

Memorias Científicas de la F.O.L.P
Universidad Nacional de La Plata

2009

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. 2009

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata
99 ejemplares de distribución Gratuita 202 p.; 23 x16 cm.
Editorial EDUFOLP
Calle 51 e/ 1 y 115 La Plata Provincia de Buenos Aires

La Plata, Diciembre de 2009.

ISBN : 978-950-34-0661-8

Autores

Abal A.
Abel, V.
Abilleira, E.
Albarracin, S.
Ale, E.
Alfaro, G.
Andrada, M.
Anselmino, C.
Arce, M.
Arcuri, M.
Arias, S.
Armendano, A.
Azpeitia M.
Azzarri, M. J.
Barilaro, I.
Basal, R.
Batista, S.
Bávaro S.
Belloni, F.
Bernardi, H.
Blanco, N.
Bogo H.
Bogo, P.
Bono A.E.
Borrillo C.G.
Bustamante,C.
Bustos, M. J.
Butler, T Casariego, Z.
Cacciola, S. Celis, Z.
Cáceres, L.
Cantarini L.
Capraro C. G.
Capraro M.C.
Capraro, M.E.
Carballeira, V.
Caserio, J.
Caviglia, N.
Cecho, A
Cicccone, F.
Cocco L.
Coscarelli, N.
Costa, L.
Crimaldi, D.
D'Uva, O.
D'Angelo, Y.
de Barrio, M.
De Landaburu F. ;
Delocca, M.
Dettbarn, J.
Di Franco, P.
Di Girolamo, G.
Diaz, G.
Domench, A.
Domench, A.
Dominguez, G.
Dorati P.
Durso, G.
Español, C.
Etchegoyen L.
Etchepare, P.
Escudero Giachella,
E.
Falcon, D.
Fingermann, G.
Friso, N.
Garcia G., B.
Garcia G., G.
Garcia, A.
Gardiner, R.
Gauzellino, G.
Gimenez, J.
Giugliano, S.
Goldberg, D.
González A.
González A.M.
Gutierrez, C.
Iantosca A.
Iasi, R.
Irigoyen, S.
Iriquin, M. S.
Iriquin, SM,
Ivanov, M.
Jara Ortiz, M.
Jordán S.
Lamboglia, P.
Lazo, G.
Lazo, S.
Licata L.
Llompert G.
Llompert J.
Lubreto, A;
Mancuso, P.
Manoccio D.
Manunta, M.
Martínez, C.
Mastrancioli, M;
Matheos E.
Matinez, C.
Mattanó, C.
May, G.
Mazzeo, D.
Medina, M.
Mendes, C.
Mercado M.
Merlo, D.

Merlo, L.
Micinquevich S.
Miguel L.
Miguel, R.
Milat, E.
Mosconi, E.
Nuñez, P.
Obiols, C.
Onnini, G.
Oviedo A., J
Papel, G.
Paz, A.
Pazos, F.
Peñalva, M A
Perdomo Sturniolo I.
Pérez Calvo, J.
Piovesan, S.
Pólvara B.
Prada, G.

Procacci, M.
Rancich, L.
Raseé, N.
Ressia, A.
Ricciardi A.
Ricciardi N.
Rimoldi, M.
Rossi R.;
Rouillet, A.
Rueda, L.
Sala Espiell, A.
Sala, A.
Salatay, J.
Salvatori, M.
Salveraglio, I.
Sambartolomeo, P.;
Santángelo, G;
Sapienza, M.
Schuler, M.

Seara, S.
Segatto, R.
Seglie I.
Sparacino S.
Tanevitch A.
Teixeira Poças, M.A.
Toloy, H.
Tomaghelli E.
Tomaghelli, C.
Tomas, P. M.
Tosti, S.
Vanoni V.
Varela, J.
Vigo, F.
Viskovic, M.
Zaracho, H.
Zaracho, H.
Zemel M.

Comité Evaluador

- MEDINA, Maria Mercedes
- IRIQUÍN, Stella Maris
- MICINQUEVIC, Susana
- KITRILAKIS, Alicia
- DURSO, Graciela
- IRIGOYEN, Silvia
- MILAT, Edith
- RICCIARDI, Alfredo
- MIGUEL, Ricardo
- LAZO, Sergio
- MOSCONI, Etel

Análisis de las metas académicas sus motivaciones y estrategias

Medina, M.; Tomas,L.; Irigoyen,S;Mosconi,E; Rueda,L; Papel, G.; Coscarelli, N; Albarracin, S; Seara, S.

Cada vez cobra mayor importancia el estudio del aprendizaje desde la perspectiva del alumno. Tomar en consideración su protagonismo, ha generado fructíferas líneas de investigación en el ámbito universitario. El núcleo clave es identificar las *estrategias* que desarrolla para alcanzar sus objetivos de aprendizaje, pero también la forma de abordarlo (**enfoque de aprendizaje**). Estas cuestiones, relacionadas entre sí, constituyen el tema de esta investigación. Se identificaron dos tipos de enfoques de aprendizaje: **superficial** (orientación hacia la reproducción) y **profundo** (orientación hacia la comprensión del significado). Svensson demostró que los estudiantes que adoptan un estilo profundo, emplean más tiempo en el estudio y consideran el material más fácil de comprender que los estudiantes que adoptan un estilo superficial, se concentran en estrategias de memorización y retención, encuentran el trabajo pesado, ingrato y suelen fracasar en los exámenes. El objetivo de este estudio es investigar como aprenden los alumnos e identificar sus motivaciones, estrategias y metas académicas. Por la naturaleza del problema, se adoptó una metodología combinada cuantitativa y cualitativa: se aplicó un **cuestionario estandarizado** en forma colectiva, y se realizaron **entrevistas en profundidad**. El cuestionario evalúa el grado y nivel de los enfoques de aprendizaje y las estrategias que los integran, la entrevista sirve para comprender la visión de los estudiantes hacia su forma de aprender, dificultades y desempeño. La *población* conformada por 1670 estudiantes de 1º a 5º año, de ambos sexos y con edades entre 20 y 27 años, se dividió en 3 grupos: los que cursaban el ciclo básico (48,94%), el preprofesional (17,61%) y el profesional (33,45%). Por tratarse de una metodología observacional que no se propone una explicación causal, para las determinaciones cuantitativas se trabajó con una *muestra no aleatoria de estudiantes voluntarios*. Para las determinaciones cualitativas la selección se realizó mediante un *muestreo intencional* con base en los siguientes criterios de desempeño académico: alumnos exitosos (nota promedio 7 ó más y cursan sus estudios en el tiempo establecido por el plan de estudios), aplazados reincidentes (con nota promedio aplazo) y rezagados (demorados en sus estudios respecto a la duración promedio de la carrera). Se aplicó en forma individual, el Cuestionario de Evaluación de Procesos de Estudio y Aprendizaje (CEPEA), compuesto por 42 ítems, el tiempo que demandó fue de 15-20 minutos. Para el análisis cuantitativo se utilizaron los criterios que provee el instrumento. La clasificación de grupos, lo más homogéneos posibles se realizó mediante el análisis multivariado '*cluster*'. La *Entrevista en profundidad* que consta de dos partes, una relativa a datos

personales del alumno y otra referente a sus concepciones y estrategias de aprendizaje se realizó con preguntas estructuradas, en forma oral e individual, tuvo una duración de 60 a 90 minutos. Para la validación de los resultados de ambas fuentes (cuestionario y entrevistas) se optó por la triangulación teórica y metodológica en la que se cruzaron los resultados entre sí y con datos teóricos. Esto permitió el análisis de convergencias y divergencias entre datos cuali y cuantitativos. El análisis 'cluster' permitió identificar tres grupos de estudiantes que presentan diferencias importantes en los enfoques de aprendizaje: 1-**profundo** (56,0%), 2-**superficial** (23%) y 3-**ambivalente** (21%). El **perfil motivacional** del grupo 1 muestra predominio de la categoría S (superficial), no se ven diferencias significativas entre las categorías S y P en el grupo 2, las mediciones son bajas en el grupo 3 con predominio del componente S. En la apreciación general acerca del uso de **estrategias** pueden diferenciarse claramente los grupos 1(S) y 2(P) con una resolución importante y diferencias estadísticas significativas. En el grupo 3 se observa un componente bastante alto de estrategia profunda. Los estudiantes presentan diferencias importantes en los **enfoques** que utilizan. Existen dos grupos claramente diferenciados por sus enfoques: 1 y 2. El tercer grupo no coincide con ellos y no destaca ninguno de los dos enfoques identificados por el instrumento. Los alumnos exitosos, aplazados reincidentes, y rezagados, se ubican en los tres grupos (superficial, profundo y ambivalente). Los alumnos con las notas promedio más altas se ubican en el grupo ambivalente. Es posible que estos últimos estén condicionados por los efectos contrapuestos de los dos componentes motivacionales: *motivo de logro y miedo al fracaso*. Existe una falta de correlación entre alumnos con enfoque P y sus calificaciones, no presentan los niveles de rendimiento académico más altos. El alumno opta por un modo u otro de procesar la información, aunque es posible distinguir una determinada dirección evolutiva: a medida que se avanza en la carrera crece la población que adopta el enfoque profundo, lo que indicaría un tránsito en el estilo de aprendizaje S a P que podría explicarse como el intento de ajustarse a las *demandas percibidas* y como una mejora en sus estrategias de aprendizaje. Encontramos una estrecha relación entre el tipo de estrategias y sus motivos y metas. En general están más motivados para evitar el fracaso que para aprender. Se puede decir que los resultados de este estudio confirman que existe asociación entre motivación y uso de estrategias; compromiso del estudiante en su propio proceso de aprendizaje; influencia del contexto en la determinación de los enfoques de aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- González-Pienda, J.A., y otros. Estilos de aprendizaje y estilos de pensamiento, en J.A. Development, 49, 3, 37-52. 2002.
- 2- Svensson, L. On qualitative differences in learning. III. Study skill and learning. *British Journal of Ed. Psychology*, 47, 233-243. 1977.

Factores personales y familiares asociados al rendimiento académico de los alumnos de la FOLP.

**Albarracín, S.; Medina, M.; Irigoyen, S.; Rueda, L.; Mosconi, E.; Coscarelli, N.; Papel, G.; Seara, S.; Tomas, L.*

Facultad de Odontología. UNLP. Albarracín@folp.unlp.edu.ar

Este trabajo consistió en un estudio transversal de tipo descriptivo. El universo lo constituyeron los alumnos de quinto año de la Facultad de Odontología de Universidad Nacional de La Plata en el año 2007. El objetivo general fue: evaluar la relación entre el rendimiento académico y los antecedentes familiares de los alumnos de quinto año de la Facultad de Odontología de La Plata que cursaron en el año 2007. Los objetivos específicos fueron: demostrar la influencia del lugar de nacimiento y su relación con el rendimiento obtenido; identificar el rendimiento según la edad y sexo de los alumnos; determinar la caracterización de los estudiantes según el estado civil; conocer la relación que existe entre la elección de la carrera y su rendimiento. Se utilizaron los registros de calificaciones oficiales de las asignaturas del citado año de cursada. De la cual se obtuvo el promedio de notas. Las variables utilizadas fueron: a) profesión del padre: 1) empleados (x=6,50), 2) profesionales (x=7,15), 3) comerciantes (x=6,75), 4) docentes (x=0), 5) jubilado (x=0), 6) operarios (x=6,65); b) profesión de la madre: 1) ama de casa (x=6,70), 2) empleadas (x=6,55), 3) comerciantes (x=6,85), 4) profesionales (x=7,26), 5) docentes (x=6,75), 6) operarias (x=6,45); c) elección de la carrera porque le interesa: 1) mucho (x=7,25), 2) bastante (x=7,16), 3) poco (x=6,63), 4) nada (x=6,00); d) estudios del padre: 1) universitario completo (x=7,33), 2) universitario incompleto (x=7,20), 3) secundario completo (x=7,10), 4) secundario incompleto (x=7,10), 5) primario completo (x=6,45), 6) primario incompleto (x=6,07), 7) sin estudios (x=6,07); e) estudios de la madre: 1) universitario completo (x=7,66), 2) universitario incompleto (x=7,20), 3) secundario completo (x=7,10), 4) secundario incompleto (x=6,45), 5) primario completo (x=6,35), 6) primario incompleto (x=6,30), 7) sin estudios (x=6,26); f) lugar de nacimiento: 1) extranjero (x=0), 2) Gran Buenos Aires (x=7,00), 3) La Plata (x=7,21), 4) Provincia de Buenos Aires (x=6,45), 5) otras provincias (x=6,38), 6) no contesta (x=0); g) estado civil: 1) casado (x=6,67), 2) soltero (x=6,85), 3) pareja (x=0), 4) divorciado (x=0), 5) no contesta (x=0); h) edad: 1) de 17 a 20 años (x=7,23), 2) de 21 a 35 años (x=6,75), 3) de 26 a 30 años (x=6,30), 4) de 31 a 35 años (x=0), 5) de 36 a 40 años (x=0); i) sexo: 1) femenino (x=7,18), 2) masculino (x=6,34). La información obtenida fue ingresada en una base de datos a través de la cual se realizó un recuento y procesamiento, estableciendo la media de notas según las variables mencionadas.

La presentación de la información se realizó utilizando gráficos y tablas

confeccionada mediante el programa informático EXCEL.

Resultados: 48 alumnos con una media de notas $x=6,76$. Resultados: Los padres y madres cuya ocupación era profesional obtuvieron mejores resultados, $x=7,15$ y $x=7,26$ respectivamente. Los que eligieron la carrera por propio interés $x=7,25$.

El rendimiento según los estudios del padre fue mejor para aquellos con estudios de posgrado $x=7,33$. Las madres con estudios universitarios completos $x=7,66$.

Los alumnos nacidos en La Plata dieron mejor rendimiento con $x=7,21$. Los alumnos solteros mejor calificación $x=6,85$.

Los alumnos más jóvenes mejor rendimiento $x=7,23$. Y el grupo femenino mejor rendimiento con $x=7,18$.

Muchos de los hallazgos encontrados coincidieron con otras investigaciones.

Particularmente la comparación de los resultados obtenidos con respecto al rendimiento académico y los estudios y profesiones de los padres de los estudiantes, como avala Luengas, M. a I. (México) quien afirma sobre la importancia del entorno socioeconómico familiar y su impacto, en el rendimiento académico.

Por lo expuesto podemos concluir que el hogar del que provienen no ejerció una influencia significativa en el rendimiento académico de los alumnos de la FOLP.

A excepción de aquellos estudiantes cuyos padres desarrollaban actividades profesionales y poseían estudios universitarios completos y posgrado, en los cuales se evidenciaba un mejor rendimiento académico. Siendo también destacados los alumnos solteros, los nacidos en la ciudad de La Plata y de sexo femenino.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) 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.
- 2) Brión, J.: Futuro en la Universidad Xatina. Trabajo de Tesis presentado en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Ed. Buenos Aires, 2005. 110p.
- 3) Luengas, M. a I., et al.: El entorno socio-económico familiar y su influencia en la formación profesional. UAM-Xochimilco, México. D.F. 2000 mar; 17(2): 125-176.
- 4) Torrijos, L.: Encuesta realizado a alumnos de odontología de la Universidad de Valparaíso. Facultad de Odontología. Chile, Ed. Valparaíso, 2003. 245p.

Rendimiento Académico/Situación Laboral en la cohorte 2003.

Coscarelli N.; Medina M.; Mosconi E.; Rueda L.; Albarracín S.; Irigoyen S.; Papel G.; Seara S.; Tomas L. - coscarelli@fotp.unlp.edu.ar

Facultad de Odontología Universidad Nacional de La Plata

En el marco de un proyecto de investigación sobre formación de recursos humanos en Odontología, este trabajo presenta los resultados parciales de la incidencia de la actividad laboral de los estudiantes en su rendimiento académico, pretendiendo identificar factores que pueden influir o impactar en el mismo. El objetivo es establecer la relación entre el rendimiento académico y la situación laboral de los alumnos de la cohorte 2003 de 1^o a 5^o año de la carrera. Es un estudio longitudinal-descriptivo, el universo lo constituyen los alumnos de la cohorte 2003 de la F.O.LP; se realizó un seguimiento de los mismos durante los cinco años de la carrera, relacionando su rendimiento académico con la actividad laboral. Para la obtención de los datos se utilizó una encuesta estructurada, que permitió dividir a la población en estudio en dos categorías, los estudiantes que trabajan y los que no trabajan, para aquellos que trabajan consta de los siguientes ítems: tipo de trabajo (estable u ocasional), jornada de trabajo (completa, media jornada u otra), turno de trabajo (mañana, tarde, noche u rotativo), y si tiene o no relación con la carrera que estudia; y los registros de calificaciones de las asignaturas de 1^o a 5^o año de la carrera. Las variables analizadas son la situación laboral y el rendimiento académico. Se estableció la “f” y “f.%”, se tomaron como indicadores del rendimiento la media de notas, de materias cursadas y la condición final (aprobados, libres o que no cursaron). El análisis de los datos arrojó los siguientes resultados: ingresantes 2003 n = 474. El 62,87% no trabajan, quedando regulares en 1^o año el 73,49%, con una media de notas de 5,36 y de materias cursadas de 3,44 ; en 2^o año el 41,95%, con una media de notas de 5,44 y de materias cursadas de 3,70; en 3^o año el 15,10%, con una media de notas de 5,90 y de materias cursadas de 6,60; en 4^o año el 14,09%, con una media de notas de 5,40 y de materias cursadas de 6,38; en 5^o año el 13,08%, con una media de notas de 6,74 y de materias cursadas de 5,85. El 25,32% de los ingresantes trabajan, obteniendo la regularidad en 1^o año el 64,17% con una media de notas de 5,17 y de materias cursadas de 3,20; en 2^o año el 35% con una media de notas de 5,26 y de materias cursadas de 3,38; en 3^o año el 11,67% con una media de notas de 5,96 y de materias cursadas de 6,36; en 4^o año el 10% con una media de notas de 5,83 y de materias cursadas de 5,08 y en 5^o año el 7,5% con una media de notas de 6,65 y de materias cursadas de 5,77. En cuanto al porcentaje de alumnos libres o que no cursaron, en relación al total de ingresantes, entre los que no trabajan encontramos en 1^{er} año = 26,51%, en 2^{do} año = 58,05%, en 3^{er} año = 84,90

%, en 4^{to} año = 85,91 % y en 5^{to} año=86,91%; entre los que trabajan encontramos en 1^{er} año = 35,83%, en 2^{do} año = 65%, en 3^{er} año =88,33 % y en 4^{to} año = 90%, y en 5^{to} año 92,50%.

En coincidencia con expresiones de Pérez Lindo y otros autores, que una de las constantes de la evolución universitaria argentina es el bajo rendimiento académico de los estudiantes, es decir el alto índice de deserción y repetición, son muy pocos los alumnos que completan la carrera en el plazo teórico de duración; estos indicadores hacen necesario la búsqueda de explicaciones posibles a esta situación. Es por ello que los procesos educativos deban ser analizados constantemente, en un marco complejo de interacciones y factores, con el fin de atenuar dificultades y garantizar la calidad de la educación.

El análisis de los datos indica un alto índice de retraso en los estudios para los alumnos de la cohorte 2003 de ambas categorías, ya que solamente el 10% completa la carrera en los cinco años reales de duración; en el caso de los alumnos que no trabajan es de 13%, y entre los que trabajan es del 7.5%. El mayor índice de retraso se da en 1^{er} y 2^{do} año de la carrera. Entre aquellos que trabajan el mayor porcentaje respondió que su actividad laboral no se relaciona con la carrera. En cuanto a la relación entre rendimiento académico y situación se observa un mayor porcentaje de alumnos libres o que no cursaron entre aquellos que trabajan, principalmente en 1^{er} y 2^{do} año de la carrera. En cuanto a los que obtuvieron la regularidad no existe una diferencia significativa en la media de notas y materias cursadas de 1^{ro} a 3^{er} año, en tanto en 4^{to} año la media de materias cursadas es menor en los alumnos que trabajan.

Los resultados del presente trabajo no deben ser considerados como concluyentes, sino como una posible relación entre variables que es necesario continuar investigando, como así también la relación con otras variables, ya que esto obedece a una compleja dinámica en la que se entrelazan factores de orden individual, familiar, social e institucional, elementos que requieren por su naturaleza, un análisis integral e integrado que parta de la comprensión de la multiplicidad de causas que los originan.

BIBLIOGRAFÍA

* 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.

* Pérez Lindo A.: "Universidad, política y sociedad". Editorial EUDEBA S.E.M., 1985. Buenos Aires. Argentina.

* Pérez Lindo A.: "Teoría y evaluación de la Educación Superior". Editorial AIQUE. Año 1993. Buenos Aires. Argentina.

* Porto, A. y Di Gresia, L.: "Características y Rendimiento de Estudiantes Universitarios. El caso de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata". Documento de trabajo N° 24. Departamento de Economía de la U.N.L.P. 1999.

Rendimiento Académico/Situación Laboral en la cohorte 2003.

Coscarelli N.; Medina M.; Mosconi E.; Rueda L.; Albarracín S.; Irigoyen S.; Papel G.; Seara S.; Tomas L. - coscarelli@folp.unlp.edu.ar
Facultad de Odontología Universidad Nacional de La Plata

Este trabajo presenta una investigación etnográfica que abordó el estudio de las estrategias cognitivas y los patrones de pensamiento utilizados por los alumnos al resolver el aprendizaje de la Física Biológica en las sesiones de clase, con una metodología activa de resolución de problemas. El rendimiento estudiantil es uno de los indicadores de gestión en las instituciones educativas, por lo que es objeto de permanente preocupación y atención a fin de encontrar las razones de los bajos niveles alcanzados en diferentes asignaturas. Uno de los resultados de rendimiento que ha sido objeto de estudio en contextos educacionales es el que se obtiene en las ciencias exactas aplicadas a la interpretación de los fenómenos biológicos, puesto que el mismo revela niveles persistentemente bajos. Esto lo demuestran los resultados obtenidos en las pruebas diagnósticas que se ejecutan en el curso de Introducción a la Odontología que se dicta en la FOLP, donde se evidencian las dificultades que presentan los estudiantes de este nivel. Tradicionalmente se ha relacionado el fracaso de los alumnos con sus carencias en las habilidades necesarias para el aprendizaje. Sin embargo, en los últimos años se ha enfocado el problema a partir de los métodos de enseñanza utilizados por los profesores Gilbert (1983), Pomés (1991), González (1995), Quílez (1993), Salazar (1995),

El objetivo general fue demostrar el impacto de una metodología de enseñanza en el rendimiento estudiantil y los objetivos específicos: describir las estrategias cognitivas utilizadas por el alumno en la resolución de problemas y establecer patrones de pensamiento y razonamiento en las fallas y aciertos relacionados con los procesos cognoscitivos a partir de los problemas resueltos. El estudio está enmarcado dentro del paradigma interpretativo de investigación cualitativa y para su realización se utilizó un diseño etnográfico, de tipo estudio de casos. La etapa de trabajo de campo se realizó en un curso de primer año de la carrera de Odontología de la UNLP; los informantes clave fueron 150 estudiantes de este curso, no existió manipulación de variables, lo que permitió obtener una visión holística del fenómeno estudiado. Se utilizaron como técnicas de recolección de datos, la observación participante, entrevistas no estandarizadas y abiertas, el pensamiento en voz alta. Como instrumentos, cuaderno de notas, protocolos, cuestionario cognitivo y los problemas resueltos por los alumnos en forma escrita; además del grabador y la cámara fotográfica. El análisis y la recolección de datos se realizaron simultáneamente en la medida que iban ocurriendo los hechos. En el

proceso de análisis e interpretación se consideraron las fases de descripción, categorización y triangulación. El análisis realizado puso en evidencia los siguientes resultados: los alumnos utilizan las estrategias cognitivas de: (a) asociación; (b) elaboración, y; (c) organización, en el aprendizaje de la Física Biológica por resolución de problemas, y que el uso de estas estrategias involucra una serie de acciones que les permiten resolver con éxito los problemas planteados.

Las estrategias cognitivas de asociación, permitieron al estudiante relacionar los conceptos presentes en su estructura cognitiva con los conceptos presentes en el enunciado del problema lo cual facilitó su comprensión estructural, esto incidió en la resolución efectiva del problema.

Las estrategias cognitivas de elaboración permitieron al estudiante la búsqueda de la información presente en el enunciado del problema y la relación entre los conceptos, lo cual facilitó la definición del problema planteado.

En cuanto a las estrategias cognitivas de organización, permitieron al estudiante establecer relaciones internas entre los elementos que forman el enunciado del problema, clasificar la información y organizarla.

En relación con el segundo objetivo, se evidenció al contrastar la información, proveniente de las diferentes técnicas utilizadas, una concordancia en cuanto a la importancia de: (a) el conocimiento previo del alumno como una variable en el aprendizaje de la resolución de problemas; (b) la práctica de la interpretación verbal de los cálculos como un medio para evitar que los estudiantes abusen de la memorización y aplicación directa de fórmulas; (c) el uso de contextos y ejemplos de la vida real en los problemas para facilitar el establecimiento de relaciones conceptuales y (d) el desarrollo del razonamiento numérico y del razonamiento proporcional.

Los resultados obtenidos indican que aplicando una metodología activa de resolución de problemas, los estudiantes van adquiriendo conocimientos, hábitos y habilidades que le permiten abordar problemas con mayor grado de complejidad, disminuye la exagerada tendencia hacia la respuesta del problema y aparece una equilibrada relación entre el análisis del enunciado y la realización de operaciones con los datos en él incluidos, lo que impacta positivamente en el aprendizaje de la asignatura.

BIBLIOGRAFÍA

-Bisquerra, R. (1989) Métodos de Investigación Educativa. Barcelona, España: Puresa, S.A.

-Goetz, J. y Le Compte, M. (1980). Etnográfica y Diseño Cualitativo en Investigación Educativa. Madrid: Morata.

-Martínez, M. (1991) La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación. Caracas: texto, S.R.L.

Acciones que fortalecen el Futuro Académico y Profesional.

Mosconi, E.; Albarracín, S.; Medina, M.; Papel, G.; Coscarelli, N.; Rueda, L.; Irigoyen, S.; Seara, S.; Tomas, L.

mosconi@folp.unlp.edu.ar

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata.

Cuando un joven ingresa a la Universidad, rápidamente se tiene que adaptar a diversos cambios que alteran su forma de vivir, se tendrá que enfrentar a la ejecución de ciertas habilidades académicas y sociales que lo formen como profesional calificado para desempeñar determinadas funciones en su vida laboral. El presente trabajo pretende identificar la formación previa, incidencia del lugar de origen y sexo de los estudiantes del primer, segundo y tercer ciclo de la cohorte 2003, de la carrera de Odontología de la U.N.L.P., fundamentado en el conocimiento de sí mismo, del sistema educativo y social en el que está inmerso, y del mercado de trabajo, para lograr que los alumnos tomen una adecuada decisión sobre su futuro académico y profesional. Es un estudio de tipo descriptivo, el universo lo constituyeron los alumnos que aprobaron el curso Introducción a la Odontología en el año 2003 y cuya trayectoria se siguió de primero a quinto año; teniendo en cuenta las siguientes variables: Escuela de origen, lugar de procedencia y sexo. Los datos fueron obtenidos de los registros de calificaciones desde el año 2003 al 2007. La información obtenida fue ingresada en una base de datos, a través de la cual se realizó el recuento, procesamiento y sistematización. Para la presentación se usaron gráficos y tablas confeccionadas mediante el programa Microsoft Excel. El total de alumnos inscriptos a la F.O.L.P. fue de 731, no cursaron 130 (17,78%) y 601 (82,22%) es la población en estudio, que corresponden a los ingresantes en el año 2003, presentándose la descripción estadística de los que aprobaron los tres ciclos de la carrera, según escuela de origen, qué título poseen, lugar de origen y sexo. Los alumnos que aprobaron el curso de Introducción a la Odontología 474 (78,87%), 327 (68,99%) provienen de escuelas públicas y 147 (31,01%) de escuelas privadas. De los alumnos que aprobaron el curso de Introducción a la Odontología, cursaron el segundo ciclo, materias de primer año 334 (70,46%) y de segundo año 196 (41,35%); para los primeros 226 (67,36%) provienen de escuelas públicas y 108 (32,64%) de escuelas privadas, y para los segundos 130 (66,33%) provienen de escuelas públicas y 66 (33,67%) de escuelas privadas. De los que cursaron el tercer ciclo, materias de tercer año (68 – 14,35%), de cuarto año (61 – 12,89%) y de quinto año (48 – 10,13%) son provenientes de escuelas públicas y privadas 47 (62,12%) 21 (30,88%); 45 (73,77%) y 16 (26,33%); 34 (70,84%) y 14 (29,16%) respectivamente. Del total de alumnos que cursaron los tres ciclos de la carrera, el 66,22% poseen título Bachiller, siguiendo el de Perito Mercantil (10,15%); Técnicos, 9,15%, 8,13% otros

títulos y 6,35% no respondieron este ítem. Con respecto al lugar de origen el 56,26% provienen de la Provincia de Buenos Aires, el 23,79% de Capital federal y Gran Buenos Aires; el 12,47% de otras provincias; el 3,49% son extranjeros y el 3,99% no contesta. En el caso del sexo, el mayor porcentaje 61,10% son mujeres de las cuales el 55,86% provienen de escuelas públicas y 44,14% de escuelas privadas; y el 38,90% son varones, correspondiendo el 77,35% y 22,65% a escuelas públicas y privadas respectivamente. Los principales resultados son: a marzo de 2003 de los alumnos que aprobaron el primer ciclo (484) el 68,99% corresponden a escuelas públicas y 31,01% a escuelas privadas siendo su R.A. de 4.22 y 4.16 para los primeros y segundos respectivamente, correspondiendo el 80,53% de los inscriptos a la carrera. A Diciembre de 2003 de los alumnos que cursaron primer año (334) representa el 70,46% de los que aprobaron el curso de Introducción a la Odontología, su rendimiento académico fue de 5.06 y 4.85 para los provenientes de escuelas públicas y privadas respectivamente. A Diciembre de 2004 el R.A. de los alumnos que cursaron segundo año de la carrera (196) y representan el 41,35% de los que aprobaron el curso Introducción fue de 4.86 y 5 para los provenientes de escuelas públicas y privadas respectivamente. Los alumnos que cursaron tercero y cuarto año en los años 2005 y 2006, representan el 145,35% y 12,89% siendo su R.A. de 4.70 y 5.17 para los primeros provenientes de escuelas públicas; y 5.30 y 5.67 para los segundos, provenientes de escuelas privadas. Observándose que el R.A. aumentó en primer año y se mantuvo en 2do, 3ro y 4to año. No encontrándose diferencias significativas entre los que provienen de escuelas públicas y privadas. A Diciembre de 2007 se notó un aumento significativo del R.A. de los alumnos de 5to año, y una diferencia entre escuelas públicas y privadas, a favor de los segundos. Entre otros factores explicativos del rendimiento estudiantil hasta diciembre de 2007 se observa que según el lugar de origen, el mayor R.A. medio lo obtienen los provenientes de Capital Federal y Gran Buenos Aires, no observándose diferencias significativas entre escuelas públicas y privadas. Otro factor explicativo es el sexo, observándose mejor desempeño en el sexo femenino, por consiguiente mayor R.A. medio tanto en escuelas públicas y privadas. Los resultados de este trabajo son útiles para evaluar las estrategias de ingreso, régimen de enseñanza y regularidad. Se seguirá avanzando en el marco del proyecto, realizando el seguimiento de egresados de la cohorte 2003, en estudio.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1-Banoczy. The evolution of dental education. A European perspective. J. Dent Educ 5 (8): 634-6 Aug., 1993.
- 2-Camilloni A. Et Al. Formación de Recursos Humanos en Salud y mercado laboral, la Práctica de Odontólogos, Bioquímicos y Fonoaudiólogos. Informe final de la Investigación Secretaría Académica de la Universidad de Buenos Aires. 1998-1999.

Análisis de la Carrera de Odontología según los Graduados de la FOLP

Papel, G.; Medina, M.; Coscarelli, N.; Rueda, L.; Mosconi, E.; Albarracín, S.; Irigoyen, S.; Tomas, L.; Seara, S.

Facultad de odontología – UNLP papel@folp.unlp.edu.ar

Las Universidades en todo el mundo fueron incrementando la necesidad de evaluar sus actividades, considerando, por ende, las experiencias de sus graduados.

Los egresados procedentes de instituciones de educación superior son la mejor proyección social de la Universidad, la constitución de la identidad profesional está representada por la evaluación que hacen los mismos en cuánto a la capacitación obtenida en la carrera, es decir el grado de satisfacción de los conocimientos adquiridos en su formación. En la actualidad, la excelencia académica debe medirse no solamente en base al nivel del conocimiento científico y técnico, sino también en base a la capacidad para conocer e interpretar la problemática de salud de nuestras poblaciones y saber hacer propuestas que le permitan al odontólogo incorporarse a las tareas multidisciplinarias, en búsqueda de mejorar los perfiles epidemiológicos.

Dentro del contexto de la educación odontológica, los avances tecnológicos, las necesidades crecientes de salud oral del conjunto social y la realidad sociopolítica, llevan a las instituciones formadoras a replantearse sus hábitos de enseñanza y a revisar su estructura en post de adoptar el planteo de la enseñanza a los nuevos requerimientos sociales, científicos y tecnológicos. Se debe poner de relieve la necesidad de desarrollar las habilidades críticas y analíticas de los estudiantes en el aprendizaje de los contenidos teóricos y prácticos que posibiliten la participación del alumno en el análisis crítico de fenómenos, hechos y problemas.

En términos generales, podríamos esbozar las características del tipo de Odontólogo que, para los propósitos de una nueva práctica en salud, combinen acciones interprofesionales, interdisciplinaria, interinstitucionales y multisectoriales.

El presente estudio transversal de tipo descriptivo estuvo constituido por los egresados de la FOLP entre los años 2001 – 2005, su objetivo fue determinar el grado de satisfacción, fortalezas y debilidades encontradas durante la formación académica recibida en la Facultad de Odontología de la UNLP.

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.

Sobre un total de 1984 egresados, se recibieron 437 encuestas, que representa el 22,03% del total, correspondiendo 51 (11,67%) a los egresados del año 2001, 151 (34,55%) a los egresados del año 2002, 96 (21,97%) a los egresados del año 2003, 91 (20,82%) a los egresados del año 2004 y 48 (10,98%) a los egresados del año 2005.

La variable calidad de la formación recibida en la FOLP fueron Muy buena: 103, Buena: 267, Regular: 60, Mala: 3, Ns/Nc: 4; en cuanto a fortalezas durante la carrera se mencionan: buen nivel docente 27,46%, prestigio institucional 35,24%, amplitud horaria de cursadas 90,39%, organización administrativa e higiene edilicia 88,78%, adecuada cantidad de prácticas clínicas 37,30%, disposición docente como orientador en la enseñanza 47,37%, existencia de actividades de extensión universitaria 8,47%, consideran buena la enseñanza recibida 48,28%, adecuado acercamiento a la comunidad a través de asignatura OPS 69,34%, en referencia a debilidades durante la carrera: escasa disponibilidad de aulas 40,27%, escaso espacio físico en las clínicas 65,21%, numerosa cantidad de asignaturas correlativas 25,63%, textos desactualizados en la biblioteca 53,32%, deficiente equipamiento clínico 62,01%, ausencia de un banco de paciente 79,18%, escasa cantidad de docentes en las clínicas 42,33%, escasa capacidad física y silencio en la sala de lectura de la biblioteca 54,92%, ausencia de instalaciones para refrigerio 70,25%, prácticas clínicas escasas 34,10%.

Los egresados expresaron mayoritariamente que la calidad de formación recibida fue buena, al igual que la formación recibida para ejercer la profesión, con calificaciones que fluctúan de 4 a 7 en equipamiento y materiales. En cuanto a las fortalezas y debilidades encontradas durante el transcurso de la carrera, predominan fortalezas respecto a debilidades en el plan de estudio.

BIBLIOGRAFÍA:

1-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

2-Jaim Etcheverry, G. La tragedia educativa, Buenos Aires, FCE, 1999.

3-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

4-Tejada, J. Formación Profesional. Universidad y Formación Permanente, en MARTINEZ SELVA, J.M. y CIFUENTES, R. (Coords.) La Universidad Profesional. Relaciones entre la Universidad y la nueva Formación Profesional, Consejería de Educación y Cultura, Murcia, 87-131, 2003

La Lectura, instrumento para generar crecimiento en lo científico y tecnológico.

Rueda, L.; Albarracín, S.; Coscarelli, N.; Irigoyen, S.; Mosconi, E.; Lescano, D.; Medina, M.; Papel, G.; Seara, S.; Tomas, L.

Facultad de Odontología - Universidad Nacional de La Plata

En el marco de un proyecto sobre formación y seguimiento de recursos humanos en Odontología, el presente trabajo compara el rendimiento académico de los alumnos de la cohorte 2003 en el Curso de Introducción a la Odontología y su rendimiento académico en 1er y 2do año de la Carrera, en relación a la frecuencia del hábito de lectura y calidad de la misma, teniendo en cuenta que el hábito de una buena lectura se la debe considerar como una estrategia de desarrollo, donde una información apropiada permitirá al joven desplegar nuevas posibilidades de apropiación del conocimiento de una situación de aprendizaje autónomo. Las variables se relacionan con el grado de información sobre el hábito y calidad de lectura de cada joven estableciendo la incidencia de la misma en su rendimiento académico. Esta tarea consiste en un estudio transversal de tipo descriptivo, el universo lo constituyeron los alumnos que aprobaron el Curso de Introducción a la Odontología y que cursaron 1° año y 2do año de la cohorte 2003. Se utilizó como fuente de información el registro de notas del Curso de Introducción a la Odontología y de las Asignaturas de 1^{er} y 2^{do} de la Carrera que permitió obtener el rendimiento académico de los mismos tomando como indicador la media de notas. Se aplicó una encuesta estructurada para la obtención de los datos sobre los hábitos y calidad de lectura, entrevistas personales y telefónicas, a toda la población en estudio a través de la cual se determinó los hábitos de lectura de los estudiantes, posibilitando dividir a los mismos en dos categorías, los que tienen el hábito de leer y los que no leen, para determinar la calidad de la lectura, se dividió la misma en revistas y textos científicos, revistas de pasatiempos y chistes, novelas policiales y manuales de ingenio. Se procedió al procesamiento, análisis y sistematización de la información a través del sistema Microsoft Excel, utilizando para la presentación gráficos y tablas. Sobre un total de 474 alumnos regulares en el Curso de Introducción 129 (27,21%) no leen y 345 leen (72,79%) con una media de notas de 4,95 y 5 respectivamente y 15 (3,17%) no respondieron con una media de notas de 4,82; con respecto al rendimiento académico y la calidad de lectura 173 (50,14%) leen revistas y textos científicos siendo su media de notas 5,01; 71 (20,58%) leen revistas de pasatiempos y chistes con una media de notas de 4,82 y 101(29,28%) leen novelas policiales y manuales de ingenio con una media de notas de 4,90. Sobre un total de 474 alumnos regulares en el curso de introducción cursaron 1er año 334 (70,46%); y 140 (29,54%) no cursaron o quedaron libres. Sobre un total de 334 (70,46%) alumnos que cursaron 1°

año, no leen 80 (23,95%); 250 leen (74,84%); 4 (1,20%) no respondieron con una media de nota de 4.93, 5.36 respectivamente. Con respecto a la relación entre rendimiento académico y calidad de lectura 129 (51,60%) leen revistas y textos científicos con una media de notas de 5,36, 59 (23,60%) leen revistas de pasatiempos y chistes siendo su media de notas de 5, 28, y 62 (24.80%) leen novelas policiales y manuales de ingenio con una media de notas de 5,42. Cursaron 2do 196 (41,35% del total de ingresantes) de los cuales 50(25,51%) no leen, 140 leen (71,42%) y 6 (3,06%) no respondieron, con una media de notas de 5,44 y 5,26 respectivamente. De los alumnos que leen 100 (71,42%) realizan lectura de revistas y textos científicos siendo su media de notas 5,20; 29 (20,71%) leen revistas de pasatiempos y chistes con una media de notas de 5,15 y 11(7,85%) leen novelas policiales y manuales de ingenio con una media de notas de 5,42. Según la bibliografía consultada coincide en la necesidad e importancia de desarrollar el hábito de la lectura, si bien no se ha encontrado información relevante en esta temática se puede afirmar la necesidad de incentivar a los jóvenes para crearles el hábito de la lectura orientada a textos científicos u otros que despierten en los mismos su ingenio y creatividad acrecentando su cultura general y propiciando aprendizajes significativos desde sus edades de escolaridad. Los autores expresan que para que el conocimiento sea válido y confiable, es necesario que el lector en el transcurso de su lectura tenga un dominio de la fundamentación teórica y conceptual, del desarrollo de la ciencia. Debe comprender además que la lectura es un proceso dinámico que pasa por diferentes momentos que se interrelacionan y modifican de acuerdo con el avance y las situaciones que se enfrentan. Continuando con la opinión de diversos autores el conocimiento a través de la lectura debe de estar relacionado con la investigación, como: ciencia, teoría y método científico, fomentando en el individuo el desarrollo de la ciencia y la teoría y su contribución como fuente generadora de conocimiento científico. A pesar de que se acepta la necesidad de crear hábitos de lectura científica, en este trabajo se demuestra que no influye en el rendimiento académico de los jóvenes, dado que del análisis de los datos se observó que el mayor porcentaje realiza lectura de textos y revistas científicas, y en menor proporción revistas de pasatiempos, novelas policiales y manuales de ingenio, no observamos diferencias significativas en la media de notas.

