es muy importante que los que sobreviven lo hagan con un porcentaje fijo y aceptable de secuelas evitables. El objetivo de este trabajo fue determinar la relación entre el factor bajo peso al nacer y la presencia de hábitos orales lesivos. Se realizó un estudio descriptivo transversal para el cual se seleccionaron 80 niños entre 5 y 10 años de edad, de los cuales 60 niños de ambos sexos 42 mujeres y 38 varones al nacimiento presentaron un peso inferior a 2.500 gr. A su vez este grupo se dividió en dos variables: A Niños de Riesgo: niños que pesaron entre 2.500 gr. y 1500 gr. (34 mujeres y 31 varones) y B Niños de Alto Riesgo: niños con peso inferior a 1500 gr (8 mujeres y 7 varones). Se estudió la variable bajo peso al nacer en relación con hábitos de deglución atípica, succión digital, respiración bucal y uso del biberón y chupete más allá de los 3 años. Resultados: deglución atípica: 37 % en niños de la variable A niños de riesgo y 45 % en la variable B niños de alto riesgo. Succión digital: 25.8%, en la variable A y 55 % en la variable B. Respiración bucal: 20% en la variable A y 25 % en la variable B. Uso de biberón y chupete: 17.20 % en la variable A y 50 % en la variable B. De este trabajo se deduce que los niños que nacen con bajo peso son más propensos a padecer hábitos lesivos. Todos los niños de bajo peso al nacer tomados en la muestra presentaron algún tipo de hábito no funcional. Todos los niños con peso inferior a 1500 gr. Presentaron combinaciones de diferentes hábitos.

Bibliografía

1. Rodríguez Calzadilla A. Enfoque de riesgo en la atención primaria de Estomatología. Rev. Cubana Estoma tol 1997:35(1).
- 2 Duque de Estrada Riveron, J. Rodríguez Calzadilla, A. Countin Marie, G. Riveron Herrera, F. Factores de riesgo asociados con la enfermedad periodontal en niños. Rev. Cubana Estomatol 2003
3. Riesgo Cosme Y, Costa Montané D, Rodríguez Fernández S, Crespo Mafan MT, Laffita Lobaina Y. Principales hábitos deformantes en escolares de primer grado del Seminternado 30 de Noviembre. MEDISAN 2010;14(1):1-5.
- 4 Ruiz Extremera A, Robles Vizcaíno C. Niños de riesgo. Programas de Atención temprana. Madrid: Ediciones Norma-Capitel, 2004.

Prevalencia de caries dental en los primeros molares permanentes en niños de 6 a 12 años que concurren a la clínica de la Asignatura Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.

ID: 129

Iriquín, Stella Marís;Silingo, M ;Canale, L;Del Tufo,I;Hernández, F;Levalle, MJ;
Jauregui, R;Benítez, C;Turchetta, A
Facultad De Odontología - UNLP

La Organización Mundial de la Salud ha definido la caries como un proceso localizado multifactorial iniciado después de la erupción dentaria, caracterizado por el reblandecimiento del tejido duro dentario que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Afecta a los individuos en todas las edades. El propósito de este trabajo fue conocer la prevalencia de caries; la relación con sexo, edad y condición económico-social en los niños que concurren a las clínicas de la Asignatura Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Con una muestra aleatoria de niños entre 6 y 12 años, se seleccionaron 100 historias clínicas de pacientes concurrentes a la asignatura. La investigación fue de tipo observacional, descriptiva, transversal y de prevalencia. Como criterios de inclusión se consideraron niños entre 6 y 12 años que presenten los cuatro primeros molares permanentes totalmente erupcionados y un nivel cognitivo de acuerdo con la edad. Los criterios de exclusión que se utilizaron fueron: niños con enfermedades sistémicas agudas ó crónicas; discapacidad motriz, sensorial ó mental; bandas en los primeros molares permanentes y aquellos que presenten ausencia de uno ó más primeros molares permanentes. Para el registro de caries dental la información se obtuvo mediante un examen clínico siguiendo los criterios definidos por la Organización Mundial de la Salud. Se consideró como unidad de análisis el primer molar permanente y se recolectaron los datos siguiendo el índice de magnitud de la lesión cariosa: Sano: 0: cuando está libre de caries clínicamente observable; lesión tipo I: diente con pigmentación oscura en puntos y fisuras sin presencia de tejido reblandecido. Lesión tipo II: pigmentación oscura en puntos y fisuras con tejido reblandecido. Lesión tipo III: pérdida menor a dos terceras partes de la corona debido a caries. Lesión tipo IV: pérdida mayor a dos terceras partes de La corona debido a caries. Los exámenes clínicos fueron realizados por equipos estandarizados, compuestos por un Odontólogo examinador y un alumno apuntador. La evaluación de las superficies cariadas fueron realizadas con la ayuda de el espejo bucal, explorador Hu- Freedy N°5 con iluminación artificial adecuada, las superficies con lesiones de caries fueron relevadas y marcadas con azul en los odontogramas de las historias clínicas. En el análisis se calificaron como sanos las condiciones 0 y I y como lesiones severas II, III y IV. Para la medición de la variable estrato socioeconómico, se consideraron como indicadores la ocupación o actividad laboral del núcleo de clase, grado de instrucción, ingreso mensual del grupo familiar y servicios de salud que utilizan. Del total de historias clínicas recolectadas la distribución por sexo fue 58 niñas de las cuales el 51,72% tenía caries en sus primeros molares permanentes y 42 varones de los cuales el 61,30% tenía dichas piezas cariadas. Considerando que en algunos pacientes se diagnosticaron más de un tipo de caries, se lograron los siguientes resultados: Pacientes de 6 años: 21,87%

grado 0 ó sano; 71,89% caries grado I; 3,12% caries grado II; 3,12% caries grado III. Pacientes de 7 años: 13,90% grado 0 ó sano; 29,63 % con caries grado I; 33,33% con caries grado II; 14,82% con caries grado III; 2,78% con caries grado IV y el 5,54% presentaba selladores y obturaciones. Pacientes de 8 años: 8,33% grado 0 ó sano; 32,15% con caries grado I; 47,61% con caries grado II; 10,72% con caries grado III; 1,19% con caries grado IV. Pacientes de 9 años: 11,91% grado 0; 23,81% con caries grado I; 40,48% con caries grado II; 15,84% con caries grado III; 4,76% con caries grado IV y el 3,20% presentaba selladores y obturaciones. Pacientes de 10 años: 7,69 % con grado 0; 23,08% con caries grado I; 42,30% con caries grado II; 11,54% con caries grado III; 9,62% con caries grado 4; 5,77% con selladores de fosas y fisuras y obturaciones. Pacientes de 11 años: 12,5 % con grado 0; 0% con caries grado I; 56,25% con caries grado II; 18,75% con caries grado III; 12,5% con caries grado IV. Pacientes de 12 años: 8,33% con grado 0; 20,84% con caries grado I; 20,84% con caries grado II; 45,83% con caries grado III; 4,16% con caries grado IV. Es importante destacar que entre las edades más afectadas por lesiones cariosas se encuentran entre los 7 y los 10 años, siendo las de mayor porcentaje en orden las de grado II y I. En cuanto a la condición socioeconómica de los pacientes, hay una prevalencia de la caries 66,5% en pacientes con condición socioeconómica baja, con respecto a los que su condición socioeconómica es media que representa un 33,5% del total de pacientes con caries. En nuestro país, la caries dental sigue siendo una de las enfermedades de mayor prevalencia por el deficiente estado de salud oral en los primeros años de vida, la poca accesibilidad a los servicios de salud y el poco conocimiento sobre prevención de enfermedades bucodentales conduce a los individuos de edad media a sufrir la necesidad de tratamientos odontológicos costosos. A edades tempranas, la mayor cantidad de caries se encontraron en las fosas y fisuras de las caras oclusales de los primeros molares permanentes independientemente de la edad estudiada. Esta afirmación es coincidente con los estudios de prevalencia de caries realizados en países como Colombia (Saldarriaga, 2009) y Perú (Alegría Agurto, 2010). En ambos países también la diferencia en la prevalencia de caries por sexo fue insignificante pero tuvo una amplia relación con la condición socioeconómica de los pacientes.

Bibliografía

Cameron AmgusRichard Widmer. Manual de Odontopediatría Editorial Elsevier Mosby año 2010 Tercera Edición.

Bordoni, N; Escobar Rojas, Castillo Mercado Odontología Pediátrica "La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual".Editorial Panamericana 2010 Primera Edición.

Da Silva L, y Acevedo A. M. 1997. A retrospective analysis of dental caries in venezuela (1967- 1994) J. Dent Res 76 (5) Abs 103 1223

Adaptaciones Curriculares en Odontología Integral Niños

ID: 148

Iriquin, Stella Maris ;Rom, Monica Graciela;Mercado, Margarita Liliana
Facultad De Odontología - UNLP

Desde la Comisión de Reforma Curricular de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata se realizan estudios que apuntan a conocer mejor a los alumnos y de esta manera favorecer su permanencia. De un lado, la metodología de enseñanza y, de otro, la metodología del aprendizaje aconseja la consideración de cada estudiante en relación a los procesos de enseñanza aprendizaje¹. Solo de esta forma se cubrirán las expectativas que cada individuo coloca sobre la oferta educativa, siendo éstas posibles si se organiza un ambiente rico en estímulos que las faciliten. De este modo, la educación cumplirá la función de desarrollo individual que debe caracterizarla y estará contribuyendo a la proyección social de cada sujeto. Las tareas de la función docente cobran especial interés y, de todas ellas, será la metodología de la programación, del desarrollo de los procesos y de la evaluación, la que más influya en la calidad educativa. Muchos docentes notan aparentemente una marcada disminución año tras año en el rendimiento académico de los alumnos. La Universidad es la generadora de conocimientos y permite la actualización y capacitación de los recursos humanos para elevar su competencia y desempeño profesional²³. El avance de la ciencia odontológica y las crecientes necesidades de salud oral del conjunto social, obligan a las Instituciones formadoras a replantearse sus actuales hábitos de enseñanza y a revisar su estructura a los nuevos requerimientos sociales, científicos y tecnológicos. El desarrollo curricular es una tarea compleja que implica adoptar una posición frente al hecho educativo y manejar además una metodología de trabajo que permita clarificar los objetivos de aprendizaje, organización y secuenciación de contenidos, criterios para actividades didácticas, etc. por lo que no basta tomar una posición frente al currículo, sino que se hace indispensable trabajar con una teoría curricular que permita cumplir los propósitos. El hecho que un currículo esté organizado de acuerdo a un modelo influye en la forma de evaluación que se realiza, el tipo de profesores que se necesitan, los apoyos materiales y didácticos necesarios para llevar adelante la enseñanza. Lo expuesto nos coloca en la necesidad de buscar un marco conceptual y modelos que sirvan a la práctica y educación odontológica, que rescate el criterio de una nueva odontología integrada, preventiva, con tecnología apropiada y eficaz y que sea el resultado de la participación y discusión de los claustros, que exige ejercitar una conciencia crítica y abierta a los cambios que la sociedad esta señalando. Este estudio tiene como objetivo general analizar el rendimiento académico de los alumnos que cursan Odontología Integral Niños de las cohortes en condiciones de graduarse a marzo-abril del 2013 y elaborar

estrategias a mediano plazo con el fin de optimizar el rendimiento, aumentar la retención y aproximar el índice de duración real de la carrera al índice de duración teórica, y como objetivos específicos determinar las ausencias y aplazos de los alumnos que se presentan a rendir exámenes, la cantidad de materias aprobadas del plan de estudio, las materias aprobadas por promoción, y programar el tiempo que le falta para graduarse. Se estudiarán los alumnos de las 3 últimas cohortes en condiciones de graduarse en marzo-abril 2013. Como esta carrera tiene una duración teórica de 5 años consideraremos la cohorte 2008 con 5 años de permanencia, la cohorte 2007 con 6 años de permanencia y la cohorte 2006 con 7 años de permanencia. Se elaborarán instrumentos para la recolección de datos y análisis de la información recogida. Los datos se obtendrán de los certificados de estudios de cursadas y finales de las asignaturas obligatorias y optativas, con puntaje que entrega la Dirección de Enseñanza, donde figuran los datos personales, número de legajo, condición, promedio general, promedio académico, porcentaje de materias aprobadas, nombre de la asignatura, año de aprobación de la cursada, nota y fecha del examen final. Se estudiarán las cohortes en condiciones de graduarse: total de alumnos activos, porcentaje de ausencias en los exámenes, porcentaje de alumnos con aplazos, porcentaje de materias aprobadas con relación al total del plan de estudios. Se detallará por cada estudiante el año que cursa según las materias aprobadas, promedio general de la carrera, porcentaje de materias aprobadas en relación al total de las materias del plan de estudio, promedio anual de asignaturas aprobadas, cantidad de asignaturas pendientes a abril de 2013 y en función de ello se estimará la cantidad de años que le faltaría a cada uno para graduarse. Se procederá a procesar e interpretar los datos obtenidos estadísticamente aplicando el coeficiente R de Pearson y R² coeficiente de determinación utilizando la tabla dinámicas de Excel. Se espera de los resultados obtenidos que los alumnos tengan mejor rendimiento académico y se reciban a los 5 años teóricos de la carrera. La meta es transferir estos resultados a la Comisión Permanente de Reforma Curricular para que los considere al momento de encarar reformas tendientes a mejorar la calidad educativa. Con este estudio pretendemos introducir con basamento científico las modificaciones necesarias a las actualizaciones curriculares. Las instituciones formadoras, deben desarrollar políticas de seguimiento y revisión de sus ofertas formativas elevando su competencia y desempeño profesional.

Bibliografía

- 1- Reparaz, A. La predicción del rendimiento académico en el curso de orientación universitaria. Universidad de Navarra. Facultad de filosofía y letras. Navarra.1986
- 2- Salas Perea,R. La evaluación de la educación superior contemporánea. La Paz, Univ. Mayor de San Andrés; 1998.
- 3-Salas Perea,R. Educación en salud, competencia y desempeño profesionales. La Habana, Ciencias Médicas: 1999

Correspondencia entre la erupción del 1º molar permanente inferior y el incisivo central inferior y anomalías agregadas.

ID: 141

Capece, M ;Rimoldi, M;Molinari, ME;Ruiz, M;Beti, M;Bustichi, G
Facultad De Odontología - UNLP

El proyecto se propone ampliar la base de datos sobre cronometría de la erupción dentaria en niños de 5 a 8 años de edad, que se atienden en la Asignatura: Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología de La Plata. Se analizará la incidencia diferencial en la erupción del primer molar permanente y el incisivo central inferior a fin de establecer su relación con anomalías individuales y biotipo faciales. Se indagará, además, la presencia de anomalías individuales (versiones y gresiones) y hábitos a. Se analizarán las posibilidades de corrección interceptiva y preventiva a fin de generar prácticas clínicas adecuadas a la población infantil. Los objetivos del proyecto son: a) Determinar la incidencia diferencial en la erupción del primer molar permanente y del incisivo central inferior. b) Analizar anomalías individuales y hábitos.c) Establecer la relación entre erupción dentaria, anomalías y biotipo facial.d) Generar estrategias y estándares locales adecuados para la corrección interceptiva y preventiva con proyección hacia patologías ortodóncicas severas Se estudiaron 300 niños de ambos sexos en edades comprendidas entre 5 y 8 años. La muestra se agrupó según sexo (150 varones y 150 mujeres) y grupo etario. Se confeccionó ficha individual donde consta la información básica con los datos personales, datos filiatorios ; lugar y fecha de nacimiento, residencia, sexo, edad cronológica y fecha de examen. Datos cronométricos de erupción y calcificación dentaria según la tabla de Carmen Nolla Datos métricos de la región facial y de la región cefálica en general. Para el examen de la cavidad oral se usó material descartable y se cumplieron con las normas de bioseguridad. Para la medición externa se usó compás de puntas curvas y calibre con venier Se realizó el registro de erupción y calcificación de primer molar permanente y del incisivo central inferior mediante radiografías panorámicas; registro de hábitos (succión digital, interposición lingual, respiración bucal y uso prolongado de chupete y mamadera) ; registro de anomalías individuales por pieza dentaria, versiones y gresiones según localización mesio/ disto /vestíbulo/ linguo/ intra y extra. Los datos individuales se tabularon por clases de edad y sexo. Se calculó las frecuencias absolutas y porcentuales de erupción y calcificación por pieza dentaria para cada intervalo; las frecuencias absolutas y porcentuales de anomalías y hábitos individuales Los resultados obtenidos en relación con la erupción dentaria, hay precocidad femenina para los incisivos centrales inferiores con erupción completa (3/3), en cambio en los varones, a la misma edad es de 2/3. Los primeros molares

inferiores en ambos sexos son de erupción más tardía con precocidad femenina y frecuencias de erupción similares en ambos lados. El biotipo predominante es el Mesomorfo. En cuanto a la detección de hábitos se determinó su incidencia en la erupción dentaria. Con presencia de caries proximales se detectó un evidente acortamiento de la longitud del arco dentario, provocando la anomalía de posición de los primeros molares permanentes. En cuanto a la detección de hábitos, se determinó su incidencia en la erupción dentaria. En los casos de deglución atípica, hay sobreerupción dentaria en sectores anteriores y en los respiradores bucales hay un aumento del tercio inferior de la cara. En el caso de erupción precoz o tardía, se detectó una evidente alteración (acortamiento) de la longitud del arco dentario provocando la anomalía de posición de los primeros molares permanentes y de los incisivos centrales inferiores. Como contribución al avance del conocimiento científico y o tecnológico referenciamos a estándares locales en el orden de erupción y calcificación dentaria condicionantes a la presencia de anomalías y hábitos, constituye una traba para la actividad preventiva y correctiva de los profesionales odontólogos, toda vez que no han sido analizadas las características propias de la erupción y calcificación en la región donde desarrollan sus prácticas. Por ello el presente proyecto se propone ampliar, incrementar y actualizar la base de datos de la población infantil que se atiende en la asignatura Odontología Integral Niños, estableciendo asociaciones entre la erupción, calcificación y anomalías en la población local.

Bibliografía:

- Morón BA, Santana Y, Pirona M, Rivera L, Rincón MC, Pirela A Cronología secuencia de erupción de dientes permanentes en escolares Wayúu. Parroquia Idelfonso Vásquez. Municipio Maracaibo-Estado Zulia. Acta Odontológica Venezolana 2006; 44(1).152
- Barbería Leache E. Erupción dentaria. Prevención y tratamiento de sus alteraciones. *Pediatría Integral* 2001; 6(3):229-240.
- Barbería-Leache, E.; Suárez-Clúa, M. C. & Saavedra-Ontiveros, D. Ectopic eruption of the maxillary first permanent molar: characteristics and occurrence in growing children. *Angle Orthod.*, 75(4):610-5, 2005.
- Manual Clínico de Ortodoncia. Dr. Rigoberto Otaño Lugo. 2008

Factores De Riesgo Biológicos, Psicológicos y Sociales Modificables De Los Hábitos Lesivos Que Inciden En Las Maloclusiones

ID: 151

Iriquin, Stella Maris;Fernandez, Rocio;Rimoldi, Marta ;Mendes, Claudia
Facultad De Odontología – UNLP

Se consideran problemas de Salud pública en el mundo las siguientes patologías: caries dental, enfermedad periodontal, anomalías dentofaciales, maloclusiones, cáncer bucal, malformaciones de los tejidos dentales, traumatismos maxilofaciales, fluorosis dental. Lo más importante de estos padecimientos es que pudieron evitarse. Considerando al hombre como un ser biopsicosocial uno de los objetivos de la odontología preventiva consiste en ayudar al paciente a mejorar los hábitos que contribuyen al mantenimiento de la salud bucal. Por eso es necesario enseñarle a reconocer la existencia de estados indeseables en su boca, a comprender como se producen y a controlarlos. La OMS definió la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social. La salud bucodental o la salud bucal es el estado psicosocial y biológico de un individuo y su grupo que le permite la mayor permanencia posible de los dientes y funcionamiento eficaz de las estructuras de soporte y tejido de los mismos. Un funcionamiento eficaz de la cavidad bucal, de cara y cuello y de las interrelaciones de estos con el complejo orgánico individual. El riesgo es la probabilidad de que un hecho ocurra. El riesgo epidemiológico es función de la existencia del ser humano viviendo en un ambiente social en variación permanente, vale decir, los riesgos que afectan nuestra salud, dependen de la vida en sociedad y más precisamente, del tipo estructural de la sociedad en que vivimos. El riesgo es la probabilidad que un hecho ocurra, es la medida de una probabilidad estadística de un suceso futuro. La probabilidad de consecuencias adversas aumenta en presencia de una o más características o factores determinantes de dichas consecuencias. El riesgo se enfoca con fines preventivos cuando se emprenden acciones para evitar o reducir una probabilidad conocida, como la enfermedad, el accidente o la muerte. En relación al riesgo convergen tres dimensiones: ocurrencia de la enfermedad, denominador de base poblacional y tiempo. El factor de riesgo según la OMS es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas que se sabe asociada con aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido (1). Los factores de riesgo pueden ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Los factores de riesgo pueden ser aquellos que caracterizan al individuo, la familia, la comunidad o el ambiente. Pueden ser: 1- Biológicos 2- Ambientales 3- De comportamiento 4- Relacionados con la atención de la salud 5- Socioculturales 6- Económicos. La interacción de los factores de riesgo biológico sumados a otros sociales y ambientales, aumenta el efecto aislado de cada uno de ellos. La protección específica grupal de las alteraciones de los tejidos blandos y óseos de la cavidad bucal y las estructuras adyacentes se debe realizar en población de riesgo biológico-social mediante el examen clínico periódico de manera directa y con la eliminación de los hábitos nocivos (2). En el diagnóstico de las maloclusiones se deben evaluar tres factores de riesgo: los biológicos, los psicológicos y los sociales. Los factores de riesgo biológicos son características

congénitas, estructuras esqueléticas, estructuras dentales, estructuras neuromusculares, funciones como la respiración, fonación, etc y los hábitos. Los factores de riesgo psicológicos corresponden a la autoimagen, imagen reflejada entre otros y los factores de riesgo sociales son el nivel socioeconómico, escolaridad, accesibilidad a los servicios de salud, etc. En su conjunto repercuten con el estado de salud del paciente. Las estructuras maxilares están formadas por hueso, este es un tejido plástico que reacciona a las presiones que continuamente se ejercen sobre él. El papel dinámico de la musculatura juega un papel fundamental en su desarrollo. Las recientes investigaciones electromiográficas realizadas por Tulley, Lear, Gould y Picton, Doty, Bosma, Garrett, Powell y otros, fijan la atención en el papel dinámico de la musculatura. El objetivo de este trabajo fue determinar cuáles son las características de los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales modificables de los hábitos lesivos que inciden en las maloclusiones. El presente trabajo de investigación se realizó en la Asignatura Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología de la UNLP durante el ciclo lectivo 2012. Se estudiaron 356 niños. Los criterios diagnósticos de inclusión fueron: niños con dentición mixta y presencia o no de hábitos deformantes de la oclusión como: succión digital, deglución atípica, uso de chupete (más allá de los 2 años) o biberón (más allá del año de edad), lactancia materna más allá de los seis meses, respiración bucal y onicofagia. Las variables fueron: sexo, presencia o no de hábitos y cantidad de hábitos (individuales o combinados). Los datos fueron recolectados por medio de la Historia Clínica de la Asignatura utilizando espejo, pinza y explorador. Sobre un total de 356 niños estudiados: El 49% correspondió a sexo masculino y el 51% a sexo femenino. En lo que respecta a tipo de hábitos: el 14% fueron respiradores bucales, el 7% realizó lactancia materna más allá de los 6 meses, el 27% utilizó mamadera más allá del año de edad, el 17% utilizó el chupete más allá de los 2 años, el 9% presentó succión digital y un 15% no presentó hábitos. Ningún paciente analizado presentó onicofagia. En cuanto a la cantidad de hábitos el 94% realizaba un solo hábito y el 6% poseía hábitos combinados. Como conclusión los hábitos lesivos son considerados factores de riesgo que inciden en la maloclusiones y es de fundamental importancia su diagnóstico precoz y corrección a tiempo para evitar que se establezca una malaoclusión que requiera tratamientos más complejos.

Bibliografía

- 1- Barbería Leache E. Importancia de los hábitos nocivos. En: Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. 1ª ed. Madrid: Ripano; 2005. p.106-26.
2. Singh, Gurkeerat: Ortodoncia. Diagnóstico y Tratamiento. ed. Amolca. Venezuela, 2009, 697p.

Competencias bioéticas en pacientes durante la toma de Decisiones en salud

ID: 188

Zemel, Martín Gastón Esteban;Miguel, Ricardo

Facultad De Odontología - UNLP

La existencia de una relación diferente entre el enfermo y el profesional de la salud, que enfatiza la deliberación y participación conjunta, se traduce en el proceso de consentimiento informado. La nueva relación clínica ha dado énfasis al principio de autonomía, entendido como el derecho del paciente a ser reconocido como persona libre y dueña de tomar sus decisiones. En este contexto aparece el concepto de "consentimiento informado", según el cual toda persona debe recibir, en términos comprensibles, una información completa respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su enfermedad por parte del profesional de la salud. Este debe además conocer las implicancias en caso de rechazar el tratamiento y asumir las consecuencias tanto del éxito como del fracaso del mismo, junto con su tratante. También debe ser informado sobre los costos de su atención y la existencia de tratamientos alternativos. El consentimiento informado es realizado rutinariamente en las prácticas asistenciales realizadas en el ámbito de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. La esencia del mismo es considerar que las decisiones en salud, para ser moralmente aceptables, deben ser autónomas. En salud una decisión es autónoma cuando cumple tres condiciones: voluntariedad, información y capacidad. El objetivo del presente trabajo fue determinar el ejercicio de competencia de los pacientes para la toma de decisiones clínicas. Se realizó un estudio descriptivo sobre variables: a) "voluntariedad al prestar el consentimiento informado"; b) "capacidad para presentar el consentimiento". Se registró una encuesta cerrada, voluntaria, anónima y por autorreporte a una muestra azarosa de 120 pacientes del Hospital Odontológico Universitario, FOUNLP. El muestreo comprendió 60 pacientes de clínicas de alta complejidad (Grupo A) y 60 pacientes de clínicas de mediana complejidad (Grupo B). Los análisis estadísticos fueron realizados con Epi Info™ Versión 3.3.2 y EPIDAT 3.1. En relación con la primer variable se evaluó el indicador "voluntariedad al brindar el consentimiento" hallándose positivamente: Grupo A=34, 56,67%; Grupo B=37, 61,67%; $p>0.05$. Al medir "autonomía requerida" se registró un conocimiento significativo, siendo su distribución positiva: Grupo A=32, 53,33%; Grupo B=35, 58,33%; $p>0.05$. Respecto a la segunda variable, se evaluó el indicador "capacidad requerida", registrándose positivamente: Grupo A=54, 90,0%, Grupo B=58, 96,67%; $p>0.05$. Al medir "comprensión percibida" se registró positivamente: Grupo A=27, 45,0%, Grupo B=58, 96,67%; $p<0.05$. El respeto por la autonomía de los pacientes constituye hoy una de las piedras angulares de la bioética, así como una aspiración fundamental para la práctica en salud. La incorporación en la práctica clínica del consentimiento

informado y de las normativas emanadas de los cuerpos legales que protegen los derechos de los pacientes en salud, obligan a plantearse el proceso de evaluación de la capacidad sanitaria para la toma de decisiones en la práctica clínica diaria. La percepción del paciente como un todo, con personalidad específica, problemas y anhelos particulares es fundamental para la buena comunicación y el éxito del tratamiento odontológico. La autonomía se refuerza cada vez que el paciente puede reflexionar sobre su salud y decidir en función de ello. El modelo clásico de atención paternalista, en el que el profesional toma las decisiones y actúa según su criterio, sin considerar la opinión de su paciente, ha evolucionado hasta nuestros días en que se incorpora al enfermo en el proceso de definir las acciones a seguir y se lo hace corresponsable de su tratamiento. Este cambio se debe, en primer lugar, a un reconocimiento de los derechos de la persona y a la consideración de sus expectativas y necesidades, esto es, al creciente respeto por la autonomía del paciente. Borquez y col refirieron que el paciente debe decidir en común acuerdo con el profesional sobre sus opciones. Además, coincidieron que deben respetarse los pensamientos y las opiniones ajenas. De este modo se favorece la voluntariedad como se observó en el presente estudio. Por eso es muy importante que los profesionales de salud tengan conciencia de que el paciente no es más un sujeto pasivo, sino el titular de derechos que, entre otras cosas, le confiere el poder de participar activamente en el tratamiento. A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir que: a) ambos grupos de pacientes presentaron un significativo ejercicio positivo de su autonomía individual; b) No obstante, el grupo de pacientes que protagonizó prácticas de alta complejidad presentó un mejor nivel de comprensión de la información suministrada ($p < 0.05$).

Bibliografía:

1. Bórquez Estefo G., Horwitz Campos N., López Bravo I., Raineri Bernain G. Capacidad de los pacientes para tomar decisiones en salud: actitud y significado para médicos y abogados. *Acta bioeth.* 2008; 14(2):166-175
2. Palomer L. Consentimiento informado en odontología: un análisis teórico-práctico. *Acta bioeth.* 2009; 15 (1): 100-105.

Dificultades en la adquisición de competencias bioéticas en Odontología

ID: 191

Miguel, R; Zemel, MG ; Cocco, L; Sapienza, ME ;Catino, M;Di Girolamo Pinto, G;lantosca, A;Pólvora, B

Facultad De Odontologia - UNLP

La relación odontólogo-paciente ha pasado de ser un sistema vertical, en el que el odontólogo era el centro del sistema, que de forma paternalista tomaba las decisiones, en muchos casos de forma unilateral, e indiscutible debido al alto conocimiento especializado relacionado con el tratamiento de enfermedades dentales siendo el paciente receptor pasivo de los cuidados; a otro horizontal, donde el paciente es el axis y centro del sistema sanitario, el cual debe ser respetado como agente autónomo y como tal debe de participar activamente en conjunto con el profesional y tomar sus propias decisiones. Como respuesta de este cambio de mentalidad surge el concepto de consentimiento informado, definido como el proceso por el cual a un paciente se le provee la suficiente información para tomar una decisión informada y razonada del procedimiento clínico. Este proceso se da sin ninguna coacción o fraude, e incluye explicar la necesidad del tratamiento, sus beneficios, alternativas, costos, riesgos y complicaciones o la no aceptación del tratamiento de la condición diagnosticada; este proceso debe darse con claridad, en un lenguaje comprensible y de forma oportuna. El objetivo del presente trabajo fue examinar la práctica de las competencias bioéticas requeridas para la implementación de los derechos de los pacientes en la clínica odontológica. Se realizó un estudio observacional descriptivo sobre variables: 1) conocimientos asociados a competencias bioéticas y 2) práctica de competencias bioéticas. Se registró una encuesta cerrada, voluntaria, anónima y por autorreporte a una muestra azarosa de 200 estudiantes regulares del tercer nivel de integración de la Carrera de Odontología de la FOUNLP, Argentina. El muestreo comprendió 100 alumnos de prácticas generales (Grupo A) y 100 de prácticas especializadas (Grupo B). Para evaluar el nivel de dificultades se utilizó una escala de lickert que se agregó al final del instrumento. Los análisis estadísticos fueron realizados con Epi Info™ Versión 3.3.2 y EPIDAT 3.1. En relación con la primer variable se evaluó el indicador "identificación de conceptos" se registró un conocimiento significativo, siendo su distribución: A=67%; B=73%; $p>0.05$. Al medir "identificación de procedimientos" la respuesta positiva fue: A=69%; B=74%; $p>0.05$. Respecto a la segunda variable, se evaluó el indicador "grado de dificultad", hallándose algún grado de dificultad para el Grupo A=78%; mientras que el Grupo B=36%. Para el indicador "tipo de dificultad" la distribución fue: grupo A: Conceptuales=21%, Técnicas=26%, Comunicacionales=28%, Otras=3%; NS/NC=22%; grupo B: Conceptuales=2%; Técnicas=4%; Comunicacionales=30%, Otras=2%, NS/NC=62%; $p<0.05$.

El consentimiento informado es realmente un proceso, resultado de un trabajo permanente de comunicación entre el equipo de salud y el paciente, uno de los fundamentos sobre el cual se establece la relación clínica. Por tanto, la práctica de su obtención debe iniciarse desde la formación del odontólogo en las instituciones de educación odontológica y así lograr un cabal entendimiento de su finalidad e importancia. Uno de los elementos que han definido históricamente las profesiones diferenciándolas de los oficios es que sus responsabilidades se han definido más en términos morales que jurídicos. Porque no es el obligado respeto a la ley, sino la tendencia a la excelencia moral la característica fundamental de las profesiones. La profesionalidad es la base del contrato de la odontología con la sociedad y exige colocar los intereses de los pacientes por encima de los del odontólogo, suministrando estándares de competencia e integridad, y proporcionando asesoría experta a la sociedad en cuestiones de salud. Un instrumento adecuado para conseguirla es la educación en bioética en cuanto estudio interdisciplinario de los problemas creados por los progresos odontológicos, biológicos y sus correspondientes tecnologías, para encontrar lo que es más humano en su aplicación práctica. A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir que: a) si bien existió en ambos grupos una significativa identificación positiva de conocimientos asociados a las competencias bioéticas, los estudiantes de las prácticas generales presentaron mayores dificultades en la implementación de las mismas durante la relación clínica ($p < 0.05$); b) Si bien el grupo de las prácticas especializadas alcanzó las competencias bioéticas, presentó un tercio de sus integrantes con dificultades comunicacionales al desarrollarlas.

Bibliografía

- 1) Bebeau MJ et al. The impact of a dental ethics curriculum on moral reasoning. *J Dent Educ.* 1994; 58(9): 684-692.
 - 2) Fiuza Sanchez H., Silva C., Drumond M., Ferreira E.. A formação de valores e a prática da atenção primária na saúde com estudantes de odontologia. *Acta bioeth.* 2012; 18(1): 101-109
 - 3) Miguel R., Zemel M. El Consentimiento Informado en Odontólogos Residentes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. *Acta Bioethica.* 2006; 12(1):81-90
 - 4) Schouten BC, Friele R. Informed consent in dental practice: experiences of Dutch patients. *Int Dent J.* 2001; 51 (1):52-54 21
- Powered by

Reacción en Cadena de la Polimerasa para la Detección del VPH en Mucosa Bucal.

Micinquevich S, Mayocchi K; Dorati P; Del Viso S; Gomez MA.
Facultad de Odontología-UNLP

Varias patologías de la mucosa bucal y de los huesos maxilares han sido relacionadas con el Virus Papiloma Humano (VPH). Aquellas conforman un amplio espectro: benignas, potencialmente malignas y malignas. Las más llamativas son las lesiones de estirpe odontogénica. El ameloblastoma es un tumor epitelial odontogénico localmente agresivo de frecuencia relativa de localización maxilar con la posibilidad de ser periférico. El carcinoma a células escamosas es la neoplasia más frecuente de la mucosa bucal. Como el VPH es un virus epiteliotrópico, sus funciones y la síntesis viral de su ADN se realiza a nivel de las células del estrato espinoso. Si bien la vía de contacto con el virus es la transmisión sexual, no puede dejarse de lado la transmisión vertical. Por este motivo existen lesiones pediátricas que se asociaron al virus tanto de bajo como de alto riesgo para la transformación a la malignidad. La técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) sigue demostrando su alta especificidad y sensibilidad para la identificación y sobre todo la genotipificación viral. Se reitera que el virus por si solo no es suficiente para el cambio al fenotipo celular maligno y se necesitan factores que actúen en sinergismo con aquel. El objeto del estudio fue identificar VPH en lesiones bucales mediante la utilización de la técnica molecular reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Se trabajó con material de archivo del Laboratorio de patología quirúrgica de la FOLP y dos casos pediátricos con diagnóstico clínico. Se aplicó la PCR para detectar el genoma viral con el agregado de LOW STRENGTH CONFORMATION para la identificación de tipo viral. Se utilizaron entre 1 y 3 secuencias de 10 μ de tejido parafinado. Se desparafinó lavando con xilol luego etanol absoluto y se secó el tejido al aire. Se extrajo ADN de las muestras. Posteriormente se emplearon los Oligonucleótidos MY 09/11 como cebadores externos en la primera ronda de amplificación y GP 05/06 como cebadores internos en la segunda ronda de amplificación. Este conjunto de cebadores permite la genotipificación de un amplio espectro de tipos virales del VPH. La detección de los amplificados se realizó por corrida electroforética en geles de agarosa al 2 %. Como controles positivos se utilizaron los ADN de los clones plasmídicos. La evaluación de los geles se efectuó por transiluminación con luz ultravioleta. Se tuvieron en cuenta 15 lesiones potencialmente malignas n =15, n =21 lesiones malignas, n =8 patologías odontogénicas (ameloblastomas), n=1 épulis congénito del recién nacido y n =1 nódulos de Bôhn. Se tuvieron en cuenta controles. Los resultados obtenidos fueron: a) 60 % de lesiones potencialmente malignas positivas, de las cuales 44,4% con identificación del VPH tipo 16.b) Los

carcinomas escamosos mostraron positividad en el 62 % de los casos y el 46,15 % positivos para VPH 16. C) los ameloblastomas resultaron positivos en el 100% de los especímenes con una distribución equivalente del 37,5 % para el tipo 6 y 3,5 para el VPH 16. En el épulis congénito del recién nacido se identificó el VPH 16 y en los nódulos de Bôhn el genotipo 6. Estos rastreos basados en porcentajes de frecuencia relativa permitieron detectar en la serie de patologías bucales estudiadas el tipo de VPH prevalente: el 16, indicado como de alto riesgo en lo relativo a la transformación maligna y el tipo 6 de bajo riesgo hallado en las patologías de estirpe odontogénica. Lo más llamativo fue la identificación de VPHs en ameloblastomas ya que la asociación del Virus Papiloma Humano y el ameloblastoma no fue extensamente estudiada. Sand y col. analizaron la misma cantidad de casos (n=8) que los evaluados en el presente estudio encontrando el Virus en el 6 % de los ameloblastomas, sugiriendo un papel del virus en la etiología no pudiendo descartarse la contaminación a partir del epitelio de superficie sumado a la sensibilidad de la técnica.

Bibliografía

1. Sand L; Jalouli J; Larsson PA; Magnusson B; Hirsch JM. Presence of Human Papilloma Virus in intraosseous Ameloblastoma. J Oral Maxillofac Surg. 2000; 58 (10): 1129-34.
2. Zur Hausen H. Viruses in human cancers. Eur J Cancer 1999;35,1174-81. Sinal SH. Human papillomavirus infections of the genital and respiratory tracts in young children. Semin Pediatr Infect Dis 2005;16:306-16.
3. Ellen Eisenberg. Presence of Human Papilloma Virus in Intraosseous Ameloblastoma. Journal Maxillofac Surg. 2000;58:1:35-36.