BIBLIOGRAFIA

- 1-Kerlinger, N. F. Investigación del comportamiento, técnicas y metodología. Segunda Edición en español. Interamericana, México, 1982.
- 2-Neupent, R. Manual de Investigación social. Editorial Universitaria, Honduras 1997.
- 3-Pardinas, F. Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. Siglo Veintiuno Editores. México 1999.

Caracterización de los postgrados en los egresados de la F.O.L.P.

Seara, S.; Mosconi, E.; Medina, M.; Coscarelli, N.; Albarracín, S.; Irigoyen, S; Rueda, L.; Papel, G.; Tomas, L.

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata

La educación permanente cumple el papel de colaborar para la actualización y/o recuperación del conocimiento técnico profesional. Mejía concibe a la educación continua como “el conjunto de experiencias que siguen a la formación inicial y que permiten al trabajador mantener, aumentar y mejorar su competencia para que ésta sea pertinente al desarrollo de sus responsabilidades”, siguiendo esta consideración agrega que:

“La educación inicial, independiente de su duración, no garantiza un ejercicio profesional idóneo indefinidamente. Capacita sólo para comenzar una carrera o empleo y aporta conocimientos para continuar la educación durante toda la vida profesional de un individuo. Sin educación continua la competencia decrece progresiva e inexorablemente. De todo lo anterior se puede decir a grosso modo que sin educación continua, una alta competencia inicial es incongruente o se ha olvidado, de cinco a siete años después de la formación inicial, por ello no se deben restringir sus objetivos a la sola acción compensatoria de deficiencias cognitivas o de destrezas, pues limitaría su eficacia. Teniendo en cuenta otros aportes que orientan hacia el cambio de la práctica técnica y de la práctica social al mismo tiempo, y resaltan los aspectos de promoción humana del trabajador y del trabajo en equipo, la reflexión, crítica sobre la práctica y la estimulación del compromiso por transformar la realidad. Buscar la capacitación continua para el trabajo en organizaciones cada vez más complejas, y hasta muchas veces, optar por una reconversión profesional. Teniendo en cuenta que la educación continua, se la debe considerar como una estrategia de desarrollo, donde el aumento de la productividad es posible mediante la formación y capacitación adecuada del recurso humano. En función de las reflexiones anteriores a la Educación continua se la debe situar como una función integrante y reconocida por y dentro de las instituciones que contemple no solo el saber académico, sino también el saber individual/grupal que nace de las experiencias vivida por las personas. La apropiación de un saber tecnológico como construcción activa, integrando la práctica y la teoría a la resolución de los problemas dentro de aquellos marcos valorativos, y no una mera recepción de conocimientos. La Educación Permanente deberá tender hacia una transformación de las prácticas y los servicios, el desarrollo del conocimiento en función de la resolución de problemas de la práctica y del equipo de trabajo, compromiso social y profesional, y ser capaz de colaborar para generar nuevos modelos

y procesos de trabajo en las instituciones a través de la transformación de las prácticas técnicas y sociales. El objetivo del presente trabajo pretende identificar las áreas de postgrados en que se encuentran preparados los egresados de la Facultad de Odontología entre los años 2001 y 2005. Esta investigación consistió en un estudio de tipo descriptivo, la población la constituyeron los egresados de la F.O.L.P. de la U.N.L.P. entre los años 2001 – 2005.; la recopilación de la documentación se obtuvo en el CESPI. La información se obtuvo mediante una encuesta estructurada aplicada por Internet, entrevistas personales y telefónicas. Tomando un total de 1984 egresados, correspondiendo (436 al año 2001, 390 al 2002, 394 al 2003, 441 al 2004 y 323 al 2005). Se obtuvo información de 51 (11,70%) del año 2001, 151 (38,80%) del año 2002, 96 (24,38%) al año 2003, 91 (20,70%) del año 2004, 48 (68,75%) del año 2005. Del total de encuestas recibidas 43 (84,30%), 136 (90,07%), 72 (75%), 59 (68,84%), 33 (68,75%) realizó estudios de postgrados en los años investigados, y 8 (15,70%), 15 (9,93%), 25 (25%), 32 (33,16%) y 15 (31,25%) no los realizó. Las áreas de mayor interés para la educación continua fueron Ortodoncia y Ortopedia, Cirugía e Implantología, correspondiendo para la primera el 30% para los egresados del 2001, 66,6% para los egresados 2002, 15,38% para los egresados del 2003; para la segunda el mayor porcentaje fue de los egresados 2004, y para la última el mayor porcentaje fue de los egresados 2005. Los resultados brindaron elementos para determinar conclusiones sobre la relevancia de la formación de postgrado, de los egresados de la FOLP, determinándose que un alto porcentaje deseada realizar capacitación postítulo y su interés por la educación continua. Según la bibliografía consultada se coincide en la necesidad de la capacitación y actualización en la formación de postgrado para adecuarse a los cambios científicos y tecnológicos que la sociedad demanda. Se concibe a la educación continua como “el conjunto de experiencias que siguen a la formación inicial y que permiten al trabajador mantener, aumentar y mejorar su competencia para que ésta sea pertinente al desarrollo de sus responsabilidades”.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Brillo, Pedro; Mercar, Hugo; Vidal, Carlos. “Educación permanente en salud, un instrumento de cambio”. Ponencia. En: Reunión sobre Educación permanente en Salud, OPS/OMS. México. 1988.
- 2-Llorens, José A.; “Educación permanente en salud. Posibilidades y limitaciones”. En: Educación Médica y Salud, Vol. 20 N° 4. 1986.
- 3- Barquera, Humberto: “Las principales propuestas pedagógicas en América Latina”. En: Investigación y Evaluación de innovación en educación de adultos. Centro de Estudios Educativos. México. 1982. Mimeo.
- 4 - Haddad, Jorge; Roschke M. (editores). “Proceso de trabajo y educación permanente de personal de salud; reorientación y tendencias en América Latina”. En: Educación Médica y Salud. Vol. 24 N° 2. 1990.

Estilos de aprendizaje y rendimiento académico en estudiantes de la FOLP

Tomas, L. J.; Medina, M. M.; Albarracín, S.; Irigoyen, S.; Rueda, L.; Papel, G.; Coscarelli, N.; Mosconi, E.; Seara, S. tomas@folp.unlp.edu.ar

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

No todos aprendemos de la misma manera ni al mismo ritmo ya que cada uno de nosotros utiliza su propio [método](#) o [estrategias](#). Así los estilos de aprendizaje se definen como los rasgos cognitivos, afectivos y fisiológicos que sirven como [indicadores](#) relativamente estables, de cómo los discentes perciben, interaccionan y responden a sus ambientes de aprendizaje. Tanto desde el punto de vista del profesor como del estudiante, el [concepto](#) de los estilos de aprendizaje resulta especialmente interesante porque nos ofrece una [teoría](#) sustentada en sugerencias y aplicaciones prácticas con grandes posibilidades de conseguir un aprendizaje mucho más efectivo. Y por tanto cuanto mayor sea la [información](#) que el formador recabe del discente, mayores serán las posibilidades de acercamiento entre los tres vértices del triángulo del [proceso](#) de aprendizaje: estudiante, profesor y [material](#) de estudio. Por todo ello, [el conocimiento](#) del estilo de aprendizaje predominante en las aulas universitarias podría ser una herramienta docente muy útil para adaptar el estilo de [enseñanza](#) del profesorado de cara a un mejor rendimiento académico a la vez que permitiría diseñar [métodos](#) de [evaluación](#) más apropiados para comprobar el progreso de los estudiantes en general. Así mismo para los estudiantes sería de una gran utilidad porque podrían planificar [el aprendizaje](#) según sus estilos, evitando así bloqueos y optimizando sus resultados. El instrumento de [diagnóstico](#) del estilo [personal](#) de aprendizaje utilizado en esta investigación fue el Cuestionario Honey-Alonso de Estilos de Aprendizaje (CHAEA). El objeto de estudio del presente trabajo de investigación es determinar el grado de correlación entre los estilos de aprendizaje y el rendimiento académico de los estudiantes de la FOLP. Se aplicó el cuestionario Honey-Alonso de Estilos de Aprendizaje, que consta de 80 preguntas (20 ítems para cada uno de los cuatro estilos) a las que se responde dicotómicamente manifestando si está de acuerdo (signo +), o en desacuerdo (signo -). Se trabajó con el registro de evaluaciones para identificar el aspecto académico, traducido en calificaciones y se los interrelacionó. La muestra conformada por 452 estudiantes de 1º a 5º año, de ambos sexos fue seleccionada por un muestreo aleatorio simple. El cuestionario se aplicó

durante un plazo máximo de 30 minutos. Además se efectuó una breve presentación de la investigación y del cuestionario, tratando de no generar la introducción de variables extrañas y no controladas al momento de la aplicación de los instrumentos, haciendo especial hincapié en que se contestara todos los ítems. Su posterior análisis permitió determinar los estilos predominantes en los diferentes grupos a los cuales se les aplicó este cuestionario y relacionarlos directamente con el rendimiento académico. La puntuación máxima que se puede alcanzar en cada estilo es 20. Para conocer el grado de confiabilidad del cuestionario, se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach. Para ello se calcularon primero las varianzas de cada ítem y la varianza total de la escala. Con respecto a los valores de confiabilidad, la gran mayoría de autores consideran una correlación muy alta a partir de 0.80 aunque hay autores que la aceptan como buena a partir de 0.50. Por lo tanto el grado de confiabilidad del cuestionario Honey-Alonso de Estilos de Aprendizaje, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach es de 0.81, que nos muestra que la escala tiene una muy buena consistencia interna y que es fiable, dicha fiabilidad viene corroborada por los coeficientes de cada estilo de aprendizaje. Esto nos indica que el cuestionario Honey – Alonso, validado cuantitativamente, permite la descripción de los estilos de aprendizaje característicos en estos estudiantes y que su relación con el rendimiento académico es aplicable y relacionable. El Coeficiente Alfa de Cronbach.- (80 ítems, 452 estudiantes) fue $\alpha = 0.81$. Los estilos de aprendizaje predominantes en los estudiantes de la FOLP fueron el Reflexivo (14,94 +/- 2,71), seguido por el Teórico (13,77 +/- 2,68), Pragmático (13.39 +/- 2,63) y Activo (11,46 +/- 2,71). La media del rendimiento académico fue respectivamente de 6,82, 6,72, 6,90, 6,78 y 6,98. La correlación entre el rendimiento académico y los estilos de aprendizaje, aplicando el coeficiente de correlación r de Pearson fue para el estilo Teórico 0.64, para el Pragmático 0.62, para el activo 0.55 y para el Reflexivo 0.68. Los estilos de aprendizaje tienen correlación significativa con el rendimiento académico.

BIBLIOGRAFIA

- (i). Alonso, C.M. [Análisis](#) y Diagnostico de los Estilos de Aprendizaje de los universitarios. [Madrid](#). Universidad Complutense. (11):411-421. 1991.
- (ii). Bernard, J. A. Las [estrategias](#) de aprendizaje. [Procesos](#), contenidos e [interacción](#). Barcelona: Editorial Domenech. 1998.

10 años salud comunitaria. Formosa, Bañado La Estrella. Cariostáticos una solución saludable.

Medina, M. M.; Lazo, G.; Lazo, S.; Alfaro, G.; Caviglia, N.; Rouillet, A.; Onnini, G.; Andrada M.; Pazos, F.

El siguiente trabajo es de carácter interinstitucional y mancomuna desde el modelo de participación y acción la actividad de Docentes y Estudiantes de la Facultad de Odontología de la UNLP y la Asociación de Odontólogos Solidarios para aportar mejoras en la calidad de vida de los habitantes de las comunidades más desprotegidas de nuestro país como lo son las del noreste Argentino en especial Formosa. El proyecto se basa en dos ejes fundamentales, salud bucal y educación social. El primer eje está orientado principalmente a la Atención Primaria de la Salud desarrollando metodologías innovadoras mínimamente invasivas y conservadoras. En lo referente a la educación social, las acciones pretenden promover el desarrollo sustentable y la integración comunitaria. Enmarcándose esto en la formación de un futuro profesional capacitado con un criterio científico y social adecuado a la realidad de nuestro país y dotado de herramientas para abordar las problemáticas de salud bucal, en comunidades culturalmente diferentes y con mínimos recursos; todo dentro de un nuevo modelo de enseñanza aprendizaje en la cual se genera una rotación espontánea y dirigida de los roles educador educando. Niños y Adolescentes en edad escolar que serán las personas que reciban la Atención Primaria en Salud. Padres y Miembros de la comunidad quienes recibirán capacitación como Agentes Multiplicadores de Salud. Autoridades y Maestros de las Escuelas Rurales que recibirán capacitación como Agentes Multiplicadores de Salud. Caracterización de la Población: Se trabajara con 3 comunidades criollas (Fortín Soledad, El Coletto y Bajo Hondo) y una comunidad Aborigen Pilagá que suman aproximadamente 800 personas en total, las Escuelas de cada comunidad son los lugares donde se desarrollan las actividades del programa, ya que el mismo está destinado a la población infante-escolar y requiere de la colaboración de los maestros que son los verdaderos agentes multiplicadores de salud, Fortín Soledad: lugar utilizado como Centro Operativo para desarrollar el programa y desde aquí se viaja a los demás lugares. Éste es el paraje más grande y desarrollado con una densidad poblacional de 600 habitantes. A su escuela concurren 170 niños. Fue remodelada en el año 2001 dejando de ser "Escuela Rancho". Su plantel docente es el mayor (8 en total) y posee jardín de infantes, lo que mejora las condiciones en que se desarrolla el programa, permitiendo educar en edades muy tempranas. El objetivo primordial: mejorar la calidad de vida de los habitantes de las comunidades abordadas capacitando profesionales que adopten un perfil social. Los objetivos específicos se dividen en salud y formativos, en el eje Salud:

Contribuir al mejoramiento de las comunidades identificadas, generando cambios que permitan concientizar a la población sobre la importancia de salud general e individual, desarrollar programas masivos de prevención con participación comunitaria, así como programas de atención integral, con fuerte contenido preventivo, que garantice impacto en la salud de las poblaciones, control y mantenimiento de los resultados obtenidos en los 9 años de vigencia del programa en las áreas odontológica, médica y social, revelar y recuperar la información disponible, y realizar un análisis basada en criterios de riesgo biológico (homogéneo y específico) que permita la toma de decisiones para una priorización adecuada, desarrollar áreas modelos aplicando distintas estructuras y dinámicas para la atención primaria de la salud (O.M.S. trabajo en terreno), aplicar técnicas mínimamente invasivas como la técnica restaurativa atraumática (ART), promover la aplicación de agentes químicos, como cariolíticos, caricidas, cariostáticos, como fluoruro diamínico de plata, Papacaries y carisolv. Los objetivos formativos: capacitar voluntarios en Atención Primaria de Salud y Técnica Restaurativa Atraumática, concientizar alumnos en las diferencias socioculturales y económicas de las comunidades sobre las cuales se va a trabajar, formar alumnos capaces de aplicar lo aprendido en terrenos desfavorables optimizando el recurso, formar odontólogos con un perfil social que les permita detectar problemáticas sociales y establecer pautas de conductas en relación a éstas. La metodología de trabajo se basa en: Etapa de preparación de recursos: Realización de ateneos semanales orientados al desarrollo de las actividades en terreno, provisión de material bibliográfico basado fundamentalmente en APS y PRAT. Etapa de abordaje a las comunidades Formoseñas: formación de agentes multiplicadores de Salud (AMS), atención odontológica mediante la implementación de técnica restaurativa atraumática transformando las aulas en verdaderas clínicas odontológicas (OMS áreas modulares de acción). Trabajo en isla. Como efecto innovador, el proyecto plantea como metodología de trabajo la Práctica Restaurativa Atraumática (PRAT), avalada por la Organización Mundial de la Salud. Esta técnica se desarrolla hace aproximadamente 20 años en nuestro país pero son escasos los espacios y profesionales que trabajan con la técnica mencionada. Este equipo de profesionales, trabaja en las diferentes comunidades aplicando la técnica hace 10 años y fomentando la utilización de la misma a partir de los resultados obtenidos.

Bibliografía:

*Preconc curso 1, 2 y 3 módulo 1, 2 y 3 programa paltex.

*Programa de atención Integral al escolar de 1^{er}. grado. Ministerio de Salud y Acción Social. Dirección Nacional de Odontología. Bs. As. 1987.

*Rossetti, H.: Salud para la Odontología .1990

*Silverston: Odontología Preventiva. Sopena-Barcelona. 1980

Agentes químicos inhibidores de lesiones cariosas.

Medina, M. M; Lazo, G.; Lazo, S.; Alfaro, G.; Caviglia, N.; Rouillet, A.; Onnini, G.; Andrada M.

A pesar de ser la caries dental una de las enfermedades más prevalentes en el ser humano, la Odontología no ha sido capaz todavía de establecer unos estándares para su diagnóstico y tratamiento; la decisión de cuándo y cómo obturar un diente afectado por caries dental está sujeta a una gran variabilidad. Se realiza una revisión bibliográfica con el objetivo fundamental de profundizar en los conocimientos teóricos y prácticos sobre tratamientos preventivos, curativos no invasivos utilizados contra esta enfermedad. Se concluye que se deben potenciar los factores remineralizantes y solo cuando una lesión es activa, debe ser obturada. Sin embargo, para determinar si una lesión es activa, el único método disponible actualmente en clínica, es el control en el tiempo, valorando si la lesión progresa. Otras de las paradojas de esta enfermedad tan común es que a pesar de estar definida como una infección, su tratamiento sigue siendo todavía hoy mayoritariamente quirúrgico y no médico. Las obturaciones no curan una boca afectada de caries, simplemente restablecen la función del diente lesionado. El tratamiento de la caries dental debe de hacerse desde un enfoque médico en una primera instancia, y sólo deben ser susceptibles de tratamiento quirúrgico-restaurador las lesiones de caries activa que han penetrado más allá del tercio exterior de la dentina; las demás lesiones tienen variadas posibilidades terapéuticas antes de recurrir al tratamiento quirúrgico. La decisión de obturar un diente debe ser retrasada lo más posible, siempre que no se ponga en peligro su integridad y vitalidad. Cuanto más tarde reciba un diente una obturación, más tarde se incorporará al ciclo de retratamiento y, por lo tanto, mejor será su pronóstico de vida. Ha sido ampliamente demostrado que las lesiones de caries avanzan a ritmo lento, salvo en los pacientes con factores de alto riesgo. Así pues, se deben potenciar todos los factores remineralizantes, y solo cuando una lesión es activa y se comprueba su progresión en dentina, debe ser obturada. El tratamiento preventivo de la caries dental, tiene como objetivo general reducir la incidencia, prevalencia y gravedad de la caries dental. Los objetivos específicos son: identificar los riesgos, controlar los riesgos y disminuir la pérdida dentaria. Se estudió durante muchos años la acción que la placa bacteriana ejerce sobre los dientes produciendo caries y sobre los tejidos de sostén produciendo enfermedad periodontal, llegando a la conclusión que la mejor forma de prevenirlas es eliminarla por medio del cepillado diario. Sin embargo, el hábito del cepillado diario, controlando la técnica con que se realiza, no es el único recurso preventivo. Se agregan las aplicaciones periódicas de flúor, alternando entre geles y buches, o bien

el empleo de carioestáticos en dientes permanentes con caries incipientes y de sellantes de fosas y fisuras en las piezas dentales con surcos profundos de difícil acceso a la higiene, etc. que integran el conjunto de acciones para la preparación de un terreno propicio al momento de la erupción de los dientes permanentes. Nuestra Secretaria de Extensión Universitaria en todos sus programas y proyectos de salud aplica en APS los siguientes materiales: Fluoruro Diamínico de Plata, Flúor Fosfato Acidulado, Barniz Fluorado (para mancha blanca localizada), Papa caries, Carisolv. Considerados importantes agentes de prevención e inhibición de caries dental no sólo por su comprobación a nivel científico sino también por su fácil aplicación clínica, bajo costo, sencillez, eficacia masiva y aceptación comunitaria. Los Objetivos son: demostrar la viabilidad de la Técnica PRAT en zonas sin estructura apropiada para realizar tratamientos odontológicos convencionales, brindar una respuesta masiva a la demanda en salud bucal de las poblaciones escolares sin acceso a la Atención Primaria de la Salud, exponer la eficacia de la Terapéutica mínimamente invasiva basada en tratamientos químico-mecánicos de la caries dental, incorporar carioestáticos a la Técnica PRAT, mejorar la calidad de vida de los habitantes de las comunidades abordadas capacitando profesionales que adopten un perfil social, contribuir al progreso de las comunidades identificadas, generando cambios que permitan concientizar a la población sobre la importancia de salud general e individual, favorecer los mecanismos coordinados entre población o comunidad y grupo de tareas voluntarias, para fortalecer la producción, aplicación, evaluación y divulgación de conocimientos sobre la salud como un componente esencial de calidad de vida. En los programas de salud ejecutados en las provincias de Santiago del Estero, Salta, Formosa y La Rioja, es habitual el empleo de estos materiales. Los resultados que se buscan obtener son el control de la infección, química y mecánica; control de condicionantes de infección y reinfección; fortalecimiento del huésped. Los docentes coordinantes del proyecto se encargaran de la capacitación de los alumnos, ya que las técnicas a emplear no son de uso habitual en la práctica cotidiana, técnicas de bajo costo y de simple realización que permite abordar de forma integral al paciente en una sola sesión deteniendo todos los signos enfermedad y eliminando los factores de riesgo a contraer nuevas.

BIBLIOGRAFIA:

- *Salud para la odontología. Dr. Hugo Rossetti (1995).
- *Salud comunitaria. Diagnóstico-Estrategia-Participación. Edit. "Espacio". Susana Conde, Mabel Leal y Sandra Schmunk. (1998).
- *Newbrum, E.: cariológica. Limusa. México (1984).

Técnica restaurativa Atraumática y Cariostáticos.

Medina, M. M; Lazo, G.; Lazo, S.; Alfaro, G.; Caviglia, N.; Rouillet, A.; Onnini, G.; Andrada M.

En la actualidad existen diversas técnicas y tratamientos preventivos y restauradores, para combatir la caries dental. En zonas, donde no existe suministro de agua y electricidad, el uso de técnicas convencionales para el tratamiento de la caries dental es imposible. Una alternativa de tratamiento desarrollada para esta situación es la técnica de intervención mínima: Técnica restaurativa atraumática (TRA). En esta revisión se presenta sus inicios, la técnica, características, materiales e investigaciones actuales, que sustentan la aplicación de la técnica de acuerdo a la necesidad de cada paciente. La utilización de la TRA conlleva a la disminución de la exodoncia, considerada como el único tratamiento en muchos lugares del mundo; el uso del ionómero de vidrio incrementa la duración de las restauraciones y brinda salud bucal a personas de lugares alejados. El éxito y beneficios encontrados en esta técnica amplían sus indicaciones iniciales y se utiliza actualmente en otros pacientes que no necesariamente se encuentran en zonas o poblaciones que carecen de suministros de agua y electricidad. Muchos estudios demuestran que reduce el nivel de streptococos mutans favoreciendo el riesgo de caries. Los objetivos son: demostrar la viabilidad de la Técnica PRAT en zonas sin estructura apropiada para realizar tratamientos odontológicos convencionales, brindar una respuesta masiva a la demanda en salud bucal de las poblaciones escolares sin acceso a la Atención Primaria de la Salud, exponer la eficacia de la Terapéutica mínimamente invasiva basada en tratamientos químico-mecánicos de la caries dental, incorporar cariostáticos a la Técnica PRAT, mejorar la calidad de vida de los habitantes de las comunidades abordadas capacitando profesionales que adopten un perfil social, contribuir al progreso de las comunidades identificadas, generando cambios que permitan concientizar a la población sobre la importancia de salud general e individual, favorecer los mecanismos coordinados entre población o comunidad y grupo de tareas voluntarias, para fortalecer la producción, aplicación, evaluación y divulgación de conocimientos sobre la salud como un componente esencial de calidad de vida.

En los programas de salud ejecutados en las provincias de Santiago del Estero, Salta, Formosa y La Rioja, es habitual el empleo de estos materiales. Fluoruro Diamínico de Plata: Es una combinación de nitrato de plata amoniacal y fluoruro de sodio que se presenta comercialmente en una concentración del 38 y 12 % (PH: 8 a 10). Acción terapéutica: Remineralización, obturación de tómulos dentinarios, efecto antiplaca, acción cariostática, inhibición de la colonización bacteriana y enzimas,

coagulación de proteínas y tratamiento de la hipersensibilidad. Indicaciones: tratamiento y prevención de caries en piezas dentarias temporarias, topicaciones de fosas y fisuras para su remineralización, topicación de cavidades antes de su obturación y topicación de muñones, todas ellas deben realizarse en sector posterior. Forma de Uso: limpieza mecánica de la pieza eliminando placa bacteriana, aislación absoluto, remoción con instrumental manual de la dentina desorganizada, aplicación del FDP con torunda de algodón sobre la cavidad durante 3 minutos y luego enjuagar. Conviene repetir la maniobra 3 veces con intervalo de 3 días. Flúor Fosfato Acidulado: Es un gel tixotrópico, es decir que cambia su consistencia cuando se ejerce presión. Indicaciones: Prevención de caries y el tratamiento de la mancha blanca. Forma de Uso: Profilaxis de las piezas dentarias con taza de goma y pasta de dióxido de sílice, pasar hilo dental entre las piezas, lavar y secar las piezas, aplicar el gel tixotrópico en el cepillo de dientes y accionar durante 1 minuto, no se debe enjuagar ni ingerir alimento durante 30 minutos a 2 horas. Barniz Fluorado.

Indicaciones: Mancha blanca localizada y el tratamiento de sensibilidad dentinaria, evitando la acción de arrastre de la saliva y aumentando el tiempo de acción del flúor sobre el esmalte. Forma de Uso: Desoperculización del esmalte, aislación relativa, aplicación del barniz en caras oclusales, proximales y libres con pincel o jeringa con aguja despuntada, no se debe enjuagar ni ingerir alimentos durante dos horas y no cepillarse por ese día. Los resultados esperados son: disminución la incidencia de caries y enfermedades gingivales en las comunidades infante escolares mencionadas en el término de 2 años, disminución índices CPOD, CPOS, ceod, ceos, O'Leary y Loe Silness, aumento del porcentaje del índice de Diente Sano, aumento de la incorporación y prevalencia del cepillado diario en las escuelas de las comunidades abordadas, aumento del número y calidad de agentes multiplicadores de salud, El PRAT es una técnica alternativa conservadora con más de 20 años de soporte científico para su aplicación clínica. Éstas no sustituyen el tratamiento odontológico convencional y su éxito depende de una indicación adecuada. Constituye una forma simplificada de intervención la cual no debe estar aislada de los métodos preventivos y de educación para la salud. El profesional de la salud tiene la responsabilidad de evaluar y realizar sus propios análisis de la literatura, con el fin de hacer de la odontología una ciencia basada en investigación y no en empirismo o creencias personales que no tengan validez científica.

Bibliografía:

*Rossetti, H.: Salud para la Odontología .1990

*Silverston: Odontología Preventiva. Sopena-Barcelona. 1980

Reciclando la salud Bucal

Medina, M. M; Lazo, G.; Lazo, S.; Alfaro, G.; Caviglia, N.; Rouillet, A.; Onnini, G.; Andrada M.; Pazos, F.

La Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, representada por la Asignatura de Odontología Preventiva y social, se encuentra realizando un programa de trabajos extramuros en su zona de influencia con 28 puntos estratégicos o unidades operativas distribuidas sistemáticamente y dirigida por un docente de la asignatura y un total de 2200 alumnos de 1° a 5° año este trabajo se viene realizando desde el año 1997 hasta la fecha y en base a los resultados obtenidos, concluimos que el 68% de las familias de La zona de la Plata, no tiene, a veces no conoce o no recambia sus cepillos de dientes, en especial si se trata de familias carenciadas. Éstos, son necesarios para llevar a cavo cualquier programa de educación para la salud bucal ya que son el instrumento indispensable para la ejecución del mismo. Por otro lado al recorrer los barrios se detectaron basurales en donde lo mas evidente es la presencia de botellas de plástico que no son biodegradables (con lo cual se produce un problema ecológico-ambiental) pero si son reciclables; Esta condición nos llevó a concluir que era necesario en base a las 2 problemáticas planteadas por un lado la falta de cepillos dentales (o la falta de recurso económico para solventarlos) y por otro el problema de los plásticos en los residuos un proyecto de extensión que nos permite reciclar los plásticos y obtener a cambio cepillos de dientes que nos permita realizar educación para la salud en las escuelas de la ciudad de La Plata. En una primera etapa el proyecto abarco treinta escuelas primarias del área de La Plata con un total de destinatarios de 8530 alumnos Grupo etario entre 6 y 15 años 1480 Docentes y auxiliares y se entregaron 21.500 kit de cepillos de dientes y elementos de educación para la salud y se recolectaron 30 toneladas total de plásticos propone ampliar la cobertura de beneficiarios del proyecto. La Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata viene desarrollando desde junio de 1997, un Programa de Salud Bucal destinado a la ciudad de La Plata y su conurbano. Es realizado por los veintiocho docentes de la Asignatura Odontología Preventiva y Social y alumnos de 1° a 5° año de la carrera de odontología. Éstos se encuentran divididos en comisiones, correspondientes a una zona determinada de la ciudad. Entre las actividades, se realiza educación con material didáctico como macro modelos, cepillos gigantes, videos, afiches, gacetillas y otros medios de educación para la salud, que son confeccionados por los alumnos con la supervisión de los docentes. Sabiendo de las dificultades que se nos presentaron para la obtención de cepillos dentales que son el objeto principal para realizar la higiene bucal y dado que no contamos con la

economía para proveerlos, surge la necesidad de elaborar este proyecto de plásticos reciclables por cepillos, tendiente a producir un mejor impacto social a través de medios posibles, simples y de bajo costo y alto beneficio educativo con 2 componentes de alta relevancia social bien marcados: Educación para la salud bucal y Educación ecológica. La producción de residuos diarios de una persona alcanza un promedio de tres kilos de basura por día. El 35% de la basura acumulada en basurales a cielo abierto es de origen plástico. El plástico tarda más de 400 años en degradarse y se convierte en un agente contaminante cuando toma contacto con la tierra el agua y el aire; por tal motivo se hace fundamental el reciclado para la recuperación de espacios como así también para la preservación del medio ambiente. El diagnóstico surge de una problemática pública de que los municipios que abarca este programa no encuentran solución a la acumulación de basura diaria de estas grandes urbes y el desconocimiento por parte de la comunidad al compromiso del reciclado discriminación de basura en origen y reutilización del plástico. Este trabajo se viene realizando desde el año 1997 hasta la fecha y en base a los resultados obtenidos, concluimos que el 68% de las familias de La zona de La Plata, no posee, no conoce o no recambia sus cepillos de dientes. Considerando que los cepillos dentales son necesarios para llevar a cavo cualquier programa de educación para la salud bucal ya que son el instrumento indispensable para la ejecución del mismo. En los barrios abarcados se detectaron basurales en donde lo mas evidente es la presencia de botellas plásticas no biodegradables (con lo cual se produce un problema ecológico-ambiental) pero si reciclables. En base a las dos problemáticas planteadas: por un lado la falta de cepillos dentales (o la falta de recurso económico para solventarlos) y por otro el problema de los plásticos en los residuos, concluimos en la realización de un proyecto de extensión que nos permita reciclar los plásticos y obtener a cambio cepillos de dientes para promover la educación para la salud bucal en las escuelas de la ciudad de La Plata. Los destinatarios son: 8530 alumnos (entre 6 y 15 años); y 1480 Docentes y auxiliares docentes, distribuidos en treinta escuelas platenses. Asimismo se entregaron 21.500 kit de cepillos de dientes y elementos de educación para la salud y se recolectaron 30 toneladas de plásticos. Los alumnos de Odontología de la asignatura de Odontología preventiva y Social recorrerán las escuelas de la zona determinada y alrededores promoviendo el programa a través reuniones establecidas con docentes y directivos de dichos lugares, convirtiéndolos en agentes multiplicadores del programa de reciclado.

Bibliografía:

Barranchuk, A. y col.: Odontología Preventiva. Un desafío a la creatividad y la investigación. Enfoque interdisciplinario. Actualidad Odontológica. Año X N° 33:73-82. 1988.

Proyecto de salud bucal Chilecito, La Rioja, carioestáticos aplicados en población escolar.

Medina, M. M.; Lazo, G.; Lazo, S.; Alfaro, G.; Caviglia, N.; Rouillet, A.; Onnini, G.; Andrada M.; Pazos, F.

El proyecto a desarrollar surge de la solicitud de los maestros y directores de las escuelas riojanas apadrinadas por nuestra Universidad que se relacionan con la dirección del museo Samay Huasi en la provincia de La Rioja, la Secretaría de Extensión y Planificación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, quienes pusieron en marcha su capacidad de gestión para lograr el abordaje de más de 700 niños en los alrededores de Chilecito y la entrega de 5000 cepillos odontológicos en pos de generar salud bucal en esta población por ser considerada de alto riesgo en enfermedades bucales. Este proyecto agrupa en el trabajo interdisciplinario a estudiantes y docentes de diferentes facultades de la Universidad Nacional de La Plata y la ONG Asociación de Odontólogos Solidarios. El abordaje clínico se realiza fundamentalmente con la técnica PRAT modificada, utilizando materiales cariostáticos, carioestáticos y biocompatibles que garanticen la durabilidad de las restauraciones realizadas. El uso de carioestáticos combinado con la técnica PRAT nos garantiza una odontología mínimamente invasiva y muy conservadora que preserva las piezas dentarias temporarias enfermas químicamente inactivas y remineralizadas como mantenedores de espacios naturales, cuidando el espacio hasta la edad cronológica de exfoliación de la misma guiando de esta manera la erupción de las piezas dentarias permanentes. El trabajo se realiza a través de la técnica PRAT. La técnica es simple y posibilita realizar prestaciones a un costo muy bajo. Se realiza con instrumental de mano eliminando el tejido deficiente. La remineralización e inactivación química se consigue con la aplicación de fluoruro diamínico de plata con la posterior restauración con ionómero vítreo de multipropósito. Los resultados obtenidos: Disminución la incidencia de caries y enfermedades gingivales en las comunidades infanto escolares mencionadas en el término de 2 años, disminución índices CPOD, CPOS, ceod, ceos, O'Leary y Loe Silness, aumento del porcentaje del índice de Diente Sano, aumento de la incorporación y prevalencia del cepillado diario en las escuelas de las comunidades abordadas, aumento del número y calidad de agentes multiplicadores de salud. Se busca dar respuesta a las problemáticas a partir de mejorar la calidad de vida de las personas a partir de medidas tendientes a superar las barreras que se presentan; políticas, geográficas, culturales, económicas, educacionales y sociales que no permiten el desarrollo del potencial de los individuos y de la comunidad en su conjunto. Como efecto innovador, el proyecto plantea como metodología

de trabajo la Práctica Restaurativa Atraumática (PRAT), avalada por la Organización Mundial de la Salud. Esta técnica se desarrolla hace aproximadamente 20 años en nuestro país pero son escasos los espacios y profesionales que trabajan con la técnica mencionada. Este equipo de profesionales, trabaja en las diferentes comunidades aplicando la técnica hace 10 años y fomentando la utilización de la misma a partir de los resultados obtenidos. Franja etaria: Niños y adolescentes en edad escolar, docentes, y por su extensión a padres y miembros de la comunidad. Características de la población destino: población que desconocía la actividad odontológica, alta prevalencia de caries e inflamación gingival, alto índice de pobreza e indigencia, desconocimiento de técnicas esenciales de prevención en salud, carencia de recursos y de capacitación para obtenerlos y mejorar la calidad de vida, falta de estímulos para motivar la participación en la búsqueda de nuevas formas de promover el crecimiento dentro de sus respectivas características culturales, falta de conocimiento sobre recursos reutilizables. Las escuelas de cada comunidad son los lugares donde se desarrollan las actividades del programa, ya que el mismo está destinado a la población infanto-escolar y requiere de la colaboración de los maestros que son verdaderos agentes multiplicadores de salud. El programa se desarrolla en la provincia de La Rioja. Nuestro centro operativo se ubica en Samay Huasi, a 6 km de Chilecito. Se tomó como tal por ser la casa de descanso del fundador de la Universidad, Joaquín V. González. Siendo este el lugar de hospedaje de todos los voluntarios que participan, los verdaderos centros operativos son todas y cada una de las escuelas, donde se ambientan las aulas en forma de islas usando los pupitres para realizar la atención odontológica. Además contamos con un hospital móvil de 3 consultorios prestado por el gobierno de la provincia de La Rioja que se ubica en la puerta de cada escuela para continuar con el trabajo. Los docentes coordinantes del proyecto se encargaran de la capacitación de los alumnos que realizaran el trabajo ya que las técnicas a emplear no son de uso habitual en la práctica cotidiana, son técnicas de bajo costo y de simple realización que permite abordar de forma integral al paciente en una sola sesión deteniendo todos los signos enfermedad y eliminando los factores de riesgo a contraer nuevas. En los últimos años, Argentina ha demostrado una capacidad de respuesta y de reorganización de espacios de lucha y alternativas. En este marco las Universidades deben contribuir a la formación de recursos humanos acorde a la realidad en la que se encuentra inmersa.

Bibliografía:

- *-Preconc. Curso I, segunda edición. Editorial "Paltex". N. Bordoni (1993).
- * -Odontología Preventiva Primaria. Edit. "El manual moderno" Norman.o.Harris y Franklin García Godoy. (2001).
- * -Tratado de odontología, tomo II, 1° edición. Edit. "Avances". Antonio Bascones (1998).

El PCI en la Odontología platense. Una mirada retrospectiva

Miguel R., Cocco L., Zemel M., Pólvara B., Iantosca A., Sapienza M., Di Girolamo G., Blanco N.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Este trabajo se fundamenta en la necesidad de obtener datos sobre la identificación del concepto del documento de consentimiento informado realizado por Odontólogos en su práctica profesional. La investigación permitirá conocer diferentes aspectos, respecto a las fortalezas y debilidades de su utilización actual, en las prácticas odontológicas que se llevan a cabo en La Plata y alrededores.

El objetivo del presente estudio fue comparar datos obtenidos respecto a la información y utilización del documento de consentimiento informado en Odontólogos del Partido de La Plata y alrededores.

Se realizó un estudio comparativo sobre variables obtenidas mediante una encuesta estructurada y anónima a 1000 odontólogos de ambos sexos (tomados al azar) y luego separados en 3 rangos etarios. Tamaño de la muestra N: N1=186 odontólogos del sector público, N2=814 odontólogos del sector privado. Resultados: Sobre la variable conocimiento se agruparon los datos en 2 niveles de información: Registrando: Sector público: Nula a escasa=67, Suficiente a Excesiva=119, siendo su distribución: Jóvenes: Nula a escasa=53, Suficiente a Excesiva=34. Adultos Jóvenes: Nula a escasa=51, Suficiente a Excesiva=13. Adultos: Nula a escasa=34, Suficiente a Excesiva=1. Sector privado: Nula a escasa=618, Suficiente a Excesiva=196. Jóvenes: Nula a escasa=142, Suficiente a Excesiva=105. Adultos Jóvenes: Nula a escasa=325, Suficiente a Excesiva=84. Adultos: Nula a escasa=151, Suficiente a Excesiva=7. Sobre la variable utiliza del consentimiento informado se registró: Sector público: Utiliza= 82, No utiliza= 104 siendo su distribución: Jóvenes: Utiliza=52 No utiliza=35, Adultos Jóvenes: Utiliza=25, No utiliza=39, Adultos: Utiliza=5, No utiliza=30; Sector privado: Utiliza=115, No utiliza=699 siendo su distribución: Jóvenes: Utiliza=87 No utiliza=160, Adultos Jóvenes: Utiliza=20, No utiliza=389, Adultos: Utiliza=8, No utiliza=150.

El estudio denotó un bajo conocimiento de la praxis ética y legal del consentimiento informado. En este sentido, el odontólogo tiene un deber de conducta con su vida profesional en concordancia con los principios éticos escritos en las reglas morales. Por lo tanto, los profesionales odontólogos, además de garantizar la confidencialidad a sus pacientes, deben presentar las distintas alternativas de tratamiento, obtener su consentimiento y respetar las decisiones hechas por los mismos. En la práctica odontológica diaria se instrumenta como un documento escrito por medio del cual se deja

constancia de lo anteriormente descrito. Sin embargo, para que un paciente pueda firmar el consentimiento informado debe reunir determinadas condiciones, entre las que se cuentan: haber recibido y comprendido una información suficiente, encontrarse libre, y ser competente para tomar la decisión en cuestión a través de un documento que refuerce la situación contractual de la práctica moderna. En relación a este último, la concepción de consentimiento informado integra dos visiones, una jurídico-técnica y otra filosófica. En este sentido, si el uso del mencionado documento se restringiera a atender solamente sus aspectos jurídico-técnicos determinaría una poda a los alcances éticos del Consentimiento solicitado a los pacientes en las prácticas asistenciales. El correcto uso del consentimiento informado supone no sólo el estudio del aspecto jurídico-técnico que lo presenta en forma de un documento librado por el profesional odontólogo, sino también, el conocimiento de los fundamentos éticos en que basa su existencia. En relación a esto último, la concepción en que se funda el consentimiento informado se da principalmente en el ejercicio de la libertad de conciencia y por ende, en la elección responsable. En este sentido, el consentimiento informado es el proceso gradual que se ubica en el seno de la relación odontólogo-paciente, en virtud del cual el paciente obtiene determinada información del profesional, en términos comprensibles, que le permite participar voluntaria, consciente y activamente en la adopción de decisiones respecto del tratamiento de su salud. Por tanto, procesos de aprendizaje continuo formales y no formales debieran instalarse en la práctica odontológica para incidir en una mejor praxis ética y legal del consentimiento informado.

** A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir: 1-En ambos grupos a medida que avanza la edad, el odontólogo manifiesta usarlo menos y la información que dice tener tiende a ser nula o escasa. 2-Si bien se observa una mayor implementación en el grupo del sector público que en el sector privado resulta todavía escasa la utilización del documento en ambos.

Palabras clave: Consentimiento – informado – odontología
Investigación financiada por U.N.L.P.

BIBLIOGRAFÍA:

- Howe E. Leaving Laputa: What Doctors aren't taught about informed consent. *J Clinical Ethics*. 2000; 11 (1): 3-13
- Manrique L et al. Consentimiento informado: fundamento ético, médico y legal. *Rev Argent cir*. 1991;3:33-35
- Miguel R. Consentimiento informado en odontología. Primera edición. Edufolp. La Plata. 2004
- Schouten BC, Friele R. Informed consent in dental practice: experiences of Dutch patients. *Int Dent J*. 2001; 51 (1):52-54

Enfoque bioético en el nuevo paradigma odontológico

Miguel R., Salveraglio I., Zemel M., Piovesan S., Cocco L.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Las nuevas exigencias legales que enfrenta la práctica odontológica contemporánea parecieran demandar una preparación especial del futuro profesional. Antiguamente en la sociedad había tres poderes que eran admirados y venerados por todas las personas. El sacerdote, el juez y el médico. El papel del médico, como el sanador y acompañante de la familia, fue perdiéndose como tal, hasta ser hoy día un título más dentro de las muchas profesiones que existen y que son dignas de respeto por sí mismas. Durante largo tiempo los médicos fueron endiosados. El médico era quien salvaba a los enfermos de la muerte y siempre sabía qué era lo que debía hacer con sus pacientes. El mismo término "paciente" denota las facultades supremas del doctor. El enfermo siempre esperaba que el médico le dijera qué era bueno y adecuado para su patología. La relación que se establecía entre profesional y enfermo era siempre asimétrica, el porque el facultativo era quién sabía y a quién había que someterse para que fuera restablecida la salud. La relación del profesional con el enfermo y su familia era de confianza, de comprensión, de respeto e incluso, de amistad. Cada vez que se hacía referencia al paciente y a su tratamiento se ocupaban tiempos verbales pasivos. Lo que más se podía conceder era que el paciente tomara una única decisión por sí mismo, la de ir a abandonarse en las manos de quien era depositario de su confianza, el médico o posteriormente otro profesional de la salud como fue el caso del odontólogo. Esta relación privilegiada y completa, pero pasiva, fue perdiéndose. Hoy se postula que la decisión debería ser de común acuerdo, de otra manera es el paciente quien, ante un abanico de posibilidades, debería tomar sus propias decisiones. Por su parte la crisis de este modelo paternalista, descrito por varios autores, también ha influido directamente en la introducción de la idea del consentimiento informado. Éste será resultado de una parte esencial del reconocimiento de la importancia de los derechos de cada persona. La autonomía será su manifestación más clara. Simón Lorda señala que el "corazón de este nuevo modelo va a ser precisamente la teoría del Consentimiento Informado". Este último es un derecho exigible y una clara manifestación de la autonomía para tomar decisiones de parte del enfermo o su familia en caso de no ser competente. El enfermo tiene derecho a conocer el diagnóstico de su enfermedad. Asimismo, el profesional deberá explicarle, en un lenguaje comprensible, en qué consiste y la evolución en caso de no ser tratada. Deberá conocer cuáles son las alternativas de tratamiento y los efectos secundarios que éstos podrían ocasionarle. Una vez que el paciente ha sido debidamente informado, podrá otorgar su Consentimiento Informado para dar inicio al tratamiento. El PCI

(Proceso de Consentimiento Informado) constituye actualmente una práctica de rutina en la consulta odontológica donde paciente y profesional comparten la decisión del plan de tratamiento. Por tanto, el objetivo propuesto fue observar la enseñanza y aprendizaje de los aspectos jurídicos del PCI en la formación universitaria de futuros odontólogos. Se realizó un estudio descriptivo de tipo prospectivo sobre variables: a) ejecución del PCI. y b) conocimientos teóricos sobre aspectos jurídicos del PCI. Se registró una encuesta estructurada, voluntaria y anónima a una muestra al azar de 104 alumnos regulares del ciclo Clínico de la Carrera de Odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad de La República (Montevideo, Uruguay). Se utilizó como criterio de inclusión haber estado en las condiciones académicas y administrativas emanadas por la Secretaría Académica de la Unidad Académica. El investigador que llevó adelante la recolección de los autorreportes fue externo al mencionado lugar de trabajo. La edad mínima de los estudiantes de la muestra fue 21 y la edad máxima 35, promedio 25.14 años, moda 24 y mediana 25 años. En relación con la variable "conocimientos teóricos sobre aspectos jurídicos del PCI" la distribución fue: identificación de conceptos básicos de la Especialidad = 32,79%, identificación de procedimientos legales para la elaboración de los documentos odonto-legales = 37,86%, identificación de los pasos del protocolo del PCI = 30,55%. Sobre la ejecución del PCI, la distribución fue: implementación regular = 64,69%, implementación en situaciones clínicas específicas = 30,95%, implementación nula = 4,76%. En este sentido, al interrogarlos sobre la repercusión del PCI en la práctica clínica, la distribución fue: 52 estudiantes (72,22%) no observaron que tenga ninguna repercusión, 12 (16,67%) manifestaron que sólo mejoró su asistencia a las prácticas y 8 (11,11%) afirmaron que mejoró su asistencia y compromiso con el plan de tratamiento propuesto. ** A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir hasta el momento: a) Si bien los conocimientos legales sobre el PCI fueron escasos, los estudiantes lo llevaron a cabo en sus prácticas odontológicas, b) Un grupo de estudiantes reconoció los beneficios de la ejecución del PCI, c) Por tanto, se considera oportuno evaluar la incorporación de espacios educativos específicos en la formación de grado.

Investigación subsidiada por A.U.G.M

BIBLIOGRAFÍA:

1. Hook C.R., Comer R.W., Trombly R.M., Guinn J.W. 3rd, Shrout M.K. Treatment planning processes in dental schools. J Dent Educ. 2002; 66(1): 68-74
2. León Correa, F. Bioética razonada y razonable. Santiago de Chile: Fundación Interamericana Ciencia y Vida; 2009
3. Simón P., Júdez J. Consentimiento informado. Med Clin (Barc) 2001;118(3):99-106

Grado de efectividad de la formación de graduados jóvenes en aspectos éticos y legales odontológicos

Miguel R., Zemel M., Cocco L., Giugliano S., Miguel L.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

En los últimos años se hizo necesario revisar paradigma de formación profesional frente al nuevo modelo de atención clínica. Por tanto, se exploró las dimensiones actuales que la Odontología Legal y Bioética presentan dentro de la Currícula postgrado de Odontología, y realizar aportes significativos que tiendan a enriquecer el currículum y, por ende, el perfil del futuro profesional.

El objetivo fue analizar el impacto que tuvo en el currículum odontológico la formación continua de odontólogos jóvenes que cursan diferentes postgrados en la Facultad de Odontología de la UNLP (Argentina).

Se realizó un diseño cerrado con una investigación de tipo experimental verdadera. En este sentido, la recolección de datos se realizó en forma prospectiva. Se tomó como sujetos de análisis a 112 alumnos de Postgrado de la FOUNLP. El criterio de inclusión fue el universo completo de los sujetos experimentales que estuvieron en las condiciones académicas y administrativas normalizadas por la Secretaría de Postgrado de la FOUNLP; mientras que como exclusión se tomó a aquellos que no estuvieron en las condiciones académicas y/o administrativas descritas al comenzar el ciclo lectivo. Se tomó como criterio de eliminación la ausencia definitiva u otro motivo académico y/o administrativo que provocara la interrupción de su postgrado, como así también, la incorporación de nuevos odontólogos admitidos como alumnos del Postgrado. Se realizó un estudio experimental controlado con dos grupos de alumnos de Postgrado. Los grupos fueron “no equivalentes” formándose de la siguiente manera: el grupo experimental comprendió a los odontólogos que cursaban las Residencias en el turno mañana, a los alumnos del Magíster en Implantología Oral y a los alumnos de la Carrera de Especialización en Ortodoncia, mientras que el grupo control estuvo constituido por los residentes del turno tarde, los alumnos del Magíster en Cirugía y Traumatología Buco-Máxilo-Facial y los alumnos del Magíster en Rehabilitación Oral. En ambos casos, los grupos fueron formados por odontólogos de ambos sexos. Se tomó un primer instrumento a ambos grupos (Pre-test teórico), consistente en una encuesta estructurada, cerrada y anónima, buscó indagar sobre el nivel de conocimiento de los contenidos relacionados con la Bioética Odontológica. Además, se tomó el Pre-test clínico, consistente en una encuesta estructurada, cerrada y anónima que buscó ponderar las resoluciones que tomaban los alumnos frente a las problemáticas bioéticas relacionadas con la confidencialidad, la información clínica y la atención de pacientes. Seguidamente, se realizó una formación académica sobre Bioética

Odontológica, bajo la modalidad de "Seminario/Taller". La experiencia formativa estuvo a cargo del becario y se implementó en el ámbito de la FOUNLP. La propuesta pedagógica se sometió a la evaluación de la Asesoría Pedagógica de la Facultad. A distancia de la misma se tomaron los "Post-test teórico", y "Post-test clínico". Evaluando así la propuesta pedagógica brindada. Los datos obtenidos se estandarizaron para su procesamiento y tratamiento estadístico utilizando herramientas informáticas específicas. Se realizó la cuantificación de los datos numéricos y nominales obtenidos, y la descripción de sus parámetros. Se analizaron los resultados obtenidos y elaboraron las conclusiones. Del análisis de los instrumentos (test I y II) a 112 odontólogos, de ambos sexos, pertenecientes a los Programas de Postgrado, los resultados fueron: De los encuestados, 65 (58,04%) graduados correspondieron al sexo femenino; el rango de edades fue de 24 y 50 años. La edad media de 27,69 años; moda 26 y mediana 27 años. El promedio de los años de graduación fue 2,83 años, moda y mediana 2 años. La edad de la muestra reveló una población de graduados, de ambos sexos, muy jóvenes y recibidos recientemente. Esto manifestó además, el alto interés de los odontólogos jóvenes por continuar su formación en el postgrado. En relación con la variable aspectos teóricos en Bioética Odontológica, el grupo A (experimental) obtuvo un puntaje promedio de 3,65, mientras que el B (control) 3,58. De este modo, los graduados no alcanzaron el nivel esperado de conocimientos mínimos. Al valorar la dimensión clínico-profesional de la relación clínica se tuvieron en cuenta aspectos relacionados con la comunicación odontólogo-paciente y la implementación del PCI. ** A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir que: a) se observó que las experiencias educativas implementadas posibilitaron una mayor participación y compromiso de los pacientes atendidos en las clínicas de postgrado en sus planes de tratamiento y, b) los profesionales consideraron oportuno una mayor formación en las temáticas de la Bioética Odontológica.

Palabras clave: odontología – estudiantes – consentimiento
Investigación subsidiado por U.N.L.P.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Kipper D et al. Questionamentos éticos reativos a graduacao e a residencia medica. Bioetica. 2002; 10 (2): 107-128
2. McClean K., Card Sh. Informed consent skills in Internal Medicine Residency: How are Residents Taught, and what do they learn? Acad Med. 2004; 79 (2): 128-133
3. Santen S., Hemphill R., Mc Donald M., Jo C. Patients' Willingness to allow residents to learn to Practice Medical Procedures. Acad Med. 2004; 79 (2):144-147
4. Simón P., Júdez J. Consentimiento informado. En: Gracia D., Júdez J., editores. Ética en la práctica clínica. Madrid: Edit. Triacastela; 2004

Integración docencia – extensión – investigación en respuesta a la salida laboral odontológica

Miguel R., Cocco L., Zemel M.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

En este siglo XXI, la Extensión Universitaria está transitando su momento más importante. Los paradigmas de formación, integración y calidad que debe encarnar la Universidad y la aceleración de los procesos (tecnológicos, demográficos, urbanos, ambientales, sociales, productivos, económicos, entre otros) en el país y en el mundo, hacen de las Universidades, la unidad base para interpretar la extensión en su sentido más amplio, relacionándola en los más diversos aspectos de vinculación con la sociedad y el medio, no sólo transfiriendo, sino y fundamentalmente escuchando, aprendiendo y reflexionando sobre el contenido de los mensajes. No es suficiente abrir las puertas de la universidad pública al medio, no alcanza con ofrecer lo que sabemos hacer, ni con hacer lo que nos demandan; hoy la Universidad debe hacer lo que es necesario. Es necesario salir y formar parte. El desafío es escuchar, integrar a la Universidad con la Sociedad e involucrarse para elaborar una respuesta útil y comprometida, no sólo con el futuro, sino con el presente.

El objetivo del presente trabajo fue contribuir al proceso de integración de la extensión universitaria con la docencia e investigación en el área de la Odontología Legal. Para ello, se realizó un estudio exploratorio y descriptivo de las actividades de integración llevadas a cabo por la Asignatura Introducción a la Odontología Legal de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Se tomó como unidades de análisis una muestra al azar de 50 trabajos finales elaborados por estudiantes que pertenecían al curso II de la Asignatura. El criterio de inclusión fue que los informes debían responder a los criterios de integración docencia-extensión-investigación y estar comprendidos dentro del ciclo lectivo. En este sentido, se ejecutaron espacios educativos tendientes a incrementar la concepción de la interacción entre los los alumnos debían confeccionar un informe bajo las normas establecidas por la Asignatura en donde se reflejaba su interacción con instituciones odontológicas de carácter obligatorio y voluntario y otras instituciones públicas y privadas de su lugar de origen.

Del total de informes evaluados se observó que los mismos revestían las características asociadas. Entre las dificultades halladas se encontraron escasos datos de instituciones odontológicas = 8 (16,0%), escasos datos de instituciones públicas = 15 (30,0%), escasos datos de instituciones privadas = 13 (26,0%), escasos datos demográficos en general = 4 (8,0%), escasos datos epidemiológicos en general = 12 (24,0%). Entre las situaciones privilegiadas por los alumnos al realizar las tareas se encontraron:

entrevistas semiestructuradas directas = 27 (54,0%), encuestas cerradas = 48 (96,0%), observaciones directas = 12 (24,0%).

La extensión universitaria toma su lugar, adquiere su posición, cuando realmente abandona los "muros y los claustros", se ubica en el ámbito comunitario y social, se inscribe en él, interactúa con él y desde allí registra, mide y evalúa los resultados e impactos de las otras funciones primigenias de la universidad – la docencia y la investigación- en pro de soluciones de su entorno.

A partir de los saberes incorporados, de las culturas locales/regionales y a partir de los problemas de las comunidades, se demandan y se orientan los saberes académicos, buscando siempre que estos saberes se ordenen necesariamente en un enfoque interdisciplinario requerido por las comunidades. Esto se inscribe en la razón de ser de la investigación-acción. De esto se desprende que queda claro que el entorno para la universidad es todo aquello que está fuera de ella y con tal entorno, la universidad debe mantener una relación de constante interacción, bidireccional en la que la universidad transfiere resultados de investigación al entorno y recibe insumos de él. Esta manera de relacionarse es lo que comúnmente se conoce como extensión, que es el complemento obligatorio de la investigación y la docencia. Esa relación imprescindible, se establece en virtud de dos elementos: uno es el de la inserción de la institución en un espacio geográfico y en una realidad concreta, es decir, su enraizamiento. El otro es el de la inevitable irradiación de la universidad para ayudar a su entorno, a la sociedad con la que está relacionada.

La Universidad debe asumir una postura crítica con respecto a su entorno. En su misión de buscar la verdad y de servir a la sociedad, la Universidad debe plantearse de manera continua, y con todo el rigor posible, todas las preguntas planteadas por la sociedad en su proceso de desarrollo y esto se alcanza con el aporte de la investigación en las distintas áreas del conocimiento. Esa es una de las mayores contribuciones que la universidad podrá ofrecer a su entorno.

** A partir de la muestra procesada se puede concluir que en la promoción de la odontología legal se ha incrementado la integración docencia-extensión-investigación a partir de la concreción de actividades que posibilitan la formación del estudiantado en esta concepción.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Bridgman H. Teaching and assessing ethics and law in the dental curriculum. Br Dent J. 1999; 187 (4):217-219
2. Zhurt R. [Professional scientific disponsibility and ethic competence of the dentist of future] Stomatol DDR. 1989 May;39(5):358-61.
3. Bebeau MJ, Thoma SJ. The impact of a dental ethics curriculum on moral reasoning. J Dent Educ. 1994; 58(9):684-92.

Jerarquización de situaciones ético-clínicas por estudiantes de odontología

Miguel R., Zemel M., Cocco L., Pólvora B., Iantosca A., Sapienza M., Ruiz R., Di Girolamo G., Blanco N.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

El papel del enfermo en las decisiones médicas ha sido uno de los temas que más interés ha suscitado últimamente en el campo de la odontología legal, la deontología odontológica y la bioética. La participación del enfermo en la relación clínica ha seguido una evolución progresiva desde ser sujeto pasivo hasta tomar un papel protagonista.

En la clásica relación clínica, pudo primar la perspectiva del profesional: el "deber" del profesional de hacer el bien ("beneficencia") que se traducía en el objetivo de la curación sobre otras consideraciones. Esta concepción ponía quizás un énfasis excesivo en la autoridad que tenía el sanitario como experto. Esta autoridad podía acabar fácilmente en autoritarismo proteccionista. Se ha hablado de esas relaciones como "paternalistas" en un sentido peyorativo. El profesional sabía lo que convenía al paciente, este debía limitarse a cumplir las órdenes que se le daban. Con el progreso sociocultural fue tomando cuerpo la consideración de que el paciente debía participar activamente en las decisiones sobre su propio bien, llegando a un modelo de relación en el que la autonomía del paciente podía contemplarse como el supremo fin. El error aquí podía radicar en identificar "el bien del enfermo" con lo que este quería en cada momento.

Algunos autores han propuesto una superación de esas concepciones acentuando otros aspectos. Así Pellegrino y Thomasma proponen un modelo de "beneficencia fiduciaria" (beneficence-in-trust.) Se trata de una beneficencia que trata de huir del paternalismo. No se trata de decidir "por" el paciente en virtud de la presunta superioridad del criterio médico, sino de decidir "con" el paciente. Aquí los valores del enfermo son bien conocidos por el profesional al que le confía una cierta capacidad de gestión sobre ellos. Se subraya la intensa relación entre paciente y profesional, un compromiso, basado en la confianza, para la gestión de los valores y la toma conjunta de decisiones. Cabe, además, otra visión de la relación profesional de la salud-enfermo: una actitud basada en la "benevolencia". Se trata de buscar lo mejor para la persona del enfermo, entendiendo la persona en todas sus dimensiones.

De algún modo en lugar de "paternalismo" frente a "autonomismo" se podría hablar también de "relación fraternal", donde uno de los dos es el experto. Aunque el proceso de información es esencial y debe ser custodiado para que otros intereses, la falta de tiempo, o la simple desidia puedan favorecer la imposición de unos criterios no compartidos, es muy importante el clima de lealtad y confianza que debe envolver toda la relación clínica. Ésta

idealmente sería mejor si ambas partes compartieran valores o criterios esenciales. Con todo, se decidió profundizar en la práctica clínica odontológica con el propósito de encontrar cuáles eran los posibles conflictos éticos que se hallaban en la misma.

La presente investigación tuvo como objeto observar las situaciones que se presentaron en la práctica clínica de estudiantes avanzados de la Carrera de Odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal sobre variables: nivel de conocimientos teóricos y situaciones ético-clínicas. Se registró un autorreporte estructurado, voluntario y anónimo a una muestra azarosa de 104 alumnos regulares del quinto año de la Carrera de Odontología de la FOUNLP.

La edad mínima fue 22 y máxima 37, promedio 24.91, moda y mediana 25 años. En relación con la variable "implementación del PCI", la totalidad de la muestra demostró implementar el PCI en las prácticas clínicas curriculares. Sobre la variable nivel de conocimientos teóricos el puntaje promedio fue de 3,51. En relación con las situaciones ético-clínicas observadas las mismas fueron: dificultades con la cumplimentación del documento de consentimiento informado = 7,69%, dificultades con la transmisión de la información = 23 16,35%, falta de conocimientos sobre cuestiones éticas y legales de la práctica clínica = 75,0%, otras = 0,96%. Los hallazgos precedentes permiten observar una significativa dificultad asociada con los procesos de adquisición de conocimientos vinculados con el área de la Bioética Clínica. Incluso, las otras dificultades parecieran estar asociadas a la descripta.

** A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir hasta el momento: a) Los conocimientos teóricos sobre el PCI son escasos aún cuando existe su implementación regular en las prácticas clínicas realizadas por estudiantes; b) El bajo conocimiento y las dificultades ético-clínicas halladas señalan la urgencia de incluir experiencias formativas en estudiantes de odontología que posibiliten un mejor desempeño ético-clínico en sus prácticas de formación.

Palabras clave: Consentimiento – odontología – estudiantes.

Investigación financiada por U.N.L.P.

BIBLIOGRAFÍA:

Pellegrino E., Thomasna D.C. The christian virtues in medical practices. Georgetown University Press, Wasshington 1996, pp 2-3

García Rupaya CR. Inclusión de la ética y bioética en la formación de pre y posgrado del cirujano-dentista en Perú. Acta Bioethica 2008; 14(1): 74-77

Gonçalves ER, Verdi MI. Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino. Cien Saude Colet. 2007;12(3):755-76

León Correa F.J. Enseñar bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. Acta Bioethica 2008; 14(1):11-18.

Modificaciones en el modelo de atención clínica producidas por problemáticas odontológicas emergentes

Miguel R., Cocco L., Zemel M.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Hoy día resultan diversas las problemáticas ético-clínicas que se observan con asiduidad en el ejercicio de la Odontología. Entre ellas, se han observado: el derecho a la información clínica vinculada con la regla ética del consentimiento informado; el derecho al secreto profesional relacionada con la regla ética de la confidencialidad; las situaciones particulares que presenta la atención de menores, discapacitados, enfermos psiquiátricos, ancianos mayores, entre otros; la incorporación de las teorías, principios y reglas éticas en la formación de grado y postgrado; la conceptualización del paternalismo odontológico; la caracterización de los riesgos odontológicos en la práctica diaria; las investigaciones de recursos odontológicos en seres humanos; los Códigos de Ética institucionales; los Comités de Ética institucionales; la acreditación y participación de profesionales odontólogos en los Comités de Ética Institucionales. El concepto de informar las decisiones en las prácticas clínicas ha recibido, por tanto, una creciente atención en los recientes años. La doctrina legal del consentimiento informado, en el cual es requerido el odontólogo para revelar la naturaleza del procedimiento, las alternativas y los riesgos envueltos, se ha convertido en una conversación de "un sentido" sin que signifique ello la participación del paciente. El ámbito universitario, por tanto, está llamado a formar profesionales que posean conocimientos éticos y desarrollen las respectivas habilidades para llevar adelante los nuevos protocolos bioéticos. El presente estudio tuvo como objetivos examinar la práctica social de odontólogo e indagar los procesos de información y diálogo entre el profesional y el paciente a través del conocimiento y uso del consentimiento informado. Se realizó una investigación de tipo exploratoria y descriptiva siendo la recolección de datos en forma prospectiva. Se efectuó una búsqueda bibliográfica en textos y revistas específicos de la materia. Se trabajó con la base de datos del centro de documentación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, así como también en bases de Internet. Los beneficios producidos por el vertiginoso desarrollo de las ciencias, no alcanzan para satisfacer a la sociedad. La demanda de tecnología generada por una población en crecimiento constante y la generalización del derecho a la atención de la salud originó costos crecientes. La Educación para la salud recupera un nuevo lugar dentro de la sociedad, apareciendo la Bioética como producto de aplicación en la formación universitaria del odontólogo. En los últimos años, los cambios producidos en el área de la Salud, y en particular de la Odontología, motivaron el nacimiento de un nuevo paradigma en la relación odontólogo-

paciente. En este sentido, el nuevo modelo imperante exige taxativamente al profesional el deber de informar a su paciente todo lo concerniente con su salud bucal. Por tal motivo, surge el documento de consentimiento informado como instrumento escrito que pone de manifiesto las voluntades expresadas desplegando la nueva relación de tipo contractual. El nacimiento de un nuevo paradigma en la relación odontólogo-paciente en la sociedad occidental actual hizo que el derecho del paciente a la elección responsable y el respeto a la propia libertad sobre su cuerpo, y en particular sobre su salud, sean factores preponderantes a considerar en esta relación. De esta forma, el derecho a la información aparece como una manifestación concreta del derecho de la protección a la salud y, a su vez, este último, uno de los fundamentales derechos de la persona humana. Si se considera que el deber de informar incluye fundamentalmente lo relativo al diagnóstico y riesgos del tratamiento propuesto y a los alcances de éste, se puede comprender fácilmente la aparición del consentimiento informado en la Odontología. Éste se presenta como la respuesta al derecho del paciente a decidir consciente y libremente. Se estima entonces, que constituye uno de los máximos aportes que la práctica del Derecho ha realizado en los últimos siglos al conjunto de los derechos humanos contenidos en las diversas teorías, consecuencia necesaria o explicación de los derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia.** El odontólogo deberá estar preparado para afrontar su ejercicio profesional revalorizando la Educación para la salud. Su rol en la sociedad, y su protagonismo en las vivencias del paciente, le permiten intervenir en los cambios respecto a los elementos que tengan que ver con su salud bucal.

Palabras clave: odontología - sociedad - derechos

Investigación financiada por U.N.L.P.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Nash D, Ruotoistenmäki J, Argentieri A, Barna S, Behbehani J, Berthold P, Catalanotto F, Chidzonga M, Goldblatt L, Jaafar N, Kikwilu E, Konoo T, Kouzmina E, Lindh C, Mathu-Muju K, Mumghamba E, Nik Hussein N, Phantumvanit P, Runnel R, Shaw H, Fornal N. Profile of the oral healthcare team in countries with emerging economies. *Eur J Dent Educ.* 2008;12(1):111-1119
2. Zanier J., Pereyra J. El consentimiento informado en la relación con el paciente del equipo de salud. Expectativas de la población marplatense. México: UNAM; 2005.
3. Maliandi R. Ética: dilemas y convergencias. Cuestiones éticas de la identidad, la globalización y la tecnología. Buenos Aires: Edit. Biblos, Ediciones de la UNLa.; 2006
4. León Correa, F. La Bioética Latinoamericana en sus Textos. Santiago de Chile: Programa de Bioética de la OPS/OMS y Centro de Bioética de la Universidad de Chile; 2008

Participación de estudiantes y pacientes en procesos de aprendizaje clínico de la Odontología Legal

Miguel R., Cocco L., Zemel M., Pòlvora B., Iantosca A., Sapienza M., Di Girolamo G., Blanco N., Ruiz R.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

El proceso de consentimiento informado (PCI) es llevado a cabo en las asignaturas asistenciales de la Facultad de Odontología de la Universidad de La Plata (FOUNLP). Esto constituye una práctica legal y un compromiso bioético en la práctica clínica. La presente investigación permitirá conocer diferentes aspectos, respecto a las fortalezas y debilidades de su conocimiento e implementación actual en las prácticas odontológicas que llevan a cabo los alumnos de la Carrera de Odontología.

El objetivo de este trabajo fue comparar datos obtenidos respecto a la implementación, conocimiento y dificultades encontradas en el PCI en alumnos de la FOUNLP. Se realizó un estudio descriptivo sobre las variables: implementación, conocimientos y dificultades en la obtención del consentimiento informado. Se registró un autorreporte estructurado, voluntario y anónimo a 287 alumnos regulares del cuarto año de la Carrera de Odontología de la FOUNLP. Se dividió la muestra en dos grupos según el nivel de conocimientos que poseían los alumnos con respecto al PCI. La edad mínima de la muestra fue 21 y la edad máxima 52, promedio 24.58, moda y mediana 24 años. Sobre la variable implementación: la totalidad de los alumnos (287 estudiantes) afirmaron realizar el PCI. Respecto a la variable conocimiento sobre PCI: poseen un nivel aceptable (grupo A) = 136 alumnos (47,39%), no lo poseen (grupo B) = 151 alumnos (52,61%). Por otra parte, del total de los encuestados, se observaron en 270 estudiantes (93,75%) diferentes tipos de dificultades ético-clínicas en el desarrollo del proceso de consentimiento informado. En su evaluación, la distribución fue: para el Grupo A: dificultades de aprendizaje = 47,79%; dificultades técnicas = 10,29%; dificultades con el paciente = 40,44%; sin dificultades = 1,47%; mientras que para el Grupo B: dificultades de aprendizaje = 29,80% dificultades técnicas = 8,61%; dificultades con el paciente = 56,29%; sin dificultades = 5,30%. Las situaciones anteriores invitan a reflexionar sobre la necesidad de una formación en bioética en el trayecto formativo de los estudiantes de odontología. La formación en bioética para los futuros odontólogos permitirá, temprana y eficazmente, alcanzar los objetivos de su enseñanza, los cuáles son, según Diego Gracia, alcanzar conocimientos, habilidades y actitudes; los dos primeros tienen carácter de medios respecto del tercero, que es el auténtico fin de todo proceso moral. Esta atención a medios y a fines es lo que debe entenderse como "ética de la responsabilidad" y en función de ella debiera girar todo el proceso educativo. Los conocimientos, habilidades y, sobre

todo, actitudes tendrán más posibilidades de desarrollarse si se incluyen como objetivos desde los comienzos de la formación de grado. Es en los primeros contactos con docentes, autoridades, compañeros y fundamentalmente pacientes donde se desarrollan normas de conducta éticamente correctas, de la mano de una adecuada fundamentación teórica. Así se podrán entender en forma concreta la ética de las instituciones, de la relación clínica, de la investigación, la deontología, entre otras.

La enseñanza de la ética intentará influenciar la conciencia sobre los problemas morales y su razonamiento para solucionarlos y juzgarlos. Por medio de la discusión entre los estudiantes acerca de los dilemas que enfrenta la profesión se puede producir ganancias significativas entre los veinte y los treinta años. El proceso de consentimiento informado será el impulso para entrar en la temática bioética y así producir nuevos conocimientos a través de su construcción participativa. De este modo, los conflictos clínicos observados en la muestra podrán ser resueltos a partir de una reconstrucción significativa de contenidos que permitirán al estudiantado generar una mejor relación con sus pacientes y así lograr los objetivos de sus planes de tratamiento.

** A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir:
1- El PCI es realizado formalmente por todos los estudiantes de grado de la FOUNLP; 2- En el grupo que poseía un nivel de conocimientos aceptable, los alumnos aún no han desarrollado las habilidades necesarias para evitar situaciones desfavorables en la relación alumno-paciente, mientras que en el grupo que no poseían dichos conocimientos se observaba un mayor nivel de conflicto en su relación con el paciente; 3- Por último, en ambos grupos es considerable el tiempo que se le dedica al PCI.

Palabras clave: Consentimiento – informado – odontología
Investigación financiada por U.N.L.P.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Cardozo C., Rodriguez E., Lolas F., Quezada A. Ética y Odontología, una Introducción. Santiago de Chile. CIEB, Universidad de Chile; 2007.
2. Guerra R. Bioética en la malla curricular de odontología. Acta Bioethica. 2006; 12(1):49-54
3. Morton NA. Benefits of a humanistic education: a student perspective. J Dent Educ. 2008;72(1):45-7
4. Nash D, Ruotoistenmäki J, Argentieri A, Barna S, Behbehani J, Berthold P, Catalanotto F, Chidzonga M, Goldblatt L, Jaafar N, Kikwilu E, Konoo T, Kouzmina E, Lindh C, Mathu-Muju K, Mumghamba E, Nik Hussein N, Phantumvanit P, Runnel R, Shaw H, Forna N. Profile of the oral healthcare team in countries with emerging economies. Eur J Dent Educ. 2008;12(1):111-1119

Preparación de recursos humanos en Bioética y Odontología Legal

Zemel M., Miguel R.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

La Odontología se ha convertido en heredera de una serie de acontecimientos bioéticos que se han producido en los últimos tiempos. En este sentido, la transformación de los programas académicos de ética profesional en las facultades de medicina y odontología a los de ética clínica y bioética, fue creciendo progresivamente a pesar de no contar con una metodología de enseñanza unificada. Las teorías y propuestas pedagógicas teóricas de cómo se aprendían los conocimientos y habilidades éticas fueron fluctuando según diferentes autores en la temática y generaron una fuerte discusión en el ámbito bioético durante las últimas dos décadas. En estas formas educativas se visualizó claramente el reflejo de las distintas teorías y métodos que se debatían en el seno de la disciplina, aunque tuvo un enorme impacto en los programas la propuesta del modelo norteamericano comunmente llamado "principlista" a partir del cual se debía enseñar el contenido de estos principios con lo que el profesional estaría en condiciones de aplicarlos a casos y situaciones éticamente conflictivas. No obstante, la teoría de Beauchamp y Childress fue duramente cuestionada por no contemplar determinados aspectos de la realidad humana y social. Entre los autores han debatido al respecto se encuentran: Engelhardt que se posicionó desde el principlismo; Jonsen y Thomasna que propusieron el casuismo; Pellegrino con su revisión de la deontología profesional y la ética personalista; Drane con su planteo de la ética de la virtud. Así, los distintos métodos de la bioética se vieron reflejados en sendas propuestas de modelos educativos. De este modo, desde diversas escuelas se propusieron objetivos educativos así como metodologías para lograrlos completamente diferentes, siendo el diseño de los programas una buena muestra de ello. Un importante desafío en la educación bioética sería el cambio de actitudes por parte de los profesionales odontólogos. La mayor parte de los autores ha contestado a esta cuestión negativamente, y no sólo debido al peligro de intentar "adoctrinar" o manipular a las personas, sino también porque las actitudes fundamentales, o el carácter moral de los estudiantes y graduados universitarios, ya está formado cuando entra en la universidad. Así lo destaca, entre otros, un trabajo ya clásico sobre la enseñanza de la bioética, firmado por nueve de los más representativos bioeticistas estadounidenses. No obstante, otros autores han señalado con firmeza que al enseñar conocimientos y desarrollar habilidades el proceso formativo en bioética transformará gradualmente las actitudes de los profesionales participantes. El sólo hecho de ser capaz de identificar los conflictos éticos

de la práctica clínica, y de poder dar respuestas racionales y prudentes, conduce a que el alumno interiorice un procedimiento, una forma de actuación y una sensibilización ante los valores implicados en la relación clínica. Con todo, pareciera conveniente estudiar los procesos que debieran llevarse a cabo en la enseñanza de aspectos éticos de los futuros profesionales. Por tanto, en el presente trabajo de investigación se propuso evaluar la influencia de una formación en bioética en el postgrado de odontología. Se realizó así un estudio observacional descriptivo de corte transversal tomando como variable conocimiento de los estudiantes y habilidades ético-clínicas. La muestra comprendió 20 profesores de asignaturas clínicas de los Programas de Postgrado de la FOUNLP. Se tomó una entrevista estructurada. De la evaluación se obtuvo que el 70% no halló dificultades entre los estudiantes y pacientes, las cuales estuvieron comprendidas en: 26% dificultades ético-clínicas, 63% dificultades vinculadas con el aprendizaje de cuestiones éticas y legales y 13% dificultades ético-legales. Si bien es altamente razonable que la formación académica incluya conocimientos y desarrollo de habilidades clínicas; sin embargo, será necesario analizar los intereses y valores que serán la característica fundamental del desempeño profesional del odontólogo. Estos rasgos marcarán la diferencia entre los egresados pues, aunque todos obtienen conocimientos actualizados y destrezas clínicas en odontología, tanto en el pre como en el postgrado, lo que caracterizará a un profesional formado integralmente será su proceder y la correcta toma de decisiones, esto es, la reflexión crítica sobre aspectos morales involucrados en las decisiones profesionales. Por tanto, es relevante incluir la formación de valores en los programas académicos de odontología, particularmente en aquellos de postgrado, aunque esto no debe limitarse a un proceso abstracto de transmisión de información, en el cual el estudiante sea un ente pasivo en la recepción del mensaje, sino que éste debe asumir una posición activa en la apropiación de la información para la construcción de sus propios valores. **Por tanto, se exige de quienes asuman el desafío de su enseñanza puedan hacerlo desde una perspectiva clínica y jurídica, desde la fundamentación filosófica de la ética y con la metodología y ámbito propio de la bioética. Al implementar el curso no se deberá perder el objetivo práctico de la Bioética así como la necesidad de los profesionales para la actuación en el ámbito clínico y en los comités de ética.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Couceiro Vidal A. Enseñanza de la bioética y planes de estudios basados en competencias. *Educ médica*. 2008; 11(2):69-76
2. Culver CH, Clouser K, Gert B, Brody H, Fletcher J, Jonsen A, Kopelman L, Lynn J, Siegler M, Wikler D. Basic Curricular Goals in Medical Ethics. Special Report. *New Eng J of Med* 1985; 312 (4): 253- 257 .

Recopilación histórica de los aspectos evolutivos en la relación - odontólogo paciente desde el punto de vista del documento de consentimiento informado

Miguel R., Sapienza M. E., Zemel M., Cocco L., Pólvara B., Iantosca A.
Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

La evolución del consentimiento informado roza necesariamente el desarrollo histórico de la relación - odontólogo paciente y sus aspectos bioéticos; es bajo estos parámetros que se ha construido la modalidad de práctica que maneja la odontología actual con sus aciertos y carencias.

El objetivo de este trabajo fue investigar las características bioéticas e históricas de la evolución en los cambios de la relación odontólogo – paciente, que intervengan en la aparición y modificación del documento de consentimiento informado. Se buscó además identificar las problemáticas en todas las épocas para transpolar las mismas a esta relación profesional actual. Esta tarea se llevó a cabo relacionando en forma paralela la evolución de los aspectos bioéticos de la relación profesional Odontólogo – Paciente y del proceso de Consentimiento informado según el avance evolutivo de la sociedad en su conjunto.

Se realizó una investigación de tipo exploratorio – descriptivo. La recolección de datos se llevó a cabo a partir de una muestra de especialistas en la temática que fueron entrevistados.

En el año 1946 se firma el Código de Núremberg que señaló en su artículo primero, el derecho al consentimiento. Este derecho se entendió a la luz de las atrocidades cometidas por los Nazis que utilizaron presos como sujetos de experimentación sin su consentimiento. La declaración de Helsinki en sus múltiples versiones, la más reciente es del año 2000, ha consignado el derecho a ser informado y a consentir libremente y sin coacciones. Ha sido una muestra de la importancia que ha ido adquiriendo el respeto a la autonomía de las personas desde la primera mitad del siglo veinte hasta la actualidad.