Valoración Clínica en Niños con Gingivoestomatitis Herpética Aguda y Herpes Intraoral recurrente

Mayocchi K; Dorati P; Gomez MA, Del Viso S; Micinquevich S.
Facultad de Odontología-UNLP

Las infecciones herpéticas están originadas por el Virus Herpes Simple (VHS), del que se conocen los tipos I y II. El VHS tipo I es responsable de un gran número de estados patológicos que afectan la piel y las mucosas, entre ellas la gingivoestomatitis herpética aguda (GEHA), en cuya patogenia se involucran mecanismos de naturaleza inmunológica. Las enfermedades herpéticas son, por lo general, recurrentes, debido a la persistencia latente del virus integrado en el genoma de las células huésped. Las recurrencias del VHS pueden desencadenarse por múltiples factores, pero siempre se producen coincidiendo con una alteración transitoria del estado inmunitario del huésped. Las razones expuestas han motivado la realización de este estudio, con el objetivo de conocer síntomas y signos clínicos de la mucosa bucal en pacientes con diagnóstico de GEHA y de Herpes Intraoral Recurrente. Se estudiaron historias clínicas de 20 pacientes pediátricos en la Asignatura Patología y Clínica Estomatológica con los antecedentes personales, datos clínicos, y datos referidos a la historia de la enfermedad, tiempo de evolución y frecuencia de aparición. La muestra se dividió en tres grupos etáreos: de 0 a 11 meses, de 1 a 5 años y de 6 a 10 años. La edad promedio fue de 3,7 años. Se tomaron en cuenta primoinfección y recurrencia y características clínicas de ambas. En la distribución por grupos de edades, se observa que no hubo lactantes afectados. La edad de mayor incidencia estuvo en el grupo de 1 a 5 años, con 12 pacientes. Se afectaron ambos sexos por igual y 5 niños tenían antecedentes de infecciones respiratorias agudas (IRA) tratados con corticoides vía inhalatoria. La GEHA se presentó en todos los casos con período prodromico de uno a dos días con fiebre, malestar general, y la pronta aparición de vesículas que se ubican formando ramilletes en paladar duro y blando, borde anterior de la lengua, encía y labios, que se rompen rápidamente dejando zonas erosivas, que muchas veces se cubren de pseudomembrana. Cabe destacar que en dos casos, una niña de 4 años y un niño de 10 años, se observaron recurrencias de la infección en forma de herpes intraoral. En los mismos, el período prodromico fue de horas antes de la aparición de las vesículas, y coincidiendo con estados febriles o digestivos previos. Las lesiones en mucosa se observaron como vesículas agrupadas en ramilletes típicos, circunscriptos en áreas del paladar o labio, siendo éstas las zonas más afectadas en las recurrencias. Fue frecuente la aparición de costras melicéricas y hemáticas en labios. **Conclusiones:** La edad de mayor incidencia en nuestra serie coincide con lo reportado en la literatura. Hasta hace algún tiempo, existía la opinión generalizada entre los estomatólogos

de que en la GEHA no aparecían recurrencias, debido a la presunta presencia de inmunidad frente al virus. Sin embargo, recientemente son cada vez mayores los reportes de enfermedad recurrente producida por el VHS tipo I, condicionadas estas recurrencias por múltiples factores, que generalmente coinciden con una alteración transitoria del estado inmunológico del huésped. La primoinfección eleva los niveles de anticuerpos contra el virus, pero estos o bien no son protectores, o sus concentraciones decaen durante la recaída. Se cita igualmente que el daño de la mucosa oral puede deberse al efecto citopático del virus en ausencia de daño en la inmunorrespuesta. La frecuente asociación de enfermedad atópica y/o infecciosas en los pacientes con GEHA podría hacernos inferir que el defecto celular o las alteraciones mucosas propias de los enfermos atópicos se comportan como condicionantes de la infección por el VHS tipo I y también de infecciones a otros niveles. En nuestro estudio, la edad de mayor incidencia fue de 1 a 5 años, el 10 % de los niños mostró recurrencia de la GEHA y La enfermedad se asoció frecuentemente con las infecciones a otros niveles sistémicos.

Bibliografía

1. Chayavichitsilp P, Buckwalter JV, Krakowski AC, Friedlander SF. Herpes simplex. *Pediatr Rev* 2009; 30(4):119-29.
2. Stanberry LR. Virus del herpes simple. En: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, Schor NF, Bherman RE, eds. *Nelson Tratado de Pediatría*: volumen 1. 19ª ed. Barcelona: Elsevier, 2013: 1147-54.
3. Chauhan N, Robinson JL, Guillemaud J, El-Hakim H. Acute herpes simplex laryngotracheitis: Report of two pediatric cases and review of the literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007; 71(2):341-5.
4. Carcavilla Urquí A, Coca Pérez A, Carrillo Herranz A, Martos Sánchez M. Gingivoestomatitis complicada. *An Pediatr* 2006; 65(4):388-9.

Participación de los Virus en la Carcinogénesis Oral

ID: 153

Dorati, Pablo;Micinevich, Susana;Mayocchi, Karina;Gómez, María; Del Viso S
Facultad De Odontología – UNLP

La carcinogénesis es un proceso complejo y secuencial donde concurren múltiples factores como tabaco, alcohol, traumatismos a repetición y las infecciones virales. Todos interactúan para que la inactivación, represión y desregulación génica sean los eventos que conducen a la proliferación celular descontrolada. Es conocida la asociación entre virus y cáncer (1-2). También se sabe que su presencia es necesaria pero no suficiente para la adquisición del fenotipo maligno. Los virus oncogénicos son capaces de inducir o contribuir a la aparición de tumores específicos en humanos. El estudio de dichos agentes permitió establecer el concepto de virus oncogénicos. No obstante, en los últimos 50 años, las investigaciones han generado datos experimentales y epidemiológicos que permitieron identificar una decena de virus como agentes causales de tumores humanos específicos. Al infectar la célula huésped transfieren a la misma sus genes, oncogenes, los que aumentados en su expresión pueden incrementar la proliferación celular. Estos dañan las proteínas celulares codificadas por protooncogenes o genes supresores tumorales como p53 y Rb, afectando funciones normales e induciendo en consecuencia la transformación, así como también: el aumento de la proliferación, bloqueando el camino de la diferenciación y señalización celular, la senescencia e inhibiendo la muerte celular programada. La replicación repetida de células con información DNA incorrecta es el inicio de la formación de un tumor maligno. Aunque los virus oncogénicos son indispensables, no tienen la capacidad suficiente para originar los tumores con los que están implicados. La influencia del Virus Herpes Simple 2 (VHS-2) en lesiones premalignas y malignas es discutida. La evidencia epidemiológica sugiere, desde hace varios años, que el cáncer cervical está ligado a virus que se transmiten por vía sexual, como las infecciones de transmisión sexual causadas por el virus de papiloma humano (VPH) y el virus de herpes simple tipo 2 (VHS-2) (3). Se ha planteado que el VHS-2 puede ser un potencial cofactor en la génesis del cáncer cervical, sin embargo, la evidencia al respecto es aún controversial. Varios estudios de tipo epidemiológico asociaron a las infecciones por Herpes Virus con un incremento en la incidencia del carcinoma uterino. Las mismas son generalmente asintomáticas, por lo que en muchos de los casos son transmitidas sin que el infectado tenga conocimiento de ello. Francheschi y col. demostraron que los pacientes con cáncer de cervix tienen niveles más elevados de anticuerpos contra VHS-2 que los controles (4). El VHS-2 contiene regiones en su genoma capaces de inducir rupturas cromosómicas y mutaciones de genes celulares que transforman las células in vitro por lo que se podría pensar que es capaz de producir una transformación

oncogénica.El carcinoma a células escamosas representa la patología maligna más frecuente surgida a nivel del epitelio de la boca.En los últimos años las metodologías diagnósticas sustentadas en la biología molecular han permitido mejorar y ampliar el rango de diagnóstico posible para estos agentes infecciosos y relacionarlos con otras patologías, como es el caso de HSV 2 y cáncer. La literatura mundial refiere que la aparición conjunta de la infección por el VHS-2 y el VPH aumenta considerablemente el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino. No obstante, el efecto del herpes simple-2 sobre la expansión de este tipo de cáncer resulta menos devastador que el que provoca el VPH por sí mismo. Otros estudios, por el contrario, no han podido demostrar una relación directa entre VHS-2 y cáncer cervical. A pesar de esto, existen evidencias que el VHS-2 es un potencial cofactor de riesgo asociado con cáncer de cervix.En referencia al cáncer bucal, la etiología del mismo es desconocida. No obstante se sabe de la existencia de factores de riesgo que podrían actuar como agentes carcinógenos.El objetivo de este estudio fue explorar con técnica molecular la presencia de VHS-2 en lesiones potencialmente malignas de localización en mucosa bucal. Se estudio una n de 15 casos procedentes del archivo del Laboratorio de Patología Quirúrgica de la FOLP, con diagnóstico previo histopatológico compatible con lesiones potencialmente malignas (leucoplasia) se aplicó la técnica reacción en cadena de la polimerasa (PCR para la detección del genoma viral, y la variante LIS-SSCP (Low Strenght Conformation Single) para la determinación de tipo.De los 15 casos, el 40 % de las muestras fueron positivas para VHS, 3 leucoplasias para VHS 1, y 3 para el VHS 2.Los virus contribuyen al desarrollo de tumores mediante una serie de mecanismos variados, que van desde la estimulación de la proliferación celular y la introducción de elementos genéticos capaces de alterar controles celulares vitales. Concluimos en que si bien, la evidencia científica resulta como más prevalente en patologías de mucosa bucal el VHS 1, también puede ser hallado el VHS 2. Estos datos aunque no son totalmente significativos, permitirían pensar en el rol del VHS-2 en la génesis del cáncer bucal y en el papel de la incorporación de técnicas moleculares de sensibilidad específica, dentro del campo de la patología en el área odontológica

Bibliografía

- 1 Zur Hausen H. Viruses in human cancers. Eur J Cancer 1999;35,1174-81.
- 2 Boccardo E, Villa LL. Viral origins of human cancer. Curr Med Chem 2007;14(24):2526-39.
- 3 International Agency for Research on Cancer (IARC). Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Human papillomaviruses. IACR 1995;64:1-409.

Formulación de preguntas como una estrategia para la Comprensión de textos científicos

ID: 88

Ramírez, Stella Maris;Sala, Alicia;Peñalva, MaríaAnahí;Blotto, Beina

Facultad De Odontología – UNLP

El estudio que presentamos es parte del Proyecto de Investigación “Aprendizaje entre pares en la enseñanza odontológica” en el que se diseñan, implementan y evalúan estrategias de trabajo grupal destinadas a mejorar la formación de futuros odontólogos. En este contexto se plantea la necesidad de recurrir a actividades grupales que fomenten la colaboración y aporten elementos formativos que enriquezcan la interacción y superen la rutinaria actividad instalada actualmente en las aulas centrada en la enseñanza tradicional, dogmática caracterizada por una labor individual y solitaria (Ramírez et al., 2012). En esta oportunidad, trabajamos con la lectura de textos científicos y la formulación de cuestiones que contribuyan a la mejor interpretación. El objetivo consiste en obtener información sobre cómo los estudiantes van formulando diferentes niveles de preguntas a partir de la lectura de la temática: “Película adquirida y placa bacteriana, Caries dental, Fluor y Enfermedad periodontal” y como mejoran sus producciones como resultado de la interacción grupal. El propósito de realizar preguntas está relacionado con la posibilidad de identificar el nivel de comprensión de la lectura y las inquietudes y dificultades que la cuestión genera en los grupos de trabajo. Coincidimos con Anijovich y Mora (2010) en que el formato de pregunta ritual, estereotipada no siempre evidencia una clara comprensión del tema, asociándose, en la mayoría de los casos, a un comportamiento funcional para cumplir la tarea asignada. Tenemos en cuenta la clasificación de preguntas realizada por Litwin (1997) según el nivel de comprensión (de cognición, meta cognición y epistémicos) y según el nivel de complejidad (simple o de opinión lo que implica la reflexión sobre causas, consecuencias, etc.; diferenciación o análisis; evaluación que realizan los estudiantes para juzgar la mejor solución o camino; provocar abstracciones o teorizaciones). Consideramos que uno de los aportes más significativos lo brinda la teoría de Kintsch (Kintsch, 1998) al definir los tres niveles de representación de un texto en la memoria: formulación superficial – -que corresponde a la formulación literal de palabras y frases que pueden recordarse aunque no se comprendan- , base del texto –como conjunto estructurado de ideas que el lector logra representar teniendo en cuenta sólo el contenido del texto y modelo de la situación- y el modelo de la situación –como representación mental en la que aparecen ideas derivadas del texto y de los conocimientos previos del lector .A partir de las diferentes perspectivas analizadas, las preguntas fueron clasificadas en cuatro categorías, adaptadas del estudio por Mazzitelli et al., (2009), que se refieren al tipo de información solicitada: I) ideas complementarias: tenía intención de hacer una idea de texto más completo o integral; II) preguntas

de conceptos: solicitando aclaración de un concepto o idea en el texto; III) cuestionando: interpellando cualquier idea o posición adoptada por el autor; IV) verificación: preguntas que presentan una posición personal en relación con el texto y su contenido y buscan una validación, admitiendo una respuesta de sí o no puede ser. El estudio se realizó con los estudiantes de la asignatura Bioquímica Estomatológica e incluyó los siguientes temas: Película adquirida y placa bacteriana, Caries dental, Fluor y Enfermedad Periodontal. Se formularon 32 preguntas las que fueron categorizadas en 4 tipos, de acuerdo a la información solicitada: ideas complementarias, preguntas, conceptos, preguntas de conceptos y verificación. De la lectura de los textos presentados se produjeron un total de 32 preguntas, cuya distribución en categorías fue la siguiente: 15 en la categoría complementación de ideas, 12 en preguntas de conceptos, 3 en interrogatorio y 2 en verificación. De la observación realizada se puede confirmar que en un alto porcentaje prevalece la complementación de las ideas y preguntas de conceptos. Los estudiantes expresan opiniones y plantean cuestiones y comprueban cuestiones que rara vez ocurren en las prácticas pedagógicas tradicionales. Muestran cierta dificultad en la lectura y que necesitan ayuda del docente para lograr una mayor comprensión. La interacción de los estudiantes entre sí y con el texto logra superar ciertas dificultades y dudas que se generan en el momento de la lectura. Prevalecen las preguntas de conceptos y complementación de ideas a diferencia de las preguntas de interrogatorio y verificación que revelan una postura más crítica del lector. Los estudiantes logran expresar opiniones y plantear cuestiones y comprobar cuestiones que rara vez ocurren en las prácticas pedagógicas tradicionales. La relación dialógica que se establece en los grupos favorece el desarrollo cognitivo y social, superando la lectura individual que realizan los estudiantes en su tarea cotidiana.

Bibliográfica

- Anijovich, R. y Mora, S. (2010) Estrategias de enseñanza.: otra mirada al quehacer en el aula. Buenos Aires: Aique GrupoEditor
- Litwin, E. (1997) Las configuraciones didácticas. Una nueva agenda para la enseñanza superior, Buenos Aires: Paidós.
- Kintsch, W. (1998) Comprehension: A paradigm for cognition. New York: Cambridge UniversityPress
- Mazzitelli, C.; Maturano, C. e Macías, A. (2009). Análisis de las preguntas que formulan los alumnos a partir de la lectura de un texto de ciencias. Revista Electronica de Enseñanza de las Ciencias, 8(1), pp. 45-57.
- Ramírez, S., Rimoldi, M., Sala, A.; Peñalva, A. y Blotto, B (2012)“ Aprendizaje entre pares en la enseñanza odontológica” Secretaría de Ciencia y Técnica. UNLP.

Integración De Pares y Utilización de TIC

ID: 168

Sala, Alicia Haydee;Peñalva, María Anahi;Ramirez, Stella Maris;Blotto, Bettina
Facultad De Odontología – UNLP

El desarrollo tecnológico dado en los últimos años y particularmente el vinculado a tecnología de la información, la computadora e internet; nuestro equipo de investigación plantea la necesidad de incluirlos como recursos fundamentales en las prácticas de aprendizaje. Según Carneiro (2002), donde desarrollamos nuestras tareas, está impregnada de recursos informáticos y tecnológicos, por lo que es difícil organizar los diseños curriculares sin considerarlos. Para Freire (2001), la informática en la educación significa la integración de computadoras en los procesos de enseñanza-aprendizaje de los contenidos, parte del currículo. Para que el proceso enseñanza-aprendizaje sea adecuado, el estudiante debe estar motivado por lo que aprende, se ha detectado una falta de ésta, atribuido a la monotonía y falta de retos. La tecnología informática por sí no genera aprendizaje espontáneo, depende de los fines y métodos didácticos y actividades. El planteamiento pedagógico previo que guíe y regule las acciones de los mismos tiende a ser un ejercicio estéril sometido a la espontaneidad y azar. El alumno aprenderá, porque el docente le plantea actividades empleando para ello la tecnología. Las buenas prácticas con el uso de la web, necesitan principios educativos de referencia. El tipo de prácticas debe responder a ciertos principios y criterios de calidad. Tratar el tema de la formación tecnológica de los docentes, que actúan en estas comunidades virtuales como orientadores, organizadores, estrategias en los procesos de enseñanza – aprendizaje. A los alumnos se les demanda ser autónomos, críticos, capaces de trabajar en equipo con posibilidad de planificar sus aprendizajes. El docente al planificar el uso de las TIC debe tener en mente lo que van a aprender los alumnos y en qué medida la tecnología sirve para mejorar la calidad. Siendo consciente de que las TIC no tienen efectos mágicos ni generan automáticamente innovación educativa. Con un método de enseñanza expositivo, las TIC refuerzan el aprendizaje por recepción. Estamos frente a un aprendizaje constructivista, el alumno debe generar sus propios objetivos de aprendizaje mediante el autoestudio y la interacción en. En la enseñanza tradicional es "centrada en el profesor", a "centrada en el alumno", en el constructivismo. Estudios recientes muestran que trabajar en esta forma logra retener el 80% de lo que estudia y este crece si el alumno hace las veces de profesor entre los miembros de su equipo [Weenk 99]. Las TIC facilitan un proceso por descubrimiento, que abren nuevos interrogantes sobre las lecturas y prácticas realizadas en distintos formatos, comunicarse con otras personas, resolver problemas, realizar debates virtuales, trabajar en equipo, adquisición y desarrollo de competencias específicas en la tecnología digital e información. Mercer (2001) describe como "interpensamiento" Compartir la tarea tanto presencial como virtual es el punto de partida para iniciar el proceso colaborativo. Debemos propiciar que el alumnado desarrolle con las TIC tareas tanto de naturaleza intelectual y social, al que denominaremos "aprendizaje mediado." Las investigaciones sobre experiencias, no sólo son elevadas (en términos cuantitativos) apuntan e inciden en aspectos del proceso educativo, de investigación e interés. El término aprendizaje colaborativo mediado comenzó con Koschman (1996), quien definió este ámbito como un espacio de investigación en el que considera la existencia de tres teorías de apoyo: la teoría neopiagetiana sobre el conflicto, la

teoría histórico-cultural y la teoría práctica social. El aprendizaje colaborativo mediado por computadora expresa dos ideas importantes: de aprender de forma colaborativa, con otros, en grupo. deseables de aprendizaje. Y se enfatiza el papel de los espacios virtuales como elemento mediador que apoya este proceso. Se trata pues de aprender a colaborar y colaborar para aprender. La autenticidad en los procesos estudiantiles, así como mediante el tipo y nivel de actividad social que éstos promueven (Derry, Levin y Schauble, 1995). Este trabajo es el resultado de un análisis cualitativo que tiene como una de sus características más llamativas la integración de pares, todos interactúan, compartiendo objetivos y un marco de valores comunes (Ramírez, et al., 2010). En búsqueda de favorecer la inclusión y el trabajo de pares, fomentar la autonomía, comprobar el lenguaje escrito apropiado, verificar la comprensión de las consignas, valorar la creatividad, propiciar un aprendizaje significativo. Se formaron 5 grupos, con 4 estudiantes, N= 20. Se indicó búsqueda bibliográfica, sitios web confiables y trabajos de investigación en papel sugeridos por el docente. Lo que llevó a constante integración de cada grupo en la comunidad virtual. Experiencia efectuada en la Asignatura Materiales Dentales, tema: Aleaciones Nobles, No nobles y Aceros. Para tal efecto la docente a cargo sugirió las siguientes consignas: Elaborar un Power Point, intercambiar ideas en la comunidad virtual y exposición presencial se mostraron entusiastas, 20 minutos de exposición y 10 de debate, media hora puesta en común utilizando el tiempo correcto, participando todos los integrantes del grupo. La docente intervino como coordinadora y observadora. Cada grupo subió su trabajo a la web a fin de compartirlo. La docente evaluó (excelente, muy bueno, bueno, regular) en aspectos sociales y académicos. El equipo de trabajo pudo abordar a: el 90% se integraron, el 80% aportaron de alto valor académico. El 75 % creativos, el resto efectuaron la presentación directamente bajada desde la Web, 75% recurrió a bibliografía, páginas web, el 100 % expresó en su presentación en power point, con el tema propuesto, por lo que indica que la consigna fue clara, presentación que se desarrolló en el aula cumpliendo con tiempo ordenamiento correcto, participando todos los integrantes de los grupos. Dentro de la comunidad virtual el 90 % comprende los eventos de la comunidad. En trabajo en pares, se ve reflejado en el sitio web. Por lo que podemos confirmar que la intencionalidad del grupo de investigación, puede afirmar que en éste tipo de enseñanza- aprendizaje se cumple afirmativamente.

Bibliografía

1. Carneiro, R. (2002). Informática na Educação – representações sociais no cotidiano. São Paulo: Corte
2. Derry, S., Levin, J.R., & Schauble, L. (1995). Stimulating statistical thinking through situated simulations. *Teaching of Psychology*, 22, 51-57.

Sistema De Implantes Cerámicos. Biocompatibilidad

ID: 205

SAPORITTI, M;LAZO, G;LAZO, S ;D'ALESSANDRO, J

Facultad De Odontología – UNLP

Los implantes de titanio utilizados para reemplazar piezas dentarias perdidas poseen propiedades excelentes para las aplicaciones biomédicas. Entre ellos se destacan el bajo peso específico, alta resistencia a la compresión, bajo módulo de elasticidad, alta resistencia a la corrosión y excelente biocompatibilidad. El problema de estos implantes es la falta de estética ya que se trasluce una imagen metálica en el borde gingival, para evitar ello se propone entonces utilizar implantes de zirconio que han sido objeto de estudio y que poseen propiedades estéticas por su estructura cristalina y color blanquecino. Se definen como biomateriales de aplicación para carga o biomateriales estructurales aquellos que por sus propiedades mecánicas pueden constituir estructuras capaces de resistir las condiciones severas, en Odontología de resistir a los requerimientos del aparato masticatorio. En el caso específico de los biomateriales cerámicos, la mejor opción está restringida a la alúmina (óxido de aluminio Al_2O_3). El óxido de zirconio (ZrO_2) o zirconia que tiene una estructura cristalina monocíclica a temperatura ambiente cuando se encuentra en estado puro, que se transforma en fases de tipo tetragonales y cúbicas al aumentar la temperatura. El cambio es reversible y provoca cambios dimensionales que pueden producir grietas en el material. Al combinarlo con 3% con óxido de ítrio estabiliza parcialmente la fase tetragonal y el material es reconocido como zirconio parcialmente estabilizado con ítrio. Las ventajas de la zirconio son: biocompatibilidad, las propiedades mecánicas y su alta estética. En Odontología se aplica en la fabricación de implantes cuyas características ya mencionadas son: resistencia mecánica (alta resistencia a la corrosión, a la flexión y a la fractura), biocompatibilidad y el buen comportamiento intraóseo que es igual o mayor al titanio no sólo en la parte anterior de la cavidad oral sino también en la posterior donde es capaz de soportar las fuerzas masticatorias. El concepto de biocompatibilidad se define como la capacidad de un material de producir una respuesta apropiada por parte del huésped en una aplicación específica. La biocompatibilidad de los cerámicos bioinertes debe contemplar todos los aspectos de las reacciones interfaciales entre estos materiales y los tejidos corporales, tanto in vitro como in vivo. De este modo el estado de biocompatibilidad puede confinarse a una situación o función particular en el cuerpo humano. La American Dental Association establece algunas condiciones de aceptación respecto a los implantes dentales, como son: 1- Evaluación de las propiedades físicas que permita asegurar la suficiente resistencia. 2- Demostración de la facilidad de fabricación y potencial de esterilización sin degradación del material. 3- Evaluación de la biocompatibilidad, con

pruebas de citotoxicidad. 4- Libres de defectos. 5- Mínimos de dos ensayos clínicos. Al examinar las respuestas tisulares de los materiales de implante para ortopedia y odontología, muchos estudios in vitro han usado diversos tipos de cultivos celulares, como fibroblastos, condrocitos y células epiteliales, principalmente células de origen animal. En la pruebas in vivo se han observado un crecimiento óseo aparente alrededor del material sin reacciones contrarias. En particular estaba presente el tejido conectivo que con el tiempo se transformaba gradualmente en hueso directamente en contacto con las cerámicas.

Bibliografía

1-Corrado Piconi (2011) "El Zirconio en Odontología" Ed.Amolca. Venezuela.

2-Mish Carl E. (2009) "Implantología contemporánea" 3º Ed. Elseiver. España 1120 pag.

3-Anusavise K.J. (2004). "Ciencia de los materiales dentales. 11ª Ed. Ed Elsevier. Madrid. España.

4-Piconi C. Maccauro G. (1999) "Zirconia as a ceramic biomaterial. Biomaterials".

Sistema CAD/CAM: solución de problemas funcionales y estéticos.

ID: 200

Lazo, S ;Lazo, G;Friso, N;Escudero, E;Basal, R;Butler,T;Alfaro, G;Pazos, F;Cuchetti, D;Amaro;Bentivenga,N;Viscovich, C;Ivanov, M ;Merlo, D

Facultad De Odontología - UNLP

El reemplazo de las piezas dentarias con implantes dentales es un tratamiento de rutina para el odontólogo en la actualidad. El zirconio nos permite sustituir con ventaja a las aleaciones de metal que hasta no hace mucho tiempo era el único sistema empleado en este tipo de rehabilitaciones.. Una de las condiciones que debe cumplir para lograr la osteointegración es que debe ser estéril, la técnica quirúrgica aplicada ser atraumática, evitar que el hueso no sufra calentamiento en el sitio receptor para lograr una estabilidad y una recuperación de la función masticatoria y estética. Para lograr estos objetivos debe ser considerada la necesidad imperativa de un diagnóstico correcto y el planeamiento del caso, además, de una correcta ejecución clínica periodontal y protésica. Por lo tanto, antes de realizar un tratamiento rehabilitador, en muchas situaciones es necesario un tratamiento periodontal previo para lograr la eliminación correcta de los depósitos bacterianos. .Los sistemas CAD-CAM (diseño asistido por ordenador/fabricación asistida por ordenador) han evolucionado en las dos últimas décadas y han sido utilizadas por profesionales de la salud dental por más de veinte años. El término CAD significa Computer Aided Design, es decir diseño asistido por computador. Se trata de tecnologías de diseño desarrolladas a través de programas software que pueden fabricar formas tridimensionales, cada una correspondiente a un archivo digital. Son programas conocidos, desarrollados y aplicados desde hace tiempo en el campo de computación gráfica para reproducir o simular situaciones reales.(1)Una de las principales líneas de aplicación es la utilización intraoperatoria para la restauración dental con monobloques prefabricados de cerámicas. Los sistemas CAD-CAM se han utilizado sobre todo para la fabricación de prótesis fija, tales como incrustaciones, carillas y coronas. Durante la última década de los avances tecnológicos en estos sistemas han proporcionado restauraciones alternativas utilizando diferentes materiales como porcelana, resina compuesta y bloques de metal, que no pueden ser procesados con anterioridad debido a las limitaciones técnicas. Hoy en día existe un interés mayor en los sistemas CAD-CAM para prótesis sobre implantes, ya que se han utilizado para la fabricación de pilares desde implantes y las plantillas de diagnóstico en implantología dental. El objetivo del presente trabajo fue hacer una revisión bibliográfica exhaustiva de la relación que existe entre los implantes y el espacio biológico, haciendo especial hincapié en las consideraciones clínicas que el odontólogo debe tener en cuenta para preservar la salud dental y periodontal cuando se realiza rehabilitación oral y conocer los avances tecnológicos en el uso del sistema CAD-CAM. Se denomina espacio biológico a la unión dentogingival, que ha sido descripta como una unidad funcional, compuesta por el tejido conectivo de inserción de la encía y el epitelio de unión S.La importancia de esta estructura radica en las consecuencias que se pueden derivar de su invasión, puede inducir retracción gingival, pérdida ósea, hiperplasia gingival, etc., todo ello con unas graves consecuencias desde el punto de vista de la salud periodontal como la estética gingival. (2)Con la nueva tecnología del CAD-CAM no

solo se tiene la ventaja sobre el material de los implantes dentales, al tener un margen del tallado sin sobre extensiones tenemos como garantía una respuesta favorable del tejido periodontal. Al tener impresiones digitales con la tecnología CAD-CAM nos asegura tener muy poco margen de error al momento de ver invasiones del espacio biológico. (3) Se utilizo una metodología narrativa de datos obtenidos de diferentes fuentes científicas, fichas de investigación para la comparación de datos. Los mismos fueron analizados y comparados como actualización bibliográfica del tema propuesto los cuales posteriormente serán llevados a la práctica. Dicha técnica se puede aplicar con dos metodologías diferentes la primera incluye el fresado de un bloque de material de zirconio sinterizado, que no sufre ninguna contracción. Sin embargo, esta técnica presenta inconvenientes como un tiempo de fresado prolongado y la posible formación de microfracturas en la subestructura. La segunda técnica se basa, en el uso de bloques de óxido de zirconio parcialmente sinterizados. El fresado de la estructura deberá llevarse a cabo con un nivel de ampliación programado (>25.30% según la metodología) calculando la magnitud de la contracción del zirconio durante la fase sinterización. Esta técnica implica un menor tiempo de fresado. Los sistemas con base de óxido de zirconio dental, gracias a su elevada resistencia flexural (1100Mpa) están indicados para varios usos, desde la fabricación de casquetes individuales hasta puentes posteriores de una arcada completa e implantes dentarios. En concordancia con algunos investigadores el zirconio puede ser considerado como un material ideal para la elaboración de implantes dentarios con el sistema CAD-CAM, considerando, la conservación de la condición biológica, la función óptima y la estética; relacionando a estos factores con los fines terapéuticos de la odontología restauradora. Otros autores consideran los criterios los anteriormente mencionados en situaciones clínicas donde las demandas estéticas del paciente son prioritarias, en las cuales en algunas oportunidades es recomendado un injerto de tejido conectivo para mejorar las condiciones clínicas de los tejidos blandos y tener una mejor previsibilidad en el tiempo de los mismos. El uso de los implantes de zirconio son recomendados por motivos de estética y biocompatibilidad con los tejidos, en los que se requiere una adecuada interrelación entre el material de reconstrucción y los tejidos periimplantarios circundantes. Se concluye que hoy en día la utilización de este material nos da grandes ventajas en resistencia y su compatibilidad con los tejidos blandos.

Bibliografía

1. Autores:Piconi C., Rimandini, L., Cerrani L. Tecnología CAD/CAM aplicada a la odontología. En "El zirconio en Odontología ". Edit. Amolca-Venezuela, Primera edición. Año 2011; Cap. 4, PP: 64-110.
- 2.Schatzle M., Land, NP, et –al . The influence of margins restorations on the periodontal tissues over 26 years.J of Clin Periodontol, 2001; 28:57-64 .
- 3.Spiridon OK, Thaleia V, Stavros P. Zirconia in Dentistry Part 2. Evidence- based clinical breakthrough. European. Journal of Esthetic Dentistry. Winter 2009; 4, (4): 348-80

Sistemas de Implantes, Emergentes y Pilares de Zirconio

ID: 194

Palau, Juan Pablo;Palau, Angel Gabriel;Palau, Maria Camila

Facultad De Odontologia – UNLP

La introducción del Zirconio en la Odontología ha permitido la realización de varios elementos utilizados en la cavidad bucal, totalmente cerámicos. El Zirconio tiene un módulo elástico parecido al del Acero Inoxidable. Sus propiedades ópticas, permiten excelentes resultados estéticos en restauraciones. El zirconio ha estimulado su uso en los casos de sensibilidad a los metales; esta situación ha dado origen también al desarrollo de otros dispositivos implantables (all ceramic) como la articulación de rodilla, y los implantes de columna cervical. Los implantes y los Abutment además de resolver problemas estéticos, pueden estar indicados para pacientes que sean portadores de uno o mas implantes metálicos, como la prótesis de cadera o de rodilla, osteosíntesis de columna, marcapasos, etc. Implantes Dentales de Zirconio En la actualidad hay cinco Sistemas de implantes de Zirconio * Sigma (increment SA, Losanna) * Z - Look 3 (Z System AG, Kontamz, Alemania) * White Sky (Bredent GMBH, Senden, Alemania) * Zit - Z (Ziterion GMBH, Uffedeim, Alemania) * Cera Root (Oral Iceberg SL; Barcelona) Estos sistemas tienen una apariencia de pernos tornillos de tipo monobloque, menos el primero que es el Sigma; éste también tiene apariencia de pernos tornillos pero se le incrusta un muñón cerámico, teniendo en su interior una forma hexagonal. El sistema Sigma de Sandhaus está en uso clínico desde el principio de los 90; el sistema Z - Systems AG, con un número significativo de casos tratados, han declarado haber vendido 7600 implantes desde el 2004 al 2007. Pero en la literatura son pocos los trabajos disponibles, que describen los resultados clínicos de los implantes de Zirconio. Pilares - Emergentes de Zirconio. Desde el punto de vista quirúrgico-estético su éxito depende, de la osteointegración y de la retención mecánica del implante; también del resultado estético de la restauración. Los primeros abutment cerámicos se realizaron en alúmina, y se adaptaban al hexágono de los implantes Branemark, pero sus resultados clínicos de esos pilares resultaban menores al de los pilares en titanio. A lo largo del tiempo, se han usado pilares obtenidos de presintetizados en Alúmina, pero gracias al uso del Zirconio los pilares sobre implantes son confiables. Estos emergentes o pilares de Zirconio han permitido obtener resultados excelentes, ya que la combinación de pilar y la corona de Zirconio permite una mayor traslucidez de la restauración; hay una mayor armonía entre estos dos elementos que generan una mayor estética y una gran ventaja con los pilares metálicos. Los Gaps marginales obtenidos son realizados con otras técnicas de restauraciones estéticas y la baja adhesión de las bacterias de la cavidad oral sobre las superficies cerámicas es una ventaja que ha inducido a la construcción de implantes con su porción coronal o superficial totalmente de Zirconio.

Estudio comparativo in vitro del aflojamiento de tornillos de fijación en pilares de prótesis implante asistida.

ID: 92

Tomaghelli, Emanuel Ricardo

Facultad De Odontología – UNLP

En los últimos años se han hecho intentos de modificar la conexión implante – pilar, para proporcionar una mejor precisión en el ajuste entre el implante y la superficie de apoyo con el fin de eliminar o disminuir el microespacio o microgap. A pesar del éxito reconocido, fallas mecánicas asociadas a restauraciones de un solo implante representan un desafío para los odontólogos. Entre los tipos de fallas mecánicas, el aflojamiento del tornillo del pilar sigue siendo la más frecuentemente reportada en la literatura. El aflojamiento de los componentes protéticos llamados abutment, o pilares han traído aparejadas incomodidades y complicaciones de diversas índole. Cuando los tornillos son sometidos a cargas más elevadas de lo tolerado pueden aflojarse, deformarse o bien fracturarse. Es ideal pensar que la superficie de la plataforma del implante con la del pilar unidas por el tornillo de fijación, permanezcan estables durante toda la vida útil de la restauración, hecho que lamentablemente no sucede. Las tasas de aflojamiento reportadas en la actualidad por distintos autores varían hasta llegar al 12,5 %. Los objetivos del estudio son: Determinar el aflojamiento de los tornillos de fijación ajustados a 20 N/cm. Determinar el aflojamiento de los tornillos de fijación ajustados a 32 N/cm. Comparar el nivel de aflojamiento de los tornillos de fijación a 20 y 32 N/cm. Variables Aflojamiento de los tornillos de fijación de titanio ajustados a 20 N/cm -32 N/cm. H1: El aflojamiento de los tornillos de fijación de titanio ajustados a 20 N/cm es igual o menor que el torque inicial aplicado. H2: El aflojamiento de los tornillos de fijación de titanio ajustados a 32 N/cm es igual o menor que el torque inicial aplicado. Para los experimentos se utilizaron tornillos de titanio de cabeza hexagonal para implantes cilíndricos de conexión externa hexagonal, plataforma regular 4.1 y pilar de titanio recto maquinado. Marca: Tree – Oss. N= 20 dividido en dos grupos de 10 muestras cada uno. Tornillo de fijación de titanio ajustado a 20 – 32 N/cm con su respectivo complejos implante – abutment. Método e instrumento de recolección de datos. Medición biofisiológicas “in Vitro”. Sistemática, estandarizada, estructurada y controlada. Instrumento de medición a utilizar Torquímetro mecánico de precisión calibrado. Marca Britol. Ref: materiales y método. Unidad de patrón o medida empleada: N/cm. Ajustados a 32 N/cm: De los diez grupos observados nueve superan los valores de torque inicial aplicado y uno disminuye. Siendo el comportamiento del conjunto de las muy positivo. El grupo 6º alcanzan los mejores valores de desajuste. El grupo 1º se manifiestan los peores valores de desajuste. De las diez muestras observadas siete superan los valores de torque inicial aplicado uno lo mantiene igual y dos disminuyen. El comportamiento individual de cada muestra en los sucesivos ajustes y aflojamientos establece una medida máxima en la muestra nº 7, y una mínima en la nº 9. Sólo la muestra nº 4 mantiene los valores constantes. La media de las medias 33,83 N/cm referencia un valor aceptable mostrando que cuando se ajustan los tornillos a 32 N/cm se aflojan incrementando el valor. Ajustados a 20 N/cm: se observan los valores de aflojamiento de los diez

tornillos de fijación ajustados a 20 N/cm y aflojados en diez intentos. De los diez grupos observados siete superan los valores de torque inicial aplicado una lo mantiene y dos disminuyen. "70% - 10% - 20%" El comportamiento de las muestras observadas en los grupos nos demuestra que los mejores valores de aflojamiento se visualizan en el 3º grupo. Siendo la más baja la 10º. El grupo 5º se mantiene constante sin modificar los valores de torque iniciales. En los grupos 9º y 10º caen los valores de torque inicial a sus niveles más bajos. De las diez muestras observadas seis superan los valores de torque inicial aplicado, una lo mantiene igual y tres disminuyen. "60% - 10% - 30%" El comportamiento individual de cada muestra en los sucesivos ajustes y aflojamientos establece una medida máxima en la muestra nº 2, y una mínima en la muestra nº 9 y 10 respectivamente. La media de las medias 20,25 N/cm referencia un valor aceptable, mostrando que cuando se ajustan los tornillos a 20 N/cm se aflojan con una medida mayor. El ajuste y aflojamiento de los tornillos de fijación ajustados a 20 N/cm demostró tras sucesivas repeticiones un aflojamiento superior al torque inicial aplicado. Siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas. Quedando de esta manera la hipótesis rechazada. El comportamiento de los tornillos de fijación ajustados a 32 N/cm se comportó de manera similar al ajustado a 20 N/cm obteniendo valores mayores al torque inicial aplicado. Encontrándose diferencias altamente significativas, se rechaza la hipótesis de igualdad y/o disminución del torque de remoción. Al realizar la comparación entre los ajustes a 20 N/cm y 32 N/cm el comportamiento del ajuste en 20 N/cm obtiene un aumento decimal, muy reducido del torque inicial aplicado, por el contrario el ajuste a 32 N/cm eleva en 2 N/cm los valores medios.

Bibliografía

Nigro, Frederico, Sendyk, C L., Francischone, Jr. C E. Removal torque of zirconia abutment screws under dry and wet conditions. Braz. Dent. J.2010; 21(3): 225-228.

Saliba FM, Cardoso M, Torres M Ferreira, Teixeira Alexandre Carvalho, Lourenço E JVeras, Telles D de Moraes. A rationale method for evaluating unscrewing torque values of prosthetic screws in dental implants. J. Appl. Oral Sci. 2011;19(1): 63-67.doi: 10.1590/S1678-7757201100010001.