Si bien los códigos y declaraciones han surgido como reacción a los abusos relacionados con la experimentación en seres humanos, al mismo tiempo han dado paso a un descubrimiento de la necesidad de respetar la libertad de los sujetos, también en el plano asistencial. Por lo mismo no pueden pasar inadvertidos sin más, ya que se ha abierto una puerta hacia la toma de conciencia del respeto a la autodeterminación de las personas. Dicha situación ha cobrado una importante relevancia en el área odontológica produciendo una evolución hacia un nuevo modelo de atención clínica.

Durante las diferentes etapas que atravesó la relación odontólogo- paciente se produjo un cambio notable en cuanto al protagonismo de este último actor, que pasó desde un lugar de minusvalía a otro que la en la actualidad le da mayor protagonismo dentro de la situación odontológica; lugar desde

el cual hoy por hoy el mismo decide junto con el profesional cuál es la mejor opción terapéutica; y para ayudar en la toma de esta decisión encontramos al documento de consentimiento informado. El objetivo fundamental es calmar la ansiedad y fomentar la confianza. Dicha situación no se producía anteriormente ya que la relación era totalmente paternalista, hecho que se fue desdibujando con el avance de la tecnología dentro de las ciencias; que no alcanzan a satisfacer a una sociedad cada vez más exigente.

El modelo paternalista de atención acompañó a la odontología desde que surgió y los cambios en la relación odontólogo paciente se transformaron por presión de la sociedad misma obligando así al nacimiento de los aspectos bioéticos del Documento de consentimiento informado, y otorgó una mayor participación al paciente en la toma de decisiones que afectan su salud. Desde un aspecto lexicográfico, esto es desde el sentido común que se le da al término consentimiento informado, se observan dos expresiones lingüísticas de su sentido semántico que implican que es la expresión de voluntad de dos personas en donde una hace un ofrecimiento (profesional) y el otro acepta (paciente). En el sentido estrictamente empleado como masculino de carácter adverbial en el área médica se entiende por la correspondencia y conexión que en el cuerpo humano unas partes con otras, de donde se deduce la expresión consentir que no es otra cosa que permitir o condescender, creer, admitir, otorgar y de una manera figurativa consentir es la acción de ejercer una persona o cosa predominio o fuerza moral en el ánimo. De esta expresión aparentemente tan simple cuyos contenidos semánticos se refieren tanto a su uso normal, jurídico, y médico surge un concepto que se llama teoría de la información, cuyos apartes tienen varias acepciones que van desde una teoría de la comunicación, contenido informativo, redundancia en la codificación y la estructura temática de la información. ** Con todo, se puede concluir que la práctica odontológica se ha ido modificando en los últimos años produciendo un nuevo modelo de atención clínica odontológica. Este nuevo modelo tiene entre sus factores predeterminantes la aparición del proceso de consentimiento informado que se instala en la relación clínica profundizando la autonomía del paciente pero también reforzando su carácter contractual. Cabrá entonces buscar espacios de formación que posibiliten la reflexión de la temática.

BIBLIOGRAFIA:

1. Simón L, Concheiro L. El consentimiento informado: teoría y práctica (I). Med Clin (Barc) 1993; 100: 659-63.
2. Simón L, Concheiro L. El consentimiento informado: teoría y práctica (II). Med Clin (Barc) 1993; 101: 174-82.
3. Sánchez F. Temas de ética médica. Santafé de Bogotá; Giro Editores, 1998. Pp. 58-65.
4. Vélez LA. Ética médica. Medellín; Corporación para las Investigaciones Biológicas, 1987. Pp. 135-45.

Transcripción del dibujo labial a una fórmula de lectura lineal

Cocco L., Miguel R.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Sin dudas, la identificación humana es uno de los grandes temas de la Odontología Legal. Se trata de un problema amplio que ha originado la formación de dos grandes troncos: la antropología forense y la criminalística. El primero llega a la identificación a través del estudio del sujeto vivo, del cadáver y de restos cadavéricos, pero no exclusivamente en el proceso de investigación de un delito. Sin embargo, la criminalística se incluye en el campo penal y, por tanto, siempre se parte de la comisión de un delito.

La identificación es el proceso mediante el cual se establece la identidad de las personas. La identidad es la asociación de caracteres que individualizan y diferencian a una persona de las demás. Esas características hacen que una persona sea sólo igual a sí misma.

La historia demuestra que la identificación criminal no ha sido sencilla. El nombre como forma de identificar se mostró insuficiente, por lo que se añadieron marcas físicas, a modo de nombre antropológico *modificado*: argollas, marcar con hierro candente una flor de Lis en la espalda o en el rostro, mutilar algunas partes anatómicas.

La identificación judicial propiamente dicha nace con las técnicas de Bertillon, que configuraron su ficha identificativa (retrato hablado, señalamiento antropométrico y señas particulares). Este sistema se mostró inicialmente eficaz y vino a sustituir al reconocimiento personal (descripción de los delincuentes), en París en 1883, se logra identificar al primer delincuente reincidente de París, a través de las fichas antropométricas. Sin embargo, el mismo Bertillon expresaba que “la antropometría es un mecanismo de eliminación; demuestra ante todo la no identidad, mientras que la identidad directa está probada exclusivamente por las señas particulares que, únicamente pueden producir la certidumbre jurídica.” (Rosset-Lago, 1984: 18)

Identificar es reconocer si una persona o cosa es la misma que se supone o se busca. Consiste en determinar aquellos rasgos o conjunto de cualidades que la distinguen de todos los demás y hacen que sea ella misma.

La necesidad social y jurídica de una correcta identificación ha determinado que las técnicas de identificación personal se hayan ido perfeccionado a lo largo del tiempo.

La odontología Legal y Forense aplica los conocimientos estomatológicos para el correcto examen, manejo, valoración y presentación de las pruebas bucodentales en interés de la justicia. Así como las huellas dactiloscópicas sirven para otorgarles identidad a las personas, según los grandes autores,

los pliegues y hendiduras de la mucosa labial, por sus características podrían ser utilizadas si se ordenaran para su comparación utilizando el método científico.

Los labios son el rasgo facial que más fácilmente expresa el estado de ánimo, lo que les confiere gran valor estético. La especie humana ha sido capaz de modificar la apariencia física y adecuarla a las tendencias de cada época.

Han sufrido deformaciones: perforaciones e incrustaciones de palillos, huesos, agujas de cristal de roca, etc., entre distintos grupos raciales y en la actualidad, infiltraciones para aumentar el volumen, a pesar de estas modificaciones que el hombre realiza en su cuerpo, las huellas labiales son únicas y no cambian a lo largo de la vida de la persona. Por tanto, se investigó el uso de la queiloscopía como técnica auxiliar en la tarea diaria del perito odontólogo.

El objetivo del presente trabajo fue identificar determinados surcos en imágenes de labios. Para ello se llevó adelante una investigación exploratoria y descriptiva de corte transversal. La unidad de análisis fue el labio humano tomándose como criterio de inclusión una muestra al azar de huellas recogidas entre estudiantes universitarios de odontología.

Se registraron 31 imágenes de labios de individuos las que fueron digitalizadas para su estudio en profundidad.

Las huellas labiales fueron obtenidas de un grupo compuesto por una edad mínima fue 18 y la máxima 40, promedio 26.96, moda 27 y mediana 26. Se observó en 29 imágenes un tipo de surco que permitiría facilitar la lectura de la fórmula del dibujo labial.

El odontólogo general debe conocer las técnicas para la toma de las características de cada individuo, para su posterior comparación y de esta manera utilizar con éxito estas técnicas de identificación.

** La observación de los surcos hallados podría facilitar un enriquecimiento de la Queiloscopía. Dicho estudio posibilitará obtener datos significativos para la resolución de casos periciales.

Palabras claves: QUEILOSCOPIA – ODONTOLOGÍA FORENSE – PERITO. Investigación subsidiada por U.N.L.P.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Álvarez M, Miquel M, Castelló A, Negre MC, Verdú FA. Estudio de la inmutabilidad en las huellas labiales. Comunicación presentada en el II Congreso Ibérico de Medicina Legal. Murcia, 2003.
2. Ball J. The Current status of lip prints and their use for identification. J. Forensic Odontostomatol. 2002; 20(2):43-46.
3. Castelló A, Álvarez M, Verdú FA. Just lip prints? No: there could be something else. FASEB april 2004; 18:615-616.
4. Gela Merabishvili. Superposición de imágenes identificación facial bidimensional. Barcelona, 2006.

Incidencia de la cadena de Correlatividades en el Rendimiento Académico.

Iriquin SM, Milat E, Rancich L, Rimoldi M, Mendes C, Oviedo Arévalo J, Iriquin MS.

Asignatura Odontología Integral Niños. Facultad de odontología de la Universidad Nacional de La Plata.

Una preocupación constante de los educadores es mejorar el rendimiento académico de los alumnos.¹

La Universidad como institución académica es la generadora de conocimientos, y como institución formadora de recursos humanos está obligada a replantearse los hábitos de enseñanza con los requerimientos sociales, científicos y tecnológicos, y permitir la actualización y capacitación de los alumnos para elevar su competencia y desempeño profesional.²

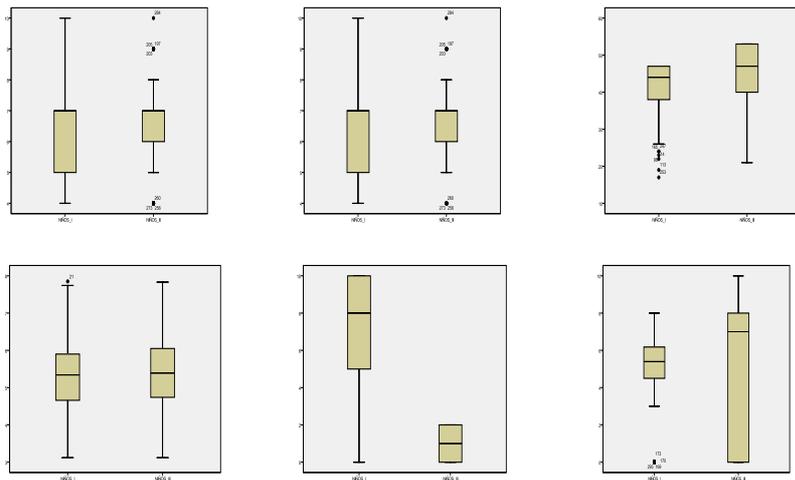
El Plan de Estudios vigente en la facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata rige su sistema de correlatividades basado en la regularidad de las asignaturas previas.

Dentro del proyecto de investigación para el cual se hace este estudio, se plantea la hipótesis de investigación "el promedio de cursada de Niños III puede ser explicado por el promedio de cursada de Niños I"

Las variables estudiadas tanto para el curso I como para el III fueron: Promedio de Cursada; Cantidad de Materias Previas con Final Aprobado; Promedio General de Materias Previas con Final Aprobado; Cantidad de Correlativas Directas con Final Aprobado; Promedio de Correlativas Directas. Se utilizaron como indicadores de Rendimiento Académico para obtener la calificación final de los Cursos I y III de Odontología Integral Niños, el promedio de notas a partir de las evaluaciones de conocimientos, actitudes, valores y destrezas para cada alumno de las listas de los docentes por comisión. El promedio general con aplazos, promedio de correlativas directas aprobadas con examen final, número de materias previas aprobadas con examen final y número de correlativas directas aprobadas con examen final, se tomaron de los Certificados Analíticos de los alumnos.

Se espera de los resultados obtenidos que los alumnos con finales aprobados de todas las materias cursadas previamente tengan mejor rendimiento académico. La Asignatura Odontología Integral Niños se encuentra en el quinto ciclo del Plan de Estudios vigente en la Carrera de Odontología, pertenece a dos Departamentos: Odontología Rehabilitadora y Odontología Preventiva y Social. La Asignatura consta de tres Cursos: los Cursos I y II para el primer cuatrimestre y el Curso III en el segundo cuatrimestre. La cantidad de materias correlativas directas es $N = 10$ para el Curso I, y para el Curso III, $N = 2$. La cantidad de cursos del Plan de Estudios vigente es de $N = 60$; el total de Cursos del Plan vigente hasta el

cuarto ciclo completo es $N = 47$, y el total de Cursos hasta el primer cuatrimestre del quinto ciclo completo es $N = 53$. El método consistió en el procesamiento de 291 datos almacenados en planillas de cálculo Microsoft Office Excel 2007 y su procesamiento estadístico con el programa SPSS Startistics 17.0. Después de realizar un análisis exploratorio e interpretar estadísticamente los datos, se aplicó un modelo de Regresión lineal y se obtuvo un análisis descriptivo de los mismos utilizando gráficos de cajas y bigotes. Teniendo en cuenta los dos cursos y la mediana los resultados obtenidos ofrecen un promedio de cursada con valor 7 en ambos cursos, cantidad de materias previas con final aprobado 44 y 47 respectivamente, promedio general de materias previas con final aprobado 5.34 y 5.39, cantidad de correlativas directas con final aprobado 8 y 1 y promedio de correlativas directas 5.4 y 7 respectivamente.



Llegamos a la conclusión que la cadena de materias correlativas con final aprobado no tiene incidencia significativa con el rendimiento académico de los alumnos de esta Asignatura.

Bibliografía

1. Bernard, J. *Análisis de estrategias de aprendizaje en la Universidad de Zaragoza*. ICE Universidad de Zaragoza. 37-39. 1992.
2. Ponz Piedrahita, F. Espíritu universitario. En García Hoz, V. (compilador): *Tratado de educación personalizada*. Universidad Rialp, Madrid. 86. 1996.

Influencia del Promedio de Cursada Previo en Odontología Integral Niños.

Rancich, L.; Iriquin, S. M.; Milat, E.; Mendes, C.; Rimoldi, M.; Oviedo Arévalo, J.; Iriquin, M. S.

Asignatura Odontología Integral Niños. Facultad de Odontología.
Universidad Nacional de La Plata.

En la Universidad de Zaragoza se encontró que el mejor predictor del rendimiento en el primer año de la Universidad es el rendimiento previo, medido a través de notas o pruebas objetivas¹.

La consecución de las metas educativas pasa por el desarrollo de las capacidades de aquellos a los que se dirige la oferta formativa e implica un tratamiento individual de los procesos educativos. La metodología adquiere un protagonismo especial en el desempeño de las tareas propias de la función docente.²

De un lado, la metodología de enseñanza y, de otro, la metodología del aprendizaje aconseja la consideración individual de los alumnos en relación a los procesos de enseñanza-aprendizaje. De este modo, la educación cumplirá la función de desarrollo individual que debe caracterizarla y estará contribuyendo a la proyección social de cada sujeto.³

En el marco del proyecto de investigación "Estudio del rendimiento académico de los alumnos de la Facultad de Odontología de la U.N.L.P. Propuesta para el aseguramiento de la calidad educativa", se plantea la hipótesis de investigación "el promedio de cursada de Niños III puede ser explicado por el promedio de cursada de Niños I".

Se espera de los resultados obtenidos que el promedio de cursada de Niños I tenga influencia significativa en el promedio obtenido en Niños III.

La variable estudiada en este caso fue el promedio de cursada, y el objetivo del estudio de esta variable fue comparar el promedio obtenido en Niños I con el de Niños III, en los alumnos que cursan Odontología Integral Niños de la Carrera de Odontología para observar su incidencia en el Rendimiento Académico.

Se utilizaron como indicadores de Rendimiento Académico para obtener la calificación final de los Cursos I y III de Odontología Integral Niños, el promedio de notas que obtuvieron los alumnos en el año 2008, a partir de las evaluaciones de conocimientos, actitudes, valores y destrezas para cada alumno de las 5 comisiones de cada curso de las listas de los docentes por comisión.

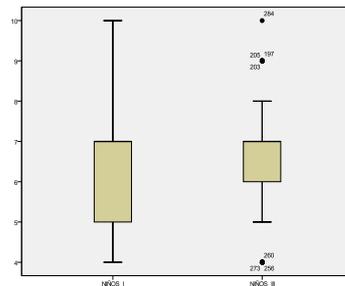
La Asignatura Odontología Integral Niños se encuentra en el quinto ciclo del Plan de Estudios vigente en la Carrera de Odontología, pertenece a dos Departamentos: Odontología Rehabilitadora y Odontología Preventiva y Social. La Asignatura consta de tres Cursos: los Cursos I y II para el primer cuatrimestre y el Curso III en el segundo cuatrimestre. La cantidad de

materias correlativas directas es $N = 10$ para el Curso I, y para el Curso III, $N = 2$. La cantidad de cursos del Plan de Estudios vigente es de $N = 60$; el total de Cursos del Plan vigente hasta el cuarto ciclo completo es $N = 47$, y el total de Cursos hasta el primer cuatrimestre del quinto ciclo completo es $N = 53$.

El método consistió en el procesamiento de 291 datos almacenados en planillas de cálculo Microsoft Office Excel 2007 y su procesamiento estadístico con el programa SPSS Startistics 17.0.

Después de realizar un análisis exploratorio e interpretar estadísticamente los datos, se aplicó un modelo de Regresión lineal y se obtuvo un análisis descriptivo de los mismos utilizando gráficos de cajas y bigotes.

Los resultados obtenidos fueron: Para el Curso I: La Media es de 6.59, un Mínimo de 4 y un Máximo de 10, con un rango de 6, y, para el Curso III: La Media fue de 6.69, un Mínimo de 4 y un Máximo de 10, con un Rango de 6.



Se plantea la hipótesis de investigación “el promedio de cursada de Niños III puede ser explicado por el promedio de cursada de Niños I”, luego de aplicar un modelo de Regresión Lineal, podemos concluir que la hipótesis planteada es válida en éste modelo.

Bibliografía

1. Haddad, Q. *Educación permanente del personal de salud*. Washington. 12-13. 2002. ¹
2. Gil, P; Hierrezuelo, J; Moreno, L. Los procesos educativos. Madrid. 48-50. 1996. ²
3. Latiesa, M. Demanda de educación superior y rendimiento académico. Madrid. 15-17. 1999. ³

Tutorías y Rendimiento Académico

Iriquin, M. S.; Iriquin, S. M.

Asignatura Odontología Integral Niños. Facultad de Odontología.
Universidad Nacional de La Plata.

Muchos docentes notan aparentemente una marcada disminución año tras año en el rendimiento académico de los alumnos.²

Los procesos de enseñanza – aprendizaje, parten de diferentes realidades; cada alumno vive circunstancias diferentes que le sitúan en expectativas y posibilidades de desarrollo individual marcadamente diferentes.³

Actualmente, en las instituciones educativas la tutoría se ha convertido en un recurso ampliamente utilizado para apoyar de manera más directa e individualizada del desarrollo académico de los alumnos.⁴

Este estudio pertenece a un proyecto más amplio, con el que se propone actualizar el Proyecto de Tutoría de orientación Académica, creado en el año 1995 en la Facultad de Odontología de la U.N.L.P., adaptándolo a las necesidades actuales de los estudiantes.

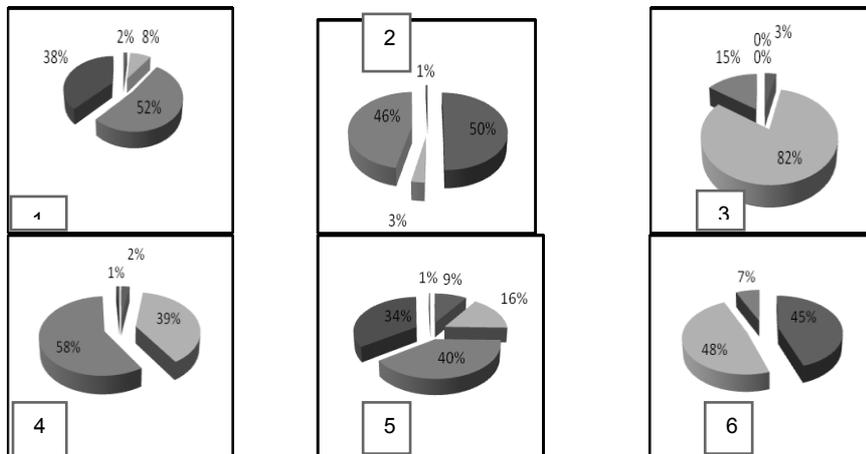
El presente estudio tiene como objetivo hacer un diagnóstico de la situación actual de los alumnos que cursan Odontología Integral Niños, cursos I y III, en el año 2009 para adaptar un Proyecto de Tutorías dirigido a ellos.

La muestra consta de 205 alumnos encuestados de un total de 241, los datos fueron almacenados en planillas de cálculo Microsoft Office Excel 2007, se procesaron con el software SPSS Statistics 17.0, e interpretaron expresados en porcentajes.

Para el diagnóstico de la situación actual se utilizó como instrumento la siguiente encuesta: 1) ¿Cómo te sientes en la F.O.L.P.?: a) Extraño al ámbito académico; b) No formando parte activa de la misma; c) Integrado en algunos aspectos; d) Totalmente inmerso en sus dinámicas 2) ¿Por qué elegiste esta carrera?: a) Por gusto propio; b) Por recomendación de otros; c) Por su salida laboral; d) Por ser una carrera fácil. 3) ¿Qué nivel de aprendizaje para el tipo de contenidos que requiere la carrera que está estudiando considera que tiene?: a) Excelente; b) Buenos; c) Regular; d) Poco; e) Nada. 4) ¿Satisface tus expectativas académicas?: a) No; b) En parte; c) En su mayoría; d) Totalmente. 5) ¿Qué dificultades has tenido en los estudios (con las asignaturas, con los profesores, con tus compañeros)?: a) De relación entre pares; b) De comunicación con los profesores; c) Dificultades en el estudio de algunas asignaturas; d) Falta de tiempo disponible para dedicar al estudio; e) Complicaciones administrativas. 6) ¿Qué actividades combinas con el estudio?: a) Trabajo; b) Deportes, actividades recreativas, etc.; c) Familia.

Los resultados obtenidos fueron: 1 a) 2%; b) 8%; c) 52%; d) 38%. Se destaca que el 52% se halla integrado en algunos aspectos académicos de la F.O.L.P.; 2. a) 50%; b) 3%; c) 46%; d) 1%. El 50% de los encuestados

eligieron la carrera por gusto propio; 3. a) 3%; b) 82%; c) 15%; d) y e) 0%. El 82% de los alumnos consideran que tienen un nivel de aprendizaje bueno en relación a los contenidos de la carrera; 4. a) 2%; b) 39%; c) 58%; d) 1%. Para el 58% satisface la carrera en su mayoría sus expectativas académicas; 5. a) 9%; b) 16%; c) 40%; d) 34%; e) 1%. El 40% ha tenido dificultades en el estudio de algunas asignaturas; y 6. a) 45%; b) 48%; c) 7%. El 48% comparte sus estudios con actividades recreativas, mientras que el 45% con actividad laboral.



Podemos concluir en que se hace necesario implementar tareas que ayuden a resolver las dificultades que se les puedan presentar a los alumnos en el estudio de la asignatura, pero utilizando herramientas que otorguen libertades tanto temporales como geográficas, y de más fluidez en la comunicación con el alumno, como son las herramientas que ofrece internet.

Bibliografía

1. Plan de Estudios de la Facultad de odontología, Universidad Nacional de La Plata. Reforma Curricular FOLP. 1994.⁽¹⁾
2. Manual del Tutor. Universidad Autónoma de México. Secretaría de Desarrollo Institucional. Dirección General de Evaluación Educativa. Ciudad Universitaria, México D. F. 2004.^(2, 4)
3. Lázaro Martínez, A. La acción tutorial de la función docente universitaria. Calidad en la universidad. Orientación y evaluación. Barcelona. Ed. Laertes. 1997.⁽³⁾

El promedio de Correlativas Previas Directas como variable predictiva

Iriquin, M. S.; Iriquin, S. M.; Milat, E.; Rancich, L.; Mendes, C.; Rimoldi, M.; Oviedo Arévalo, J.

Asignatura Odontología Integral Niños. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata.

El logro de una atención de salud con calidad y de excelencia requiere el perfeccionamiento y superación continua de los recursos humanos y su vinculación con la docencia, la investigación y la asistencia odontológica.¹ Este estudio, pretende concientizar la importancia del Rendimiento Académico en el alumno para garantizar la calidad educativa.

Una serie de variables fueron estudiadas como posibles predictoras del rendimiento académico, entre ellas se incluyó el rendimiento previo. El estudio concluye en que existen correlaciones significativas entre rendimiento académico previo y final, al igual que las aptitudes intelectuales y los rasgos de personalidad, mientras que los intereses vocacionales descienden en correlación con el rendimiento.²

El desarrollo curricular adopta frente al proceso de enseñanza - aprendizaje una metodología de trabajo que contiene objetivos de aprendizaje, organización y secuencia de los objetivos criterios didácticos y pedagógicos, etc., para obtener resultados de calidad educativa.³

En el marco del proyecto de investigación para el cual se hace este estudio, se plantea la hipótesis de investigación “el promedio de cursada de Niños III puede ser explicado por el promedio de cursada de Niños I”.

Se espera de los resultados obtenidos que los alumnos con finales aprobados de todas las materias cursadas previamente tengan mejor rendimiento académico.

La variable estudiada en éste caso fue el promedio de las correlativas directas, y el objetivo de del estudio de ésta variable fue comparar el promedio de las materias correlativas directas, en los alumnos que cursan Odontología Integral Niños I y III de la Carrera de Odontología para observar su incidencia en el Rendimiento Académico.

La Asignatura Odontología Integral Niños se encuentra en el quinto ciclo del Plan de Estudios vigente en la Carrera de Odontología, pertenece a dos Departamentos: Odontología Rehabilitadora y Odontología Preventiva y Social.

La Asignatura consta de tres Cursos: los Cursos I y II para el primer cuatrimestre y el Curso III en el segundo cuatrimestre. La cantidad de materias correlativas directas es $N = 10$ para el Curso I y para el Curso III, $N = 2$. La cantidad de cursos del Plan de Estudios vigente es de $N = 60$; el total de Cursos del Plan vigente hasta el cuarto ciclo completo es $N = 47$, y

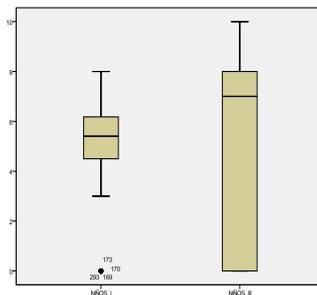
el total de Cursos hasta el primer cuatrimestre del quinto ciclo completo es $N = 53$.

Se utilizó como metodología de trabajo la obtención de los promedios de las asignaturas correlativas directas para cada curso. Los instrumentos utilizados fueron los certificados analíticos de los 291 alumnos que cursaron Niños I y Niños III en el año 2008, proporcionados por la Dirección de Enseñanza de la Facultad. Los datos obtenidos fueron almacenados en planillas de cálculo de Microsoft Office Excel 2007, para luego ser procesados estadísticamente con el programa SPSS Statistics 17.0.

Después de realizar un análisis exploratorio de todos los datos recabados y de interpretarlos estadísticamente, se aplicó un modelo de Regresión Lineal y se obtuvo el análisis descriptivo de los mismos por medio de gráficos de caja y bigotes.

La interpretación de los datos procesados estadísticamente arrojó los siguientes resultados: en el Curso I, la Media era de 5.14, un Mínimo de 0 puntos y un máximo de 8 puntos, y para el Curso III, una Media de 5.33, un Mínimo de 0 puntos y un Máximo de 10 puntos.

Luego de aplicar un modelo de Regresión Lineal, se comprueba que esta hipótesis no es válida para éste modelo ($p > 0.05$).



A partir de los resultados obtenidos, podemos llegar a la conclusión que el promedio de materias correlativas directas de los alumnos que cursaron Odontología Integral Niños I y III en el año 2008 no tiene incidencia significativa en su promedio de cursadas.

Bibliografía

1. Pizarro, R. (1985) Rasgos y actitudes del profesor efectivo. Tesis para obtener el grado de Magister en Ciencias de la Educación. Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista Venezolana de Ciencias Sociales, UNERMB, vol. 10 n° 2, 530, 2006.
2. Bernard, J. A. Análisis de estrategias de aprendizaje en la Universidad de Zaragoza. 37-39. 1992.
3. González barbero, T. Las adaptaciones curriculares. C.N.R.E.E. 15-16.2002.

Análisis exploratorio de los cursos I y III en Odontología Integral Niños 2008. Promedio General de Materias Previas con final Aprobado

Mendes, C; Iriquin, S.M; Rancich, L; Rimoldi, M; Oviedo Arevalo J.; Iriquin, M,S .

Facultad de Odontología De la U.N.L.P

El rendimiento académico es una medida de las capacidades del alumno, que expresa lo que éste ha aprendido a lo largo del proceso formativo. También supone la capacidad del alumno para responder a los estímulos educativos. En este sentido, el rendimiento académico está vinculado a la **aptitud**.

Existen distintos factores que inciden en el rendimiento académico. Desde la **dificultad propia de algunas asignaturas**, hasta la **gran cantidad de exámenes**, pasando por la **amplia extensión de ciertos programas educativos**, conceptos previos que tienen los alumnos. Una serie de variables fueron estudiadas como posibles predictoras del rendimiento académico entre ellas se incluyó el rendimiento previo. El estudio concluye en que existen correlaciones significativas entre rendimiento académico previo y final, al igual que las aptitudes intelectuales y los rasgos de personalidad, mientras que los intereses vocacionales descienden en correlación con el rendimiento.

Otras cuestiones están directamente relacionadas al **factor psicológico**, como la poca motivación, el desinterés o las distracciones, que dificultan la comprensión de los conocimientos impartidos por el docente y termina afectando al rendimiento académico a la hora de las evaluaciones. Por otra parte, el rendimiento académico puede estar asociado a la **subjetividad del docente**

El rendimiento académico es, según Pizarro (1985), una medida de las capacidades respondientes o indicativas que manifiesta, en forma estimativa, lo que una persona ha aprendido como consecuencia de un proceso de instrucción o formación. Además, el mismo autor, ahora desde la perspectiva del alumno, define al rendimiento académico como la capacidad respondiente de este frente a estímulos educativos, la cual es susceptible de ser interpretada según objetivos o propósitos educativos ya establecidos. Tenemos también que en 1985, Himmel define el rendimiento académico o efectividad escolar como el grado de logro de los objetivos establecidos en los programas oficiales de estudio. Por otro lado, el rendimiento académico, para Novaez (1986), es el quantum obtenido por el individuo en determinada actividad académica. Así, el concepto del rendimiento está ligado al de aptitud, y sería el resultado de ésta y de

factores volitivos, afectivos y emocionales, que son características internas del sujeto como las que planteamos en este estudio.

Comparar el promedio de las materias correlativas directas con el promedio de notas de los Cursos I y III en los alumnos que cursaron Odontología Integral Niños, para determinar la incidencia del promedio de correlativas directas en el rendimiento académico de los alumnos Comparar la cantidad de materias previas con final aprobado con el promedio de notas obtenido en la asignatura Odontología Integral Niños, Curso I y III y determinar si la cantidad de materia previas aprobadas tiene incidencia en el rendimiento académico de los Curso I y III de la asignatura. Comparar el promedio general de los alumnos con el promedio de notas de los Curso I y III Odontología Integral Niños, y determinar la incidencia del nivel de aprendizaje acreditados previamente en el Cursos I, sobre el rendimiento académico obtenido en el Curso III.

Se utilizaron como indicadores del rendimiento académico para obtener la calificación final Curso I y III de Odontología Integral Niños, el promedio de notas a partir de las evaluaciones de conocimientos, actitudes, valores y destrezas. Las variables utilizadas comprenden distintos ítems a evaluar del alumno como: presentación personal, disposición para el trabajo, relación paciente-alumno, relación con docentes y compañeros, colaboración en el mantenimiento de la clínica, desempeño en la recepción del paciente, desempeño en el economato, cumplimiento de normas de bioseguridad, organización del instrumental y material de trabajo, seguimiento del plan de tratamiento, capacidad para realizar diagnóstico, ejecución de destrezas, resolución autónoma de situaciones. Los datos obtenidos son tomados de los certificados analíticos de los alumnos. El análisis exploratorio contó de 201 datos para el año 2008. Se plantea la hipótesis de investigación "el promedio de cursada de Niños III puede ser explicado por el promedio de cursada de Niños" Se aplicó un modelo Regresión Lineal y se obtuvo el análisis descriptivo de los mismo por medio de gráficos de caja y bigotes (boxplot o box and whiskers Plot). El análisis estadístico en el promedio general para el Curso I evidenció una media de 5.33, con un límite inferior de 5.22 y un límite superior de 5.43, para un intervalo de confianza para la Media al 95% y para el Curso III, la Media fue de 5.42 con un límite inferior de 5.32 y un límite superior de 5.53 para un intervalo de confianza para la Media al 95%. Para el promedio de notas en el Curso I la Media es de 6.59, un límite inferior de 6.43 y un límite superior de 6.75 para un intervalo de confianza para la Media al 95% y para el Curso III la Media fue 6.69, el límite inferior de 6,55 y el límite superior 6.83 para un intervalo de confianza para la Media al 95%. Para estas dos variables el rendimiento de los alumnos del Curso III no se puede explicar por medio del rendimiento en el Curso I.

Bibliografía:

González, Barbero, T. Las Adaptaciones Curriculares. C.N.R.E.E 2001

Berbard, J. Análisis de estrategias de aprendizaje en la Universidad de Zaragoza. ICE Universidad de Zaragoza. 1992.

Evaluación de conocimientos y capacidades adquiridas por los alumnos de una Asignatura clínica

Rimoldi, M ; Iriquin, S ; Milat, E ; Rancich, L; Mendes, C.; Oviedo Arévalo J.; Iriquin, M.S.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.

Este estudio forma parte de un proyecto más amplio que puede implicar un nuevo sistema de correlatividades por exámenes finales en una reforma o próxima actualización del plan de estudios vigente en la Facultad de Odontología de la U.N.L.P. Muchos docentes notan aparentemente una marcada disminución año tras año en el rendimiento académico de los alumnos. El desarrollo curricular adopta frente al proceso de enseñanza - aprendizaje una metodología de trabajo que contiene diferentes criterios didácticos y pedagógicos para obtener resultados de calidad educativa.

Gardner ha puesto de manifiesto el problema que han tenido que afrontar todas las sociedades modernas al momento de resolver el problema educativo; esto es, supeditar sus propias opciones al mundo del desarrollo y la industrialización de la sociedad. Esto ha significado que cualquiera que sea el tipo de sociedad, ha tenido que adaptarse a formas tradicionales de transmisión del conocimiento y, por ende, a los criterios restringidos de evaluación y de aceptación de rendimiento por parte de los alumnos. Al revisar los componentes del proceso de enseñanza aprendizaje, esto es lo cognitivo, afectivo y psicomotor; se aprecia que son múltiples las variables que intervienen en su desarrollo. Es sabido que en la edad adolescente el alumno está sujeto a una especial sensibilidad para comprender el mundo y para entenderse a sí mismo. En este entorno, las demás personas toman una importancia especial y las propias apreciaciones y valoraciones sobre sí mismo cobran nuevas dimensiones que lo proyectan positiva o negativamente ante el mundo y sus tareas, específicamente en sus rendimientos académicos. (Bloom, Rogers, Carrasco,). Muchos autores han establecido definiciones sobre rendimiento académico. Carpio define rendimiento académico como el proceso técnico pedagógico que juzga los logros de acuerdo a objetivos de aprendizaje previstos; Supper dice, rendimiento académico es el nivel de progreso de las materias objeto de aprendizaje. Para ¹Heran y Villarroel el rendimiento académico se define en forma operativa y tácita afirmando que "el rendimiento escolar previo como el número de veces que el alumno ha repetido uno o más cursos". El objetivo de este estudio consistió en comparar el rendimiento de los alumnos que cursaron niños I y niños III, teniendo en cuenta la cantidad de materias previas con final aprobado con el promedio de notas obtenido en los cursos. Se procedió a procesar la información de 291 alumnos con los siguientes campos por registro: A) Promedio de Cursada: Se utilizaron como indicadores de rendimiento académico para obtener la calificación

final de los Cursos I y III de Odontología Integral Niños, el promedio de notas a partir de las evaluaciones de conocimientos, actitudes, valores y destrezas. Las variables utilizadas comprenden distintos ítems a evaluar del alumno como: presentación personal, disposición para el trabajo, relación paciente – alumno, relación con docentes y compañeros, colaboración en el mantenimiento de la clínica, desempeño en la recepción del paciente, desempeño en el economato, cumplimiento de normas de bioseguridad, organización del instrumental y material de trabajo, seguimiento del plan de tratamiento, capacidad para realizar diagnósticos, ejecución de destrezas, resolución autónoma de situaciones. B) Cantidad de Materias Previas con Final Aprobado: tanto para Niños I como para Niños III la cantidad de materias se obtuvo del programa analítico de los alumnos. La Asignatura Odontología Integral Niños se encuentra en el quinto ciclo del Plan de Estudios vigente en la Carrera de Odontología. Consta de tres Cursos: los Cursos I y II para el primer cuatrimestre y el Curso III en el segundo cuatrimestre. La cantidad de cursos del Plan de Estudios vigente es de $N = 60$; y el total de Cursos hasta el primer cuatrimestre del quinto ciclo completo es $N = 53$. Después de realizar un análisis exploratorio de todos los datos recabados y de interpretarlos estadísticamente, se aplicó un modelo de Regresión Lineal y se obtuvo el análisis descriptivo de los mismos por medio de gráficos de caja y bigotes (boxplot o box and whiskers plot). La Mediana del promedio de cursadas es de 7 en los Cursos I y III, la de cantidad de materias previas con final aprobado para el Curso I es de 44 con un Desv.Tip. de 6.34 y para el Curso III es de 47 con un Desv.Tip. de 8.10. Se observa un rango muy amplio (30 materias para el Curso I y 48 para el Curso III), lo que hace que algunos alumnos hayan accedido al Curso I con 17 materias previas aprobadas y otros con 47, y que al Curso III hayan accedido algunos con 21 materias con final aprobado y otros con 53. Luego de aplicar un análisis de regresión simple, se comprobó que la cantidad de materias previas con final aprobado no tiene incidencia significativa con relación al promedio de notas en los Cursos.

BIBLIOGRAFÍA:

Bloom, B. (1977). Características humanas y aprendizaje escolar. Colombia: Voluntad Ediciones

Carrasco, W. (1993). Autoestima en educadores: Un diaporama motivacional. Tesis para optar al Grado de Magister en Diseño de Instrucción en la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Gardner, H. (1994). Estructura de la mente. La teoría de las inteligencias múltiples. (2ª Edición). México: Fondo de Cultura Económica

¹Heran, y Villarroel. (1987). Caracterización de algunos factores del alumno y su familia de escuelas urbanas y su incidencia en el rendimiento de Castellano y Matemática en el primer ciclo de Enseñanza General Básica. Editado por CPEIP.

Acceso al conducto palatino posterior para la anestesia infiltrativa

Irigoyen, S; Abilleira, E; Segatto, R; Bustamante, C; Mancuso, P; Fingermann, G; Delocca, M; Mazzeo, D.

Asignatura Anatomía, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de La Plata

En cirugía bucal es requerida la supresión de la sensibilidad de la mucosa palatina en todos los procedimientos quirúrgicos que involucran a esta región, como son los caninos en retención palatina, las exodoncias en el maxilar superior, torus palatinos, piezas supernumerarias, injertos de tejido conectivo y lesiones palatinas diversas. Para lograr este objetivo es necesario localizar al orificio palatino posterior por donde emerge el nervio palatino anterior, la arteria palatina superior o descendente y las venas palatinas posteriores. Este accidente anatómico también es utilizado como vía de abordaje de la fosa pterigomaxilar, procedimiento usado para lograr la anestesia troncular intraoral del nervio maxilar superior.

El mencionado foramen es la terminación del conducto de igual nombre que nace en el vértice de la fosa pterigomaxilar, desciende en forma oblicua de atrás hacia adelante, de afuera hacia adentro y de arriba hacia abajo. Este conducto está constituido por un canal labrado en la base mayor del maxilar superior que se articula con otro existente en la cara externa de la lámina vertical del hueso palatino. Tiene una longitud variable entre 10 y 22 milímetros que parece depender del tipo morfológico facial. Su orificio de desembocadura en el paladar presenta una forma generalmente ovalada cuyo diámetro mayor tiene 3 a 5 milímetros y su borde posterior a veces se halla culminado por una cresta ósea que lo separa de los orificios palatinos accesorios. Está situado en el ángulo diedro que forman la porción horizontal del palatino con la cara interna del reborde alveolar superficie que en el esqueleto óseo corresponde a una depresión palpable en el vivo siendo un reparo para la punción anestésica.

Para localizar el orificio se han tomado referencias dentarias elementos que, son de utilidad, pero en algunas situaciones como la pérdida de piezas dentarias o alteraciones de ubicación de las mismas pierden validez. En anteriores trabajos realizados por este grupo, hemos efectuado estudios que demostraron una estabilidad dimensional del surco pterigopalatino o hamular tanto en cráneos dentados como desdentados y su importancia para ser utilizado como parámetro de referencia para la localización de distintos elementos anatómicos, ya que el mismo no depende de la

existencia de las piezas dentarias. Además el surco hamular no sólo es fácilmente identificable en los cráneos sino también es reproducible al realizar modelos de yeso.

El objetivo de este trabajo es determinar la ubicación del conducto palatino posterior con respecto al surco hamular y establecer parámetros clínicos para el acceso al conducto.

Para la realización del mismo se utilizaron cráneos humanos dentados y desdentados rotulados con sistema alfa numérico de la craneoteca de la asignatura Anatomía de la Facultad de Odontología de la Universidad de La Plata. Se consideró a cada hemicráneo como una unidad experimental, en total se usaron 38 U.E. En cada una de ellas se determinó la distancia del extremo interno del surco hamular al orificio palatino posterior, tanto hacia adelante como hacia adentro. La medición se realizó con un calibre digital. Los resultados fueron volcados en planillas de registro donde constaba el número de unidad experimental y el valor obtenido. En las mediciones el orificio se localizó a una distancia de 1.94mm. de promedio hacia adelante. Con un rango de 1.05 mm. (2.47 y 1.4). En sentido transversal se localizó a 1.15 mm. hacia adentro, con un rango de 0.9mm.(1.6 0.7).

Autores como Carrea, Figún y Garino han propuesto que el orificio se encontraría en la intersección de una línea que pase por distal del canino y otra que lo haga por distal del segundo molar, pero estos parámetros no podrían ser considerados en los pacientes desdentados ni en aquellos casos donde se presentaran anomalías de posición. Por esta razón es conveniente establecer un parámetro óseo que no sea alterado por la ausencia de piezas dentarias.

Podemos concluir que si tomamos como parámetro el extremo interno del surco hamular se debe punzar a 2mm. por delante y 1mm por dentro de este reparo para localizar el orificio.

Bibliografía

Figún, M; Garino, R; Anatomía odontológica. 2da. Edición. Ed. El Ateneo.

Bs. As. Pag 376. Año 2006

Kruger, G. Cirugía bucomaxilofacial. 1ra. Edición. Ed. Panamericana.

México. Pag 57 Año 1998

Ries Centeno, G; Cirugía bucal. 7ma. Edición. Ed. El Ateneo. Bs. As. Pag 166-167. Año 1968

Eriksson, E. Manual ilustrado de anestesia local. Ed. Astra. Suecia. Pag 64-65 Año 1969

Análisis comparativo de la angulación del conducto palatino posterior en cráneos humanos adultos.

Irigoyen, S; Abilleira, E; Segatto, R; Bustamante, C; Mancuso, P; Fingermann, G; Delocca, M; Mazzeo, D.

Asignatura Anatomía, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de La Plata

El conducto palatino posterior comunica el vértice de la fosa pterigomaxilar, con la bóveda palatina con una dirección oblicua de atrás hacia adelante, de arriba hacia abajo y de afuera hacia adentro, dando paso a los elementos anatómicos que proveen inervación e irrigación al sector posterior del techo de la cavidad bucal, ellos son la arteria palatina superior o descendente, el nervio palatino anterior y las venas palatinas posteriores. Este conducto está constituido por un canal labrado en la base mayor del maxilar superior que se articula con otro existente en la cara externa de la lámina vertical del hueso palatino. Tiene una longitud variable entre 10 y 22 milímetros que parece depender del tipo morfológico facial. Su orificio de desembocadura en el paladar presenta una forma generalmente ovalada cuyo diámetro mayor tiene 3 a 5 milímetros y su borde posterior a veces se halla culminado por una cresta ósea que lo separa de los orificios palatinos accesorios. Está situado en el ángulo diedro que forman la porción horizontal del palatino con la cara interna del reborde alveolar superficie que en el esqueleto óseo corresponde a una depresión palpable en el vivo.

Figun y Garino establecieron parámetros para el acceso al conducto palatino posterior, tomando como referencia el eje del conducto en relación con el plano oclusal, en una angulación de 60 a 70 grados, no encontrándose en la bibliografía actual, datos de referencia para maxilares desdentados. Es necesario recurrir a la utilización de planos que sean paralelos al plano oclusal ya que éste es inexistente en los cráneos desdentados, en el presente trabajo se toma como plano de referencia el biespinal por reunir las condiciones necesarias.

La angulación del conducto palatino posterior debe ser tenida en cuenta para poder acceder al vértice de la fosa pterigomaxilar cuando se requiere realizar la anestesia troncular del nervio maxilar superior por vía intraoral.

Los objetivos del presente trabajo es determinar la angulación del conducto palatino posterior en cráneos humanos dentados y desdentados y analizar si existe variabilidad significativa entre ambos grupos.

El tamaño de la muestra fue de 200 (doscientos) cráneos humanos adultos, 100 (cien) dentados y 100 (cien) desdentados rotulados con sistema alfa numérico, obtenidos de la craneoteca de la facultad de odontología de la

Universidad Nacional de La Plata. Se consideró a cada hemicráneo como una unidad experimental. A los cráneos rotulados se les introdujo un tutor en el conducto palatino posterior y se les realizó la técnica de Telerradiografía (radiografía lateral de cráneo). Las radiografías fueron rotuladas con el mismo sistema que los cráneos obteniendo el par: cráneo / telerradiografía constituyendo una nueva unidad experimental. Las imágenes radiográficas se obtuvieron en la asignatura Radiología y fisioterapia de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Las mismas fueron estandarizadas ubicando el cráneo con el plano de Franckfort, paralelo al piso y el chasis de la película, perpendicular a éste, del lado derecho. El rayo central penetra por el conducto auditivo externo del lado opuesto, con un kilovoltaje de 78 Kv. 10 miliamperes y 2 segundos de exposición. Obtenidas las imágenes se realizó a cada una, el trazado cefalométrico, utilizando el plano biespinal (espina nasal anterior – espina nasal posterior) como referencia para medir la angulación de desembocadura del conducto palatino posterior.

Se dividió en dos grupos (dentados y desdentados) y tres grupos de intervalos de clase ($90^\circ - 95^\circ$; $95^\circ - 100^\circ$; $100^\circ - 105^\circ$).

Los resultados obtenidos para el grupo desdentados fueron intervalo (90 – 95) 15%; intervalo (95 – 100) 75%; intervalo (100 – 105) 10 %. En el grupo dentados los guarismos fueron: intervalo (90 – 95) 10%; intervalo (95 – 100) 77,5%; intervalo (100 – 105) 12,5%.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas de las angulaciones del conducto palatino, entre los cráneos dentados y desdentados.

Es necesario utilizar para el estudio un plano de referencia que sea paralelo al plano oclusal con el fin de obtener datos comparables ya que en los cráneos desdentados no existe plano oclusal, para ello es útil el plano biespinal, Para ambos grupos la mayor distribución de frecuencia corresponde al intervalo $95^\circ - 100^\circ$. La distribución de la frecuencia puede ser considerada simétrica para las dos poblaciones analizadas.

Bibliografía

Ries Centeno, G; Cirugía bucal. 7ma. Edición. Ed. El Ateneo. Bs. As. Pag 166-167. Año 1968

Figún, M; Garino, R; Anatomía odontológica. 2da. Edición. Ed. El Ateneo. Bs. As. Pag 376. Año 2006

Kruger, G. Cirugía bucomaxilofacial. 1ra. Edición. Ed. Panamericana. México. Pag 57 Año 1998

Eriksson, E. Manual ilustrado de anestesia local. Ed. Astra. Suecia. Pag 64-65 Año 1969

Aspectos físicos de los agentes coadyuvantes

Sapienza, M; Varela, J., Etchepare, A; Domench, A ; Lubreto, A; Bustos, M; Jara, M; Zaracho, H.

Facultad de Odontología, Asignatura de Endodoncia.

Hoy en día, la terapéutica endodóntica en una sola consulta comienza a surgir como un método viable y satisfactorio de tratamiento, volcando un interés creciente centrado en los mecanismos biológicos durante las distintas etapas de la endodoncia. Así mismo existen muchos interrogantes como ser: ¿Hasta qué punto está limpio el conducto radicular después de la instrumentación? ¿Cuáles son las soluciones de irrigación más eficaces? ¿Qué soluciones penetran más en la red ductal? En este trabajo se investigó sobre las soluciones que se utilizan más frecuentemente durante la preparación quirúrgica, y de ellas se observó el poder de penetración por capilaridad en el interior ductal de acuerdo a sus tensiones superficiales. Entonces para ello se determinó la tensión superficial de las soluciones de hipoclorito de sodio, peróxido de hidrógeno, digluconato de clorhexidine y E.D.T.A para determinar cuál de ellas según la física es la más efectiva en cuanto a su poder de penetración en la red de conductillos dentinarios. En una primera etapa se procedió a la toma de la tensión superficial de los agentes con el estalagmómetro de Traube, a 20° de temperatura durante toda la experiencia para que no se modifique la tensión de los distintos irrigantes. Durante la medición se aforó correctamente el estalagmómetro y se procedió a contar las gotas en cada caso para aplicar la fórmula $(T = 72,5 \times n \text{ (agua)} \times d \% n \text{ (líquido)})$ y obtener las tensiones de cada agente. Que resultaron para el digluconato de clorexidine 40,27 dina/cm.; el E.D.T.A 50,58 dina/cm.; hipoclorito de sodio 67,16 dina/cm. Y por último el agua oxigenada 72,50 dina/cm. Posteriormente se tomaron 40 piezas dentarias las cuales se dividieron en cuatro subgrupos, cada uno de ellos correspondiente a uno de los irritantes mencionados previamente. Con las piezas en mano se procedió a realizar la apertura cameral con piedra de diamante en esmalte y de carburo de tungsteno en dentina. Luego se realizó el cateterismo e instrumentación con limas lisas tipo "K" del calibre 15 al calibre 60. Irrigando profusamente a cada cambio de calibre en el instrumental con el agente seleccionado para cada grupo (5cc entre instrumento e instrumento con jeringa tipo Luer). Cada irrigante fue coloreado con verde brillante (Colorante que por exámenes previos demostró que no producía variaciones en la tensión superficial de los coadyuvantes ductales). Una vez que todas las piezas fueron preparadas se procedió a seccionar las mismas bajo su eje longitudinal para visualizar la penetración del irrigante en el endodonto y adyacencias. Para dicha tarea se colocaron en tarjetas de color contrastante ordenando las piezas por calibre de lima trabajado y se le otorgó además un número a cada irrigante

para poder identificarlos en cada tarjeta. Quedó el siguiente orden: el n°1 le correspondió al peróxido de hidrógeno, n°2 hipoclorito de sodio, n°3 digluconato de clorexidine y por último n°4 al E.D.T.A. En los cortes longitudinales de las piezas se observó que por capilaridad a partir de la lima lisa tipo "K" N° 15 el primer irrigante en llegar al límite cemento dentinario (CDC) es el digluconato de clorhexidine ya que es el agente que posee menor tensión superficial; y como las leyes de la Física lo indican a menor tensión superficial mayor penetración por capilaridad. En orden decreciente se ubicaron el E.D.T.A que penetra a partir del calibre 20 de instrumento; el hipoclorito recién se insinuó en una lima de 35 y el que menos penetra fue el peróxido de Hidrógeno que lo hizo en calibres muy avanzados (55). En la bibliografía actual no se encontraron estudios directos acerca de la tensión superficial de los irrigantes en cuestión, pero si gran cantidad de colegas se refieren al tema indirectamente ya que aumentan la temperatura del irrigante para favorecer su penetración eliminando la zona de barro dentinario para lograrlo llevan el hipoclorito de sodio a una temperatura de 50° y analizan las paredes con microscopía electrónica. De este trabajo se concluyó que el peróxido de hidrógeno y el hipoclorito de sodio por poseer elevada tensión superficial no abordan el límite cemento dentinario correctamente; el EDTA es un agente muy recomendable ya que además de quelar los iones cálcicos ocupa el segundo lugar en cuanto a tensión superficial y esto le permite lograr un sinergismo con el hipoclorito de sodio combinando el avance en el interior del conducto del E.D.T.A dado por sus propiedades físicas y el gran poder antiséptico y proteolítico del segundo en mención. El clorhexidine es un antiséptico de gran poder de penetración y de ahora en más el más adecuado desde el punto de vista físico para irrigar el endodonto ya que accede a la zona apical con calibres pequeños de instrumentos (lima n° 15) y tiene además una fuerte acción antibacteriana dada por su sustantividad perdura en la luz del conducto de una sesión a otra dato muy útil en los casos de necrosis y gangrena. Cabe destacar que el agua oxigenada o peróxido de hidrógeno junto al hipoclorito de sodio no deben desterrarse de la práctica endodóntica por tener tensión superficial alta sino que éstos se deben utilizar con un buen ensanche en las paredes dentinarias que le permitan acceder al límite cemento dentinario. Y para finalizar el peróxido de hidrógeno por ser un antiséptico de bajo poder y tener alta su tensión superficial se debe reservar para los casos de hemorragia ductal donde es muy efectivo. Bibliografía: 1) Waine, F. et al.: The effect of preparation procedure on original canal shaper. JOE 1:255, 1975. 2) Fuss, Z. et al: Tubular permeability to bleaching agents. JOE 15:1989. 3) Imura, N. Procedimientos clinicos am endodontia. Pancast. Sao Paulo 1988 4) Davies, R M et al : The efectes of aplicaciones of clorexidine on the bacterial colonization. Journal of periodontologia. Res.5:96/101 1970. 5)

Técnicas de apicodontometría. ¿Cuál elegir?

Sapienza, M; Varela, J; Etchepare, A; Lubreto, A; Domench, A ; Jara ,M; Zaracho, H ,Bustos ,M.

Facultad de Odontología, Asignatura de de Endodoncia.

Se define a la apicodontometría como el procedimiento por el cual se determina la longitud de la pieza dentaria mediante el uso de instrumentos colocados dentro del conducto, tomando como punto de referencia el borde incisal o la cúspide (según sea una pieza dentaria anterior o posterior) por un extremo y por el otro el CDC. En este trabajo se busca establecer la comparación de los resultados de las técnicas utilizadas, analizar la efectividad de las técnicas de apicodontometría planteadas para facilitar la terapéutica y acortar los tiempos de trabajo. Comparar las diferentes técnicas para determinar cual es la más adecuada en cuanto exactitud (Teniendo en cuenta que el límite CDC es un límite histológico y no anatómico) y también en cuanto a facilidad de trabajo. Para realizar el presente trabajo se seleccionó un universo de 120 piezas dentarias anteriores vitales de los pacientes que concurren a la Asignatura de Endodoncia de la Facultad de Odontología perteneciente a la Universidad Nacional de La Plata. Los pacientes fueron divididos en tres grupos de 40, a cada grupo de individuos se aplicó una técnica diferente (Presuntivo digital, Convencional radiográfico y con localizadores electrónicos). A todos los pacientes se les realizó el diagnóstico clínico – radiográfico, se les realizó la técnica anestésica correspondiente a la patología que presentaban; apertura con fresa redonda rectificación con fresa tronco – cónica y aislación absoluta con clamps y goma dique. Esta maniobra operatoria es un paso fundamental en la terapéutica, ya que por un lado evita la contaminación del sistema ductal con fluidos orgánicos, como la saliva. Dando un pronóstico mejor al tratamiento. Y por otro evita que se produzcan accidentes de deglución o aspiración por parte del paciente. Al primer grupo se le realizó con lima lisa tipo “K” calibre 15 (12 B K file colorinox maillefer Switzerland) la conductometría presuntiva; introduciendo el instrumental hasta donde el operador sentía a nivel digital (el supuesto CDC). Al segundo grupo se le realizó igual tarea con toma radiográfica, es decir la técnica convencional; en el tercero se utilizó localizador apical electrónico (Propex II, Dentsply, Maillefer) Esta aparatología funciona por una diferencia de potencial entre un electrodo adosado a la lima de endodoncia y otro colocado en fondo de surco del paciente. Cuando el pequeño instrumental de endodoncia llega al CDC el circuito se cierra dando una señal lumínica o sonora. Éstos permiten también variando la frecuencia emplearse en el reconocimiento o localización de perforaciones o fracturas radiculares. Luego de obtenidos los datos se realizó el análisis estadístico de los mismos. Los resultados correspondientes a cada técnica fueron volcados en

tablas ad hoc. Los resultados arrojados por la conductometría digital no fueron significativos; no es una técnica muy efectiva porque depende de la habilidad manual y destreza del operador, además de las condiciones fisiológicas de la pieza. Con la conductometría tradicional se obtuvieron datos significativos ya que es un método de amplia utilización el cual tiene la desventaja de irradiar al paciente y en menor medida al odontólogo. Hoy en día las radiografías proveen datos importantes sobre la morfología de la raíz y las estructuras vecina, sin embargo no son confiables por completo debido a las siguientes razones: El foramen con frecuencia no coincide con el vértice radicular y su posición lateral no siempre es revelada por la radiografía; complejidades anatómicas como dilaceraciones apicales pueden estar presentes sin observarse; en las piezas con reabsorciones tienen contorno radicular difuso; superposición de estructuras anatómicas, y subjetividad en la interpretación radiográfica. Además existe la posibilidad de incurrir en un error al guiarse únicamente por una imagen bi-dimensional (Placa radiográfica). El método electrónico Propex II arrojó datos muy significativos; ya que las dificultades del método anterior favorecieron el desarrollo de esta aparatología con el fin de detectar el foramen apical y obtener así la longitud del conducto radicular. Según diversos estudios la generación actual de localizadores apicales proporcionan índices de precisión que van del 87 al 96,5 %. La confiabilidad de los aparatos, los nuevos diseños, más simples y con dimensiones reducidas y las perspectivas de reducción de costos contribuirán con el uso creciente de este importante recurso. Los datos que proveen sumados a los obtenidos por medio de las indispensables radiografías, proporcionan una base más segura para la intervención en los conductos radiculares. Tiene como ventaja evitar la irradiación tanto del paciente como del profesional actuante, sin embargo puede presentar lecturas erróneas cuando el conducto se encuentra seco. De estos datos se determina que luego de analizar las tres opciones el método electrónico con el Propex II, correctamente realizado es comparativamente mucho más efectivo y menos nocivo, ya que permite obtener lecturas reales y repetibles sin irradiar al paciente, permitiendo acortar los tiempos operatorios y facilitar la terapéutica endodóntica. La técnica convencional no debe ser descartada ya que más allá de la técnica elegida, la necesidad de visualizar el contorno del vértice radicular obliga, muchas veces, a la realización de otras radiografías no pequeñas modificaciones en su angulación, para lograr la exactitud. Bibliografía: 1) Goldberg, F. Evaluación clínica del Root ZX en la determinación de la conductometría. 2) Leonardo, M. Endodoncia, Tratamiento de conductos radiculares, principios técnicos y biológicos. 3) López, F. Localizadores apicales: Nuevas tecnologías en diagnóstico. 4) Pérez, E. Triada para la limpieza y conformación del sistema de los conductos radiculares. 5) Seltzer, S. Root canal dressings. Their use-fulness in endodontic therapy reconsidered. Oral surg. V14 n5 p603-609 1961

Estudio comparativo de métodos de irrigación ductal

Sapienza, M; Varela, J; Etchepare, A; Lubreto, A; Domench, A., Jara, M; Santángelo, G; Cáceres, L ; Zaracho, H.

Facultad de Odontología, Asignatura de de Endodoncia.

Podríamos decir que la irrigación del endodonto es una operación muy importante, aprovechando la acción hidrodinámica de los líquidos que exporta detritus y lubrica la cavidad. Para mejorar la detección de los conductos se aprovecha la propiedad efervescente de algunos irrigantes que facilitan la salida hacia la luz del conducto y de allí hacia la cavidad de los residuos orgánicos, detritus de dentina, evitando que durante la dinámica de instrumentación virutas de dentina o materiales consistentes puedan ser empujados hacia el ápice o incluso más allá. La irrigación frecuente presenta los siguientes aspectos positivos: correcto lavaje de la red ductal, mejora la visualización de los conductos, lubricación del endodonto, alisado químico de las paredes. El objetivo de este trabajo es comparar la efectividad de las técnicas manuales y electrónicas de irrigación ductal con el uso de hipoclorito de sodio, clorhexidine, EDTA y peróxido de hidrógeno. Para ello se tomaron de un universo de 80 piezas dentales del sector anterior, se dividió en dos subgrupos de 40 piezas cada uno; el primero de ellos fue tratado con una irrigación convencional (Con aguja y jeringa) y el segundo grupo fue tratado con métodos electromecánicos (Aspir). Este aparato está constituido por dos elementos, el instrumento endodóntico que tiene forma de pieza de mano y la aparatología de mando.

La pieza de mano está construida en acero inoxidable en forma de contra ángulo totalmente esterilizable, previo a retirar los tubos de alimentación de todas las vías. El cabezal es completamente desarmable para su limpieza, las agujas de irrigación vienen de diferentes colores de acuerdo a los diámetros y longitud del conducto (igual que la estandarización del pequeño instrumental). La aspiración de los irritantes se transmite por un valle telescópico con un recorrido de 4 mm. que asegura el constante contacto entre la pieza de mano y la cámara pulpar. La irrigación se puede hacer con hasta tres antisépticos diferentes sin que éstos se mezclen en forma totalmente independiente. El enchufe de la pieza de mano está dotado de válvulas unidireccionales que impiden que los líquidos se mezclen y reaccionen en las cañerías. Los antisépticos van en frascos herméticos evitando el contacto directo con el aire sobre los mismos asegurando la bioseguridad en la preparación. El envío del agente se realiza por medio de un pedal que asegura la salida del líquido deseado en forma continua por la aguja del cabezal. Este pedal tiene cuatro movimientos de derecha a izquierda envía solución fisiológica o agua de cal, y los movimientos de arriba abajo corresponden a la salida de los otros agentes. Cabe destacar

que los envases también poseen colores para identificar los distintos antisépticos. El panel de control presenta un manómetro para ir graduando la presión que se quiere ejercer durante la preparación ductal. Presenta en su parte posterior un motor y un compresor con un recipiente que recolecta las soluciones con una capacidad de tres litros. El cabezal de la pieza de mano se apoya sobre la pieza dentaria ya que de su centro emerge la aguja que mediante un valle telescópico realiza la irrigación de la pieza. Descripta ya la aparatología se tomaron los dos subgrupos que se dividieron en cuatro, correspondiendo cada uno de estos a un irrigante específico. Durante el presente estudio todas las piezas fueron tratadas endodónticamente con limas lisas tipo "K" del calibre 15 al calibre 60, procediendo a la realizar profusa irrigación a cada cambio de instrumental. Una vez completada la preparación biomecánica en las piezas tratadas con la técnica convencional y electromecánica de irrigación se seccionaron las mismas siguiendo su eje longitudinal para poder analizar la limpieza de las paredes después de la preparación con los cuatro agentes. El mismo se realizó mediante un estudio de microscopía para determinar cuál de los métodos y de los agentes antisépticos utilizados en el presente trabajo resulta más efectivo a la hora de preparar el endodonto. Los resultados fueron notablemente significativos para las piezas que recibieron irrigación con el método electromecánico ya que presentaron una notable debridación en la entrada de los conductillos dentinarios con respecto a las piezas irrigadas con el método tradicional de jeringa Luer y aguja delgada. Analizando el resultado del presente trabajo coincidimos con otros autores acerca de la efectividad en el uso del hipoclorito de sodio y el EDTA como irrigantes de excelente calidad, haciendo notar el mejor resultado en la limpieza ductal utilizando el método electromecánico de irrigación. Basándonos en trabajos que describen la acción sinérgica de estos dos agentes de irrigación ya que el hipoclorito de sodio posee excelentes propiedades bactericidas, detergentes, lubricantes y quizás la más destacable su actividad proteolítica, pero el punto débil de este agente es su escasa penetración por capilaridad; hecho que se resuelve al combinarlo con el EDTA. Quien le permite avanzar en el conducto por capilaridad. De esto surge que los métodos electromecánicos superan a los tradicionales, lográndose mayor efectividad con el uso de hipoclorito de sodio y EDTA.

BIBLIOGRAFIA: 1- Bystrom, A. Bacteriologic evaluation of the efficacy of mechanical root canal in endodontic therapy. 2- Goldberg, F. Analysis of the effect of EDTAC on the dentinal walls of the root canal. 3- Pashley, D.H. Clinical considerations of microleakage. 4- Seltzer, S., Bender, I.B. A polpa dental. Soares, I. J. Evaluación del EDTA en su empleo clínico como solución irrigadora de los conductos radiculares. Walton, R.E. Intracanal medicaments.

Estudio comparativo del sellado total de tres selladores

Sapienza, M; Varela J; Zaracho H; Jara Ortiz M; Domench, A.; Bustos M;
Facultad de Odontología, Cátedra de de Endodoncia.

Todos sabemos que para lograr el éxito en una endodoncia debemos tener en cuenta tres pilares básicos: el diagnóstico, la preparación quirúrgica y el correcto sellado.

En cuanto al sellado apical, éste es uno de interrogantes más difíciles de resolver, ¿cuál sería el sellador ideal que cumpla con los objetivos de la obturación? El de proveer un sellado excelente una vez endurecido, producir adhesión adecuada entre sí, así como con las paredes del conducto y el material de obturación, ser radiopaco, no pigmentar el diente, ser estable dimensionalmente, ser fácil de mezclar e introducir a los conductos, ser fácilmente removido si es necesario, ser insoluble a los fluidos bucales, ser bactericida o no favorecer el crecimiento bacteriano, no ser irritante a los tejidos periapicales, tener un fraguado lento para permitir tiempo de trabajo suficiente, no debe generar una respuesta inmune en los tejidos periapicales, no debe ser mutagénico ni carcinogénico. El propósito de este trabajo implica comparar el sellado total de tres cementos selladores a través de la técnica de transparentación y para comprobar el sellado apical, los ápices fueron sumergidos en tinta china, para ello se utilizaron en esta oportunidad el cemento de Grossman (Pharmadental), el sellador de CPM Sealer (Egeo) y Roeko Seal (Coltene). En este estudio in Vitro se utilizaron treinta piezas dentarias anteriores unirradiculares a las que se les practicó el tratamiento endodóntico convencional ensanchándolas de manera progresiva hasta el calibre 60, irrigados con Hipoclorito de Sodio al 0.5%, entre lima y lima, secados con puntas de papel de diferentes calibres, finalmente se dividieron en tres grupos de diez piezas dentarias para ser obturados con la técnica de condensación lateral a conos múltiples con el sellador correspondiente. Grupo 1 se utilizó el Cemento de Grossman (Pharmadental) Composición: Polvo (óxido de zinc, resina hidrogenada, subcarbonato de bismuto, sulfato de bario, borato de sodio anhidro); Líquido (eugenol). Este cemento posee un tiempo de trabajo adecuado, buen corrimiento, buena adhesividad a las paredes y su radiopacidad es aceptable.

Grupo 2 el Cemento CPM Sealer (Egeo) Composición: Trióxido mineral agregado (SiO₂; K₂O; Al₂O₃; SO₃; CaO; Bi₂O₃), Bióxido de Silicio; Carbonato de Calcio; Trióxido de Bismuto; Sulfato de Bario; Alginato de Propilenglicol; Propilenglicol; Citrato de Sodio; Cloruro de Calcio; Ingredientes activos. El cemento posee gran adaptación y adherencia a las paredes dentinarias, un alto grado de fluidez que facilita la inserción y el corrimiento, fragua en presencia y en ausencia de humedad.

Grupo 3 Cemento Roecko Seal Composición: Polidimetilsiloxano, aceite de silicona, aceite a base de parafina, catalizador de platino, dióxido de circonio. El cemento posee mecánica de adherencia a la pared del canal debido a la expansión 0,2%, excelentes propiedades de flujo, es tixotrópico, de modo que el sellador se vuelve menos viscosa bajo presión y fluye hacia la túbulo. Acto seguido las piezas fueron sometidas al proceso de transparentación para poder visualizar la hermeticidad y el poder de escurrimiento de cada material. Para comprobar el sellado apical los ápices fueron sumergidos en tinta china.

Luego de estar 24hs en la tinta se retiraron se secaron y se procedió a medir la distancia ápice – sellador con una regla milimetrada para obtener dicha distancia en mm. Los resultados arrojaron los siguientes datos: Analizando el resultado estadístico comparativo del presente trabajo coincidimos con otros autores que afirman que el cemento sellador Roecko Seal, sería el mejor sellador endodóntico dentro de los tres cementos selladores utilizados en este trabajo, debido a que combina excepcionales propiedades tales como fluidez, ya que a película de muy bajo espesor de sólo 5 micras de sellador permite el flujo en pequeñas grietas y túbulo dentinarios, tampoco presenta contracciones sino que en realidad se expande ligeramente (0,2%), también es tixotrópico, de modo que el sellador se vuelve menos viscoso bajo presión y fluye hacia los túbulo. Luego el CPM Sealer demostró poseer gran adaptación y adherencia a las paredes dentinarias además de un muy buen sellador.

En tercer lugar el Cemento de Grossman posee buen corrimiento y buena adhesividad a las paredes siendo sus propiedades igualmente aceptables. Por lo que podemos concluir que teniendo en cuenta que el objetivo de este trabajo fue estudiar en forma comparativa el sellado en la totalidad del conducto y el poder determinar cuál de estos tres selladores cumpliría mejor y más eficientemente con los principios de la obturación respetando las características que debe tener un sellador ideal enunciadas por Grossman, fue el Roecko Seal el sellador que mejor cumple con dichos objetivos.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1-Goldberg; Ruddle cj Three-Dimensional obturartion of the Root canal System Dental Today;
 - 2-Saliber H. Filling Root Canals in Three dimensions Dent Clin. North Am.;
- Weine Fs. Endodontic Therapy 5 edition St Louis Mosby 1996 p 423-522.

Estrategias Para Lograr La Tridimensionalidad En La Obturación Endodóntica Para Evitar Futuros Fracasos Del Tratamiento.

Lubreto A.; Sapienza, M; Varela J.; Domench A.; Jara Ortiz M; Zaracho H; Bustos M.;

Facultad de Odontología, Asignatura de Endodoncia

La obturación endodóntica tiene por finalidad el relleno tridimensional de todos los espacios propios de la intrincada anatomía, a saber: anfractuosidades, conductos laterales, deltas apicales, etc.

Diversos materiales y técnicas de obturación han sido propuestos para cumplir con esa finalidad, pero ninguno ha satisfecho totalmente las necesidades requeridas.

El concepto de tridimensionalidad nos lleva a pensar en tres planos, a pesar de reconocer que la imagen radiográfica que nos sirve de control es una imagen bidimensional. La experiencia en la lectura radiográfica y el conocimiento anatómico internalizado permite imaginar esa tercera dimensión que no vemos. Pequeñas burbujas y zonas de menor radiopacidad en la radiografía post-obturación deben interpretarse como áreas de escasa compactación de la gutapercha, generalmente de mayor envergadura que la observada en la imagen radiográfica.

Cuando la obturación no rellena completamente la luz del conducto radicular, las bacterias encuentran el espacio apropiado para desarrollarse y producir una lesión periradicular o mantener la lesión preexistente. Numerosos estudios señalan a la filtración coronaria como causa frecuente del fracaso endodóntico a distancia.

El objetivo de este trabajo fue estudiar estrategias para mejorar la tridimensionalidad de la obturación endodóntica teniendo en cuenta: la correcta elección del cono principal, la correcta elección y colocación del sellador endodóntico, tener en cuenta las maniobras para la condensación lateral y la compactación vertical de la obturación.

Para este estudio se realizó una recopilación bibliográfica en la Sociedad Odontológica, en la Agremiación Odontológica, en la biblioteca de la Facultad de Odontología de La Plata, también se recopiló por medios electrónicos y en Revistas de Divulgación Científicas.

Los resultados arrojaron los siguientes datos: El cono principal a seleccionar debe ajustar convenientemente en la porción apical del conducto radicular instrumentado. Los materiales empleados en la obturación endodóntica deben ser estables; esto es, no deben desintegrarse, solubilizarse, reabsorberse, ni contraerse en el interior del conducto radicular.

Es muy importante para realizar las maniobras de condensación lateral mediante la selección apropiada del espaciador, que deberá tener un calibre

relacionado al del conducto a obturar. A su vez, los conos accesorios recubiertos con el sellador complementarán al cono principal, ocupando el espacio creado por el espaciador, tanto en longitud como en calibre.

Finalizada la maniobra de condensación lateral, es aconsejable emplear un atacador de gutapercha de calibre apropiado al acceso y presionar la masa de obturación en sentido apical a fin de mejorar la tridimensionalidad, lo cual redundará en beneficio del sellado coronario.

Según Walton, el objetivo de la obturación es crear un sellado a prueba de líquidos a lo largo de la longitud del sistema de conductos radiculares, desde la abertura coronal hasta la terminación apical.1

Se sabe además que no es infrecuente que la combinación de varios materiales y técnicas de obturación demuestra un método exitoso para obturar casos endodónticos injustamente complejos. Se ha investigado que el uso de solventes, juntamente con la condensación vertical, el calor, la presión hidráulica obturadora y/o los métodos de compactación mecánica, aumenta las probabilidades de éxito en la obturación tridimensional del sistema de conductos radiculares.2

Leonardo por su parte, habla de que una intervención perfecta, sería aquella que iniciase con un correcto diagnóstico y fuese concluida con una obturación lo más hermética posible, seguida de los controles a distancia. A pesar de esto, se tiene a dar un mayor énfasis e incluso una importancia superior a la fase de la obturación de los conductos radiculares, visto que el éxito final del tratamiento está condicionado a este paso y que, de nada servirán los cuidados de la antisepsia, la ejecución de una técnica atraumática, la preparación químico-mecánica cuidadosa, si la obturación fuera defectuosa.3

Concluyendo, el éxito de la obturación tridimensional del conducto depende de la configuración de la cavidad endodóntica y de una limpieza y modelación completas. Independientemente del método empleado para obturar el conducto, los esfuerzos intensivos destinados a la obtención de un desbridamiento total y una permeabilidad completa de la totalidad del sistema de conductos radiculares facilitarán la ulterior obturación tridimensional exitosa

BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Walton,R.;Torabinejad,M;Principles and Practice of Endodontics;2° ed; McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.,año 2000.
- 2.-Cohen,S;Burns,R; Pathways of the Pulp; 4° ed, Editorial Médica Panamericana, Argentina, pág 243-244, año1992
- 3.-Leonardo,M.R; Leal,J.M; Simões Filho, A.P; Endodontia, Tratamiento de canais Radiculares, 1°ed, Editorial Médica Panamericana, Argentina, Pág. 241-242.

Microestructura y microdureza del esmalte en premolares

Durso G.; Batista S.; Abal A.; Tanevitch A.; Llompart G.; Licata L.; Anselmino C.; Llompart J.; Matinez C.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Durante la masticación se concentran tensiones en áreas pequeñas de los dientes, como las cúspides, por lo cual el esmalte dental debe presentar una microestructura adaptada al desgaste masticatorio y que evite la propagación de fracturas. Analizamos el esmalte dental humano según la clasificación jerárquica de la microestructura del esmalte propuesta por Koenigswald y Clemens¹ aplicada a otros mamíferos. En dicha clasificación el nivel tipos de esmalte se refiere a un volumen de esmalte donde los prismas presentan similar morfología y orientación. Los prismas pueden estar paralelos entre sí (esmalte radial y esmalte tangencial) o entrecruzarse de manera regular (esmalte con bandas de Hunter Schreger) o irregular (esmalte irregular). Para analizar este nivel de la microestructura del esmalte es de gran utilidad el empleo de la microscopía electrónica de barrido y de la técnica de preparación de las muestras para el estudio del esmalte en mamíferos Martín T, Wahlert J² a la que hemos hecho modificaciones. La dureza del esmalte está en relación directa con la resistencia al desgaste, sin embargo no hay datos de microdureza de los diferentes tipos de esmalte. El objetivo de nuestro trabajo fue relacionar la microestructura del esmalte dental humano con la biomecánica en función de la disposición de los prismas y microdureza en los diversos tipos de esmalte. La muestra fue de 12 coronas de premolares inferiores extraídos por indicación. Las coronas fueron seccionadas en sentido vestibulopalatino e incluidas en resina subiton para facilitar el posterior desgaste y pulido. Las muestras fueron sucesivamente desgastadas con lijas de granulación decreciente, pulidas con óxido de aluminio en polvo de 5u de granulación, grabadas con ácido fosfórico al 35% durante 3" para destacar las estructuras, lavadas con agua a presión y con ultrasonido y posteriormente deshidratadas y metalizadas para Microscopía Electrónica de Barrido (MEB). Las micrografías se registraron en el esmalte de las cúspides vestibular y palatina en el tercio externo (A) y en el tercio interno (B) próximo al límite amelodentinario. Luego fueron desbastadas con lijas al agua hasta mesh 1200 y pulidas con pasta de diamante con un tamaño de partícula 1u y de ¼ u para el pulido final. La determinación de la microdureza se realizó en los sectores (A) y (B) con microdurómetro Shimadzu con penetradores Vickers, con cargas de 100 gr y un tiempo de aplicación de las mismas de 5". Las micrografías de MEB indicaron en el tercio externo (A) la presencia de esmalte de tipo radial, con los prismas transcurriendo paralelos entre sí. En la proximidad de la superficie externa del esmalte los prismas mostraban un cambio de dirección para terminar

aproximadamente perpendiculares a la misma. En el tercio interno de las cúspides (B) observamos un marcado entrecruzamiento de grupos de prismas por lo que fue diagnosticado esmalte irregular. El esmalte irregular de las cúspides se corresponde al esmalte nudoso de la microscopía óptica. Los datos de microdureza indicaron media aritmética en la cúspide vestibular (A) $Hv_{100} = 314,9V_k$; (B) $Hv_{100} = 309,6V_k$ y en la cúspide lingual (A) $Hv_{100} = 326,9V_k$; (B) $Hv_{100} = 312,3V_k$ con los mayores valores en la superficie externa de ambas cúspides.

En cada uno de los tipos de esmalte los prismas tienen una disposición óptima para responder a funciones específicas; sin embargo un solo tipo de esmalte no es apto para cumplir todos los requerimientos biomecánicos del diente por lo que deben combinarse (Koenigswald 1997). En el esmalte radial los prismas, que terminan en la superficie oclusal casi en ángulo recto, permiten conservar bajos rangos de abrasión y mejor borde cortante debido a la dirección de los cristales que conforman el prisma. Dado que los dientes tienen una tendencia a fracturarse a lo largo del eje mayor del prisma, si estos tienen una orientación paralela entre sí, pueden aparecer rajaduras o crack cuando las fuerzas de tensión superan valores críticos. El entrecruzamiento de prismas en el esmalte irregular provee un mecanismo de detención de rajaduras y potencia la resistencia a las fuerzas tensionales^{3,4}. Concluimos que la presencia de esmalte de tipo radial en el tercio externo de las cúspides y su mayor microdureza representa una óptima adaptación biomecánica al desgaste, mientras que el esmalte de tipo irregular en el tercio interno es una adaptación mecánica a la fractura.