Marinero I, Philipp A, A Zembic, Pjetursson BE, CH Hämmerle, Zwahlen M. A systematic review of the performance of ceramic and metal implant abutments supporting fixed implant reconstructions. Clin Res implants orals. 2009; 20 4:4-31.

Theoharidou A, HP Petridis, K Tzannas, Garefis P. Abutment screw loosening in single-implant restorations: a systematic review. Int J Implantes Maxillofac oral. 2008; 23:681-90. Powered byTCPDF (www.tcpdf.org).

Análisis de la filtración marginal entre coronas provisionales y la estructura dentaria

ID: 93

Jordán, Sebastián;Azzarri, María José

Facultad De Odontología – UNLP

Los materiales provisionales se emplean para proteger el diente mientras se prepara una restauración definitiva, y temporalmente restaurar la estética y actuar como una ayuda diagnóstica. Son elementos importantísimos porque nos permiten devolver y evaluar posibles cambios en la anatomía, estética y función de las piezas a tratar, proporcionando además, protección al remanente dentario y a los tejidos blandos que le rodean, debiendo cumplir con todos los requisitos de una prótesis fija definitiva, excepto la resistencia y durabilidad (1). Funciones de los provisorios: Protección pulpar. Después de que la preparación del diente ha sido realizada, es importante que la cantidad de desgaste esté de acuerdo con las necesidades estéticas y mecánicas de la prótesis planeada, para que la prótesis provisional, pueda tener la capacidad, juntamente con el agente cementante, de auxiliar en la recuperación del órgano pulpar. Luego se protege la superficie con dos capas de barniz a base de copal que va a actuar como aislante, impidiendo así el contacto directo de la superficie dentaria con el monómero de la resina. Esas capas de barniz serán removidas naturalmente con la confección de las restauraciones provisionales no impidiendo, de este modo, la acción del cemento provisional, junto al órgano pulpar (1). Protección periodontal. En relación con el tejido periodontal, los provisionales tienen la función de preservar la salud periodontal, para aquellos casos donde el tejido gingival está saludable, auxiliar en el tratamiento y en la recuperación del tejido gingival alterado y, finalmente, en el mantenimiento de la salud del periodonto tratado. Estabilidad posicional. La restauración no debe permitir que el diente se extruya o se desplace. Función oclusal. Tener la posibilidad de funcionar oclusalmente para mejorar la comodidad del paciente, evitar la migración del diente y alteraciones articulares o neuromusculares. Fácil limpieza. El provisional debe estar hecho de un material y contornos que permitan al paciente mantenerlo limpio durante todo el tiempo que la lleve en su boca (2). Una restauración con márgenes cortos puede provocar también una proliferación del tejido gingival (3). Fuerza y retención. La restauración debe ser resistente a las fuerzas a las que está sometida sin fracturarse ni desprenderse del diente. Estética. En algunos casos, debe proporcionar un buen resultado estético sobre todo en dientes anteriores y premolares. Los objetivos del trabajo fueron: medir las posibles interfaces producidas en coronas provisionales cementadas con diferentes medios cementantes, mediante microscopía electrónica de barrido. Visualizar la penetración de un colorante en las posibles interfaces antes mencionadas. Comparar la penetración de un colorante, mediante microscopía electrónica de barrido, en las posibles interfaces producidas en coronas provisionales cementadas con diferentes medios cementantes. Para el desarrollo de esta investigación se emplearon los siguientes materiales y aparatología: Cemento temporal a base de óxido de zinc eugenol mejorado con polímeros. Marca comercial IRM del laboratorio Dentsply. Cemento temporal a base de Hidróxido de Calcio. Marca comercial Dycal del laboratorio Dentsply. Cemento Temporal libre de eugenol con hidróxido de calcio para apoyar la conservación de la vitalidad del diente, marca comercial Provicol del laboratorio Voco. Acrílico autocurable para coronas y puentes provisionales. Marca comercial Temporary Bridge Resin del laboratorio Dentsply. Para esta investigación se procedió a trabajar con los grupos constituidos de la siguiente manera: Grupo 1: coronas provisionales cementadas con cemento libre de eugenol, con hidróxido de calcio, marca comercial Provicol del laboratorio Voco. Grupo 2: coronas provisionales cementadas con cemento a base de hidróxido de calcio marca comercial Dycal del laboratorio Dentsply. Grupo 3: coronas provisionales cementadas con cemento a base de óxido de cinc eugenol, marca comercial IRM del laboratorio Dentsply. Para la confección de las muestras se utilizaron piezas

dentarias naturales sanas (molares), que fueron extraídos, lavados, enjuagados y mantenidos en agua destilada. Las piezas fueron incluidas en un taco de yeso. El número de muestras para cada grupo es de 10. Para el análisis colorimétrico se prepararon 10 muestras. Luego se decidió tratar todas las muestras de la misma manera. Se procedió a realizar termociclados 300 veces a 5° C y 60° C manteniéndolos en cada temperatura durante 30 segundos con tiempo menor a los 10 segundos entre el pasaje de las muestras de un recipiente al otro. Dicho procedimiento se realizó para que las muestras representen, en lo posible lo que suceden la cavidad bucal con respecto a los cambios de temperatura. Luego se procedió a cubrir cada pieza dentaria con una laca orgánica, salvo el provisional, los ápices fueron obturados con cemento de ionómero vítreo con la finalidad de evitar la penetración del colorante. Luego se sometieron las muestras al contacto con azul de metileno al 2% durante una semana. Para la valoración de la filtración marginal se utilizó la siguiente escala: 0 = no penetró el colorante. 1 = el colorante invade el margen gingival. 2 = el colorante invade hasta 1/3 cervical del muñón. 3 = el colorante invade hasta 1/3 medio del muñón. 4 = el colorante invade hasta 1/3 oclusal del muñón. Análisis microscópico: Las mismas muestras utilizadas para el análisis colorimétrico se usaron para ser visualizadas en el microscopio electrónico. Las mismas fueron sometidas a la acción de ácido fosfórico al 37% durante 3 segundos en las zonas a analizar, para luego ser colocados en ultrasonido, lavadora marca Ultrasónica Cleanson, provocando un lavado de 10 minutos, con la finalidad de limpiar las muestras posteriores al corte y mejorar la visualización. Cada uno de los especímenes se mantuvieron secos y a temperatura ambiente hasta el momento de los ensayos. El microscopio utilizado fue electrónico ambiental ESEM marca FEI modelo Quanta 200. Para la medición de las interfases se visualizaron las microscopías obtenidas y se tomaron tres mediciones de cada interfase, para luego ser promediadas y analizadas estadísticamente. Coincidimos con los autores Monday, Cova y Vaidi en los resultados obtenidos. Filtración marginal: Análisis colorimétrico: Todos los grupos evidenciaron una penetración del colorante valor 4 correspondiente a la escala. Microscopía: En todos los grupos se tomaron microscopías de 300X. Grupo I y a una magnificación de 300X, el tamaño de la brecha es de 222 ?m. Grupo II y a una magnificación de 300X, el tamaño de la brecha es de 216 ?m. Grupo III y a una magnificación de 300X, el tamaño de la brecha es de 178 ?m. En lo que respecta al análisis colorimétrico se evidencia igual grado de penetración del colorante en los tres grupos. El análisis microscópico denota la formación de interfase en los tres grupos; siendo la misma mayor en el grupo I, luego en el grupo II y por último en el grupo III.

Bibliografía

- 1-Nuñez, JF. Fundamentos clínicos en prótesis fija. Rev Tecnología Dental. 1-14. 2008.
- 2-Shillingburg, H T. Sumiya, H. Lowell, D. Jacobi, R. Fundamentos esenciales en prótesis fija. Tercera edición. 2002.
- 3- Behrend, D A. Temporary protective restorations in crown and bridgework. Aust Dent J; 12:411-416. 1967.
- 4-Ferencz, JL. Fabrication of provisional crowns and fixed partial dentures utilizing a shell technique. N Y J Dent; 51:201-206. 19

Niveles de IL-1 Y TNF- α en saliva como biomarcadores en la progresión de la enfermedad periodontal destructiva.

ID: 57

Baudo, Judith; Tosti, Sonia; Cecho, Analía; Mazzeo, Dominga Asunción; Domínguez, Gabriel; Allegretti, Patricia

Facultad de Odontología

La enfermedad periodontal es una infección de origen bacteriano, que cursa con un proceso inflamatorio de carácter crónico, desencadenado por un conjunto de bacterias presentes en la cavidad oral. La presencia de esta comunidad de bacterias adheridas a los tejidos duros recibe el término de biofilm. La acumulación de bacterias en la superficie limpia de los dientes, induce de manera reproducible una respuesta inflamatoria en los tejidos gingivales asociados. Esa inflamación local se mantiene en el tiempo, mientras continúe presente el biofilm. La eliminación de la placa bacteriana, conduce a la desaparición de los signos clínicos de inflamación. La gingivitis es un estado clínico no destructivo de la enfermedad periodontal. Existen factores de riesgo, entre los que se encuentran los biológicos. Éstos, engloban a las enfermedades sistémicas cardiovasculares, pulmonares, diabetes, obesidad, enfermedades óseas, embarazo, etc. Un tercer grupo de factores de riesgo, son los basados en los comportamientos humanos o ambientales como la higiene oral, el estrés y/o el tabaco. Los factores genéticos se relacionan con la susceptibilidad del individuo para desarrollar la enfermedad. Las bacterias tienen un papel etiológico primario en la patogénesis de la periodontitis, participando en la formación de la bolsa periodontal, la destrucción del tejido conectivo y la reabsorción del hueso alveolar. Pero ni la cantidad, ni la variedad de las especies, son capaces de ofrecer una explicación de los diferentes grados de severidad que presenta la periodontitis dentro de la población. Las respuestas inmunitarias a los microorganismos parecen estar dirigidas principalmente contra las enzimas y toxinas liberadas extracelularmente. Estas reacciones inmunitarias tienen como resultado una mayor liberación de citoquinas y mediadores proinflamatorios, que a su vez aumentarán la inflamación y de esta manera, serán más nocivos para el huésped. La IL-1 y el TNF- α son potentes estimuladores de la reabsorción ósea. Por lo tanto, una sobreproducción de cualquiera de estas dos citoquinas, provocada por la exposición a patógenos periodontales, puede ser uno de los mecanismos responsables de la destrucción del tejido periodontal. La interleuquina 1 (IL-1), citoquina producida por macrófagos, células B y células del epitelio escamoso, es un importante mediador inmunitario. Mejora la producción de linfocinas, entre ellas el factor de crecimiento de células T (IL-2) y el factor activador de osteoclastos. El factor de necrosis tumoral α (TNF- α) es una citoquina proinflamatoria e inmunomoduladora, es producido por macrófagos después de la estimulación ocasionada por elementos bacterianos gramnegativos, monocitos, linfocitos B y T, células NK, así como células no pertenecientes al sistema inmune como fibroblastos y queratinocitos. Su incremento ha sido detectado en localizaciones de pacientes con periodontitis, y está asociado a la destrucción y reabsorción ósea (1) (2). Las actuales técnicas de diagnóstico como el sondeo periodontal, la reacción de los tejidos al sondeo periodontal y las radiografías periapicales informan sobre el estado actual del paciente, pero no brindan información de la actividad de la enfermedad. Ésta sigue siendo uno de los tópicos de mayor investigación en periodoncia ya que es de vital importancia para el clínico saber si el paciente está perdiendo periodonto de una manera progresiva, o si

su enfermedad se encuentra en un periodo de estabilidad. Este trabajo tiene como objetivos identificar en muestras de saliva de pacientes con enfermedad periodontal, la presencia de IL-1 y TNF- α en las fases preoperatorias, postoperatoria y de mantenimiento, y correlacionar la concentración en saliva de estos biomarcadores con parámetros clínicos periodontales (sangrado al sondaje, profundidad de la bolsa). Se realizará un estudio transversal con pacientes que concurren a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, con una muestra de 60 individuos, divididos en 2 grupos de 30 sujetos: un grupo de enfermos periodontales y otro de control, sanos. Los criterios de inclusión (grupo de enfermos periodontales) serán: adultos mayores de 20 años – diagnóstico clínico y radiográfico de periodontitis crónica – pacientes que no hayan recibido tratamiento periodontal – pacientes que tengan al menos un molar y un premolar por cuadrante – pacientes que participen voluntariamente en el estudio con firma del consentimiento informado. Los criterios de inclusión (grupo control) serán: ausencia de enfermedad periodontal determinada por ausencia de bolsa, de pérdida de inserción y de reabsorción ósea. Los criterios de exclusión (comunes a los dos grupos) serán: pacientes que padezcan enfermedades sistémicas – pacientes mujeres embarazadas, en periodo de lactancia o recibiendo terapia hormonal – pacientes que tomen medicamentos de forma crónica o que estén tomando antibióticos o antiinflamatorios – pacientes que presenten patología oral no relacionada con la enfermedad periodontal – pacientes que abandonen la investigación en la fase preoperatoria y/o postoperatoria. Se caracterizará la muestra de acuerdo a las variables: sangrado al sondaje, profundidad de la bolsa y movilidad dentaria. A todos los integrantes de la muestra se les realizará historia clínica, seriada periapical, índice de placa de Sillness y Løe. Medición de la profundidad de la bolsa periodontal. Muestra de saliva y cromatografía gaseosa. Los resultados esperados son demostrar que el equilibrio o el desequilibrio entre la biopelícula y el proceso inflamatorio es lo que determina la severidad de la lesión en la periodontitis; comprobar que la IL-1 y el TNF- α son marcadores de actividad de la enfermedad periodontal; y disminuir la incidencia de enfermedad periodontal progresiva evitando la pérdida de piezas dentarias. El fluido salival está llamado a constituirse en un elemento de diagnóstico auxiliar tanto por la facilidad que brinda la obtención de la muestra salival como el descubrimiento de moléculas orgánicas que anteriormente no se conocían, constituyendo así un aporte importante en el tratamiento preventivo de las enfermedades locales y sistémicas; tumorales; neurológicas; nutricionales y también como parte de estrategias preventivas del futuro de las enfermedades periodontales y la patología oral. (3)

Bibliografía

- 1- Díaz Caballero A.; Arévalo Tovar L.; Simancas Pallares M. Proteínas expresadas durante la periodontitis crónica. Revisión de la literatura. Avances en Periodoncia vol.23 no.2 Madrid Ago. 2011
- 2-Díaz Caballero A, Arévalo Tovar L, Imancas Pallares M. Proteínas expresadas durante la periodontitis crónica. Revisión de la literatura. Av Periodon Implantol. 2009. Vol. 21 N° 3
- 3- Sonia J. Sacsquispe Contreras. La saliva y su rol en el diagnóstico. Actualidad Odontológica y salud. 2009

Síntesis elaboradas por los Estudiantes ante lecturas grupales en la asignatura Bioquímica Estomatológica

ID: 83

Peñalva, Maria Anahi ;Blotto, Bettina;Sala, Alicia;Ramírez, Stella Maris

Facultad de Odontología - UNLP

El trabajo corresponde al proyecto de investigación Aprendizaje entre pares en la enseñanza odontológica en la Facultad de Odontología UNLP(Ramírez et al,2010) En los últimos años el desarrollo de las habilidades cognitivo lingüísticas (leer, explicar, describir, argumentar) es un tema de investigación en la enseñanza universitaria habida cuenta de su importancia en la formación profesional. Su carencia afecta la construcción de conocimientos y es tarea de los docentes facilitar estrategias que faciliten la comprensión lectora y la capacidad de explicar y argumentar, es decir, describir la estructura que los estudiantes crean para articular y justificar sus conclusiones o explicaciones. Investigaciones realizadas confirman la repercusión de una buena lectura y genuino intercambio en el desarrollo del pensamiento y las capacidades cognoscitivo lingüísticas. Nuestro trabajo plantea el desafío de poner en juego estrategias que faciliten la actuación. que evidencian los estudiantes que cursan Bioquímica Estomatológica II. Como proceso cognitivo, leer involucra recuperar información previa sobre el tema, procesar nuevos datos y relacionarlos con los conocimientos ya apropiados para poder lograr un aprendizaje significativo del tema leído. El semiólogo italiano Umberto Eco (citado por Narvaja, Di Stefano y Pereira 2009 p.8) concibe la lectura como un proceso de comunicación entre el texto y el lector. En esa comunicación, el texto deja muchas conceptos sin explicitar, lo que exige al lector asumir un rol sumamente activo completando lo que el texto no dice pero da a entender, otorgando significado a las expresiones, relacionándolas con las circunstancias de enunciación: lugar, tiempo y destinatario de un texto. Por todo esto, para Eco la lectura es un proceso comunicacional en el que a partir de la interacción lector / texto se produce sentido. El objetivo fundamental de este trabajo es el de analizar la calidad de las síntesis realizadas en distintos formatos. La clase se dividió en cinco grupos de cuatro estudiantes cada uno y se dio la consigna de realizar una síntesis de las lecturas seleccionadas tratando de utilizar un recurso innovador que incluía los aspectos más significativos: mapa conceptual, cuadro sinóptico, esquema o relato narrativo. También los estudiantes debían justificar la elección del recurso empleado para concretar dicha síntesis. La docente realizó una introducción al tema "Tejidos dentarios y parodontarios" cada grupo se organizó para presentar su exposición, explicando y justificando cada actividad. En el encuentro final se presentaron las producciones asignando un tiempo de 10 minutos a cada grupo. El 1er. grupo la realizó en forma de relato y manifestó que lo eligió por ser la forma más rápida. El 2do grupo realizó un cuadro sinóptico porque lo consideró como la mejor manera de

definir los conceptos y relacionarnos. El 3ro expresó que el contenido del tema es muy extenso y con una síntesis lo pueden expresar mejor. El 4to grupo escribió una síntesis porque pensaron que era la forma más rápida y fácil y consideró que un mapa conceptual sería un recurso más complicado y extenso. El 5to grupo también realizó una síntesis y mencionó los mismos motivos. Los parámetros empleados para sistematizar la observación fueron: capacidad de lectura, conocimiento de vocabulario, capacidad de interpretación y posibilidad de síntesis. Los dos primeros fueron considerados buenos en todos los grupos; la capacidad de interpretación y la posibilidad de síntesis fueron estimadas como buenas en los grupos 1, 3 y 5 y como muy buenas en los restantes grupos. Si bien todos los grupos demostraron capacidad de lectura y cierta heterogeneidad en el conocimiento del vocabulario, los grupos 2 y 4, demostraron realizar una mejor interpretación y posibilidad de síntesis porque procesaron palabras que aparecen en el texto y sus relaciones lingüísticas, de manera que sus síntesis constituyen representaciones superficiales literales, lingüísticas con cierta heterogeneidad en el conocimiento del vocabulario. Este tipo de representaciones, específicamente referido al relato narrativo constituye el primer nivel de procesamiento de un discurso estratégico donde la representación mental se construye utilizando información externa, con intervención de la memoria a corto plazo.

Bibliografía

Almudí García J. M. Caberio Galante M y Zubimendi Herranz J L Análisis de los argumentos elaborados por estudiantes de cursos introductorios de física universitaria ante situaciones problemáticas pertenecientes al ámbito de la inducción electromagnética

Revista Enseñanza de las ciencias. Año 2013 . IX Congreso internacional sobre investigación en Didáctica de las Ciencias Comunicación-Girona (Número extra) : p. 101 – 106

Narvaja, Di Stefano y Pereira La lectura y la escritura en la Universidad Ciudad de Buenos Aires Eudeba 2009

Perelman F El resumen sobre el papel – Condiciones didácticas y construcción del conocimiento – Buenos Aires- Editorial Miño y Dávila.2008

Determinación de la pérdida de la permanencia del 1° Molar en Pacientes que Asisten al Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas (SEPOI).