	Externo A	Interno B
Cuspide Vestibular	$Hv_{100} = 314,9V_k$	$Hv_{100} = 309,6V_k$
Cuspide Lingual	$Hv_{100} = 326,9V_k$	$Hv_{100} = 312,3V_k$

Bibliografía

- 1 Koenigswald, W.; Clemens, W. Levels of complexity in the microstructure of mammalian enamel, and their application in studies of systematics. *Scanning Microscopy* 6: 195- 218. 1992
- 2 Martin, T.; Wahlert, J. Preparing teeth for viewing with scanning electron microscope (SEM) 1999 jun, 1 <http://research.amnh.org/vertpaleo/enamel/prep.html>3.
- 3 Rensberger, J. Mechanical adaptation in enamel. En *Tooth enamel microstructure*. Koenigswald W., Sander P. (eds) Balkema, Rotterdam. 237-257, 1997
- 4 Shimizu, D.; Macho, GA.; Spears, IR. Effect of prism orientation and loading direction on contact stresses in prismatic enamel of primates: implications for interpreting wear patterns. *Am.J Phys Anthropol.* 126 (4): 427- 34. 2005

Modificación de una técnica de inclusión para observación de tejidos duros al microscopio electrónico de barrido

Anselmino, C.; Tanevitch, A., Durso, G., Batista, S.; Abal, A.; Llompart G.
Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata. 51 e/ 1 y 115.
La Plata (1900)

Para la observación del esmalte dentario al microscopio electrónico de barrido (MEB) es conveniente incluir la muestra en un material duro de manera de facilitar su manipulación durante el pulido y la visualización.² Para poner en evidencia las estructuras del tejido adamantino (prismas, sustancia interprismática, tipos de esmalte, etc.) la técnica aconseja realizar un acondicionamiento de la superficie luego de su pulido. En trabajos de estudio de esmalte de mamíferos se describe la técnica de inclusión con resinas epóxicas y luego su acondicionamiento con una solución de ácido clorhídrico al 10% durante 5 segundos. Para la inclusión se utiliza una cubeta plástica previamente lubricada con vaselina líquida. Se prepara una pequeña cantidad de resina en un vaso dappen según indicaciones del fabricante y cuando toma cierta consistencia se vierte en la cubeta 1 ó 2 mm y se ubica la pieza a incluir en posición adecuada. Se debe tener en cuenta que la cara que está hacia el piso de la cubeta es la que se va desgastar y por lo tanto es conveniente que tenga un mínimo espesor de resina. Se prepara una nueva porción de resina y se cubre la cubeta hasta el borde superior. Se debe dejar polimerizar la resina durante un mínimo de 24 horas, sin mover la cubeta y en un ambiente libre de humedad. Una vez desmoldado el bloque de resina se indica desgastar en forma progresiva con lijas al agua de grosores de 200, 600, 1200 y 2.200 μm y luego pulir la superficie con óxido de aluminio en polvo de 5 μm de granulación. Luego las muestras deben ser lavadas con agua a presión y con ultrasonido durante 10' y posteriormente grabadas con una solución de ácido clorhídrico al 10% durante 2" a 3". Una vez que se llevan a cabo todos estos procedimientos recién se estará en condiciones de proceder a pegar el bloque en los porta tacos para su posterior deshidratación, secado y metalización para ser observadas al MEB.³

Dado que, a pesar de tratarse de una técnica sencilla, encontramos dificultades como son el prolongado tiempo de polimerización de la resina, su costo elevado y el control preciso de la acción del ácido, siendo ésta la principal causa de fracaso. Por lo expuesto en este informe se describe una técnica de inclusión similar a la descrita con anterioridad en la cual utilizamos como material de inclusión una resina acrílica y como ácido acondicionador el ácido fosfórico al 35%.

Las resinas acrílicas son materiales orgánicos. Se presentan con dos componentes: un polvo (polímero) y un líquido (monómero). Al mezclar los dos componentes el producto obtenido tiene determinadas propiedades

físicas y químicas entre las que podemos nombrar: rigidez acompañada de escasa fragilidad, estabilidad dimensional, estabilidad de color y traslucidez. Estas resinas polimerizan químicamente por lo que se las denomina de autopolimerizado, curado en frío o autocurado. Para la activación química de la polimerización el líquido (monómero) contiene una amina terciaria (como la dimetil paratoluidina) que al tomar contacto con el peróxido de benzoílo (iniciador de la polimerización) que contiene el polvo (polímero) produce radicales libres para comenzar la polimerización.¹

Para la obtención del taco con el material incluido se utiliza la técnica de la resina fluida, mezclando en un recipiente de vidrio o porcelana el polvo y el líquido de acuerdo a las indicaciones del fabricante y se vacía en el molde donde está colocada la muestra a incluir. Aconsejamos identificar las muestras con etiquetas de papel usando lápiz de tinta endeble incorporadas en la resina. De acuerdo a la información disponible se requieren sólo 30 a 45 minutos para completar la polimerización. Una vez concluida la polimerización se puede proceder al desgaste y pulido de la muestra de la misma manera en que se realiza en la técnica original.

Como ácido acondicionador preferimos utilizar el ácido fosfórico al 35% durante 3 segundos. Éste tiene la ventaja de presentarse comercialmente en consistencia de gel coloreado en una jeringa aplicadora. Esto facilita la aplicación precisa en la zona a acondicionar, pudiendo delimitar el área y también permite visualizar con seguridad la eliminación total del ácido al lavar la superficie. Es útil la observación de las muestras con lupa estereoscópica, si se comprueban rayas producto de las lijas o la insuficiente acción del ácido, los pasos del desgaste, pulido y grabado pueden repetirse. Luego pueden ser montadas para su acondicionamiento y metalizado para ser observadas al MEB.

Las ventajas encontradas en la resina acrílica con respecto a la resina epóxica residen en su menor costo, su menor tiempo de polimerización y su consistencia más fluida al mezclar los componentes lo cual facilita su manipulación. Concluimos que las modificaciones propuestas a la técnica original optimizan sus resultados

BIBLIOGRAFÍA:

1-Anusovice, K. Ciencias de los materiales dentales de Phillips. 10ª edición. Mc Graw-Hill Interamericana. México. 1996.

2-Koenigswald, W and Goin F. Enamel differentiation in South American marsupials and a comparison of placental and marsupial enamel. *Paleontographica*. Stuttgart. 2000.

3-Martin, T & Wahlert, J. Preparing teeth for viewing with scanning electron microscope (SEM). June 1; 1999.

<http://research.amnh.org/vertpaleo/enamel/prep.html>

El antibiograma en la elección de una correcta terapéutica antimicrobiana.

Martínez, C.; Obiols, C.; Friso, N.; González A.; González A. M.; Escudero Giachella, E.; Arce, M.; Carballeira, V.; Tomas, L.; Oviedo Arévalo, J. J.

Facultad Odontología. Universidad Nacional La Plata

Una de las causas del fracaso en la terapéutica oral es la elección inapropiada de agentes antibacterianos o la resistencia a antimicrobianos, debida al uso generalizado de los antibióticos y que se transfieren de una bacteria a otra, por intercambio genético. Los antibióticos son agentes antimicrobianos derivados de microorganismos y actúan fundamentalmente sobre agentes infecciosos². En la práctica odontológica los cultivos microbianos se aíslan a partir de enfermos a fin de confirmar el diagnóstico y ayudar a la toma de decisiones sobre el tratamiento. Es importante la determinación de la susceptibilidad de las bacterias a los antibióticos comúnmente utilizados en la terapia odontológica⁴.

El primer objetivo del antibiograma es el de medir la sensibilidad de una cepa bacteriana que se sospecha es la responsable de una infección a uno o varios antibióticos. En efecto, la sensibilidad in vitro es uno de los requisitos previos para la eficacia in vivo de un tratamiento antibiótico. El antibiograma sirve, en primer lugar, para orientar las decisiones terapéuticas individuales. El segundo objetivo del antibiograma es el de seguir la evolución de las resistencias bacterianas. Gracias a este seguimiento epidemiológico, a escala de un servicio, un centro de atención médica, una región o un país, es como puede adaptarse la antibioterapia empírica, revisarse regularmente los espectros clínicos de los antibióticos y adoptarse ciertas decisiones sanitarias, como el establecimiento de programas de prevención en los hospitales. Hay pues un doble interés: Terapéutico y epidemiológico. El objetivo de este estudio fue evaluar la susceptibilidad de microorganismos Gram negativos ante la acción de antimicrobianos de uso frecuente; investigar las interacciones in Vitro entre microorganismos y antibióticos como soporte en la toma de decisiones del profesional acerca de la terapéutica a llevar a cabo. Se utilizaron 20 placas de Petri con 4 ml de alto con medio de cultivo Mueller-Hinton; cepas de *Escherichia coli*, *Pseudomona aeruginosa* y *Enterobacter* y discogramas Britania para bacterias Gram negativas. Se aplicó el método por difusión con discos, que se basa en el método descrito originalmente por Kirby-Bauer y cols¹. Una vez realizada la dilución de la muestra en caldo tripticase soja, se procedió a su siembra por diseminación con hisopo efectuando estrías en direcciones diferentes. Se deja secar durante cinco minutos antes de aplicar los discos. Luego se colocaron los discogramas o multidiscos en cada una de las cápsulas sembradas por medio de una pinza esterilizada, ejerciendo una ligera presión sobre los mismos y se incubaron, en forma

invertida cada cápsula, a 37°C durante 12 a 18 horas. En las áreas donde la concentración de la droga es inhibitoria, no hay crecimiento, se formará una zona de inhibición alrededor de cada disco. El tamaño de la zona, o halo de inhibición, es inversamente proporcional a la CIM (Concentración Inhibitoria Mínima). De esta manera categorizamos a las cepas utilizadas en: Sensible (+++), Resistente (++) o de Sensibilidad Intermedia (+) según Tabla publicada por N.C.C.L.S³. Según los resultados obtenidos pudimos observar gran sensibilidad de P. Aeruginosa a la Amicacina y Ciprofloxacina; E. Coli sensibilidad intermedia a Cefalotina y Amicacina y Enterobacter muy sensible a Ciprofloxacina. Las tres cepas utilizadas demostraron resistencia o poca sensibilidad a Ampicilina sulbactama, Gentamicina y solo E. Coli poca sensibilidad a Ciprofloxacina.

	<u>AMS</u>	<u>CEF</u>	<u>GEN</u>	<u>AKN</u>	<u>CIP</u>
<u>P. AERUG</u>	+	+	++	+++	+++
<u>E. COLI</u>	+	++	+	++	+
<u>ENTER OB.</u>	+	++	+	++	+++

Los sistemas de multidiscos utilizados para las pruebas de susceptibilidad a los agentes antimicrobianos se encuentran ampliamente difundidos, constituyendo una herramienta útil para la elección de una quimioterapia antimicrobiana adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bauer, A. W.; Kirby W. M. M; Sherris, J. C.; Turk, M. Am. J. Cl. Pathol. Pp493-496, 1966.
2. Infectious Diseases Clinics of North America. Vol. 11 pp. 803-811, 1997
3. Normas NCCLS Vol. 20 N° 1 (2000). Documento M2 A7
4. Prats, G. Microbiología Clínica. Ed. Panamericana, Madrid. Pp 48-40, 2006.

Campo oscuro como herramienta de diagnóstico en enfermedad periodontal.

Lazo, S; Oviedo, J; Butler, T; Friso, N; Obiols, C; Escudero, E.
Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata.

Las enfermedades periodontales son el resultado de infecciones en el periodonto¹. Estas patologías tienen una etiología bacteriana y una subsecuente respuesta inmune. Cuando las bacterias subgingivales superan el umbral de la respuesta del huésped, ocurre la destrucción de los tejidos. Éste es el resultado de las infecciones a nivel periodontal. En la actualidad se reconocen más de 500 géneros y especies microbianas diferentes que colonizan la cavidad bucal². Cada bolsa periodontal puede contener entre 30 a 100 tipos diferentes de especies microbianas³. Las bolsas profundas (más de 6mm de profundidad) pueden contener 100.000.000 de bacterias. Dentro de los métodos auxiliares de diagnóstico para enfermedad periodontal es importante considerar la microscopía de campo oscuro. Es importante destacar que a través de la misma no se pueden identificar ni género ni especie microbiana; solo se puede observar morfología y motilidad de las espiroquetas⁴, también por esta técnica es posible observar: Partículas dispersas en un medio homogéneo, la observación del movimiento Browniano de las partículas, se puede utilizar para la observación de preparaciones vivas, sin colorear, visualiza los bordes destacados de las muestras, y microorganismos con diámetros superior a 0.2 um. Debido al ángulo de incidencia del haz luminoso sobre el microorganismo que se va a observar, permite que el fondo sea oscuro y los bordes aparezcan brillantes. Esto es posible gracias al tipo de condensador que lleva este tipo de microscopio. La luz se dispersa al chocar contra la célula o microorganismo que se va a observar. Es como si en una habitación oscura entra un pequeño haz de luz por una rendija de una ventana y en el fondo oscuro de la habitación se iluminan las partículas de polvo que flotan en el aire. Lo que en un principio era invisible se vuelve visible. Los objetivos de este trabajo son: Identificar morfotipos bacterianos presentes en placa supra y subgingival a través de microscopía de campo oscuro. Relacionar la microbiota subgingival con el grado de enfermedad periodontal. Para la realización de este estudio fue seleccionada una población de 40 alumnos de tercer año de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, de ambos sexos, entre 20 y 25 años de edad con diagnóstico clínico- radiográfico previo.

Se dividieron en dos grupos: 20 alumnos sin enfermedad periodontal y 20 con enfermedad periodontal. Las muestras fueron obtenidas de las piezas dentarias 36 y 46 con curetas y/o conos de papel estéril, realizando aislación relativa. Las mismas fueron procesadas con los métodos microbiológicos de rutina. Como resultado de las muestras tenemos que los

20 alumnos en estado de salud: el 70% fueron cocos, el 15% filamentosos y el 15% bacilos y de los 20 alumnos con enfermedad periodontal el 50% fueron bacilos, el 30% treponemas, 15% filamentosos y el 5% de cocos.

SALUD PERIODONTAL	ENFERMEDAD PERIODONTAL
--------------------------	-------------------------------

TIPO DE BACTERIA	PORCENTAJE	TIPO DE BACTERIA	PORCENTAJE
COCOS	70%	BACILOS	50%
FILAMENTOSOS	15%	TRE-PONEMAS	30%
BACILOS	15%	FILAMENTOSOS	15%
		COCOS	5%

De los datos obtenidos se concluye que en el estado de enfermedad periodontal hay una variación en la cantidad y calidad de la flora periodontal, predominando las formas bacilares y los treponemas.

Bibliografía:

- 1- Greenstein G; Lamster I. Changing Periodontal Paradigms. Therapeutic Implications. Int J Periodontic Restorative Dent; 20: 337-357. 2000.
- 2- Socransky SS; Haffajee AD. Evidence of Bacteria Etiology. Historical perspective. Periodontol 2000. 2: 1-7. 1994.
- 3- Socransky SS; Haffajee AD. Effect of therapy of periodontal infections. J Periodontol. 64: 754-759. 1993.
- Zambon, J.J.; Haraszthy,V. The laboratory diagnosis of periodontal infections. Periodontol 2000. Madrid. 7: 69-82, 1995.
- 4- Harrington GW, Steiner DR, Ammons, JR. Periodoncia, endodoncia. Periodontology 2000 (Ed. Esp). Vol 5, 2003: 123- 130.

Aplicaciones y beneficios de los cariostáticos.

Friso, N., Lazo, S., Lazo, G., Butler, T., Pazos, F., Belloni, F., Merlo, D., Viscovic, C., Ivanov, M., Alfaro, G., Basal, R; Escudero Giacchella, E.
Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata.

A pesar de ser la caries dental una de las enfermedades más prevalentes en el ser humano, la Odontología no ha sido capaz todavía de establecer unos estándares para su diagnóstico y tratamiento; la decisión de cuándo y cómo obturar un diente afectado por caries dental está sujeta a una gran variabilidad. El tratamiento preventivo de la caries dental, tiene como objetivo general reducir la incidencia, prevalencia y gravedad de la caries dental. Los objetivos específicos son: identificar los riesgos, controlar los riesgos y disminuir la pérdida dentaria, justamente para esto existen los cariostáticos que son agentes que inhiben la progresión de la caries dental, disminuyen la sensibilidad dentinaria y remineralizan la dentina cariada.

El uso de cariostáticos para la prevención y detención de las caries dentales puede resultar beneficioso siempre que se los considere como adyuvantes de un control mecánico de la biopelícula por medios físicos (cepillado, uso de hilo de seda). Actualmente, el uso racional de fluoruros es la medida preventiva más eficaz en el control de caries dental. El flúor es el noveno elemento de la tabla periódica y el más electronegativo de todos, por lo tanto, en la naturaleza siempre lo vamos a encontrar combinado con otros elementos. La acción del flúor en las piezas dentarias inhibe su desmineralización y potencian la remineralización, formando fluoruro de calcio. El 96% del esmalte dentario está formado por la molécula de Hidroxiapatita con un pH crítico de 5,5. La interacción de flúor con esta molécula, promueve la formación de Flúorapatita, con un pH crítico de 4,5 lo que la hace más resistente al ataque ácido.

La sustitución de determinados elementos formadores de los tejidos dentarios por iones flúor, fortalecen las piezas y las defienden de los ácidos producidos por las bacterias presentes en la placa microbiana. La aplicación de flúor fosfato acidulado, pH 3,5 al 1,23% de uso semestral resulta beneficioso para evitar la aparición de lesiones cariosas en pacientes con buena higiene bucal; ya que disminuye la solubilidad del esmalte a la acción de los ácidos producidos por los microorganismos e inhibe la producción enzimática de las bacterias cariogénicas. Los enjuagatorios son ideales para utilizarlos en programas preventivos escolares, debido a que pueden supervisarse muchos niños con un costo mínimo. Se demostró que bajas concentraciones de fluoruro son suficientes para inhibir el metabolismo bacteriano de la placa dental y la producción ácida bacteriana, y que repetidas exposiciones a bajas concentraciones de fluoruro promueven la remineralización de lesiones cariosas incipientes, conocidas como manchas blancas. Los buches o enjuagatorios de fluoruro de sodio se utilizan

comúnmente en concentraciones de 0,2 % FNa para uso semanal, y 0,05% para uso diario. Deben utilizarse colocando 10 ml del líquido dentro de la cavidad bucal y durante 60 segundos realizar un buche, y luego se escupe. Debido a que los enjuagatorios no deben tragarse, no se recomienda su empleo en niños preescolares. El fluoruro diamínico de plata al 38% es utilizado en el tratamiento y prevención de caries dental desde hace varios años, es capaz de detener el avance una vez aparecida la lesión cariosa, remineralizar el tejido desmineralizado, inhibir la recidiva de caries, tener un efecto bactericida sobre los microorganismos de la placa y fortalecer la estructura del esmalte, actuar como desensibilizante en la dentina sensible y prevenir la caries. La aplicación se realiza en dos sesiones evaluando una tercera. Los beneficios dentales que procura el flúor permiten una reducción en la incidencia de caries del 30 al 60% en dentición primaria, del 15 al 35% en dentición definitiva y del 40% de las caries radiculares a la edad de 75 años. Pero esta resistencia de las superficies dentales no se adquiere en forma definitiva sino que se ve condicionada por el uso frecuente de productos fluorados a lo largo de toda la vida. Este trabajo tiene como objetivo general concientizar a los profesionales odontólogos sobre la importancia y uso que tiene los carioestáticos en el marco odontológico. La metodología utilizada fue la recopilación de datos bibliográficos de diferentes fuentes de investigación. La experimentación científica y el procesado estadístico de los resultados se realizarán en una segunda etapa del mencionado trabajo. Con este trabajo arribamos a las conclusiones siguientes: se deben potenciar todos los factores remineralizantes, y solo cuando una lesión es activa debe ser obturada. Todo paciente afectado por caries dental debe ser sometido a controles sucesivos, cuya periodicidad dependerá de su nivel de riesgo y de la actividad de las lesiones. Las nuevas técnicas de biología molecular pueden acelerar las conquistas de vacunas sintéticas que sin duda tendrán una gran importancia en el futuro, donde quizás los profesionales de la Estomatología nos dediquemos a pensar en la prevención y control de otras patologías diferentes de la caries dental.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Dilley GJ, Dilley DH, Machen JB: Prolonged nursing habit: A profile of patients and their families. *Journal Dent Child* March- April: 1980:26-31.
- 2- D.M. O'Sullivan and Tinanoff. Maxillary Anterior Associated with Increased caries Risk in other Primary teeth. *J. Dent Rest* Decem 1993.
- 3- Jaramillo, R. Et col. Estudio clínico de la panela en el biberón como inductor potencial de caries. *Revista federación odontológica Colombiana*. N° 187, Noviembre 95-Marzo 96.
- 4- Weinstein P, Troyer R, Jacobi D, Moccasin M. Dental experience and parenting practices of Native American mothers and caretakers: What We can learn for the prevention of baby bottle Tooth Decay 1999; *March-April*:120-6.

Eficacia de los antisépticos sobre la piel.

González, A; Martínez, C; Obiols, C; Friso, N; González, A.M.; Escudero Giacchella, E, Arce, M; Carballeira, V; Tomas, L.; Oviedo Arévalo, J
Facultad de Odontología Universidad Nacional de La Plata.

Fue Louis Pasteur (1822-1895), químico y microbiólogo francés, quien estableció la validez de la teoría de las enfermedades producidas por microorganismos y encontró que podía detener la proliferación de los organismos por medio del calor. Con sus experimentos realizados en el aire puro de las alturas de los Alpes, desmintió la teoría de la generación espontánea de los organismos, al demostrar que estos procedían de otros similares de los cuales ordinariamente el aire está saturado. Sus descubrimientos estimularon su interés y motivaron sus estudios sobre la infección y la putrefacción. El médico y bacteriólogo alemán Robert Koch (1843-1910) fue también fundador de la bacteriología y obtuvo en 1905 el premio Nobel de Fisiología y Medicina por haber aislado el bacilo de la tuberculosis; sus célebres postulados para aceptar la patogenicidad de un microorganismo aún tienen vigencia y su recomendación sobre el uso del bicloruro de mercurio como antiséptico, fue precursora del interés en la antisepsia. Pasteur y Koch sentaron las bases científicas en la lucha contra los microorganismos pero fue Lister el que preconizó la limpieza, antisepsia y desinfección y sentó las bases de lo que posteriormente se conocería como esterilización⁴. Los antisépticos son agentes químicos que se usan para reducir el número de microorganismos que se encuentran en la piel y en las membranas mucosas, sin producirles irritación o daño. Además de eliminar o matar los microorganismos, es posible que los antisépticos también impidan el crecimiento o el desarrollo de algunos tipos de microorganismo. En nuestro estudio utilizamos distintas sustancias de estructura química definida que actúan sobre la piel y específicamente de las manos, considerada una medida importante para reducir la transmisión de agentes patógenos¹. Tres grupos de microorganismos pueden ser diferenciados como microbiota de la piel: a) microbiota residente; b) microbiota transitoria; c) microbiota patógena. Para conocer la eficacia de un antiséptico existen distintas pruebas que pueden realizarse fácilmente aplicando el agente químico sobre distintas superficies (piel, mucosa, placa supragingival)³. El objetivo de esta experiencia fue evaluar la acción de los agentes químicos frente a la acción detergente y emulsionante del jabón de tocador sobre la piel de las manos (dedo pulgar) y comparar los resultados obtenidos entre sí, estableciendo cuál es el más efectivo². En este estudio participaron 15 comisiones de 25 alumnos cada una. A 5 de ellas se les suministró como agente químico yodo - povidona 5%, a otras 5 alcohol 70% y a las restantes Cloruro de benzalconio 10%. Cada una de las comisiones realizaron 4 pruebas con alumnos seleccionados sin prioridad de género y

edad, utilizando el agente químico proporcionado y cajas de petri conteniendo como medio de cultivo Agar Trypticase Soja (ATS) según especificaciones a un pH 7. Para determinar la acción mecánica y antiséptica sobre la piel se procedió a dividir en tres sectores cada caja y se las identificó convenientemente. En el sector 1 se realizó una impresión con el dedo pulgar sin higienizar; en el sector 2 se impresionó con el dedo luego de haberlo cepillado y lavado con agua y jabón; por último en el sector 3 se realizó la última impresión luego de 2 minutos de acción de la solución antiséptica sobre ese mismo dedo. Las cajas de petri con sus siembras realizadas se llevaron a la estufa de cultivo a 37°C durante 24-48 hs. Se analizaron los resultados obtenidos, se confeccionaron las tablas pertinentes para dicho estudio.

De las muestras obtenidas se estableció el siguiente resultado:

YODO POVIDONA 5%	Desarrollo Nulo
ALCOHOL 70%	Desarrollo moderado
CLORURO DE BENZALCONIO 10%	Desarrollo leve

Tanto el Cloruro de benzalconio como el Yodo Povidona poseen un alto grado de efectividad como antisépticos, no así el alcohol que demostró desarrollo moderado. Los microorganismos que integran la microbiota de la piel, forman parte de la microbiota residente, transitoria o patógena. La microbiota transitoria es la involucrada en la mayoría de las infecciones en los laboratorios y nosocomios. En este estudio se utilizaron diferentes antisépticos para determinar la sensibilidad y especificidad de cada uno de ellos. El resultado fue buen predictor para determinar el grado de confiabilidad de yodo povidona 5% sobre el alcohol 70% y cloruro de benzalconio 10%. Podemos concluir que yodo povidona 5% es de mayor eficacia, buena tolerancia y de fácil aplicabilidad.

BIBLIOGRAFIA:

1. Bischoff, W.E. y cols. Handwashing compliance by health careworker. The impact of introducing an accesible, alcohol-based antiseptic. Arch. Intern. Med. 2000 Abr 10; 160 (7): 1017-1021
2. Harbarth, S.: Handwashing, The Semmelweis Lesson Misunderstood Clin. Infect. Dis.2000; 30:990-1
3. Larson,E. Skin Hygiene and infection prevention more of the same or different aproaches. CID 1999; 29:1287-94
4. Negroni, M. Microbiología Estomatológica. 1º Ed. Editorial Médica Panamericana S. A. Buenos Aires, 85-100, 1999

Uso de carioestáticos en niños de edad escolar y preescolar

Friso, N., Lazo, S., Lazo, G., Butler, T., Pazos, F., Belloni, F., Merlo, D., Viscovic, C., Ivanov, M., Alfaro, G., Basal, R; Escudero Giacchella, E.

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata.

La caries dental es una enfermedad muy antigua, que no empezó a representar un problema importante hasta finales del siglo XIX, aumentando su prevalencia e incidencia a principios de nuestro siglo y convirtiéndose en un grave problema sanitario, sobretodo en los años 1950-60. Es una enfermedad transmisible e irreversible que afecta a más del 90% de la población. En los niños de edad escolar y preescolar, al igual que en los adolescentes y adultos existen numerosos factores de riesgo que favorecen el riesgo¹ a tener caries, como alto grado de infección por *Streptococcus Mutans*, es el microorganismo más relacionado con el inicio de la actividad de caries. La interpretación se realiza por densidad de crecimiento en UFC/ml de saliva: bajo riesgo < 100,000 UFC/ml y alto riesgo > 1,000, 000 UFC/ml; alto grado de infección por *Lactobacilos*, relacionados con la progresión de la lesión cariosa y con la elevada ingestión de carbohidratos. Los resultados se interpretan como unidades formadoras de colonia por milímetros de saliva (UFC/ml): bajo riesgo < 1000 UFC/ml y alto riesgo > 1,0,000 UFC/ml, deficiente resistencia del esmalte al ataque ácido que favorece el proceso de desmineralización; dieta cariogénica es uno de los principales factores promotores de caries en donde se deben considerar varios factores: contenido de azúcar, características físicas del alimento², solubilidad, retención, capacidad para estimular el flujo salival y cambios químicos en la saliva, la textura, la frecuencia y horario de su consumo y tiempo de permanencia en la boca; mala higiene bucal: permite la acumulación de la placa bacteriana, lo cual reduce el coeficiente de difusión de los ácidos formados por los microorganismos fermentadores facilitando el proceso de fermentación; baja capacidad buffer salival: la baja capacidad salival para detener la caída del pH y restablecerlo incrementa la posibilidad de desmineralización de los tejidos dentales (capacidad tampón), flujo salival escaso: La xerostomía está asociada a disminución de las funciones protectoras de la saliva, lo que promueve la desmineralización y aumento del número de microorganismos cariogénicos; apilamiento dentario moderado y severo: dificultad para realizar correcta fisioterapia bucal, acumulación de placa bacteriana; y además el uso de aparatología ortodóncica y protésica, factores que favorecen la desmineralización, factores sociales: El bajo nivel de ingresos³, escaso nivel de instrucción, bajo nivel de conocimientos en educación para la salud, inadecuadas políticas de servicio de salud, costumbres dietéticas no saludables, familias numerosas; se asocian a mayor probabilidad de caries; etc. Para evitar que estos factores de riesgo prevalezcan existen los carioestáticos, éstos son

agentes que inhiben la progresión de la caries dental, disminuyen la sensibilidad dentinaria y remineralizan la dentina cariada.

La acción pre-eruptiva del flúor sobre el esmalte se debe al procedente de los alimentos y de los compuestos fluorados de administración sistémica (aguas fluoradas, tabletas, pastillas de flúor, etc.). El flúor ingerido a partir de alimentos, bebidas o suplementos, induce a la formación de flúorapatita. La ingestión del flúor, es importante desde el nacimiento hasta los 16 años, período en el cual se desarrollan las piezas dentarias. La acción posteruptiva del flúor, se debe principalmente a la aplicación tópica, dentífricos, geles y colutorios. La forma tópica reduce la solubilidad de la hidroxiapatita posibilitando la remineralización dentaria y la actividad antimicrobiana, inhibiendo la formación de la biopelícula cariogénica⁴

Por lo enunciado anteriormente, el objetivo general de nuestro trabajo fue motivar a la población problema para la aplicación tópica de flúor en edades tempranas para prevenir la formación de caries, o el avance de las mismas. Se seleccionaron al azar 40 niños en edad preescolar y escolar, de ambos sexos, de entre 3 y 10 años de edad, que asisten a comedores públicos, con caries dentinaria de condiciones similares. Se dividieron en dos grupos: 20 correspondientes a los niños de edad preescolar y 20 de edad escolar.

Se removió el proceso de caries y posteriormente se realizó el tratamiento preventivo con fluoruro de sodio al 2% en forma de tópicos, en los molares temporarios y permanentes de ambas arcadas y ambos lados (derecho e izquierdo). Los resultados fueron evaluados estadísticamente.

Se obtuvo un número estadísticamente significativo entre los molares tratados en niños de edad preescolar y escolar, en relación a la profundidad, siendo $P < 0.05$.

La morfología de las piezas dentarias permanentes induce a una profundización con en el proceso de remineralización, con respecto a las piezas temporarias, aplicando fluoruro de sodio en forma de tópico.

BIBLIOGRAFÍA:

1- Anderson mh, Embala DJ, Omnell KA, Praskin PS: Dirección Moderna de Caries Dental. JAM Mella Assoc, 124: 36 – 44. ecimed@infomed.sld.cu. 1993.

2- De Paola DP, Faine MP, Vogel RI: Nutrición respecto a la medicina dental. En: Shils EM, Olson JA, Shike M, eds. Nutrición moderna en salud y enfermedad. 8va edición. Filadelfia, Pap 160: Prado and Febiger. pp 1007 – 102. 1994

3- ecimed@infomed.sld.cu. Quiñones Ma Elena y Cols. Morbilidad bucal. Su relación con el estado nutricional en niños de dos a cinco años en la consulta de nutrición del Hosp.. Ped- Doc. 2000.

4- Santis, JC. Factores de riesgo en la producción de enfermedades bucales en los niños. Rev. Cubana de Estomatología, 001; 39 (2): 111 – 119.2001.

La educación y las nuevas tecnologías de la información

Sala, A.; Papel, G.; Pérez Calvo, J.

Facultad de Odontología – Universidad Nacional de La Plata

Hoy día, el aprendizaje se considera como una actividad social. Un estudiante no aprende sólo del profesor y/o del libro de texto ni sólo en el aula: aprende también a partir de muchos otros agentes: los medios de comunicación, sus compañeros, la sociedad en general, etc.

La sociedad cambia a un ritmo frenético y como dice Claxton (1990) “la mayoría de los conocimientos escolares no equipan a la gente para sobrevivir en un mundo de explosión de la información y de la tecnología informativa”. En consecuencia, las instituciones educativas en general, sobrevivirán sólo si hacen el esfuerzo por estar al día y dan al estudiante la formación que requiere en el proceso de adaptación a la sociedad y la capacidad de transformarla.

En Este sentido, los weblogs tienen un gran potencial como herramienta en el ámbito de la enseñanza, ya que se pueden adaptar a cualquier disciplina, nivel educativo y metodología docente. En este trabajo se analizan las características propias del formato del blog que favorecen su aprovechamiento en procesos de enseñanza-aprendizaje dentro de una pedagogía constructivista, como así también los eventos ocurridos dentro del mismo desde el punto de vista de la colaboración, comunicación y socialización. Tomamos la siguiente definición: Una comunidad es un grupo o conjunto de individuos, que comparten elementos en común. Traslademos este concepto al ambiente educativo que hemos de estudiar. El constructivismo se nutre de las aportaciones sobre el aprendizaje de distintas teorías: desde los estudios cognitivos de Piaget y la relevancia de la interacción social en la educación defendida por Vygotski, hasta las corrientes de la psicología educativa que destacan la importancia del aprendizaje significativo (Ausubel et al., 1990).

Los objetivos del presente estudio son: Implementar un EDUBLOG; Analizar el rol del tutor y Evaluar la utilidad del EDUBLOG

Este estudio se efectuó con 2 grupos de 31 estudiantes cada uno que concurren a la Asignatura Materiales Dentales, en distintos horarios, que se dicta en 2do. año correspondiente a la Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata. El estudio realizado es de tipo transversal, descriptivo y cuantitativo. Los tutores fueron, dos presenciales, quienes dictaban las clases a los estudiantes en sus horarios correspondientes, en la facultad de Odontología, mientras sustentaban a los mismos desde el edublog, (en los momentos que no tenían la presencia física del mismo) y el otro tutor fue a distancia, profesor de la misma asignatura, desde la Universidad de Murcia, el mismo asistía a los estudiantes, en lo referente a la teoría, de esta manera permitió realizar la

evaluación de los resultados de la comunicación con los estudiantes, entre ellos y estar como mediadores de los mismos. Esta creación del Edublog, fue sustentada por Hotmail, en el espacio permitido creado por los tutores. El motivo de la creación del Edublog fue pensado en la gran posibilidad que se le otorga al estudiante para tener la posibilidad de tener contacto permanente con sus docentes, crear una fluida comunicación, y tener la posibilidad de disipar dudas en el caso que existieran, como así también la posibilidad de crear un vínculo social entre profesor-alumno y pares. Estos datos se triangulan con la opinión de los propios estudiantes acerca del funcionamiento del Edublog, en referencia a la experiencia adquirida de tener tutores en forma presencial y a distancia, y la experiencia les han otorgado un mejor aprendizaje. Como instrumento metodológico se utilizó una encuesta realizada Ad-hoc. Los datos obtenidos fueron cargados en una base de datos para su análisis, procesamiento y sistematización mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0

Los resultados obtenidos en “Le resultó complicado acceder al Edublog?” la fueron Nunca el 81%, Algunas veces el 16% y Siempre el 3%; en la pregunta “Cómo le resultó la comunicación entre pares y con los tutores?” Muy buena 80%, Buena el 37%, Regular 3% y Mala no hubo respuesta; en referencia con la frecuencia con que acceden al Edublog por semana: Una vez 78%; dos veces ninguno, tres veces 24% y más de tres veces por semana, ninguno. A la pregunta si le resultó de utilidad el Edublog?, el 60% dijo que siempre; 37 % casi siempre, 3% algunas veces.

El presente trabajo demuestra que los tutores debemos estar muy bien preparados para poder sostener esta Comunidad Virtual, como también pudimos comprobar que mediante el estímulo que corre por cuenta nuestra se produce los procesos buscados que son la comunicación, la socialización y un aumento en el interés del estudiantado para aprender y acercarse a los tutores sin ningún tipo de dificultad. Pudimos comprobar que todos los integrantes están para la ayuda mutua.

Los estudiantes manifestaron no haber trabajado nunca mientras en un EDUBLOG, les ha resultado de mucha facilidad su uso y comodidad, desean que todas las Asignaturas cuenten con este soporte, en muy pocos casos se encontraron con dificultad para realizar sus entradas, les ha agradado el aporte gráfico del Edublog, en la mayoría de los casos le ha servido para tener una relación más estrecha entre sus compañeros y desde el punto de vista de su aprendizaje le han otorgado un alto valor.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Aparici, R. (coord.). Comunicación educativa en la sociedad de la información. Madrid: UNED, 2003.
- 2- Aguaded Gómez, J.I. y Cabero Almenara, J. (dirs.). Educar en red: Internet como recurso para la educación. Málaga: Ediciones Aljibe, 2002.
- 3- Claxton, G. Teaching for learning. London: Cassel Educational Limited, 1990.

Relevamiento de salud bucal en dos grupos poblacionales de la ciudad de La Plata

Papel, G.; Dettbarn, J.

Facultad de odontología - UNLP

Las investigaciones epidemiológicas proporcionan un conocimiento sobre las relaciones causa-efecto de las patologías bucales, que pueden usarse en intervenciones dentro de la Salud Comunitaria diseñadas para prevenir, controlar y erradicar un problema de salud.

Lo importante es valorar las medidas de control apropiadas para una situación particular de enfermedad bucal prevalente e identificar aquellas otras medidas que pueden reducir la incidencia de las mismas, estableciendo los siguientes criterios: disminuir la susceptibilidad del huésped, aumentar su resistencia, modificar nichos ecológicos y hábitos alimentarios, implementar tareas permanentes de educación para salud a temprana edad (Pre-escolar y escolar).

Es necesario implementar una exhaustiva tarea de campo para lograr un correcto diagnóstico situacional que incluya, la observación participante, encuestas y entrevistas abiertas, cerradas, estructuradas y semiestructuradas, encuentros comunitarios a través de grupos focales que permitan recoger información de los diferentes actores sociales, estudio del medio ambiente, estilo de vida y organización de los servicios de atención de salud con que cuenta dicha población.

La salud bucal debe considerarse como uno de los factores de la salud y bienestar general de la sociedad, de allí la importancia de realizar un correcto diagnóstico de situación, el cual constituye una herramienta de trabajo de incalculable valor, a partir de la cual se caracteriza a una comunidad, se identifican sus estilos de vida predominantes y también los principales problemas que afectan a la salud de las personas.

Sin lugar a dudas todas las acciones sanitarias incluyen el estudio y análisis de las interrelaciones entre la situación de salud, condiciones de vida y atención de la salud.¹

La presente investigación fue de tipo transversal y descriptiva, los objetivos fueron conocer las condiciones socio - demográficas y la situación de salud oral de dos comunidades heterogéneas de la ciudad de La Plata.

El universo lo constituyeron pacientes que concurrieron a la consulta durante el año 2009 a dos centros de atención primaria, integrantes de las áreas programáticas definidas para cada zona de trabajo, del barrio de Los Hornos y Villa Elvira.

Se utilizó como fuentes de información Odontogramas e Historias Clínicas, Encuestas, Observaciones y entrevistas.

Los datos obtenidos de los diferentes instrumentos fueron cargados y procesados mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

Del relevamiento poblacional se obtuvieron datos socio – demográficos de ambas comunidades.

Las historias clínicas dieron cuenta de datos epidemiológicos tales como índices de caries: CPOD, CPOS, ceod, ceos, e índices de placa: O'Leary, además distintas variables de estudio como: sexo y edad de los pacientes, tratamientos realizados y requerimiento de los mismos.

A través de ello, determinamos el *Perfil Epidemiológico obtenido*: Localidad de Los Hornos: de 188 pacientes, se evaluaron a 83 menores de 15 años y 105 mayores, diagnosticándose 84 caries y 10 patologías gingivo - periodontales. En la Localidad de Villa Elvira: de 123 pacientes, se evaluaron a 67 menores de 15 años y 56 mayores, diagnosticándose 67 caries y 7 patologías gingivo-periodontales.

Todos los pacientes que accedieron a la consulta fueron fichados, realizándoles el correspondiente índice de placa, la enseñanza de la correcta técnica de cepillado, acorde a la edad.

En todo momento se procuró que cada paciente se convirtiera en sujeto activo en el cuidado de su higiene oral, supervisando las técnicas explicadas y corrigiendo los errores que se sucedían. Se realizaron además topicaciones con flúor para poder reforzar el huésped.

En relación a la presencia de caries dental el patrón de afectación según el tipo de diente, los molares y los premolares fueron las piezas más afectadas, seguidos por caninos e incisivos.

La frecuencia de la enfermedad fue mayor en maxilar superior que en mandíbula. Con estos datos y de acuerdo con lo referido por la O.M.S., la caries dental mantiene su prevalencia y ocupa el principal problema de morbilidad bucal de la población.

En ambas comunidades pudimos determinar un alto interés de las personas por educarse, informarse en cuanto a la prevención de las patologías odontológicas más frecuentes, ya que manifestaron que cuando concurren a la consulta hospitalaria no recibían este tipo de información, indispensable para conservar un correcto estado de salud bucal.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Lemus, J.D.; Salud Pública, Epidemiología y Atención Primaria de Salud. Ed. Cides Argentina, 2005
2. Lemus, J.D.; Atención Primaria de Salud, Áreas Programáticas y otras Estrategias de Salud Pública. Ed. Kohan, Buenos Aires, 1996.
3. OPS – Sobre la teoría y la práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas – Publicación N° 98, Washington, 1991.

Defectos en el tallado protético odontológico.

Paz A. Arias S. Español C. Abel V. Jordán S.

Facultad de Odontología Universidad Nacional de La Plata. Escuela de Odontología. Universidad Kennedy.

Para el tallado en coronas metalocerámicas es necesario lograr espesores adecuados no sólo por las propiedades de las cerámicas dentales sino para lograr una adecuada resistencia de la estructura metálica y una protección de los tejidos periodontales.

La mayoría de los autores concuerdan que el desgaste necesario para lograr los espacios en coronas metalocerámicas son 1.5 a 2 mm tanto en el borde incisal u oclusal, 1.5 en las caras libres y proximales, con una angulación de las caras proximales entre 6 y 12 grados.^{1-2.}

Si los espesores metalocerámicos no son respetados pueden surgir los siguientes inconvenientes en el laboratorio dental: fractura por espesores delgados tanto del metal como la cerámica, coronas sobrecontorneadas, coronas opacas o grisáceas por translucidez del metal^{3.} En cuanto a muñón dentario, este puede ser gastado excesivamente hasta tal punto de alterar el tejido conectivo pulpar con los inconvenientes que esto trae acarreado.

El objetivo de este trabajo fue analizar los defectos de tallado para coronas metalocerámicas en alumnos de pregrado de odontología.

En una primera etapa los alumnos tallaron 10 diez piezas dentarias, con la ayuda de un docente especializado, luego de esta introducción tallaron un total de diez muñones sin ayuda alguna. Sobre un total de 300 tallado, sin ayuda del docente, valoramos las medidas de desgaste indicadas: A= Borde incisal u oclusal aceptable = 1.5 a 2 mm. B = Máximo y mínimo espesor del hombro aceptable 1.2 a 1.8 mm. C= Angulación mesial y distal en sentido cérvico incisal u oclusal aceptable 3 a 6 grados para cada cara.

Para medir las dimensiones obtenidas se tomaron fotografías a gran aumento con una matriz de referencia para conocer las medidas reales.

Con un software informático Mb Ruler (Quistart) pudimos obtener los valores requeridos. Las escalas de valoración fueron las siguientes:

Grupo 1: Borde incisal: superior o inferior a 1.5-2 mm. Grupo 2- Ángulos mesiales y distales iguales a 3-6 grados. Grupo 3- Hombro mayor o menor a 1.2 -1.8 mm..

Para cada uno de estos grupos tuvimos en cuenta cuando el defecto es recuperable o irrecuperable. Denominamos recuperable cuando la medida fue corta y el alumno puede volver a tallar, e irrecuperable cuando se desgastó mayor cantidad de tejido dentario.

A su vez si el defecto superó el 10% del valor normal los catalogamos como muy desfavorable y si fue menor al 10% como desfavorable.

Las piezas utilizadas fueron mantenidas en agua durante un período superior a los dos meses, las piezas fracturadas durante el tallado fueron desechadas y reemplazadas por una nueva.

Los resultados obtenidos nos permitieron hacer las siguientes apreciaciones:

Grupo 1: el 23% fueron correctos y el 67% incorrectos (solo el 8.4 de los incorrectos estuvo en un error menor al 10%). Tomado como irre recuperable cuando el desgaste fue mayor al específico, se excedieron en el 64% de las piezas mal talladas, mientras que quedaron recuperables el 36%.

Grupo 2: Para este grupo se tallaron correctamente en el 38% el ángulo mesial y en el 35% el distal, por lo tanto fueron incorrectamente tallados el 62% y 65% respectivamente. Fueron irre recuperables para el ángulo mesial el 40% de los mal tallados y para el distal el 32%.

Grupo 3: Para este grupo el 97.4% se talló incorrectamente, el 36% estuvo en el error menor al 10% y el 24 % realizó un tallado irre recuperable.

Analizando los resultados concluimos diciendo que:

Ninguno de las piezas talladas cumplió con las medidas aceptables.

El error principal se observó en el tallado de las terminaciones, hombro, en segundo lugar el desgaste incisal, y por último las angulaciones de las paredes distales y mesiales.

Teniendo en cuenta el valor mayor, desgaste del borde incisal, el 64% de las piezas talladas serían irre recuperables, el resto podrían ser retalladas ya que el inconveniente se presentó en la falta de desgaste.

Observando que los alumnos de pregrado mostraron buenas habilidades mientras estuvieron bajo la tutela del docente y no así cuando se valieron por si solos, sería recomendable un mayor control sobre ellos, aunque se debería aumentar el número de tallados por alumnos para mejorar la practicidad de ellos.

Es evidente que durante el tallado clínico el alumno controlado por el docente obtendría resultados aceptables, el inconveniente se presentaría, probablemente, cuando el educando deba valerse por si solo en la práctica clínica. Concluimos diciendo que vemos como un problema de destreza del alumno de pregrado el tallado de muñones dentarios para prótesis fijas de metalocerámicas.

BIBLIOGRAFIA

1-Batista, J; Pantaleón, D; Gerson,B. Factores estéticos en la preparación de dientes para coronas metalocerámicas. Bras.PPO 113 (1):1-19.2002

2-Shillingburg, J; Jacobi, R; Brackett, S. Fundamentals of Ttooth preparations for cast metal and porcelain restorations. 1 ed. Quintessence publishing Co. Illinois (EE:UU) . pp 13-47.2000

3-Stein, R; Kuwata M. Dentist and dental technologist analyze current ceramo – metal procedures.Dent Clin Nort Amer. 21(4):729-44.

Estudio epidemiológico sobre frecuencia de prácticas odontológicas realizadas en el servicio de prácticas odontológicas integradas, durante el segundo cuatrimestre del año 2009.

Tomaghelli, E. R; Perdomo Sturniolo I. L., Tomaghelli, C.
Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Odontología.
Servicio de prácticas odontológicas integradas S. E. P. O. I.

La epidemiología es la disciplina que estudia la distribución de frecuencia de las enfermedades o eventos y fenómenos de salud en grupos sociales y los factores que influyen sobre la ocurrencia y variación de esta distribución.(1)

El objetivo de este trabajo fue determinar la frecuencia de los trabajos prácticos realizados en el segundo cuatrimestre del año 2009, por los alumnos regulares de quinto año de la carrera, que cursan el S.E.P.O.I.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo – cualitativo transversal.

El instrumento de recolección de datos fue la planilla de evaluación y seguimiento confeccionada regularmente por los docentes del servicio en la cual se introducen los registros de las prácticas realizadas por alumno/día/paciente.

Se completaron un total de 12739 prácticas clínicas realizadas por 106 alumnos, cada alumno realizó en promedio 110 a 140 prácticas sobre un total de 2436 pacientes ingresados al sistema.

Muestra N= 12729. Distribuidas en porcentajes por categorías Consultas 2436 (24,36%), consultas de urgencia 385 (3,02%), operatoria dental 3516 (27,60%), 200 aperturas y 414 tratamientos endodónticos (3,25%), 137 prótesis (1,08%), 1078 tartectomías y tratamientos periodontales (8,46%), odontopediatría 101 (0,79%), radiografías 3153 (24,75%), cirugías exodoncias 1027 (8,06%), tratamientos varios sin cuantificar 181 (1,42%).

Los resultados obtenidos evidencian una marcada frecuencia en relación a las restauraciones plásticas, siendo las caries la primera causa de tratamiento.

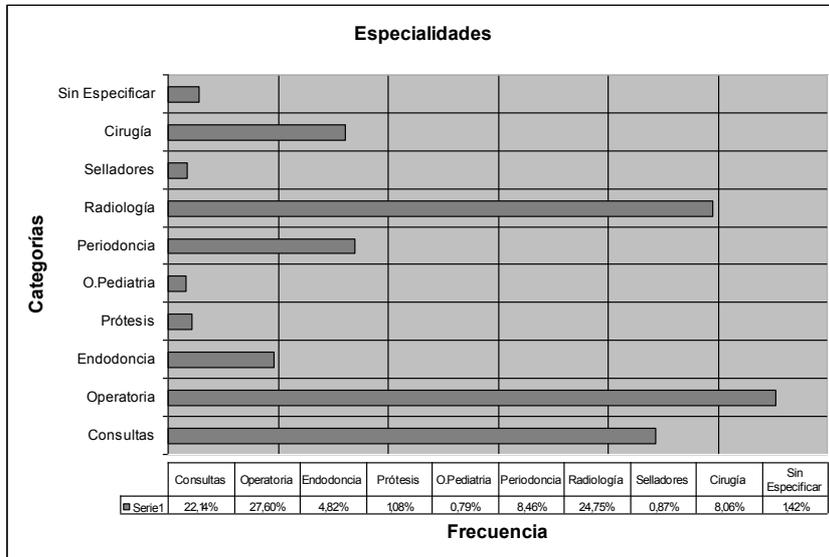
Las radiografías utilizadas como método auxiliar de diagnóstico presentan una importante valoración por parte de los alumnos presentándose como segundo nivel de prácticas efectuadas. La cirugía simple fueron prácticas poco efectuadas en comparación a las últimas décadas extraccionistas.

La tartectomía y técnica de cepillado, tratamientos periodontales, se igualaron a las prácticas quirúrgicas lo que marca una tendencia preventiva por parte de los alumnos y pacientes.

Las prótesis por ser una práctica optativa compleja y costosa fueron pocas aunque satisfactorias.

Causa preocupación la escasa frecuencia de tratamientos en odontopediatría realizados. Recomendando reforzar la difusión en la

población en general acerca de la prevención y promoción de la salud en edades tempranas.



BIBLIOGRAFIA_

1. Colimon KM. Fundamentos de Epidemiología. Editorial Díaz de Santos, S.A. Madrid 1990.

2. Carli A. La ciencia como herramienta. Guía para la investigación y la realización de informes, monografías y tesis científicas. Editorial Biblos. Buenos Aires, 2008.

3. Macchi RL. Introducción a la estadística en ciencias de la salud. Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires, 2001.

4. OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1987. Reunión sobre "Articulación del conocimiento básico en la formación de profesionales de la salud". Cablegrama. OFSANPAM: Washington, D.C. del 7 al 11 de diciembre.

Un aporte al aprendizaje por medio de la Web

Sala, A.

Asignatura Materiales Dentales - Facultad de odontología – UNLP

Un *weblog*, *blog* o *bitácora* es una página web, con apuntes fechados en orden cronológico inverso, de tal forma que la anotación más reciente es la que primero aparece. En el mundo educativo se suelen llamar *edublogs*.

Éstos, son creados por profesores, con el fin de mantener a los alumnos actualizados con las reflexiones y las fuentes de información que el profesor está usando durante el desarrollo de un curso o programa. Los docentes están empezando a explorar el potencial de los blogs, de los servicios compartidos de los medios y otro software social el cuál, aunque no esté diseñado específicamente para e-learning, puede usarse para impulsar a los estudiantes, y crear nuevas y estimulantes oportunidades de aprendizaje.

Los *blogs*, son el servicio de Internet para publicación personal en web más famoso de la actualidad, que ha puesto a millones de personas a escribir y compartir vivencias, aficiones personales e intereses profesionales. También, son un medio de comunicación colectivo que, utilizado de manera responsable, promueve la creación y consumo de información original y veraz, y que provoca, con mucha eficiencia, la reflexión personal y social sobre los temas de los individuos, de los grupos y de la humanidad. Los usos que le podemos otorgar son: Académicos o de investigación, Profesor-alumnos, Weblogs grupales. Cuando hablamos de la relación Profesor-alumno es allí donde nos permite dirigir el proceso de aprendizaje. En ellos se publican aspectos formales que tengan que ver con la materia o asignatura a impartir. El profesor, de manera sencilla, puede incluir trabajos a realizar, proponer temas a desarrollar, apuntes, actividades, enlaces de interés para ampliar la formación, orientaciones de estudio, etc. Este tipo de edublogs pueden ser cerrados a escritura del profesor solamente, o abiertos. Quizás en el primer caso, habría una dispersión de temas y comentarios, en el segundo caso se ponen reglas base para que funcione como uno quiera, e incluir el grupo que se desee incluir. ¿Qué podemos lograr mediante esta herramienta? Son métodos de trabajo colaborativo y de trabajo en grupo, generan una estructura horizontal (varias bitácoras al unísono) para debatir, analizar y conjugar diferentes experiencias de producción y distribución de contenidos, incentivan y activan la participación y el debate entre los propios alumnos. [Tim O'Reilly](#) en [2004](#) para referirse a una segunda generación en la historia de la [Web](#) basada en comunidades de usuarios y una gama especial de [servicios](#), como las [redes sociales](#), los [blogs](#), los [wikis](#), que fomentan la colaboración y el intercambio ágil de información entre los usuarios. ¿Qué podemos evaluar? La redacción y la calidad de la escritura hipertextual (enlaces), capacidad de creación de

enlaces, forma de redactar, de hacer comentarios, el nivel de análisis y crítica del tema tratado. Uno de los elementos que es necesario evaluar es el grado de conciencia crítica de la ciencia y de los hechos, así como la capacidad de transformar la información y el dato en conocimiento (Gutiérrez Martín, 2003).

Los weblogs en la enseñanza se están transformando en un espacio altamente significativo para que los alumnos se sientan partícipes de la red y aporten a ella los conocimientos que van construyendo. El objetivo de la presente investigación fue crear un edublog para asistir a estudiantes de la asignatura Materiales Dentales de la FOLP; y comprobar el grado de utilidad del mismo. Éste fue sustentado por Hotmail. El universo fueron los estudiantes que cursaron la asignatura Materiales Dentales, 1er y 2do curso correspondiente al año 2009. El espacio que nos permitió el servidor fue utilizado por 3 comisiones lo que hace un total de 63 estudiantes. Como instrumento metodológico se utilizó una encuesta realizada Ad-hoc. Los datos obtenidos fueron cargados en una base de datos para su análisis, procesamiento y sistematización mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0

Los resultados obtenidos fueron: Ante las siguientes preguntas, ¿fue asistido alguna vez por un edublog en otras asignaturas? NO 100%, el diseño del edublog como le ha resultado muy bueno 95 %, Bueno 5 %, ¿Fue difícil acceder al edublog? Si el 25 %, No el 75 %, ¿Se han sentido respaldados por esta herramienta informática? siempre 100%, ¿Les resultó difícil poder trabajar en el mismo? No 95 % si 5%, ¿Se sintieron acompañados durante los momentos que asistían al edublog? si 100 %, ¿Los ayudó para su aprendizaje? siempre 95 %, casi siempre 5 %.

De lo expuesto podemos concluir que la creación del edublog por parte de los docentes, su continua asistencia y permanente soporte, resulta una ayuda significativa para el aprendizaje colaborativo, la socialización y la comunicación.

BIBLIOGRAFÍA:

Contreras, F. [Weblogs en educación](#). Revista Digital Universitaria. Noviembre, 2004

Gutiérrez Martín, Alfonso. *Alfabetización digital: algo más que ratones y teclas*. Barcelona: Gedisa, 2003.

Stone Wishke, M. Enseñar para la comprensión en nuevas tecnologías. Paidós (2005)

O'Reilly, T. *Tecnologías .Patrones para la comprensión en nuevas tecnologías* (2004)

Abuso Sexual y Maltrato Infantil.

Seglie I; Miguel R.; Díaz G.

Asignatura Introducción a la Odontología Legal. Facultad de Odontología. UNLP. Calle 51 e/1 y 115 s/n. La Plata (1900) - Buenos Aires - Argentina.

La incidencia del maltrato infantil es muy difícil de determinar, ya que la mayoría de las veces sólo se detectan los casos más graves y se supone que el número de denuncias es bajo. Con respecto al ámbito sanitario se suelen diagnosticar solamente los casos de malos tratos físicos con signos muy evidentes. Los profesionales sanitarios jugamos un papel muy importante en la detección, intervención y prevención del maltrato infantil. El síndrome del maltrato infantil (SMI) recibe el nombre de sevicias en el ámbito jurídico. Desde el punto de vista de la pediatría medicolegal se describen bajo dos formas clínicas: 1) Síndrome de Caffey-Kempe y 2) Síndrome de Munchausen by Proxy. En el primero la observación es fundamentalmente radiológica, encontrando como producto de distintos traumatismos aplicados al niño, fracturas tanto óseas como dentarias de distinto grado de consideración como también fisuras, luxaciones o sub-luxaciones de distintos grados de evolución. En superficie se pueden encontrar hematomas, excoriaciones, úlceras, quemaduras. En el segundo, se inventan o se crean los síntomas o signos del niño; se trata de confundir al médico tratante. Los abusos físicos podrán ser: a) lesiones cutaneomucosas: equimosis, hematomas, laceraciones, ruptura del frenillo del labio superior, mordeduras, quemaduras b) lesiones osteoarticulares: fracturas, subluxaciones, contusiones c) lesiones toracoabdominales d) lesiones oculares e) lesiones del sistema nervioso central. No obstante, el abordaje del problema del niño maltratado requiere la participación de equipos especializados en los que colaboran profesionales de los distintos ámbitos relacionados con la infancia. La exploración física ha de ser completa y cuidadosa. Se deben buscar lesiones en la piel y mucosas. Entre las que encontramos más frecuentemente pueden incluirse: hematomas, mordeduras, fracturas dentarias y dentomaxilares; quemaduras y pérdidas de pelo. Con respecto a las mordeduras, obviamente humanas, dejan marcas simétricas con forma de semiluna con las improntas de cada uno de los dientes. Por ello es importante describir: el aspecto, número, tamaño, localización y color, e intentar deducir el tiempo de evolución. Los niños que sufren maltrato tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo y, en muchas ocasiones, secuelas psicológicas, lo que justifica la importancia de una detección precoz para una adecuada intervención. Debemos observar con cuidado el carácter de las lesiones que se presentan en las estructuras buco facial. Las más frecuentes se localizan en paladar, carrillos, lengua, labios, encías y entre los incisivos centrales. Pueden ser de tipo verrugoso: presunto condiloma acuminado. Aparecen entre 1 y 3 meses después de la implantación, como resultado, se presume, del contacto

orogenital con una persona infectada. Las formaciones de condiloma acuminado se caracterizan por un grupo importante de nódulos de color rosa, que crecen y finalmente hacen coalescencia. El resultado del proceso es una formación papilar exofítica, blanda, pedunculada o sésil, que puede ser queratinizada o no. Las lesiones pueden ser extensas o, lo que es mucho más frecuente, autolimitadas. Pese a que no representan un riesgo mayor para la salud de quien las padece, las lesiones del condiloma acuminado en un niño son fuertemente sugestivas de abuso sexual. Las lesiones de impétigo pueden ser similares a quemaduras de cigarrillos. Una vez identificado un posible caso de maltrato se debe notificar a las autoridades pertinentes. La notificación es una obligación legal y profesional y no solo en casos graves, sino también los leves o de sospecha y las situaciones de riesgo. Cuando se detectan en el ámbito sanitario, los informes médicos-odontológicos que se elaboren, deben ser lo más detallado posible teniendo en cuenta el desconocimiento por parte de los receptores (jueces, asistentes sociales, etc.) de la terminología médica y odontológica. El presente estudio pretende capacitar al profesional para detectar la presencia de lesiones provocadas por posible maltrato infantil, incrementar la búsqueda diagnóstica, saber estrechar su vínculo con la víctima y poder integrar un equipo que colabore con el diagnóstico de la situación (médico – psicólogo – asistente social).

El método usado para la realización de esta investigación fue el exploratorio. El estudio se llevó a cabo con la ayuda de Instituciones Hospitalarias y Centros de Salud en las cuales pedimos información del maltrato y también tuvimos entrevistas con especialistas en el caso. Los resultados que obtuvimos de las observaciones fue que el maltrato físico y emocional están relacionados y uno de los factores principales que observamos de las personas es su agresividad y estado de ánimo vulnerable. En conclusión, la complejidad de este problema requiere soluciones que no pueden ser abordadas desde un solo ámbito de actuación. Por ello es necesario el compromiso de todas las instituciones y de los profesionales que atienden desde una u otra área a la infancia, para coordinar esfuerzos tanto en su atención como en su prevención.

BIBLIOGRAFIA:

1. Sánchez, J. El niño maltratado. Tratado de Urgencias de Pediatría. 1ª ed. Madrid: Ergon; 2005. p.760-71.
2. Redondo Figuero y Ortiz MR. El abuso sexual infantil. Boletín Pediátrico 2005;45: 3-16.
3. Basile, A. Fundamentos de medicina legal: deontología y bioética. 3ª. ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1999. p 145-148.
4. Comité de maltrato infantil. Asociación Médica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires (1 tomo sin pie de imprenta).

Responsabilidad profesional y documentación odontológica.

Miguel R.; Seglie I.; Díaz G.; Cocco L.; Bávaro S.; Vanoni V.; De Landaburu F.; Manoccio D.; Matheos E. y Di Girolamo Pinto G.

Trabajo de Investigación de la Asignatura Introducción a la Odontología Legal. F.O.U.N.L.P. Calle 51e/1y115 s/n La Plata. Buenos Aires. Argentina.

Muchas responsabilidades odontológicas objetivas y subjetivas, suelen quedar establecidas precisamente por el desconocimiento de normas legales, reglamentos, y documentación respaldatoria que el odontólogo debería conocer y cumplimentar¹. No se trata de obligar a los futuros odontólogos a que estudien abogacía, pero sí a que comprendan algunos puntos básicos de la importancia moral, bioética y jurídica de la documentación odontológica de uso cotidiano. El concepto de responsabilidad jurídica profesional ha sufrido cambios a lo largo del tiempo, en la actualidad la relación paciente-profesional ha abandonado su concepto paternalista, tomando el paciente un rol más activo en la elección de los tratamientos, riesgos y beneficios que le aporta la ciencia, lo que obliga a los profesionales a mantenerlos informados constantemente acerca del estado de su salud, del diagnóstico y de los riesgos y consecuencias, mediatas e inmediatas que puedan acarrear las terapias y tratamientos sugeridos, así como a cumplimentar toda documentación respaldatoria de los mismos. La relación paciente-profesional es un contrato de medios en donde el odontólogo asume la obligación de poner al servicio del paciente todos los medios a su alcance y conocimientos profesionales, esto es el de obrar con la mayor diligencia para tratar de lograr un resultado, pero sin asegurar el logro del mismo, porque no estamos en presencia de una ciencia exacta, lo cual debe quedar debidamente documentado y comprendido por el paciente. Comenzado el proceso de ejecución del contrato la documentación respaldatoria juega un rol fundamental para probar que se fueron cumpliendo todos aquellos pasos que la ciencia y técnica aconsejan realizar según la necesidad que presenta el paciente, es decir, aquellas diligencias que exigen la naturaleza de la obligación contractual y que corresponden a las circunstancias de las personas, tiempo y lugar y estos recaudos deben ser mayores cuanto mayor es la especialización del profesional y complejidad de la práctica.

Para establecer pautas de prevención de riesgos en cualquier actividad, debe conocerse la estructura legal en materia de responsabilidad de la misma. Referirnos a la ciencia odontológica implica conocer las finalidades que encierra y con ello los requisitos para su ejercicio, pues es conociendo dichos aspectos cuando se podrá incursionar con suficiente certidumbre en las diversas situaciones de riesgo que puedan implicar daños a terceros. En definitiva, el profesional siempre que pueda demostrar que ha dado

cumplimiento a estos recaudos, aunque el objetivo no se hubiera cumplido, quedará exento de culpabilidad. Se desea identificar el grado de conocimiento del concepto de responsabilidad profesional en el uso de documentación odontológica (ficha odontológica) en alumnos de la F.O.U.N.L.P. Para ello se determinó el grado de conocimiento sobre la documentación clínica respaldatoria al inicio del ciclo preclínico y al final del proceso de construcción del conocimiento, optimizando la actuación de los alumnos en la implementación de la documentación clínica de manejo habitual en el pregrado; se logró despertar en los alumnos la necesidad de explorar y aprender la importancia de la Responsabilidad Profesional y los Documentos Odontológicos, concientizándolos sobre la función respaldatoria que en el ejercicio de la práctica profesional desempeña la documentación de uso odontológico. Los grupos se conformaron del siguiente modo: Se trabajó con un grupo control compuesto por alumnos de 3^{er}. año que cursaban una asignatura clínica y otro experimental integrado por alumnos de 3^{er}. año que cursaban otra asignatura clínica. El universo referencial estuvo compuesto por alumnos de 5^{to}. año cursantes de la Asignatura Introducción a la Odontología Legal. Se halló como resultados diferentes niveles de información sobre las distintas formas de responsabilidad profesional en el grupo control con respecto al experimental. En el grupo que poseía un nivel de conocimientos aceptables se observó que aún no han desarrollado las habilidades necesarias para evitar situaciones desfavorables con respecto a la responsabilidad profesional relacionada con la documentación odontológica respaldatoria. A partir de lo antedicho se puede concluir que es necesaria la inclusión de nuevos espacios educativos referidos con el ejercicio ético y legal de la odontología para generar nuevas situaciones formativas que enriquezcan la formación de grado del futuro profesional odontólogo. Podría apelarse a diferentes técnicas de enseñanza, como el taller, que permite múltiples interrelaciones docente-alumno posibilitando el análisis y fijación de los temas tratados, esencialmente insertados los mismos en el 3er año de la carrera.

BIBLIOGRAFIA:

1. Achaval, A. Responsabilidad Civil del Médico, Abeledo-Perrot. Buenos Aires. 1983.
2. Basile, A., Fundamentos de Medicina Legal, de Odontología y Bioética. Editorial El Ateneo Buenos Aires, 1999 Tercera Edición 195-198.
3. Mainetti, J. A. Paradigma bioético de la medicina. Revista de medicina y bioética. Quirón, Vol. 37 (1/2): 7-19. 2006.
4. Weingarten, C. En: Responsabilidad por prestaciones odontológicas. Editorial Astrea, Buenos Aires (Argentina) pp. 93-98, 1997

Implantes Dentales y Senos Paranasales

Tomas, L. J.; Tomas, P. M.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Según autores como Krause y col.⁽ⁱⁱ⁾, el 60% de los cuerpos extraños encontrados en los senos paranasales son resultado de acciones médicas o dentales, seguidas por los accidentes industriales en un 25%. De éstos, el 75% de los casos afecta al seno maxilar, en menor frecuencia (18%) al seno frontal, siendo una rareza encontrarlos en etmoides o esfenoides. El espectro de agentes patógenos encontrados en los cultivos realizados a las sinusitis secundarias, producidas por estos cuerpos extraños, está dominado por actinomices y aspergillus. La sinusitis maxilar unilateral tiene un origen dental con frecuencia. Su mecanismo de producción se basa en la proximidad de implantación de las raíces de algunas piezas del maxilar superior con el suelo del seno maxilar. Éstas pueden enfermar espontáneamente por procesos infecciosos periapicales, aunque ocasionalmente se producen como consecuencia de maniobras iatrogénicas. Hirata Y y col. ⁽ⁱ⁾ encuentran un 3,8% de fístulas oro-antrales en las extracciones de estos dientes, fundamentalmente del primer molar superior sin distinción de sexos y con un predominio en la tercera década de la vida. La edad, efectivamente, juega un papel importante en la aparición de estas sinusitis de origen dental, siendo más frecuentes en la segunda (25%) y la tercera década (30,4%) de la vida, decreciendo paulatinamente en edades más avanzadas. Pero, sin duda, la condición de pobreza socioeconómica tiene una influencia mucho mayor especialmente en el avanzado estado (flemón o absceso) con el que acuden los pacientes por primera vez a consulta, siendo esto un hecho habitual en países subdesarrollados. En nuestro medio, el balance entre las sinusitis dentales espontáneas y las iatrogenas se modifica relativamente a favor de estas últimas. No obstante, autores como Thevoz F y col. afirman que la sinusitis maxilar crónica atribuible a cuerpos extraños de origen dental es rara y está sobredimensionada. Concretamente en su estudio el 9% de 197 sinusitis maxilares fueron clasificadas como odontogénicas; identificaron un 5% de cuerpos extraños intrasinusales, de los cuales un 2% era de origen dental, 1% de restos radiculares y un 2% de "pseudos" cuerpos extraños de origen micótico. Por otro lado, los implantes dentales, basados en la idea de osteointegración descubierta por Branemark en 1950, están imponiéndose estos últimos años como tratamiento ideal de las pérdidas de piezas. La experiencia positiva en su uso está avalada hoy en día por numerosos estudios al respecto.^(iv) La condición fundamental es que exista suficiente hueso para anclar el implante. Las complicaciones descritas son pocas en los casos correctamente seleccionados y realizados adecuadamente, si bien han sido descritos casos graves, incluso algún cuadro de fascitis necrotizante de cuello y posterior mediastinitis secundaria a un implante

dental. La colocación de injertos osteointegrados en el suelo del maxilar está a menudo limitada debido a una falta de hueso de apoyo. Existen técnicas para aumentar el suelo del seno maxilar con injerto de hueso autógeno, con buen resultado funcional y escasas complicaciones.^(III, IV) Nos encontramos ante un tributo de la sociedad del bienestar. Curiosamente la historia de las sinusitis de origen dental está ligada al subdesarrollo y a la pobreza. Por otro lado, resulta llamativa, cuando menos, la historia de la implantología. Desde el descubrimiento del sueco Branemark a mediados del siglo pasado del fenómeno de la osteointegración del titanio, no es hasta 1976 cuando este sistema es aceptado por la “National Insurance System” de su país, despertando en los dentistas gran interés, pero también inicialmente, no menos desconfianza. Sin embargo, el sistema ha ido tomando adeptos en todos los dentistas del mundo y en la última década del siglo XX y los primeros años del XXI, los implantes están siendo cada vez más utilizados. En nuestra esfera ORL, esta misma osteointegración de implantes de titanio viene usándose en audiolología. Nuestra postura es favorable a esta técnica. El presentar en este trabajo una complicación no pretende buscar ningún aspecto negativo, sino todo lo contrario, profundizar en el estudio y preparación del paciente que puede beneficiarse de un implante dental para evitar cualquier complicación, como en cualquier otra técnica quirúrgica. La colaboración ORL y dentista implantólogo se hace muy interesante en este caso. Los cuerpos extraños siempre resultan curiosos sea cual fuere su origen o localización. No es frecuente, o al menos no han sido descritos muchos casos de intrusión de implantes dentales en senos paranasales, pero la creciente demanda de esta brillante técnica seguro que nos hará ver más casos como el presente. El primer molar superior es una zona crítica, sobre todo en personas con huesos atróficos, pero el inconformismo de los implantólogos, que continuamente buscan técnicas para fortalecer estas zonas, nos llevará a situaciones límites en los que el riesgo de intrusión en el seno maxilar deba ser asumido para mejorar la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- (I). Hirata, Y.; Kino, K.; Nagaoka, S.; Miyamoto, R.; Yoshimasu, H.; Amagasa, T. A clinical investigation of oro – maxillary sinus – perforation due to tooth extraction. *Kokubyo Gakkai Zassi*; 68 (3): 249-53. 2001
- (II). Krause, H. R.; Rustemeyer, J.; Grunert, R. R. Foreign body in paranasal sinuses: *Mund Kiefer Gesichtschir*; 6 (1): 40-4. 2002
- (III). Raghoobar, G. M.; Batenburg, R. H.; Timmenga, N. M.; Vissink, A.; Reintsema, H. Morbidity and complications of bone grafting of the floor of the maxillary sinus for the placement of endosseous implants. *Mund Kiefer Gesichtschir*; 3 Suppl 1: S65-9. 1999
- (IV). Zimpler, M. S.; Lebowitz, R. A.; Glickman, R.; Brecht, L. E.; Jacobs, J. B. Antral augmentation, osseointegration, and sinusitis: the otolaryngologist's perspective. *Am J Rhinol*; 12 (5): 311-6. 1998

Colocación de Implantes Dentales Inmediatos

Tomas, L. J.; Tomas, P. M.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Los Implantes Inmediatos son implantes que se colocan inmediatamente después de hacer una o varias extracciones dentarias, pero esto no quiere decir que se coloquen los implantes y los dientes al mismo tiempo. Cuando hay un problema en un diente que obliga a su extracción, por ejemplo una fractura de su raíz se puede planificar el colocar el implante inmediatamente después de la extracción sin esperar a que cicatrice la herida. Esto tiene la ventaja de que se gana tiempo pero no se puede hacer si el diente está infectado. Si esto ocurriera primero hay que extraer el diente, liberar correctamente el proceso infeccioso, suturar, dar el tratamiento oportuno y esperar alrededor de un mes. Al cabo de este tiempo se puede ya colocar el implante (en este caso le llamamos implante diferido). De cualquier manera, una vez colocado el implante hay que esperar a que éste se "integre" al hueso antes de colocar el diente o los dientes encima. El tiempo de espera entre la colocación del implante y la prótesis oscila entre 2 y 4 meses dependiendo de si es maxilar inferior o superior, en el superior la espera es mayor porque la calidad del hueso suele ser peor. Hoy en día la tendencia es a reducir estos tiempos de espera. En muchos casos ya estamos colocando los implantes y los dientes fijos en el mismo día o en el día siguiente. La colocación de implantes dentales se realiza según un protocolo técnico-quirúrgico minucioso y delicado. De la misma manera se debe tratar la etapa anterior a este procedimiento, por la que en definitiva es lo que precede a este tratamiento y es la exodoncia, la cual fue la mejor terapia preventiva de males peores en la odontología casi contemporánea y que hoy en día es el último recurso de nuestro tratamiento odontológico. Sin desmerecer el logro de nuestros antecesores, las técnicas actuales de exodoncia han cambiado notablemente, y la mejor forma de continuar con la función para la cual fue creado el alvéolo dentario, es conservándolo.^(1, 11) Fomentar la prevención de la reabsorción ósea alveolar post exodoncia desde el momento mismo de la programación de la misma, teniendo en cuenta que esa unidad odontológica es de suma importancia para albergar el implante que será en definitiva, la nueva raíz que transmitirá las cargas que se generarán en la corona. Luego de la extracción de una pieza dentaria o resto radicular, queda el alvéolo vacío, con sus tablas algo dilatadas por los movimientos de avulsión que se realizaron para vencer los puntos retentivos que actuaban de traba mecánica a la raíz de dicho diente. El deber de todo odontólogo es no solo realizar la extracción en forma conservadora, manteniendo las tablas intactas, sino que también debe tomar todos los recaudos necesarios como para que ese espacio tridimensional, tan importante en función de sostén y mantenimiento de la pieza dentaria se conserve en su totalidad, y si además se cuenta con la

indicación apropiada de realizar un implante, éste sería el mejor momento de hacerlo. Se busca una coincidencia lo más ajustada posible entre el tamaño y forma de la raíz a extraer con la del implante o implantes a colocar, tanto sea un diente uni como multi radicular, en este último caso se juzgará la colocación de tantos implantes como raíces se presenten o no, dependiendo del septum de cada alvéolo. Los implantes de titanio con rosca de autofijación y los materiales de relleno óseo que se usaron fueron Hidroxiapatita, vidrio bioactivo, hueso cortical alveolar, y gel de implante de colágeno como vehículo, pudiendo ser reemplazado en estos momentos por el Plasma rico en plaquetas del mismo paciente, según protocolo modificado de la técnica desarrollada. Concluyendo se puede apreciar que la técnica quirúrgica e implantológica con el implante colocado en el alvéolo de forma inmediata tras la avulsión del elemento dentario, si es realizada según un preciso y bien determinado protocolo quirúrgico, ofrece garantías de predictibilidad de éxito, del mismo nivel que las conseguidas con la técnica de la colocación del implante osteointegrado de la forma convencional. Es la mejor forma de prevenir la reabsorción alveolar post exodoncia, realizando un solo acto quirúrgico. Se logra menor tiempo de espera para la colocación de la corona en esa pieza dentaria, y hasta si la densidad ósea es favorable, se puede colocar perno y corona provisoria con la ventaja de la conservación de las papilas gingivales, y del volúmen alveolar, evitando el colapso tisular. Además, el implante sirve de sustentación o guía para la fijación de los materiales de injerto, teniendo una visión directa del diámetro cervical del alvéolo. Frente a una indicación de exodoncia, los implantes inmediatos acortan el tiempo de espera en su rehabilitación, además disminuyen la reabsorción ósea del alvéolo residual y evita un acto quirúrgico. Una patología periapical crónica, no es contraindicación para la implantación inmediata, siempre y cuando se realice bajo antibioterapia y con un minucioso legrado del lecho óseo. La inserción de los implantes inmediatos de entre 3 y 5 mm sobrepasando el ápice y el uso de implante de diámetro mayor al del alvéolo remanente, otorgan una estabilidad primaria suficiente, lo cual es un requisito fundamental. Dentro de las técnicas de regeneración ósea guiada, no existe un consenso entre los diferentes autores, respecto al uso o no de membranas, su combinación con material de injerto y el tipo de relleno a utilizar. El cierre primario de la herida, luego de la implantación inmediata, es algo deseable para la mayoría de los autores, aunque para otros no tiene gran relevancia. En defectos óseos 5mm se sugiere la implantación diferida.

BIBLIOGRAFIA

- (i) Hayes, W.C. and Snyder, B. Toward a quantitative formulation of Wolff's law in trabecular bone. In Mechanical properties of Bone (Edited by Cowin, S. C. ASME, New York). pp. 43-68, 1981.
- (ii) Misch, C. Immediate load applications in implant dentistry. Ed: Misch, C. Dental implant prosthetics. Elsevier Mosby: San Luis. pp. 531-567, 2005.

Periimplantitis

Tomas, L. J.; Tomas, P. M.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Los implantes dentales oseointegrados, utilizados cada vez más en nuestro medio, permiten ofrecer a nuestros pacientes unas prótesis confortables y funcionales, mejorando así su calidad de vida. La periimplantitis se define como un proceso inflamatorio que afecta a los tejidos que rodean un implante oseointegrado en función y que produce una pérdida del soporte óseo. Si los cambios inflamatorios se observan en los tejidos blandos cercanos a un implante sometido a carga, hablamos de una mucositis periimplantaria. Existen múltiples factores que intervienen en la etiología de la periimplantitis, aunque hay dos de más destacados: la sobrecarga biomecánica y la infección periimplantaria. Los signos y síntomas más importantes de la periimplantitis son: 1- Evidencia radiológica de destrucción ósea periimplantaria manteniéndose, generalmente, una zona apical sin alteraciones. En muchos casos la pérdida ósea, de aspecto radiotransparente, se produce sin que existan signos directos de movilidad del implante. 2- Destrucción ósea vertical asociada a la formación de una bolsa periimplantaria. 3- Sangrado al sondaje e incluso supuración de los tejidos periimplantarios. 4- Inflamación eventual de los tejidos periimplantarios. 5- Dolor, aunque no es un síntoma característico. Una vez instaurada la periimplantitis, la superficie del implante queda expuesta al medio bucal y es colonizada por bacterias.⁽ⁱ⁾ El objetivo del tratamiento será recuperar la integración del implante con el hueso, es decir, una "reoseointegración". Este tratamiento se puede realizar siempre y cuando veamos que la pérdida ósea no sea superior a 2/3 de su longitud o bien no exista movilidad. La adherencia de los fibroblastos del hueso al implante está obstaculizada por las endotoxinas, por lo que es necesario descontaminar la superficie del implante para obtener la máxima reoseointegración con las técnicas pertinentes a cada caso.⁽ⁱⁱ⁾ El objetivo de este trabajo es mostrar, valorar y discutir los resultados del estudio microbiológico del exudado o del tejido periimplantario de implantes con periimplantitis. Todos estos implantes ya habían sido cargados con sus respectivas prótesis. De los 16 implantes estudiados, en 14 se obtuvieron muestras de exudado con puntas de papel estériles que se introdujeron en la bolsa periimplantaria. En 2 implantes las muestras fueron de tejido de granulación periimplantario. A continuación, las muestras se colocaron en placas de agar-chocolate con brain heart infusion. Las placas de Petri se introdujeron en un frasco de vidrio diseñado especialmente para su transporte en un medio anaerobio. Se realizaron cultivos de anaerobios y de aerobios para determinar las bacterias predominantes en cada muestra, practicándose también un antibiograma para establecer el tratamiento antibiótico de elección en cada paciente. Los antimicrobianos estudiados

fueron: la amoxicilina, el metronidazol y la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico o con metronidazol. Una vez tomada la muestra, se procedía al tratamiento del implante infectado con la descontaminación de la superficie del implante, o bien con la extracción del implante afectado si la pérdida ósea era muy importante. La periimplantitis es un proceso inflamatorio de los tejidos que rodean a un implante sometido a carga que produce la pérdida de soporte óseo. Los especímenes bacterianos aislados fueron: *Stomatococcus*, *Prevotella oralis*, *Peptostreptococcus* y *Fusobacterium nucleatum*. En 9 muestras fue imposible aislar una bacteria predominante debido a la complejidad de la flora. Respecto al resto de muestras, la bacteria predominante fue *Stomatococcus* en 3, *Prevotella oralis* en 1, *Peptostreptococcus* en 1 y *Fusobacterium nucleatum* en 2. Los antibiogramas mostraron una mayor sensibilidad a la asociación de la amoxicilina con el ácido clavulánico, comparada con la amoxicilina, el metronidazol o una combinación de estos dos últimos antimicrobianos. En este trabajo las bacterias asociadas más frecuentemente a la periimplantitis fueron: *Stomatococcus*, *Prevotella oralis*, *Peptostreptococcus* y *Fusobacterium nucleatum*. En ningún caso se aislaron cepas de *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. Los posibles factores de riesgo asociados a periimplantitis en nuestra serie fueron los implantes recubiertos con hidroxiapatita, implantes de 3,25 mm de diámetro y la localización más distal del implante en las prótesis que rehabilitaban extremos libres edéntulos superiores. El mejor tratamiento de la periimplantitis es su prevención. Esto se consigue siendo muy rigurosos durante las fases quirúrgica y protésica. Se debe realizar previamente un diagnóstico y plan de tratamiento correctos para determinar el número y la posición ideal de los implantes, según las características y posibilidades de cada paciente. El diseño de la prótesis debe presentar un ajuste pasivo y permitir una buena higiene bucal y un buen control de la placa bacteriana. Si el paciente presenta alguna parafunción debe tratarse previamente. También es muy importante efectuar controles periódicos de los pacientes, tanto clínica como radiológicamente. (iii)

BIBLIOGRAFIA

(i) Lindhe, J.; Berglundh, T.; Lilienberg, B.; Marinello, C. Experimental breakdown of periodontal tissues: a study in the beagle dog. *Clin Oral Impl.* 3: 916. 1992.