ID: 75

Armendano, Alejandro Sergio;Crimaldi, Delia Norma;Rasse, José Nicolás;Paleo, María Amelia ;Mastrancioli, María Leonilda;Sala Spiell, Ana Raquel;Obiols, Cecilia Isabel

Facultad de Odontología – UNLP

El sistema estomatognático está constituido por un conjunto heterogéneo de tejidos y órganos que comprenden, estructuras óseas, dientes, músculos, articulaciones, glándulas y componentes vasculares, linfáticos y nerviosos asociados. El germe dentario del 1° molar se desarrolla en el último mes de vida intrauterina su primera evidencia de calcificación sucede a las 38 semanas (2 a 6 meses), y la primera estructura que sufre este proceso es la cúspide mesio-vestibular y luego la sigue la disto-palatina. Comienza en el vértice y alcanza hacia apical. Su erupción es alrededor de los 6 años y su calcificación radicular termina aproximadamente a los 9 años de edad. Estas piezas son el cimiento sobre la cual los demás dientes deben tomar su posición en la arcada dentaria y la pérdida de las mismas producirá marcadas consecuencias. Hasta la edad de los 9 o 10 años, el 1° molar juega un papel importante en el mantenimiento del diámetro espino mentoniano, (la distancia que existe entre la punta de la nariz y el mentón), lo cual da una simetría facial muy importante. Su erupción sucede inmediatamente por detrás de los segundos molares temporarios y no reemplaza ningún otro diente. Objetivo General: Determinar la prevalencia en la pérdida del 1° molar permanente en pacientes adultos. Objetivos específicos: Realizar el diagnóstico individual de cada paciente adulto. Analizar los posibles causas que han provocado la pérdida de la pieza dentaria. El presente trabajo se realizó teniendo en cuenta una población de 50 pacientes adultos que asisten para su atención odontológica en el SEPOI de la FOLP. Se tuvo en cuenta la determinación y cuantificación de la pérdida de los 1° molares permanentes de acuerdo a los criterios clínicos: □ Observación visual y Criterio manual. Los resultados obtenidos tomaron como variables sexo, edad, y la determinación de la prevalencia en la pérdida del 1° molar permanente. Sobre un total de 50 pacientes, 29 mujeres y 21 hombres, se observó que 19 mujeres presentaron ausencia de por lo menos un 1° molar; 3 presentaron ausencia de los 1° molares superiores, 8 presentaron ausencia de los 1° molares inferiores, 8 presentaron ausencia de los 1° molares superiores e inferiores. En los hombres, 16 presentaron ausencia de por lo menos un 1° molar, 1 presentó ausencia de los 1° molares superiores, 7 presentaron ausencia de los 1°

molares inferiores, 8 presentaron ausencia de los 1° molares superiores e inferiores. Conclusión: La frecuencia de la pérdida de los primeros molares es mayor en las piezas dentarias inferiores que en las superiores. Sobre la totalidad de los pacientes observados, más de la mitad perdió el primer molar prematuramente. Discusión: La bibliografía establece, que el primer molar permanente, al ser la primer pieza dentaria que aparece en boca presenta mayor susceptibilidad a contraer caries, por la retención de alimentos sobre una superficie oclusal retentiva, favorecido además por cierta influencia de la gravedad. Coincidimos plenamente con las afirmaciones sostenidas por varios autores, ya descriptos.

Bibliografía

1. Negroni, Marta. Microbiología Estomatológica Fundamentos Guía Práctica. Año 1999. Editorial Medica Panamericana, Bs. As., Argentina.
2. Laurich, L. El Análisis Microbiológico de la saliva. Quintessence. Editorial. Española: 2000: 13 (8) Ed. Española.
3. Bordoni, N. Curso 1 Odontología Preventiva. Mod. 2 de Medidas Preventivas y Submódulo 1, 2008.
4. Ureña, J. Microbiología Oral. Mac Graw – Hill Interamericana 1997, México

Quistes de Los maxilares

ID: 116

Di Franco , Paula Lucia ;Ricciardi , Alfredo Vicente;Bogo, Pablo ;Prada, Graciela ;Susana, Cacciola ;Celis, Zulema ;Teixeira Pocas, Maria Amelia ;Santangelo, Georgina
Facultad De Odontología – UNLP

De todos los procesos Maxilofaciales, los quistes maxilares son los mas importantes.(1).Gorlin define un quiste verdadero (2) como una cavidad tapizada por epitelio. Está formada por tres estructuras: Una cavidad central con contenido liquido o semisólido, un revestimiento epitelial que puede ser plano estratificado queratinizado, no queratinizado, pseudo estratificado, cilíndrico o cuboide, una pared exterior de tejido conjuntivo con fibroblastos y vasos sanguíneos. Los quistes presentan inflamación que altera su morfología (2).Su crecimiento es centrífugo (3).La adecuada exploración clinico-radiográfica es suficiente para un diagnóstico presuntivo; el diagnóstico definitivo, lo da el estudio anatomopatológico. La OMS distingue dentro de los quistes epiteliales, a los de desarrollo odontogénicos y no odontogénicos. Dentro de los quistes maxilares inflamatorios se incluyen los apical, lateral y residual (1).El quiste dentífero rodea a la corona de un diente incluido permanente. Es necesario distinguir entre el saco folicular engrosado y el quiste dentífero. La mayoría de los casos están relacionados con la corona de un tercer molar inferior, con el canino, tercer molar superior y segundo premolar inferior. Se han encontrado especialmente en la segunda, tercera y cuarta década de la vida. El objetivo de este trabajo es conocer la frecuencia de las lesiones con diagnóstico histopatológico de quiste dentífero, se realizó un estudio epidemiológico, observacional descriptivo de dichos quistes. La investigación se llevó a cabo en la Asignatura Cirugía A de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, en una población de individuos mayores de 14 años concurrentes a la Asignatura Cirugía A durante los años 2006 al 2010; se revisaron los archivos de registro de resultados de biopsias correspondientes a los años antes mencionados. Muestra: Pacientes (189) con diagnóstico histopatológico de patología quística, de los archivos de la Asignatura Cirugía A de la Facultad de Odontología de La Plata. Recolección de datos: se obtuvo del registro de informes de biopsias de la Asignatura Cirugía A. Los informes de los estudios histopatológicos o diagnósticos definitivos o de certeza fueron volcados en planillas excel junto con los demás datos necesarios para este estudio epidemiológico. A partir de esa base de datos se realizaron los estudios estadísticos correspondientes. Del total de quistes (189), el 52,5% corresponde a hombres, el 47% a mujeres y el 0,5% no se identificó sexo debido a error de

registro. El 56,9% de los pacientes con quiste dentígero y el 58,7% de los afectados por queratoquiste, corresponden a pacientes de sexo masculino ($p < 0,01$). Por el contrario, el quiste radicular, se presentó con mayor frecuencia en el segmento mujeres (55,8%) en comparación con el de hombres ($p < 0,01$). El

resultado indicó que el sexo tuvo una asociación importante en la presencia de quiste dentígero y radicular ($p < 0,01$). El resto de entidades no mostró diferencias significativas en cuanto a su distribución por sexo. Los quistes de tipo radiculares fueron las lesiones con mayor prevalencia diagnosticadas a nivel general y se presentaron con mayor frecuencia en mujeres con respecto a hombres.

Bibliografía

1) Donado Rodríguez M, Donado Azcàrate A. Quistes odontògenos de los maxilares. En: Bermudo Añido L. Atlas de Cirugia Oral. Barcelona: LACER; 2001.

2) Gorlin RJ. Quistes de los maxilares, suelo de la boca y cuello. En: Gorlin RJ, Goldman HM. Thoma Patologia Oral. Barcelona: Salvat Editores; 1973.p.487-93.

3) Peterson LW. Quistes de los huesos y los tejidos blandos de la cavidad oral y de las estructuras contiguas. En: Kruger GO. Cirugia buco-maxilofacial. 5ta ed. Ciudad de La Habana: Ediciòn Revolucionaria; 1982.

Ansiedad Al Tratamiento Odontológico: Características Y Diferencia De Género

ID: 217

Mattano, C;Capraro, M;Goldberg, D;Capraro, MC;Capraro, C;Ricciardi, N;Ricciardi, A;Sala Espiell,A;Sparacino, S;Schuler, Monica P;Bogo, H
Facultad De Odontologia - UNLP

Una de las dificultades frecuentemente reportadas por los odontólogos durante los tratamientos odontológicos y con gran impacto en la salud oral, es el incumplimiento a citas preestablecidas, como resultado de la ansiedad ante tratamientos odontológicos.(1)La alta incidencia reportada por diferentes estudios ha llamado la atención de psicólogos y odontólogos por las consecuencias directas en la salud oral y en el bienestar de los pacientes.(2)La ansiedad ante el tratamiento odontológico.: Fobia Dental, Ansiedad Dental u Odontofobia, es considerada dentro de las Fobias Específicas. La Fobia ante el Tratamiento Odontológico es definida como el miedo excesivo, desproporcionado y persistente, ante la anticipación o la presencia de un instrumento del equipo dental, o ante el propio tratamiento dental. Pueden presentarse síntomas evidentes de ansiedad que podrían ocasionar un ataque de pánico cuando el individuo se expone a los estímulos fóbicos (equipo dental, odontólogo o tratamiento) y finalmente, el paciente puede exhibir conducta de evitación ante todos los estímulos relacionados con tratamientos dentales. Entre las consecuencias identificadas de la ansiedad ante el tratamiento odontológico está la interferencia con el tratamiento, que habitualmente genera la interrupción de este y la evitación de posteriores contactos con odontólogos e higienistas dentales. Por otra parte, las reacciones del paciente y los intentos de manejo de estas reacciones por parte del personal de salud oral, afectan negativamente la relación odontólogo-paciente y son fuente generadora de estrés para el profesional. La ansiedad al tratamiento odontológico afecta las actividades sociales, relaciones familiares y el trabajo. Desde modelos cognitivo-sociales, se reconoce como el factor principal de adquisición de esta fobia la transmisión de actitudes desfavorables ante el tratamiento odontológico por parte de los padres u otros allegados. En referencia a los desencadenantes de la ansiedad ante el tratamiento odontológico (3), reportó que las situaciones que originan niveles de ansiedad más altos son, en su orden, la extracción de una pieza dental, el uso de la turbina o micro motor, la mala opinión del odontólogo frente a los malos hábitos de higiene por parte del paciente, la presencia de la aguja y jeringa odontológica. Otra situación que genera ansiedad en el paciente es el sangrado en el tratamiento y la posibilidad de contraer infecciones. En relación a las diferencias por género, algunos estudios reportan que no existen diferencias significativas.Una variable importante para disminuir los niveles de ansiedad en el paciente es

una buena relación entre el profesional y el paciente, a través de lenguaje claro y accesible al explicar las técnicas y los tratamientos a utilizar. DECIR-MOSTRAR HACER, es una de las mejores estrategias para prevenir los estímulos desencadenantes de estrés y ansiedad en el consultorio odontológico. La Empatía en la primera consulta y el apoyo de familiares y amigos durante el tratamiento favorecen la regulación de ansiedad. Con este estudio se pretende aportar conocimientos sobre las características de la ansiedad y fobias al tratamiento odontológico, en la población seleccionada y brindar información sobre la incidencia y su relación con el género la aplicación de MDAS y el SDAI en una muestra de 180 alumnos pertenecientes a 3°, 4°, y 5° año de la carrera con sus respectivos pacientes (1200) mayores de 18 años, que asisten a la consulta odontológica y posterior atención en la asignatura de "Cirugía A" y que no se encuentran bajo tratamiento farmacológico. Para ello se utilizará la 1) Escala Modificada de Ansiedad (MDAS) que consta de 5 ítems referentes a las situaciones en que los pacientes reportan mayores niveles de ansiedad. Cada ítem es calificado por el paciente en una escala de severidad de 1 a 5, de acuerdo a los niveles de ansiedad experimentados en cada una de las situaciones presentadas. 2) Escala de Ansiedad Dental Versión Corta (SDAI), consta de 9 ítems que evalúan las situaciones relativas al tratamiento odontológico en que el paciente presenta ansiedad. Cada ítem es calificado en una escala Likert de 5 puntos que evalúa frecuencia de presentación de cada situación. 3) Consentimiento Informado: cada paciente diligencia un documento mediante el cual se le informará, los objetivos del estudio, el procedimiento general y los derechos relativos a su participación voluntaria. Los resultados serán presentados describiendo inicialmente los puntajes obtenidos en cada una de las escalas de los pacientes en los diferentes niveles de ansiedad, como así también serán expuestos los análisis referidos a las diferencias de género

Bibliografía

- 1- Atance Martínez, J. Aspectos Epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. Revista de Salud Pública, (1997); 71,3, 234-244.
 - 2- Andrea Restrepo Pabón, María Cristina Suárez Mejía Dispositivos desencadenantes de estrés y ansiedad en estudiantes de odontología de la universidad de Antioquia. Rev. Facultad de Odontología Universidad de Antioquia- vol. 20 n° 1 2008; pág. 49-57
 - 3- Maslach, C y Jackson, S. Burnout in Health Professions. A Social Psychological Analysis (1982). Citado en Moreno Jiménez, B. y Peñacabo Puente, C. Facultad de Psicología. Univer. Autón. De Madrid, 1995
- Powered by

Desencadenantes de ansiedad y estrés en los procesos formativos (académico y ocupacional) de los estudiantes de Cirugía A

ID: 138

Sparacino, Sandra E;Ricciardi, Al;Sala Espiell, A;Goldberg, D;Capraro C;Ricciardi, N; Mattano, C;Capraro, ME;Schuler, M;Bogo, H;Capraro, MC
Facultad De Odontología - UNLP

La nueva investigación buscara reconocer aquellos dispositivos generadores de estrés y ansiedad que se dan en las prácticas formativas de estudiantes de Odontología. La ansiedad ha sido reconocida como una vivencia subjetiva de la percepción del mundo externo o interior que produce una emoción. Puede ser adaptativa, ayuda a enfrentar diversas exigencias de la vida, también constituirse en patogénica, puede llevar a diversas alteraciones dentro del marco denominado 'enfermedad psicosomática. Todo proceso de activación ansiosa cumple el objetivo de preparar el organismo para la acción adaptativa o para la génesis de estados mórbidos. La ansiedad se manifiesta de diferentes maneras: SISTEMA COGNITIVOS DEL ESTADO DE ANSIEDAD. Se refieren a pensamientos, ideas o imágenes de carácter subjetivo. SÍNTOMAS FISICOLOGICOS DEL ESTADO DE ANSIEDAD. Son consecuencia de la actividad de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano SÍNTOMAS MOTORES DEL ESTADO DE ANSIEDAD. Hiperactividad, paralización motora, movimientos repetitivos, movimientos torpes y desorganizados, tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal, conductas de evitación(1)DEFINICIÓN DE ANSIEDAD(1)Es una respuesta emocional o patrón de respuestas (triple sistema de respuestas) que engloba aspectos cognitivos; aspectos fisiológico. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto LA ANSIEDAD Y EL MIEDO. Causa: miedo: sentimiento producido por un peligro presente e inminente, ansiedad: anticipación de peligro, indefinible, e imprevisible, siendo la causa más vaga. Por ejemplo las fobias son trastornos de ansiedad. ANSIEDAD Y ANGUSTIA(3)angustia: predominan síntomas físicos, la reacción del organismo es paralización motora. Ansiedad: predominan síntomas psíquicos (peligro inminente), reacción de sobresalto, búsqueda de soluciones. ANSIEDAD Y ESTRÉS. (2;4)Mientras que la ansiedad va a ser una emoción, el estrés es un proceso adaptativo que genera emociones pero en si mismo no es una emoción.La aparición de trastornos de Ansiedad en estudiantes de odontología ha motivado a los docentes a realizar un estudio de la misma antes y después de las actividades áulicas y clínicas. Diversos estudios han demostrado que el estilo de vida de los estudiantes, futuros profesionales que ofrecerán servicios asistenciales, se ve modificado por las exigencias académicas como preparar sus clases, presentar exámenes, intervenir en clase, exponer temas, hablar con profesores y administrar su tiempo. Por tanto, en su formación se les somete involuntariamente a estrés y en la mayoría de las veces determina la adquisición de comportamientos de riesgo para la salud (exceso en el consumo de cafeína, tabaco, estimulantes o tranquilizantes, ingesta (hipercalórica, hipersódica o hiperlipida). Este estilo de vida les convierte en sujetos vulnerables a alteraciones, tanto a nivel fisiológico, cognitivo-afectivo, conductual; generando cansancio emocional como la expresión básica del burnout que relaciona directamente con el estrés académico. Estudiar la incidencia del

contexto social sobre la ansiedad de la población a observar durante las actividades áulicas y clínicas. Investigación cualitativa que recurrirá a diversos métodos de recolección de información, que permite medir niveles de estrés o ansiedad, a la entrevista no estructurada y la reconstrucción de historias de vida. La muestra estará compuesta por alumnos de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Este estudio se desarrollará sobre los mismos alumnos que cursarán la Asignatura Cirugía "A" de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, en un rango de edad entre 20 y 30 años, en el período comprendido entre Marzo de 2014 y Noviembre de 2017. Cabe destacar que los estudiantes de odontología realizan la mayor cantidad de prácticas en 4º y 5º año. Cada alumno recibirá un cuestionario que deberán contestar en forma anónima, el mismo se deberá autoaplicarse al inicio, mitad y final del ciclo lectivo. El cuestionario está modificado del realizado por la psicóloga social Cristina Maslach, el cual es autoadministrado y está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del alumno en su carrera y hacia los pacientes. Se empleara el Inventario "Burnout" de Maslach (MBI), ampliamente difundido en el ámbito de la salud ocupacional para evaluar el síndrome, que determina el cansancio emocional (CE), despersonalización (D) y realización personal (RP). Este inventario está conformado por 22 ítems tipo likert con 7 intervalos de respuesta. Se considerara el punto de corte: > 26 CE, > 9 D. Los datos obtenidos serán volcados en distintas planillas para su interpretación estadística.(2;3) Se realizara el estudio estadístico por métodos informáticos. Se buscara si estos dispositivos desencadenantes serán posible reconocerlos en dos ámbitos cotidianos de sus procesos formativos: el interaccional académico y el interaccional ocupacional, asociados a manifestaciones físicas como tensión, fatiga o dolores, psíquicos de miedo, angustia, preocupación, agresividad, desinterés y falta de concentración, entre otros.

Bibliografía:

1-Maslach, C. y Jackson, S. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto. California.Consulting. Psychologists Press.(1981/1986).

2- Nadiu, R., Adams,J., Simeon, D. y Persad, S. Sources of stress and psychologicaldisturbance among dental students in the West Indies. J. of dent.Edu, (2002); 66, 9, 1021-1030.

3- Rajab, E. Effects of stress in dentists students. J. of dent. Research, (2001); 69, 2,489-499.

4-Sanders, E. Prevention and differences among dental office personal .General . Dentist (2002); 66, 9, 1021-1030.

Powered by TCPDF (www.tcpdf.org)

Zirconio: nueva alternativa para la elaboración de implantes dentales. Actualización bibliográfica

ID: 128

Basal, Roxana Lía;Butler, Teresa Adela ;Lazo, Gabriel;Lazo, Sergio;Escudero, Ezequiel;Alfaro, Gabriel;Pazos, Fernando;Cuchetti, Diana;Amaro, Emilio;Friso, Ester;Bentivenga, Nicolás;Viscovich, Cristina;Ivanov, Marcela;Merlo, Diego
Facultad De Odontología - UNLP

Ante la pérdida de piezas dentarias, el odontólogo procura devolver al paciente la función y estética bucal. Una de las alternativas es su sustitución por medio de implantes elaborados con algún material que sea biocompatible con los tejidos al unirse de forma estable y duradera. La respuesta del organismo se ve condicionada frente a la presencia del implante por ciertos factores, como sus características superficiales, la técnica quirúrgica empleada, aspectos inherentes al huésped o las cargas que debe soportar. Numerosos estudios realizados acerca de la biocompatibilidad demuestran la necesidad de la intervención interdisciplinaria de biomateriales, ingeniería en tejidos y la biología en el diseño de las superficies implantarias. Se procura crear una unión mecánica firme entre el hueso y el cuerpo del implante sin mediación de tejido conectivo en la interfaz, el que podría encapsular el implante. A diferencia de los implantes con superficie lisa, aquellos que poseen rugosidad superficial crean un ambiente favorable para la proliferación y diferenciación de osteoblastos. Las rugosidades superficiales pueden obtenerse por métodos físicos, químicos, o la combinación de ambos. Los físicos son sustractivos, como el mecanizado, pulido, y arenado. En la actualidad se utilizan técnicas químicas como el grabado ácido o alcalino o el tratamiento electroquímico. Una serie de sucesos biológicos y bioquímicos participan en la neoformación de hueso, en un primer momento se forma un coágulo, sigue su degradación mediante fibrinólisis, posteriormente fenómenos de angiogénesis y fibroplasia darán un tejido granular que cubrirá la brecha, hasta la síntesis de nuevo hueso. Ante la presencia de un elemento extraño, como es el implante, la curación inicial es similar a la de una fractura ósea, deben generarse fenómenos de oseoinducción (reclutamiento de células madres estimuladas para la formación de matriz ósea) y de osteoconducción (formación de tejido óseo). Misch expresó los siguientes beneficios de prótesis implantosoportadas: mantenimiento del hueso, buena posición dentaria, mantenimiento de las dimensiones verticales, del equilibrio oclusal, cargas oclusales directas, mayor porcentaje de éxito, aumento de las fuerzas masticatorias, mejor función masticatoria, mayor estabilidad y retención, mejor fonética, superior percepción de la posición y de las fuerzas ejercidas por los dientes. El progreso de los avances científicos en los últimos años centró sus esfuerzos en el estudio de factores que hacen a la esencia del implante. El material más utilizado actualmente es el titanio, el que recibe diferentes tratamientos en su superficie. Para ello se emplean medios físicos, como el láser; bioactivos, como la incorporación de flúor que favorece la oseointegración; la nanobiología creando nanosuperficies favorecedoras de la adhesión de células y proteínas que participan en la oseointeracción. Algunos autores afirman que el tratamiento de la superficie implantaría con láser (1) mejora la respuesta osteoblástica. A pesar de que el uso del titanio es muy frecuente, se conocen ciertas desventajas en el organismo, como reacciones inespecíficas de inmunomodulación y autoinmunidad (2), la aparición de

retracciones gingivales o la translucidez que permiten exponer su coloración grisácea dando un gran inconveniente estético. Dichas desventajas motivaron la puesta en marcha de distintas líneas de investigación basadas en la búsqueda de mejores alternativas. Entre los nuevos materiales estudiados se encuentra el zirconio, como elemento de excelente biocompatibilidad que, al permitir buen soporte de labios, brindar estética bucal, posibilita la integración social (3). El dióxido de zirconio es un óxido cristalino blanco, que fue descubierto en el año 1789 por el alemán M.H. Klaproth, se obtiene de rocas volcánicas ubicadas en Australia, Estados Unidos, India y el sur de África. En estado puro presenta tres formas cristalográficas, monocíclica, tetragonales o cúbicas. De estas, la fase tetragonal es la que posee mejores propiedades mecánicas y químicas, se obtiene por un calentamiento superior a 1200° C, cuyo enfriamiento genera un cambio de volumen superior al 4%. A fin de mantener su volumen y evitar el estrés se le incorporan otros óxidos, como Magnesio, Cerio, o se estabiliza con Itrio. Su alta fuerza a la flexión, dureza y su módulo de elasticidad son propiedades físicas favorables que garantizan correcta propagación de fuerzas que debe soportar; además desde el punto de vista microbiológico, es escasa la adhesión de microorganismos. La superficie de los implantes de zirconio puede recibir distintos tratamientos como el anodizado que al modificar su topografía y química superficial favorece el crecimiento de compuestos ricos en Ca-P. El desarrollo de la tecnología láser es otro factor importante, al generar microtexturaciones sobre el implante de zirconio, se obtiene precisión dimensional y calidad geométrica. Los tratamientos superficiales que permiten recibir los implantes de zirconio puede ser físicos, como el arenado superficial mediante partículas de óxido de aluminio de distintas granulometrías. Algunos estudios demostraron que tanto el titanio como el zirconio son capaces de permitir el crecimiento y la neoformación ósea, aunque pareciera que la superficie de zirconio es mejor en este sentido. (4). Seleccionar artículos que aporten información útil en el campo de la implantología bucofacial. Conocer los distintos tratamientos que modifican la superficie del implante. Se realizó un análisis de distintas fuentes consultadas. Posteriormente se seleccionaron aquellos artículos vinculados a nuestra línea de investigación. Los datos consultados serán llevados a la investigación en una segunda etapa del desarrollo. La información obtenida de la presente revisión bibliográfica indica que los implantes de zirconio reúnen condiciones similares o incluso mejores que los utilizados hasta el momento, aunque los últimos estudios indican que permanecen abiertas ciertas líneas de investigación al respecto. A partir del análisis de los resultados se infiere que los implantes de zirconio podrían ser una alternativa aceptable en la rehabilitación oral, aunque hacen falta más estudios que avancen en su progreso y en la obtención de mejores resultados.

Bibliografía

- 1- Romanos G, Crespi R, Barone A, Covani U. Osteoblast attachment. on titanium disks after laser irradiation. *Int J Oral. Maxillofac Implants* 2006;21:232-6.
- 2- Müller K, Valentine Thon E. Hypersensitivity to titanium: clinical and laboratory evidence. *Neuroendocrinology Letters*. 27 (1);2006:31-32.

Biomaterial para implantes dentarios: zirconio y la rugosidad superficial

ID: 150

Lazo, S; Lazo, G; Butler, T; Basal, R; Escudero, E; Pazos, F; Viscovik, C; Ivanov, M
Bentivenga ; Cuchetti; Merlo, D; Alfaro, G; Friso, E; Amaro, E
Facultad De Odontologia - UNLP

Se definen como biomateriales de aplicación para carga, aquellos que por sus propiedades mecánicas están en grado de constituir estructuras capaces de resistir las condiciones severas de ejercicio que se encuentran en el cuerpo humano. Debido a las propiedades mecánicas de los materiales superiores dentro de las cerámicas, el zirconio (Y-TZP) ha surgido como un material muy codiciado en la clínica odontológica para la confección de una serie de dispositivos. Algunos autores (Piconi, C, et al; 2011) reportan un módulo elástico similar al acero inoxidable, así como un estrés a la tracción diferente al de las uniones de titanio. Otra de las cualidades que se le atribuye, son las características físicoquímicas, que impiden la adhesión bacteriana en la cavidad oral, tal como lo ha demostrado Rasperini G, et al; 1998. En el caso específico de los biomateriales cerámicos, la mejor opción está restringida a la alúmina (óxido de aluminio, Al_2O_3), al zirconio (óxido de zirconio, ZrO_2) en la estructura parcialmente estabilizada (PSZ) o como policristalino tetragonal (TZP) y a sus compuestos. (Piconi Corrado et al, 2011). Para poder una microestructura óptima en este material, se emplean polvos de granos ultrafinos y pureza química elevada, que durante su cocción en la fase tetragonal le dará un aspecto microgranular rugoso. En los últimos años el zirconio ha sido analizado y seleccionado como un material de reemplazo. En la confección de los implantes dentarios, debido a sus características estéticas y mecánicas. Para preservar esas cualidades, se observó que el agregado de itrio, mejoraba sus cualidades (1) Ciertos autores(1-2) han reportado que la resistencia mecánica, biocompatibilidad y su buen comportamiento intraóseo, podría ser igual o mejor que el titanio. Hoy existen aproximadamente cinco sistemas de implantes de zirconio que pueden emplearse en la clínica odontológica. La mayoría son sistemas a tornillo de tipo monobloque Sigma, empleando un perno muñón cerámico insertado con ataque hexagonal. Se han realizado estudios con sistema de simulación de la masticación que permitieron demostrar el buen comportamiento de los implantes de zirconio en el tiempo (3) Mistias y col.; 2008, observaron la influencia de las cargas masticatorias sobre la resistencia de las muestras y la rugosidad superficial en el zirconio utilizado para la fabricación implantes. De los datos registrados en la bibliografía consultada, se observa que los implantes de zirconio aún no son fabricados en nuestro país. El objetivo de este trabajo es analizar las irregularidades de la superficie de zirconio, para su selección como posible material de

fabricación de implantes dentarios. Para ello se utilizaron 20 muestras, obtenidas de bloques de zirconio presinterizado, de aproximadamente 1 cm² por 0,50 cm de espesor. Para ello se utilizó un disco de acero y fresa especial para zirconio. Se analizó la superficie de los cortes en un microscopio Electrónico de Barrido de tipo SEI (Imagen de Electrones Secundarios), modelo Quantum 200. Todas las muestras fueron metalizadas para obtener una mejor incidencia de los rayos. La lectura de cada superficie analizada se realizó con angulaciones de 5 °. El método utilizado para la medición de las superficies fue EZEIMAGE, con la técnica de par de ángulos y superposición de imágenes, por la acción de electrones secundarios de alto vacío. Se observaron tres ángulos diferentes de cada uno de los cortes, obteniendo un total de 60 mediciones. Se tomaron fotos con Microscopía Electrónica de Barrido (MEB). Los datos obtenidos se cargaron en una tabla Excell 2007, y fueron analizados estadísticamente con la prueba de varianza. Los resultados obtenidos arrojaron una rugosidad media de 37,4 μ , aplicando la técnica de varianza en los grupos experimentales existieron diferencias significativas para las diferentes alturas de las irregularidades, siendo $p < 0.001$. Mientras que las imágenes microscópicas observadas por MEB con una magnificación de 1.200, mostraron superficies de aspecto microgranular heterogéneas, presentado reducidos y escasos espacios libres. Ciertos autores observaron que los defectos superficiales del zirconio se forman durante la fase tetragonal en cocido del material. También se pueden producir por reacciones químicas durante la función en la cavidad bucal, causados por la temperatura oral y las cargas oclusales cíclicas. Otros científicos relacionan la rugosidad del material con el baño de arena de la superficie interna de una estructura de zirconio con óxido de alúmina (50 μ), lo que produce un aumento de la adhesión mecánica. El baño de arena es realizado en muchos laboratorios de técnica dental, para mejorar la adhesión de la cerámica a la estructura, sin evidentes signos negativos. De los resultados obtenidos en este trabajo se infiere que la mayor rugosidad del material, podría deberse a la filtración de partículas parciales de vidrio durante el procesado el material, las que favorecerían la fijación de los implantes dentarios sobre los tejidos circundantes.

Bibliografía

- 1-Piconi C, Rimondini L, Cerroni L. El desarrollo de las biocerámicas estructurales. En El Zirconio en Odontología. Edit. Amolca-Venezuela. Año 2011; 1º edición. Cap.1, pp.6-8.
- 2-Piconi C, Maccauro G, Muratori E, Brach del Prever E. Alumina and zirconia ceramics in joint replacements: a review. J Appl Biomater Biomech 2003; 1:19-32.
- 3-Rasperini G, Maglione M, Cocconcelli P, Simion M. In vivo early plaque formation on pure titanium and ceramic abutment: a comparative microbiological and sem analysis. Clin Oral Impl Res 1998; 9:357-64.

Evaluación Clínica del uso de Sulfato de Calcio y Minerales en la Regeneración Ósea del Hueso Alveolar. Informe preliminar

ID: 143

López, Mariano Ariel;Luchetti, Cesar Gabriel;Kitrilakis, Alicia Elena;Báez, Adolfo Nicolas

Facultad De Odontología - UNLP

Regenerar el hueso perdido ha sido desde tiempo atrás objeto de muchos estudios. En el campo de la odontología, a partir del desarrollo de la implantología es que comenzaron a realizarse cada vez más estudios con respecto a este tema, debido a la falta, en muchas ocasiones, de hueso disponible para colocar implantes. Por esto, en los últimos tiempos, las investigaciones han estado centradas en crear nuevo hueso donde sea necesario, y así poder aumentar el número de personas que puedan recibir implantes. En trabajos previos de nuestro grupo se evaluó un sustituto óseo sintético a base de sulfato de calcio y minerales en forma de partículas combinado con una membrana fraguable del mismo material sobre defectos óseos creados artificialmente en ratas. El injerto en forma de partículas facilitó el relleno completo de los defectos y el sellado de la superficie una vez injertado, siendo las partículas estabilizadas al ser cubiertas por una membrana fraguable. Histológicamente se observó la regeneración completa de los defectos con una aparente mayor densidad ósea y características más homogéneas con respecto a los límites originales de los defectos haciendo más difícil la visualización de los mismos. El objetivo de este trabajo fue desarrollar y evaluar la capacidad de regeneración ósea del Sulfato de Calcio combinado con minerales en forma de partículas como biomaterial osteoconductor, cuando es cubierto por una membrana fraguable del mismo material, en alvéolos tratados luego de una extracción dentaria. Se utilizó sulfato de calcio de grado médico y minerales óseos. Se operaron 30 pacientes, previa firma del consentimiento informado respectivo. Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente con una extracción dentaria y tratados con nitrato cítrico al 2 %, con el fin de eliminar cuerpos extraños y focos infecciosos que puedan interferir en la regeneración del hueso alveolar. Una vez limpio los alvéolos fueron tratados con partículas de Sulfato de Calcio y minerales como material de relleno, cubiertos por una membrana fraguable del mismo material. A los 90 días los pacientes fueron nuevamente intervenidos quirúrgicamente con un implante dental en la zona edéntula previa obtención de la muestra a estudiar de 3,5 mm de diámetro por 5 mm de alto, mediante una fresa trefina del mismo diámetro. Las muestras fueron fijadas en formol al 10% a 40C, descalcificadas en EDTA, incluidas en parafina, cortadas en micrótopo, montadas en portaobjeto y teñidas con

hematoxilina eosina. Se seleccionaron preparados para realizar una evaluación inicial, los cuales fueron capturados mediante una cámara de video (Sony DXC-151A) montada sobre un microscopio óptico (Olympus SZ 40) y posteriormente digitalizados mediante una placa digitalizadora (Flashpoint 128, Integral Technologies, USA). En la próxima etapa se completará la recolección de muestras y serán evaluadas con un analizador digital de imágenes (ImagePro Plus v4.1. - Media Cybernetics, USA) para calcular el grado de regeneración obtenido. La forma en partículas de Sulfato de Calcio y minerales presentó una consistencia blanda, fácil de manipular, buena porosidad con gran capacidad de embeberse en sangre. La forma como barrera fraguable comparte las mismas características que en el caso anterior pero le otorgó estabilidad a las partículas una vez injertado y facilitó el sellado de la superficie. A los 90 días, se evaluó clínicamente la regeneración completa sobre la superficie del alvéolo regenerado, previa obtención de la muestra. Se observó la ausencia de partículas en el mismo, manteniendo las dimensiones originales del alvéolo luego de la extracción dentaria, posiblemente por la función de andamiaje del sustituto sintético. Macroscópicamente se observó en las muestras obtenidas la regeneración completa. Histológicamente en la evaluación inicial de las muestras obtenidas no se observaron reacciones inflamatorias importantes. Se observó la regeneración completa del hueso medular, con formación de trabéculas de grosores variables e interconectividad entre las mismas. Dentro de los límites de este estudio podemos decir que el uso de partículas de sulfato de calcio y minerales, cubiertas por una membrana fraguable del mismo material, facilitó la regeneración completa de un defecto crítico y no hubo rechazos, ni formación de abscesos, cuando fue utilizado en alvéolos postextracción. Evaluaciones a mayores plazos mediante el estudio histológico, nos podría dar más información sobre su posible uso como sustituto sintético posterior a la extracción dentaria.

Bibliografía

1) Luchetti, C. " Injertos Autólogos, Alógenos, Xenógenos y Sintéticos en el Tratamiento de Grandes Defectos Estructurales del Hueso " Revista Argentina de Osteología, 2005, 4 (1): 9 – 23

2) Moore WR; Graves SE; Bain GI. "Synthetic bone graft substitutes". ANZ J Surg. 2001 Jun;71(6):354-61

3) Thomas MV; Puleo DA; Al-Sabbagh M "Calcium sulfate: a review". J Long Term Eff Med Implants 2005;15(6):599-607.

4) Pecora G; Andreana S; Margarone JE 3rd; Covani U; Sottosanti JS "Bone regeneration with a calcium sulfate barrier". Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997 Oct;84(4):424-9

Integración básico-clínica. Análisis crítico-reflexivo de recursos bibliográficos en el curso de Histología y Embriología II. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Instituto de Investigación en Educación Superior.

ID: 161

Felipe, P ; LLompart, GC; Batista, S ;Tanecvitch, A ;Abal, A ;Torres Moure, LLompart, J;Perez, P ;Licata, L ;Martinez, C ;Merlo, L;Morandi, G ; Durso, G. Facultad De Odontología – UNLP

La formación de recursos humanos en salud bucal requiere de egresados que puedan solucionar las complejas situaciones de la práctica profesional. Por ello, la Facultad de Odontología presenta un modelo curricular con una estructura departamental que posibilita la integración vertical y horizontal de las asignaturas que componen los departamentos. Este tipo de diseño curricular supera un tratamiento fragmentado del hecho educativo con todas las implicancias que ello tiene para la enseñanza y la investigación en la universidad. No obstante, al inicio de la carrera, los estudiantes no perciben la integración de saberes básicos y clínicos y es necesario propiciar actividades que la tornen significativa. El presente trabajo surge de una experiencia previa en la que los alumnos cursantes de Histología y embriología II, analizaron y compararon los contenidos correspondientes al tema del día entre libros de texto de la bibliografía recomendada en la asignatura básica y de las asignaturas clínica que aplica esos saberes. Por ello, los objetivos del trabajo fueron lograr que los alumnos evidencien la relación entre saberes básicos y clínicos mediante actividades que vinculan contenidos programáticos, motivar para el trabajo grupal, valorar la multidisciplinaria y el uso de la biblioteca. En la metodología empleada los alumnos fueron divididos en grupos pequeños para la elaboración de un trabajo comparativo sobre el tema “desarrollo del diente”. Debían hacerlo entre los libros recomendados en la bibliografía de la Asignatura Histología y Embriología II, y los recomendados en la Asignatura Odontología Integral Niños, como también revistas de divulgación científica, y recursos de la web en forma digital o impresa. Se les solicitó utilizar el modelo científico, con introducción, objetivos, desarrollo, material y método, resultados, conclusiones y bibliografía. Los resultados del análisis semántico de los trabajos presentados, un total de dieciseis, indican que los alumnos detectaron diferente denominación de los períodos de desarrollo del diente (problemas terminológicos); diferentes criterios para definir los periodos: en libros de texto de Histología y Embriología II, un criterio morfológico, con mención de los genes que actúan en cada uno de ellos, con imágenes de cortes histológicos. En los libros de texto de Odontopediatria un criterio fisiopatológico, con indicación de las anomalías causadas por la

ausencia de los genes y con imágenes de casos clínicos con patologías. En el análisis formal cabe de destacar la forma en que los alumnos presentaron los trabajos: carátula, integrantes alumnos, coordinadores docentes, índices, citando correctamente las fuentes consultadas y la diversidad y amplitud de la bibliografía utilizada. Demostraron realizar el trabajo en forma autónoma e inclusive decidieron analizar las anomalías dentarias por propia inquietud. En las conclusiones destacaron la importancia de los conocimientos básicos de histología para comprender y solucionar problemas clínicos, la interrelación entre dos asignaturas alejadas en el tiempo de cursada, el porqué de los contenidos en las asignaturas y aún el porqué de las asignaturas en el plan de estudios. Mayormente presentaron los resultados en forma de cuadro comparativo entre los autores consultados y reflexionaron sobre la pertinencia de la materia en curso, o sea Histología y Embriología II, con su futura profesión, que era la intención del grupo docente. A modo de ejemplo presentamos conclusiones textuales de los alumnos: “La parte clínica es tomada a partir de una correlación del desarrollo en cambio en la bibliografía básica la odontogénesis es tomada a nivel de los cambios estructurales.”; “Los distintos autores plantean lo mismo pero de diferentes maneras. Los de embriohisto hacen referencia al desarrollo del mismo y los de odontopediatría recalcan la histodiferenciación y la morfodiferenciación.”; “Imágenes en histo vemos como se desarrollan las células y en niños las biopatologías.”; “En histología se observan más imágenes de cortes histológicos, mientras en niños, observamos imágenes hechas a base de dibujos que poseen menos referencias.”; “importante para que la atención de un paciente niño frente a un traumatismo según el estadio en que se encuentre sepan cómo actuar.” Concluimos que la tarea requerida fue significativa para los estudiantes y denotó la necesidad de intensificar el trabajo mancomunado entre docentes de asignaturas básicas y clínicas a fin de optimizar la recuperación de contenidos histológicos y embriológicos. Reconocemos que este tipo de actividades incentiva tanto a los docentes como a los alumnos y mejora los procesos de enseñanza aprendizaje.

Bibliografía

Davini, Maria Cistrina (2008) "Métodos de enseñanza. didáctica general para maestros y profesores. Buenos Aires. Santillana.

Morandi, Glenda (1997) La relación teoría-práctica en la formación de profesionales: problemas y perspectivas. Ponencia presentada en las 2° Jornadas de Actualización en Odontología. FOLP. UNLP. La Plata. Currículo de la Facultad de Odontología.

Análisis de la integración de los contenidos de Histología y Embriología Bucodental en especialidades clínicas.

ID: 162

Tanevitch, A; Batista, S; Llompart, G ; Abal, A ;Perez, P; Licata, L ;Felipe, P; Llompart, J; Martínez, M ;Morandi, G ;Durso, G.

Facultad De Odontología - UNLP

La carrera de Odontología, como otras carreras de Ciencias de la Salud requiere de una sólida formación básica en el momento de realizar la práctica clínica, lo que determina una necesaria integración de contenidos entre las Asignaturas Básicas y Clínicas. El concepto de integración de los conocimientos implica, en cualquier cuerpo de estudios, que los conocimientos adquiridos en el marco de diferentes disciplinas científicas, puedan ser utilizados de modo simultáneo y hasta indiferenciado, en la solución de problemas propios del área que corresponda [1]. De hecho no se puede concebir una práctica profesional exitosa sin la integración de conocimientos, es decir, sin la habilidad de utilizar todos los conocimientos que resulten necesarios para la resolución de un problema concreto. En este contexto resulta pertinente evidenciar las relaciones que unen los contenidos, el nexo y el enlace que le dan continuidad de manera que si se repiten, la perspectiva sea diferente [2]. El currículo de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata (FOLP-UNLP), ha adoptado principios de integración multidisciplinaria, articulación teoría-práctica, un modelo de docencia- servicio- investigación y una metodología de enseñanza críticoreflexiva. La planificación curricular comprende la estructura departamental por áreas de conocimiento, como un diseño capaz de superar la fragmentación del hecho educativo y de lograr que las asignaturas asuman una naturaleza dinámica sin perder su individualidad [3]. La Asignatura Histología y Embriología pertenece a los departamentos de Odontología Rehabilitadora y de Ciencias Biológicas, Básicas y Aplicadas por lo que resulta ser una Asignatura “integradora”. El objetivo del trabajo fue identificar la integración de los contenidos de Histología y Embriología Bucodental, analizando su recuperación en los programas de estudio y en la bibliografía recomendada de las Asignaturas Clínicas de la FOLP-UNLP. Se seleccionaron programas de estudio y libros de texto utilizados en las siguientes Asignaturas: Endodoncia, Odontología Integral Niños y Periodoncia por pertenecer al Departamento de Odontología Rehabilitadora junto a Histología y Embriología. Se examinaron las unidades temáticas de los programas de estudio y los capítulos de los libros, estableciendo la recuperación de los siguientes indicadores: complejo dentino-pulpar (dentina y pulpa), periodoncio de inserción (cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar), periodoncio de protección (encía libre, encía adherida y epitelio de unión) y desarrollo de la dentición (estadios, formación de tejidos dentarios y peridentarios). Los textos estudiados correspondían a ediciones recientes. Se determino que en los

programas de estudio de las Asignaturas de Endodoncia y de Odontología Integral Niños se nombraban los indicadores complejo dentino pulpar y desarrollo de la dentición y en el programa de Periodoncia se mencionaban periodoncio de protección y periodoncio de inserción. En la literatura analizada correspondiente a Periodoncia (2009) se abordaban los indicadores periodoncio de inserción y periodoncio de protección; en la correspondiente a Endodoncia (2011) aparecían desarrollo dentario, complejo dentino-pulpar y periodoncio de inserción y en la correspondiente a Odontología Integral Niños (2010) se presentaron todos los indicadores. Se destaca la utilización de imágenes de cortes histológicos y esquemas representando los indicadores. Una dificultad que se observó en los libros, es que algunas estructuras eran denominadas con terminología distinta, por ejemplo, en lugar de designar la descripción histológica de los tejidos como “estructura histológica”, lo nombra como “anatomía microscópica”. Asimismo, algunos esquemas del desarrollo dentario estaban simplificados. Los programas analizados no hacían referencia a bibliografía de Histología, ni los de Histología a textos de clínica especializada. Señalamos que el conocimiento de Histología y Embriología Bucodental se presentó en los programas de estudio y en los textos utilizados en las Asignaturas Clínicas desde un enfoque orientado a distintos temas (con relación a las medidas preventivas, los materiales de restauración, los procesos patológicos que derivan de la normalidad, etc.) según la especialidad. Considerando que la Asignatura Histología y Embriología se cursa en los primeros años de la carrera, resulta necesario que los saberes aprendidos puedan recuperarse de la memoria para ser aplicados en cada una de las especialidades clínicas [4]. Es deseable que los contenidos básicos sean abordados desde una perspectiva distinta a medida que el estudiante avanza en su formación profesional. Concluimos que los contenidos de Histología y Embriología se recuperan en cada una de las especialidades clínicas estudiadas lo que evidencia la integración de saberes. A la vez, consideramos necesario avanzar en la formulación de estrategias interdisciplinarias integradas.

Bibliografía

1. Vicedo Tomey, A: La integración de conocimientos en la Educación Médica. Educ Med Super Vol.23 N°4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2009
2. Badilla Saxe, E: Diseño Curricular: de la integración a la complejidad. Rev. Electrónica Actualidades Investigativas en Educación, Vol.9 N° 2, 2009, pp.1-13
3. Taba, H.: Elaboración del currículo. Ed. Troquel, Buenos Aires, 1974
4. Elosúa, MR: Estrategias para pensar y aprender a pensar. Ediciones Narcea, Madrid, 1993

Implantes de zirconio: Estética, Biocompatibilidad y Resistencia.

ID: 165

Ingeniero, MJ ;Marchioni, A P; Alfaro, G ;de Landaburu, F; Etcheverry, M
Facultad De Odontología – UNLP

Los implantes de zirconio han sido creados por la necesidad de buscar estética sobre todo en sector anterior y solucionar problemas de alergia a los metales. En esta publicación se detallan algunas de las características estéticas, físicas y de biocompatibilidad que hacen que el zirconio sea considerado el material del futuro para implantes dentales. Durante muchos años se han hecho estudios con diferentes materiales, pero han fracasado porque no eran biocompatibles, o poseían mucha fragilidad. Actualmente han aparecido en el mercado Implantes de zirconio Reforzado con alúmina. El éxito de dicho descubrimiento reside en el escaso casi nulo porcentaje de fracturas, puesto que posee una extraordinaria dureza y resistencia a la fuerzas, sumado a la excelente biocompatibilidad y óseo integración, que es igual o mayor que el titanio utilizado en estos tiempos ,y a su color blanco que evita los bordes grises de la encía por translucidez. El zirconio o dióxido de zirconio ZrO_2 que fue descubierto en el año 1789 por el alemán M.H. Klaproth posee una capacidad de cerrar microfisuras como forma de autoreparación. Los Implantes de zirconio son 100 % biocompatibles. El hueso reconoce a los implantes de zirconio como si fuera una parte propia del organismo, por eso no existen signos de inflamación alrededor del implante. La óseo-integración de los implantes de zirconio se da además por la porosidad de la superficie del implante, la cual para lograrla se los debe tratar con procedimientos de gravado ácido, la firme óseo-integración. Antiguamente se utilizaban implantes de zirconio construidos en monobloque junto con la supra-estructura. La desventaja, era q no podia corregirse la angulación y había que cargarlo inmediatamente después de haberlo colocado poniéndole una restauración provisoria, porque estéticamente no era lindo que se viera el muñón. Pero esta carga inmediata de implantes puestos en postextracciones, tenía en la mayoría de los casos gran porcentaje de fracasos. Hoy día se han creado implantes de zirconio con la conexión a las supraestructuras también de zirconio y se ha solucionado el problema del “gap” en donde se esconden una multitud de bacterias que producen una inflamación crónica y a posteriori perdida del hueso. Pero en los modernos implantes de zirconio y supra estructuras del mismo material este problema ha sido resuelto porque el muñón encaja perfecta y exactamente con el implante, ya que se consiguió un mínimo espacio de 10my de distancia que se rellenan con un cemento para asegurar la estabilidad primaria y evitar la ubicación de bacterias en el “gap” En esta época innovadora hay diferentes tipos de Sistemas que mediante la

fabricación CAD-CAM de pilares individuales de oxido de zirconio ofrecen un potencial de éxito hasta hoy desconocido por muchos laboratorios en la interfaz implante y la estructura protésica. En conclusión, todas la publicaciones y estudios que al zirconio se refieren, no hacen mas que resaltar y subrayar las excelentes propiedades químicas, mecánicas, estéticas, de biocompatibilidad y excelente oseointegración que poseen los implantes creados con oxido de zirconio. Por lo cual consideramos que el zirconio es el material por excelencia para el futuro de la implantología oral y las rehabilitaciones protésicas.

Bibliografía

1. Kohal R.J., Wolkewitz M., Mueller C. Alumina-reinforced zirconia implants: survival rate and fracture strength in a masticatory simulation trial. Clin Oral Implants Res. 2010 Jul 7. [Epub ahead of print]PMID: 20626420 [PubMed - as supplied by publisher]Related citations.
2. Dr Ulf Thams .Implantes de zirconio, lo ultimo en la evolución de la Implantología. Publicación en Gaceta Dental, 2011 septiembre 19.

Ubicacion Topografica Del Orificio De Emergencia Del Conducto Dentario Inferior

ID: 175

FINGERMANN, GLORIA FANY

Facultad De Odontologia – UNLP

El conducto dentario inferior es un elemento de gran importancia desde el punto de vista quirúrgico a tener en cuenta en todas las intervenciones que involucren a la mandíbula inferior. Se origina en la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula, desde allí describe un trayecto a concavidad anterosuperior atravesando el cuerpo mandibular con una dirección hacia abajo, adelante y afuera, a nivel de la tabla externa del hueso presenta su orificio de desembocadura conocido con el nombre de foramen mentoniano. Por este conducto pasa el paquete vasculonervioso dentario inferior que lo recorre hasta la altura de los premolares donde los vasos y el nervio se dividen para originar sus ramas terminales los vasos y nervios mentonianos y los incisivos. Los primeros emergen por el orificio homónimo para inervar e irrigar al labio inferior y a los tegumentos de la región mentoniana, en cambio el paquete vasculonervioso incisivo sigue su recorrido intraóseo ya que está destinado a los incisivos y caninos inferiores. La localización del foramen mentoniano cobra importancia para el trazado de incisiones y colgajos como así también en las cirugías implantológicas, ya que la lesión del nervio produce la parestesia del territorio de inervación. Se realiza un estudio para determinar la frecuencia de localización del orificio, para el mismo se utilizaron mandíbulas humanas de adulto obtenidas de la osteoteca de la asignatura anatomía de la Facultad de Odontología de la U.N.L.P. En total se usaron 30 unidades experimentales (U.I), considerándose como tal a cada hemimandíbula. La cara externa de cada U.I se la dividió en cuatro zonas tomando en cuenta a las piezas dentarias y enumeradas de mesial a distal con números romanos de la siguiente forma: I. a nivel del canino inferior II. a nivel del primer premolar inferior III. a nivel del segundo premolar inferior IV. a nivel del primer molar inferior. Las unidades experimentales se obtuvieron los siguientes resultados: en el 56,66 % (17 casos) el orificio se ubicó en el sector II; correspondió a la zona III; en 3,33 % (1 caso) se localizó en la IV; no registrándose emplazamiento alguno para el sector I. cuenta que los resultados obtenidos coinciden con la mayoría de los textos que indican que el orificio mentoniano se ubica por premolares, pero no concideran el posible emplazamiento del foramen a nivel del primer molar inferior. Esta posible ubicación si bien, muy bajo, cobra importancia ya que su existencia en algunos casos conlleva a un riesgo quirúrgico con parestesia de la zona de mentoniano que puede ser de forma permanente. podemos concluir que la zona de mayor riesgo quirúrgico es la comprendida entre ambos premolares ya que correspondió al casos por lo que el área de seguridad quirúrgica comprendería desde

mesial del primer molar hasta distal del canino. Pero si que en ocasiones el foramen puede ubicarse a nivel del primer molar y que las consecuencias de una lesión del paquete mentoniano pueden ser irreversibles, es aconsejable que el área de seguridad se extienda hasta distal del primer molar, de esta todas las posibilidades de localización.

Estudio ultraestructural de la acción del Láser y EDTA en endodoncia

Basal R, Irigoyen S, Restelli M, Milat E

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata

Las terapias en endodoncia se realizan con la intención de preparar la superficie dentinaria para recibir al material de obturación en condiciones que favorezcan la retención micromecánica y el sellado tridimensional. Delicados procedimientos de instrumentación modifican la superficie tratada alterando sus propiedades. El desgaste efectuado por el instrumental de mano o rotatorio, rompe la matriz de colágeno originando a una capa denominada barro dentinario, que al tapizar la superficie dentinaria se interpone entre el material de obturación pudiendo comprometer el resultado del tratamiento a largo plazo ⁽¹⁾. Distintos métodos se emplean en su eliminación, como agentes quelantes ⁽²⁾ ó rayo láser ⁽³⁾. El presente trabajo se realizó con el propósito de estudiar a nivel ultraestructural los cambios que ocurren en la superficie dentinaria radicular luego de la eliminación del barro dentinario. Comparar la acción de un agente quelante (EDTA) y el láser (Er YAG) sobre la dentina radicular tratada endodónticamente. Se seleccionaron cuarenta piezas dentarias (n=40), extraídas por motivos ortodóncicos. Las muestras fueron fijadas en formol tamponado hasta la realización del tratamiento endodóntico. Posteriormente, las mismas se distribuyeron en dos grupos de 20 unidades cuyos conductos fueron tratados con Láser y EDTA respectivamente. Se empleó Láser de Er.YAG (2940 nanómetros) con una potencia de 160 mJ y una frecuencia de 15 Hz, 300 impulsos con pieza de mano E-2055 KaVo, mediante una fibra óptica de 0.375 milímetros de diámetro introducida hasta la zona de instrumentación, desfocalizada, accionada con movimientos helicoidales de tracción ápico-cervical durante 15 segundos (300 pulsaciones). Para la irrigación con EDTA (ácido etilendiaminotetracético) se utilizó una concentración del 17% durante 5 minutos. A continuación se irrigaron hipoclorito de sodio al 5,25 %, fueron lavadas con 3 ml de agua destilada y secadas con conos de papel. Una vez tratados sus conductos fueron: 1- marcados con disco de diamante sobre la superficie radicular en sentido longitudinal por vestibular y por palatino; y entre esmalte y cemento para descartar la porción coronaria. 2- cortados con escoplo y martillo siguiendo el sentido de las ranuras; se conservaron en formol tamponado hasta la realización de estudios ultraestructurales. Las observaciones se realizaron con MEB marca Philips modelo SEM 505. Digitalizador de Imagen SoftImaging Sistem ADDA II. Las microfotografías de los subgrupos tratados con EDTA y Láser, fueron normalizadas (área 143 por 117 mm, 1000 aumentos, voltaje de 25 kV mostrando su escala correspondiente) para estudio histomorfométrico y el área de cada campo contabilizado en las mismas fue seleccionada aleatoriamente, empleando una grilla realizada en papel milimetrado cuadrada de 104 mm de lado, compuesta por 64 cuadrados iguales seleccionándose al azar 16 cuadrados ⁽⁴⁾. A fin de optimizar el análisis de las variables se decidió analizar las imágenes a través de un proceso de digitalización. Las imágenes fueron calibradas en una escala de micras (μ), hecho que permitió obtener medidas reales y eficaces para su análisis. Se cuantificaron estructuras histomorfológicas a partir de medidas de longitud ($m\mu$), áreas ($m\mu^2$) y de estructuras independientes como: conductillos abiertos; conductillos con o sin contenido de material orgánico; diámetro y área de los conductillos dentinarios. La comparación entre tratamientos, se realizó a través de un analizador de imágenes *Software Image pro Plus 4.5 (Media Cybernetics)*. Para la descripción y análisis de

las muestras se calcularon los estadísticos de tendencia central y dispersión (desviación típica), tanto para los grupos como para cada uno de los tercios radiculares independientemente. Las estimaciones y predicciones se efectuaron mediante prueba de t. Los conductos radiculares tratados con Laser en su tercio apical muestra las siguientes características generales: la mayoría de las de las microfotografías de las piezas no muestran barro dentinario, la superficie del conducto aparece limpia con irregularidades y anfractuosidades representadas por escamas y cráteres, el tercio medio muestra superficies irregulares con escamas y cráteres más marcados que en el tercio apical, prácticamente nula presencia de contenido orgánico dentro de los conductillos dentinarios y la superficie del conducto, en el tercio coronario son similares a los tercios medio y apical, sin embargo en pocas microfotografías se observa presencia de barro dentinario. El estudio de la superficie del conducto resultante del tratamiento con EDTA e hipoclorito de sodio en el tercio inferior muestra ausencia de barro dentinario, se visualiza persistencia de contenido orgánico en el interior de los conductillos observándose restos de estructuras celulares como las fibrillas de Tomes o filamentos nerviosos, un gran porcentaje de las microfotografías muestran su superficie cubierta por fibras colágenas pertenecientes al componente orgánico del tejido dentinario, en el tercio medio se observa la superficie limpia de barro dentinario, sin embargo se aprecian restos de las fibrillas de Tomes y/o filetes nerviosos en la luz de los conductillos, además de imagen refringente de los orificios conductillales por persistencia del material orgánico, en el tercio cervical se observa una mejor acción de limpieza por el tratamiento, y mayor contenido orgánico dentro de los conductillos. No se observan diferencias significativas en la visualización de conductillos libres; se observan diferencias altamente significativas con respecto a la presencia o ausencia de contenido orgánico en la comparación con ambos tratamientos; se observan diferencias significativas en relación a la comparación de áreas y diámetros de los conductillos dentinarios en cada uno de los tratamientos. Las experiencias nos permiten inferir que morfológica y estadísticamente la radiación con laser sería más efectiva que el tratamiento convencional (EDTA e hipoclorito de sodio).

Bibliografía

- 1.Saunders W. Restoration of the root filled tooth. En: Pitt Ford T, Ørstavik D. Essential Endodontology. London: Blackwell Science Ltd.; 1998. Cap. 14.
- 2.Ensinas P, Manghera L, Sapag D, Villarreal M, Figueroa MD, Suarez F, Corral Briones L. Evaluación de los efectos del EDTA sobre el barro dentinario, en la dentina radicular, en distintos periodos de tiempo. Un estudio con microscopía electrónica de barrido. Rev Asoc Odontol Argent.2010;98(1):73-77.
- 3.Khabbaz M, Makropoulou M, Serafetinides A, Papadopoulos D, Papagiakoumou E. Q-switched versus free-running Er:YAG Laser efficacy on the root canal walls of human teeth: a SEM study. J Endod. 2004;30(8):585-588.
4. Zaccaro Scelza M, Pinheiro D RLD, Santos E, Jaeger MMM. Cytotoxic Effects of 10% Citric Acid and EDTA-T used as root canal Irrigants: an In vitro analysis. J Endod. 2000 december; 27(12):741-743.

Se terminó de imprimir
en diciembre de 2013.

Calle 51 e/ 1 y 115 La Plata
Provincia de Buenos Aires
República Argentina