(ii) Oringer, J.; Palys, M. D.; Iranmanesh, A.; Fiorellini, J. P.; Haffajee, A. D.; Socransky, S. S.; Giannobile, W. V. C-Telopeptide pyridinoline cross-links (ICTP) and periodontal pathogens associated with endosseous oral implants. *Clin Oral Impl.* 9: 365-73. 1998.

(iii) Tillmanns, H.; Hermann, J.; Tiffée, J.; Burgess, A.; Meffert, R. Evaluation of three different dental implants in ligature induced peri-implantitis in the beagle dog. Part II. Histology and microbiology. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 13: 59-69. 1998.

Estudio Biofísico y Biológico de los Implantes Dentales

Tomas, L. J.; Gauzellino, G. J.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Los implantes dentales de titanio se están utilizando desde hace muchos años en la rehabilitación de pacientes, tanto total como parcialmente edéntulos, con una efectiva tasa de éxito a largo plazo establecida entre un 90 y un 98%. El diseño o macrogeometría de los implantes dentales ha sido modificado continuamente en los últimos años con el objetivo de adaptarse y mejorar nuevos procedimientos clínicos (carga inmediata o precoz, hueso de mala densidad) y por un interés comercial de encontrar una imagen de marca diferenciadora. Los implantes dentales quedan sometidos a diferentes cargas durante su función. Para comprender esas cargas fisiológicas se utilizan unidades básicas de la mecánica. La influencia de cargas axiales o no axiales excesivas o patológicas (se considera que por encima de 4000 fAE, que se corresponde a una deformación celular del 0,4%) sobre la zona crestral, produciría una fractura por fatiga de la interfase hueso-implante y del hueso adyacente. Parece que se produciría un aumento del remodelado con mayor fase reabsortiva, al igual que ocurre con el "desuso". Se establece que estas sobrecargas patológicas no son las causantes de la pérdida localizada "en embudo" de la zona crestral cervical, ya que en condiciones de esa sobrecarga patológica no se perdería la unión únicamente en la zona crestral sino a todo lo largo del implante de manera rápida, o bien se produciría la fractura de la fijación.⁽ⁱ⁾ Se ha comprobado mediante simulación de elementos finitos que la calidad del hueso tiene mayor relevancia para la distribución del estrés, y por consiguiente de la producción de microdeformaciones (fAE), que la altura crestral. Cuando el hueso se simula muy poroso y sin presencia de cortical, al aplicar una carga axial de 150N, la distribución de deformaciones se distribuye de manera homogénea a lo largo del implante con cifras superiores a 4000 me. Cuando existe una zona cortical esas cifras elevadas solo se consiguen en la zona cervical del implante, mientras que en el resto del cuerpo se encuentran en rangos de sobrecarga media (1500-4000 $\mu\epsilon$).⁽ⁱⁱ⁾ Se ha establecido también experimentalmente, que la sobrecarga biomecánica es un factor más importante para la reabsorción ósea que la infección bacteriana. Isidor y cols realizaron un estudio en mandíbula de monos donde se evidenció que implantes sometidos a una sobrecarga con una buena higiene perimplantaria, presentaron una pérdida de la osteointegración, mientras que los casos que tenían mala higiene sin sobrecarga, no la perdían. La pérdida de osteointegración se achacó a "microfracturas por fatiga en el hueso que sobrepasaban el potencial reparador". Mediante estudios de elementos finitos y de fotoelasticidad, se ha visto que la mayor transmisión y concentración de fuerzas se realiza en la región cervical y apical del implante. Parece que la macrogeometría del implante podría mejorar la

disipación de estas fuerzas aunque esto no está bien definido. Con el fin de reducir la transmisión de fuerzas de compresión al hueso adyacente de la zona coronal, se están investigando diseños en los que se añade a la zona cervical del implante un anillo de 0,1 mm de espesor a base de HA-polietileno que serviría como rompedoras a ese nivel. Mediante medición de elementos finitos en 3D se ha observado distribución de este nuevo diseño al hueso de 9,8 MPa ante carga vertical, y de 89,5 MPa ante carga horizontal, frente a la distribución 12,1 MPa y 134,6 MPa en los implantes sin anillo. Siguiendo una hipótesis del "desuso" en el hueso crestal, se establecería que incluso sin cargas patológicas, en el caso de diseños con cuello pulido, en esa zona no existiría una suficiente unión hueso implante para distribuir las fuerzas, lo que originaría un fenómeno de desuso de esa zona induciendo una reabsorción por modelado catabólico o remodelado con aumento de fase de reabsorción. (por debajo de 100 $\mu\epsilon$). Esta hipótesis justificaría los casos de pérdida rápidamente progresiva en los implantes impactados una vez que se someten a carga. Análisis Biofísico del tratamiento con Implantes Dentales. Conceptos y principios básicos de Biomecánica. A.- Fuerza y Momento: las fuerzas que actúan sobre los implantes dentales se expresan vectorialmente. Estas son tridimensionales y se dividen en: Fuerzas de compresión y tracción (normales); Fuerzas de cizallamiento (lesivas). Momento: también llamado torque o carga torsional, pueden ser destructivos para los sistemas de implantes. B.- Factor Altura Oclusal. C.- Tensión. D.- Tensión y transferencia de fuerzas: existen dos tipos de tensiones: Tensión Normal y Tensión Tangencial. E.- Deformación y Torsión. Los factores generales que intervienen en el control de la tensión aplicada son: Macrogeometría del implante; De la cirugía y De la restauración: Tamaño de las mesetas oclusales; Empleo de sobredentaduras y Diseño oclusal definitivo. En el comportamiento de implantes y del tejido óseo frente a la torsión / tensión se cumplen todas las teorías y las leyes de la mecánica de los sólidos. La fuerza de tracción sobre el implante anterior aumenta 2,5 veces y la compresión se duplica. El voladizo distal no debe ser superior a 2,5 veces de la distancia anteroposterior con implantes ferulizados anteriores colocados en una curva con prótesis extendidas distales. La distancia anterior es estabilizadora. (iii)

BIBLIOGRAFIA

(i) Abu-Hammad, O. A.; Harrison, A.; Williams, D. The effect of hydroxyapatite stress distributor in a dental implant on compressive stress levels in surrounding bone. *Int J Oral Maxillofac Imp.* 15: 559-564. 2000.

(ii) Bollen, C. M. L.; Papaioannou, W.; Van Eldere, J.; Schepers, C.; Quirynen, M.; Van Steenberghe, D. the influence of abutment surface roughness on plaque accumulation and periimplant mucositis. *Clin Oral Imp.* 7: 201-211. 1996.

(iii) Hansson, S. The implant neck: smooth or provided with retention elements: A biomechanical approach. *Clin Oral Impl.* 10: 394-405. 1999.

Afección del stress sobre los estudiantes de odontología.

Sala Espiell, A. R.; Ricciardi A. V.; Azpeitia M.; Bogo H.; Ricciardi N.; Capraro M.C.; Capraro C. G.; Goldberg D.; Sparacino S.

Asignatura de Cirugía "A". Facultad de Odontología Universidad de La Plata

El Stress es el proceso físico, químico o emocional productor de una tensión emocional que puede llevar a la enfermedad física. El médico canadiense Hans Selye identificó 3 etapas en la respuesta del stress: en la primera etapa, alarma, el cuerpo reconoce el Stress y se prepara para la acción, ya sea de agresión o de fuga. Una persona está bajo stress cuando las demandas empiezan a sobrecargar o a exceder sus capacidades para afrontarlas. En suma, el Stress es el resultado de las transiciones entre la persona y la relación con su entorno, es la percepción que la persona tiene de la capacidad amenazadora del hecho y de la captación de los propios recursos para enfrentarse a él. Alteraciones del aparato digestivo como la Gastritis que es un trastorno del estómago que suele producirse por periodos de mucho estrés, excesos de medicamentos, café, etc. O bien puede presentar pérdida del apetito a pesar de las necesidades calóricas básicas, o a lo contrario aumento del apetito. El trabajar con pieza de alta velocidad provoca un deterioro en la capacidad de escuchar sonidos a través de uno o ambos oídos.

Al saber los riesgos que ese estrés implica, el estudiante de odontología valorará y detectará el peligro de vivir bajo constantes estresores poco relajantes, que le permitan llevar una vida más saludable y productiva, con unas expectativas de vida más comfortable. Richard S. Lazarus conceptualiza el estrés psicológico como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Aún en proceso de formación profesional, el alumno de Odontología experimenta grados de estrés y ansiedad que pueden influir directamente en su desempeño escolar, estos factores de riesgo pueden ser: la situación económica, miedo a lo desconocido, medio de competencia con los mismos compañeros (aún en situación de formación clínica), conflictos interpersonales, problemas de medidas adecuadas en el manejo terapéutico del paciente, el ambiente ruidoso e insuficiente de iluminación en el lugar de trabajo, sensación de impotencia ante el sistema escolar, falta de tiempo libre, retrasos y conflictos, entre lo que se desea alcanzar como metas, carencia de destreza y habilidad en los procedimientos clínicos, y el mismo estado de angustia de algunos pacientes el cual puede ser absorbido por el mismo estudiante y profesionalista, etc. Todo este contexto es de preocupación en los alumnos que se encuentran trabajando en el área clínica, ya que es en esta área donde se generan altos índices de estrés en el alumnado. Para el alumno, el ejercicio de la Odontología implica: 1)

Trabajar con precisión, pero en un medio ambiente biológico, formado por líquidos bucales, musculatura facial y la voluntad, a veces caprichosa y no colaboradora del paciente, lo cual nos expone a tener algún accidente que exponga nuestra propia integridad física, 2) Persuadir y motivar, para brindar tratamientos y servicios obviamente necesarios, pero que el paciente a menudo no desea, no colabora, y no entiende la importancia de su tratamiento, 3) Calmar y comprender los miedos y ansiedades de los mismos pacientes, 4) Convivir con gente de todos los estratos, edades, y criterios, 5) Ordenar material e instrumental que ocupará el alumno al día siguiente con sus demás pacientes, 6) Estar al día en sus tareas, exámenes, trabajos prácticos y demás actividades, 7) El mismo alumno se enfrenta a cosas nuevas y desconocidas para él, lo cual implica un gran reto

Tomando en cuenta esta amplia gama de tareas que debe realizar a diario, nos surgió el interés por estudiar el problema del estrés en el alumno de Odontología ya en su práctica clínica. Ya que es de gran índole conocer la situación que se presenta al respecto y saber que medidas tomar para el manejo del mismo. Describir los elementos de riesgo más destacados que contribuyen a la situación de estrés en los alumnos de Cirugía "A". Comprobar si el grado de estrés se modifica durante el transcurso de la cursada. Revisión bibliográfica nacional e internacional. Población: Estará compuesta por alumnos de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Muestra: Este estudio se desarrollará sobre los mismos alumnos que cursarán los años 4° y 5° de la Asignatura Cirugía "A" de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, en el período comprendido entre Marzo de 2008 y Noviembre de 2009. Cada alumno recibirá un cuestionario que deberán contestar en forma anónima, el mismo se deberá auto aplicarse al inicio, mitad y final del ciclo lectivo durante los dos últimos años de cursada de la carrera. El cuestionario está modificado del realizado por la psicóloga social Cristina Maslach, el cual es auto administrado y está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del alumno en su carrera y hacia los pacientes.

BIBLIOGRAFIA:

- 1-Freudenberger, H. Staff Burnout . Journal of Social Issues , (1974); 30, 159-156.
- 2-Lazarus y Folkman: *Estrés y procesos cognitivos*- Edit. Martínez Roca, Barcelona, 1986
- 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.

Acciones quirúrgicas para disminuir la infección en pacientes carenciados que no pueden concurrir a la FOLP

Mattanó, C.; Sparacino, S.; Capraro, M. C.; Schuler, M.; Capraro, M.E.; Nuñez, P.; Capraro, C.

Unidades Operativas de la Facultad de Odontología Universidad de La Plata.

El diagnóstico programático de un área geográfica con la colaboración continua entre la comunidad y el servicio de salud llevan a conseguir que sea más fácil lograr la salud de la comunidad. Se debe adaptar el comportamiento del personal de la salud a las características sociales de los pacientes que serán tratados. Es necesario contemplar también las barreras geográficas, económicas, culturales, socioculturales y físicas de la gente que no puede acceder a centros de atención de mayor complejidad. Dentro de estas categorías agrupamos a los patrones de alimentación, condiciones de empleo y trabajo, nivel de ingreso familiares, estilos de vida, costumbres, creencias, condiciones educativas, estructura familiar y otros aspectos relacionados que sean causales del problema. Aquí agrupamos las dificultades que presentan los servicios y el sistema de salud en su conjunto cuya presencia genera iatrogenia o contribuye a mantenerlos o agravarlos por no estar dando una respuesta adecuada a los mismos. Se refiere a situaciones inadecuadas de accesibilidad y cobertura, calidad de la atención, disposición de recursos físicos, tecnológicos, humanos e insumos, financiamiento, organización y administración y dificultades de integración del sistema basándonos en el análisis de los recursos de salud de la comunidad se ve la necesidad de incluir la cirugía dentaria en los programas ya existentes y en curso. Este proyecto contempla el tratamiento quirúrgico de las piezas dentarias con patología irreversible e incurable en pacientes que por diversos motivos no pueden concurrir a las clínicas de la FOLP; los cuales son atendidos en unidades operativas pertenecientes a la FOLP. La finalidad y los objetivos de este proyecto es brindar el tratamiento quirúrgico a cargo de personal especializado y capacitado en Cirugía dentomaxilar. En dichas unidades operativas se realizara cirugía de baja complejidad que contempla exodoncias simples y múltiples utilizando técnicas con fórceps, elevadores, a colgajo y por odontosección.

Objetivo General: Brindar atención odontológica integral de los pacientes imposibilitados de recibirla por otros medios, para lograr buena salud bucodental y bienestar psico-físico-social
Objetivos Específicos: Evitar que la infección avance, realizando a tiempo la extracción de la o las piezas dentarias. Limitar el daño. Colaborar en la salud bucodental de los pacientes tratados integralmente. Colaborar en el bienestar psico-físico-social de los pacientes tratados.
Metodología: Los docentes integrantes del proyecto de extensión de la Asignatura de Cirugía A, asistirán a la unidad

operativa Hogar de día San Cayetano, ubicada en la calle 37 e/134 y 135 de la ciudad de La Plata. Se realizará la historia clínica odontológica completa perteneciente a la asignatura Cirugía A. Estudio clínico radiográfico. Realización de la Exodoncias según el caso clínico lo indique. Control radiográfico postoperatorio. Indicaciones y medicación postoperatorias.

Control postoperatorio a los 7 días. Recursos: Humanos: docentes del proyecto de extensión de la Asignatura Cirugía A, Asignatura de Patología y Clínica Estomatológica. Materiales: Equipo de rayo, sillón odontológico, medios de esterilización, instrumental, anestesia, descartables, historia clínica, equipo móvil odontológico. Espacio Físico: Hogar de día San Cayetano, Centro de Fomento Los Hornos. Económicos y financieros: Aportados por la UNLP. Evaluación: Se realizará una de proceso, sumativa y de impacto, utilizaran los siguientes indicadores: Indicadores de progreso y logro: indicador1: Índice de CPOD (mide los diente cariados, obturados y perdidos .Con esto se evaluaran los dientes perdidos por caries) Indicador 2: índice de Ramfjord (Índice de enfermedad periodontal).

Esta variable de PDI evalúa la presencia y extensión de calculo en la superficie bucal y lingual de 6 dientes indicadores , 16,21,24,36,41 y 44 en una escala numérica del 0 al 3 .0-Ausencia de calculo 1-Calculo supragingival que se extiende solo un poco por debajo del margen (no mas de un milímetro)2-Cantidad de cálculo moderado supra y subgingival o solo cálculo subgingival 3-Abundante cálculo supra y subgingival .INDICADOR 3: Índice de Hemorragia simplificado. Resultados esperados: Se espera lograr la Atención odontológica quirúrgica de los pacientes imposibilitadas de acceder a la misma por las distintas barreras antes mencionadas .

Se utilizaran recursos Humanos: docentes del proyecto de extensión de la Asignatura Cirugía A, Asignatura de Patología y Clínica Estomatológica. Materiales: Equipo de rayo, sillón odontológico, medios de esterilización, instrumental, anestesia, descartables, historia clínica, equipo móvil odontológico. Espacio Físico: Hogar de día San Cayetano, Centro de Fomento Los Hornos. Económicos y financieros: Aportados por la UNLP.

Evaluación: Se realizará una de proceso, sumativa y de impacto por medio de la utilización de índices. Las Actividades del grupo son las siguientes: Calibrar el grupo de trabajo. Estimular a los integrantes de la comunidad barrial a participar del proyecto.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1-Abrams, H; Kopezyk, R ; Kaplan, A: Incidence of anterior ridge deformities in partially edentulus patients. J. Prosthet.Dent.1987;57:191-194.
- 2-Allen,E ; Gainza ,C ; Farthing, G ; Newbold, D : Improved technique for localized ridge augmentation. J. Periodontol. 1985;56:195-199.
- 3-Aprile, H. Figun, M. Garino, R. Anatomía Odontológica. 5ta ed. Bs.As. Ed. El Ateneo. 2001. p. 501-502.

Estrés en los estudiantes. (resultados parciales)

Sala Espiell, A. R.; Ricciardi A. V.; Azpeitia M.; Bogo H.; Ricciardi N.; Capraro M.C.; Capraro C. G.; Goldberg D.; Sparacino S.

Asignatura de Cirugía "A". Facultad de Odontología Universidad de La Plata

El presente trabajo de investigación consiste en estudiar el estrés que padecen los alumnos cursantes de cuarto y quinto año de la Asignatura Cirugía "A" de la Facultad de Odontología de La Plata.

Los principales objetivos de este trabajo son estudiar si el contexto social incide o no en el estrés durante la carrera; determinando asimismo si la cursada de la Asignatura Cirugía "A" provoca estrés psicológico, intentando identificar las causas de las mismas. Y finalmente, observar si el nivel de estrés varía durante el transcurso del ciclo lectivo.

El estrés psicológico es el resultado de una relación particular entre individuo y entorno que es evaluada por aquél como amenazante o desbordante de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar.

Los investigadores Maslach y Jackson ⁽³⁾, descubrieron en 1981 un síndrome de aparición frecuente en los profesionales de la salud, conocido como síndrome del "quemado" o burnout. El Burnout es una respuesta al estrés emocional cuyos rasgos principales son: agotamiento físico, psicológico, actitud fría y despersonalizada en relación con los demás y un sentimiento de inadecuación en las tareas a realizar. El alumno de odontología experimenta grados de estrés y ansiedad que pueden influir directamente en su desempeño. Algunos factores de riesgo pueden ser: la situación económica, miedo a lo desconocido, medio de competencia con los mismos compañeros (aún en situación de formación clínica)

El estudiante de odontología valorara y detectara el peligro de vivir bajo constantes estresores pocos relajantes, que le permitan llevar una vida más saludable y productiva, con unas expectativas de vida más comfortable. Richard S. Lazarus ⁽²⁾ conceptualiza el estrés psicológico como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Aún en proceso de formación profesional, el alumno de Odontología experimenta grados de estrés y ansiedad que pueden influir directamente en su desempeño escolar, estos factores de riesgo pueden ser: la situación económica, miedo a lo desconocido, medio de competencia con los mismos compañeros (aún en situación de formación clínica), conflictos interpersonales, problemas de medidas adecuadas en el manejo terapéutico del paciente, el ambiente ruidoso e insuficiente de iluminación en el lugar de trabajo, sensación de impotencia ante el sistema escolar, falta de tiempo libre, retrasos y conflictos, entre lo que se desea alcanzar como metas, carencia de destreza y habilidad en los procedimientos clínicos, y el mismo estado de angustia de algunos pacientes el cual puede ser

absorbido por el mismo estudiante y profesionalista, etc. Todo este contexto es de preocupación en los alumnos que se encuentran trabajando en el área clínica, ya que es en esta área donde se generan altos índices de estrés en el alumnado. Con respecto a la metodología, en primer término se realizó una revisión bibliográfica a nivel nacional e internacional.

Cada alumno recibió un cuestionario, que fue autoaplicado al inicio, mitad y final del ciclo lectivo.

El cuestionario es una modificación del realizado por la psicóloga social Cristina Maslach, el cual es autoadministrado. En base a las respuestas del cuestionario, se obtuvieron los resultados en función de una escala que se encuentra detallada y descripta en el desarrollo del presente trabajo.

Los datos obtenidos fueron volcados en distintas planillas para su interpretación estadística.

Los alumnos comenzaron a ser encuestados en su 4to año de carrera. Han sido 188 en total, y con respecto a los resultados parciales obtenidos hasta el momento, han sido los siguientes:

29 alumnos, correspondiente al 15,42% han manifestado presentar algún grado de estrés al comienzo del ciclo lectivo, esgrimiendo como principal causa, el temor a lo desconocido o a provocar algún daño al paciente.

A mitad del ciclo lectivo, el porcentaje aumentó sustancialmente, ya que 103 (54,78%) alumnos manifestaron estrés, justificado en que comenzaron a realizar extracciones dentarias.

Hacia el final del primer año de estudio, se comprobó que si bien el nivel de experiencia y de manejo de los pacientes por parte de los alumnos había mejorado considerablemente, el nivel de estrés, lejos de disminuir, había aumentado hasta 124 alumnos (65,95%). En esta etapa, las principales causas fueron el cansancio y la falta de tiempo para llegar a cumplir con los trabajos solicitados por la Asignatura.

Como conclusión preliminar, podemos afirmar que el estrés provocado por la Asignatura de Cirugía "A", está dado en parte por: temor a lo desconocido y a dañar al paciente por falta de experiencia, y por la acumulación de cansancio durante el año y la presión que sienten los alumnos por no llegar a cumplir con los trabajos requeridos.

BIBLIOGRAFIA:

1-Freudenberger, H. Staff Burnout . Journal of Social Issues , (1974); 30, 159-156.

2-Lazarus y Folkman: *Estrés y procesos cognitivos*- Edit. Martínez Roca, Barcelona, 1986

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.

Estrés en Cirugía “A”

Goldberg, D; Sala Espiell, A.R.; Sparacino, S.; Capraro M.C.
Asignatura de Cirugía “A”. Facultad de Odontología UNLP

Psicología y odontología son dos disciplinas aparente excluyente, pero con numerosos puntos e intereses comunes.

Los problemas de la clínica dental donde más podría intervenir la psicología son: la relación odontólogo paciente, la ansiedad del paciente, la motivación de los pacientes, los sentimientos personales experimentados por los odontólogos y el estrés vivido por los estudiantes de odontología.

Los investigadores Maslach y Jackson ⁽²⁾ descubrieron en 1981 un síndrome de aparición frecuente en los profesionales de la salud conocido como síndrome del quemado de Bournout.

Bournout significa: sentirse agotado, quemado, exhausto. Se comprobó que existe relación entre el estado de los alumnos de odontología y dicho síndrome. Rajab encontró que los estudiantes de odontología sufren mayor estrés cerca de los exámenes, los días más cargados de cursadas y la falta de tiempo para el descanso.

Alberto Christin sostiene que 1) la relación del alumno con el paciente en la clínica genera tensión por la naturaleza del hecho en si; 2) la personalización de los conflictos generados en la clínica por procesos de naturaleza psicosocial y que el alumno de odontología puede percibir como incapaz para resolver satisfactoriamente; 3) la falta de resortes de autocontrol en situaciones de estrés.

Se trabajo con los alumnos que cursan 4° Y 5° año de la Asignatura Cirugía A de la F.O.L.P. U.N.L.P. en el período comprendido entre marzo de 2008 y noviembre de 2009.

Cada alumno recibio un cuestionario autoaplicable, el mismo se administro al inicio, en la mitad y al finalizar la cursada durante los dos últimos años de la carrera.

El cuestionario que es una adaptación del realizado por la psicóloga Social Cristina Maslach tiene 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y aptitudes del alumno de su carrera y hacia los pacientes. También serán evaluados mediante el test Ansiedad generalizada (TAG) ⁽¹⁾ este test está basado en los criterios de diagnostico de trastorno de ansiedad de la Asociación Americana de Psiquiatría. Son 6 los criterios diagnósticos. Es un test de carácter orientativo. No representa ningún diagnostico.

Se comprobó que ante la proximidad de parciales o exámenes finales el estrés aumenta. También los estados de ansiedad se van modificando a medida que pasan los meses y se acerca el fin de la cursada.

El cansancio emocional es el elemento central del síndrome de Burnout, existe un estado de agotamiento creciente, el sujeto no puede dar más de sí

Desde el punto de vista profesional. El sujeto busca protegerse y para ello se aísla de los demás, trata de hacerlos culpables de sus frustraciones.

La despersonalización son actitudes que adopta el sujeto para protegerse de su agotamiento. La falta de realización personal: el odontólogo, en este caso el estudiante de cirugía, siente que las demandas laborales exceden su capacidad.

La prevención en el campo de la Odontología se debe encaminar hacia tres aspectos a) la prevención primaria: la forma más efectiva de combatir el estrés consiste en eliminar la causa. b) prevención secundaria: las iniciativas se centran en la formación y en la educación continua, en la adquisición de destrezas para reconocer los síntomas del estrés. c) prevención terciaria: consiste en la detección precoz de los problemas relacionados con la salud mental y el tratamiento adecuado por especialistas. Debemos tener presente que el estudiante de Odontología va a vivir muchos momentos de estrés durante la carrera y deberá aprender a convivir con ellos. Se indica usar técnicas de relajación, autocontrol y ensayo conductual. Los alumnos comenzaron a ser encuestados en su 4to año de carrera. Han sido 188 en total, y con respecto a los resultados parciales obtenidos hasta el momento, han sido los siguientes: 29 alumnos, correspondiente al 15,42% han manifestado presentar algún grado de estrés al comienzo del ciclo lectivo, esgrimiendo como principal causa, el temor a lo desconocido o a provocar algún daño al paciente; A mitad del ciclo lectivo, el porcentaje aumentó sustancialmente, ya que 103 (54,78%) alumnos manifestaron estrés, justificado en que comenzaron a realizar extracciones dentarias. Hacia el final del primer año de estudio, se comprobó que si bien el nivel de experiencia y de manejo de los pacientes por parte de los alumnos había mejorado considerablemente, el nivel de estrés, lejos de disminuir, había aumentado hasta 124 alumnos (65,95%). En esta etapa, las principales causas fueron el cansancio y la falta de tiempo para llegar a cumplir con los trabajos solicitados por la Asignatura; Como conclusión preliminar, podemos afirmar que el estrés provocado por la Asignatura de Cirugía "A", está dado en parte por: temor a lo desconocido y a dañar al paciente por falta de experiencia, y por la acumulación de cansancio durante el año y la presión que sienten los alumnos por no llegar a cumplir con los trabajos requeridos

BIBLIOGRAFÍA.:

- 1-Asoc Argentina de Psiquiatría. Test de Ansiedad generalizada T.A.G. adaptado para alumnos Cirugía A FOUNLP..
- 2-Lazarus y Folkman: Estrés y procesos cognitivos. Ed. Martínez Roca. Barcelona , 1986.
- 3-Maslach,C y Jackson, S : Burnout in health professions A Social Psychological Analysis 1982. Citado en Moreno Jimenez B y Peñacabo, Puente,C Fac. Psic Univ. Autón Madrid 1995.

Incidencia de caries en los primeros molares de la población femenina, atendida en la Asignatura Operatoria Dental “A” durante un semestre.

D’Uva, O.; Salatay, J.; Lamboglia, P.; Falcon, D.; Costa, L.; Garcia, A.
Facultad de Odontología UNLP Asignatura Operatoria Dental A.

El conocimiento pleno y acabado, de las características del tipo, cantidad y ubicación de las lesiones predominantes, así como también la presencia o no por diferentes motivos de determinadas piezas dentarias, en la población de pacientes, atendida por un servicio odontológico, a cargo de una Asignatura como Operatoria Dental, dentro del ámbito de una unidad académica como la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, resulta de un alto nivel de importancia.

Dicho conocimiento, tiene diversas facetas a considerar, por un lado el análisis cualitativo y cuantitativo de las diversas patologías que se presentan a la consulta y por otro la necesaria obligación por parte de una Asignatura, dentro del ámbito de una Facultad pública y gratuita, inserta dentro de la comunidad, de dar respuesta a las necesidades de esta última, así como también el impartir estrategias de enseñanza acorde con las patologías que se presentan más a menudo en dicha población.

Es de hacer notar que el presente trabajo posibilita establecer por edad y por sexo entre otros ítem la incidencia de las diversas lesiones, que imponen al alumno y al docente a cargo de volcar el mejor y mayor esfuerzo a fin de brindar la solución más acertada a las necesidades de mayor relevancia en quienes van a recibir atención y a contar con los recursos indispensables.

Determinación y registro del estado de salud de las piezas dentarias 16, 26, 36 y 46 del sexo femenino para su posterior estudio. Evaluarlos para: Diseñar planes preventivos y determinar tratamientos.

Historia clínica, formulario de datos personales, planillas de registro de datos para: sexo edad y observación de piezas 16, 26, 36 y 46. Resultados obtenidos con MS Excel 2007.

La asignatura Operatoria Dental “A”, presto atención durante un cuatrimestre a un total de 547 pacientes del sexo femenino.

Los pacientes fueron divididos en grupos de acuerdo a su edad para facilitar su estudio estadístico a fin de establecer las características y necesidades de atención. Se analizó particularmente el estado que presentaban los primeros molares que en las fichas dentales se designan bajo los siguientes números pieza n° 16, 26, 36 y 46.

La observación permitió advertir datos preocupantes acerca del grado, entre otros conceptos, de la ausencia en boca de esta importante pieza dentaria, permitiendo establecer que del total de pacientes atendido de dicho sexo, faltaban nada menos que 721 primeros molares.

Se contabilizaban con caries al momento de ser revisados 1044 piezas, con restauraciones 592 y sanas, sin haber recibido siquiera una restauración, la cantidad de 274 piezas, éste último ítem, es revelador de la situación que se presenta en la consulta ya que los datos de sanidad de estas piezas contrastan claramente con la cantidad de piezas ausentes y cariadas.

La mayoría de los pacientes atendidos del sexo femenino estaban comprendidos en la franja que va desde los 20 a los 29 años de edad.

En este rango de edad se constato un total de 559 caries en los primeros molares, con la particularidad de que en las piezas del maxilar superior superaban a las inferiores en una cantidad significativa 323 a 236 para el 16 y 26 en comparación con el 36 y 46 respectivamente.

Del análisis de las variables estudiadas, se desprende en primer lugar un alto requerimiento de atención odontológica en pacientes de ambos sexos, siendo el sexo femenino el que mayor grado de atención requiere, sobre todo considerando la preocupante ausencia por extracción de los primeros molares que se observan en ésta población.

Se hace indispensable entonces un plan preventivo, destinado a proteger los primeros y también los segundos molares permanentes.

BIBLIOGRAFIA:

1. Alberts, HF. Odontología Estética. Ed. Labor S.A. 1998.
2. Baratieri L. Operatoria Dental, procedimientos preventivos y restauradores. San Pablo. Editorial Quintessence 1993.
3. Barrancos Money J. Operatoria Dental. Restauraciones. Bs. As. 1989. Ed. Médica Panamericana S.A.
4. Baysan A., Prinz J., Linch E. Relationships between clinical criteria used to detect primary carious lesion. Tissue preservation and caries treatment. Quintessence

Incidencia de caries en los primeros molares de la población masculina, atendida en la Asignatura Operatoria Dental “A” durante un semestre

D’Uva, O.; Salatay, J. Lamboglia, P.; Falcon, D.; Costa, L.; Garcia A.
Facultad de Odontología UNLP Asignatura Operatoria Dental A.

El conocimiento pleno y acabado, de las características del tipo, cantidad y ubicación de las lesiones predominantes, así como también la presencia o no por diferentes motivos de determinadas piezas dentarias, en la población de pacientes, atendida por un servicio odontológico, a cargo de una Asignatura como Operatoria Dental, dentro del ámbito de una unidad académica como la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, resulta de un alto nivel de importancia.

Dicho conocimiento, tiene diversas facetas a considerar, por un lado el análisis cualitativo y cuantitativo de las diversas patologías que se presentan a la consulta y por otro la necesaria obligación por parte de una Asignatura, dentro del ámbito de una Facultad pública y gratuita, inserta dentro de la comunidad, de dar respuesta a las necesidades de esta última, así como también el impartir estrategias de enseñanza acorde con las patologías que se presentan más a menudo en dicha población.

Por otro lado, y de carácter fundamental resulta considerar los planes preventivos más apropiados a implementar a los efectos de disminuir a la mínima expresión los efectos del deterioro que se aprecian en la salud bucal de los pacientes referidos, cuanto menos en el área de influencia de la unidad académica mencionada.

Determinación y registro del estado de salud de las piezas dentarias 16, 26, 36 y 46 del sexo masculino para su posterior estudio. Evaluarlos para: diseñar planes preventivos, determinar tratamientos Historia clínica, formulario de datos personales, planillas de registro de datos para: sexo edad y observación de piezas 16, 26, 36 y 46. Resultados obtenidos con MS Excel 2007

La asignatura Operatoria Dental “A”, presto atención durante un cuatrimestre a un total de 404 pacientes del sexo masculino. A los mismos les fue confeccionada una historia clínica donde se recaban todos los datos de filiación, así como también sus antecedentes de salud personales que incluye una ficha odontológica con un organigrama donde se vuelca el estado de sus piezas dentarias.

Los pacientes fueron divididos en grupos de acuerdo a su edad para facilitar su estudio estadístico a fin de establecer las características y necesidades de atención. Se analizó particularmente el estado que presentaban los primeros molares que en las fichas dentales se designan bajo los siguientes números pieza n° 16, 26, 36 y 46.

Del total de pacientes atendido de dicho sexo, faltaban nada menos que 440 primeros molares. Se contabilizaban con caries al momento de ser revisados 777 piezas, con restauraciones 533 piezas y sanas es decir sin haber recibido siquiera una restauración, la cantidad de 242 piezas, éste último ítem, es revelador de la situación que se presenta en la consulta ya que los datos de sanidad de estas piezas contrastan claramente con la cantidad de piezas ausentes y cariadas, a saber sobre un universo total de 1616 primeros molares, entre cariado y perdidos totalizan nada menos que 1217 piezas.

La mayoría de los pacientes atendidos del sexo masculino estaban comprendidos en la franja que va desde los 20 a los 29 años de edad. En este rango de edad se constato un total de 451 caries en los primeros molares, con la particularidad de que en las piezas del maxilar superior superaban a las inferiores en una cantidad no significativa de 37 caries, si es de resaltar que de los 440 primeros molares extraídos de toda la población masculina, 267 correspondían a los primeros molares inferiores y 173 a los extraídos en el maxilar superior.

Es decir una diferencia inquietante de 94 extracciones más de las piezas 36 y 46. Sexo masculino notable la pérdida de los primeros molares inferiores comparada con los superiores.

BIBLIOGRAFIA:

1. Alberts. HF. Odontología Estética. Ed. Labor S.A. 1998.
2. Baratieri L. Operatoria Dental, procedimientos preventivos y restauradores. San Pablo. Editorial Quintessence 1993.
- 3 .Barrancos Money J. Operatoria Dental. Restauraciones. Bs. As. 1989. Ed. Médica Panamericana S.A.
4. Baysan A., Prinz J., Linch E. Relationships between clinical criteria used to detect primary carious lesion. Tissue preservation and caries treatment. Quintessence Book 2001. Chapter 3, p 49-67.

Incidencia de caries en los primeros premolares de la población masculina, atendida en la Asignatura Operatoria Dental “A” durante un semestre

D'Uva, O.; Salatay, J. Lamboglia, P.; Falcon, D.; Costa, L.; Garcia A.
Facultad de Odontología UNLP Asignatura Operatoria Dental A.

El conocimiento pleno y acabado, de las características del tipo, cantidad y ubicación de las lesiones predominantes, así como también la presencia o no por diferentes motivos de determinadas piezas dentarias, en la población de pacientes, atendida por un servicio odontológico, a cargo de una Asignatura como Operatoria Dental, dentro del ámbito de una unidad académica como la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, resulta de un alto nivel de importancia.

Dicho conocimiento, tiene diversas facetas a considerar, por un lado el análisis cualitativo y cuantitativo de las diversas patologías que se presentan a la consulta y por otro la necesaria obligación por parte de una Asignatura, dentro del ámbito de una Facultad pública y gratuita, inserta dentro de la comunidad, de dar respuesta a las necesidades de esta última, así como también el impartir estrategias de enseñanza acorde con las patologías que se presentan más a menudo en dicha población.

Es de hacer notar que el presente trabajo posibilita establecer por edad y por sexo entre otros ítem la incidencia de las diversas lesiones, que imponen al alumno y al docente a cargo de volcar el mejor y mayor esfuerzo a fin de brindar la solución más acertada a las necesidades de mayor relevancia en quienes van a recibir atención, cuanto menos en el área de influencia de la unidad académica mencionada

Determinación y registro del estado de salud de las piezas dentarias 14, 24, 34 y 44 del sexo masculino para su posterior estudio.

Evaluarlos para: diseñar planes preventivos, determinar tratamientos

Historia clínica, formulario de datos personales, planillas de registro de datos para: sexo edad y observación de piezas 14, 24, 34 y 44. Resultados obtenidos con MS Excel 2007

La asignatura Operatoria Dental “A”, presto atención durante un cuatrimestre a un total de 404 pacientes del sexo masculino. A los mismos les fue confeccionada una historia clínica donde se recaban todos los datos de filiación, así como también sus antecedentes de salud personales que incluye una ficha odontológica con un organigrama donde se vuelca el estado de sus piezas dentarias.

Los pacientes fueron divididos en grupos de acuerdo a su edad para facilitar su estudio estadístico a fin de establecer las características y necesidades de atención. Se analizó particularmente el estado que presentaban los

primeros premolares que en las fichas dentales se designan bajo los siguientes números pieza n° 14, 24,34 y 44.

La observación permitió advertir los siguientes datos: del total de pacientes atendidos de dicho sexo, faltaban por encontrarse extraídos 136 primeros premolares. Se contabilizaban con caries al momento de ser revisados 457 piezas, con restauraciones 201 y sanas, sin haber recibido siquiera una restauración, la cantidad de 1067 piezas.

La mayoría de los pacientes atendidos del sexo masculino estaban comprendidos en la franja que va desde los 20 a los 29 años de edad.

En este rango de edad se constato un total de 217 caries en los primeros premolares, con predominio en el maxilar superior, 14 y 24 con 146 caries contra 71 en 34 y 44. Otro dato significativo permitió comprobar que de las 136 perdidas por extracción de la población total de 404 pacientes masculinos, 108 correspondían a los primeros premolares superiores y solo 28 a los inferiores

Del análisis de las variables estudiadas, se advierte la necesidad de investigar el motivo de la perdida de esta importante pieza dentaria, sobre todo en el maxilar superior a los efectos de establecer planes preventivos para evitar que ésta situación continúe en el tiempo.

Por otro lado disponer de las tácticas más adecuadas para la prevención y tratamiento de las caries presentes en dichas piezas.

BIBLIOGRAFIA:

1. Alberts. HF. Odontología Estética. Ed. Labor S.A. 1998.
2. Baratieri L. Operatoria Dental, procedimientos preventivos y restauradores. San Pablo. Editorial Quintessence 1993.
- 3 .Barrancos Money J. Operatoria Dental. Restauraciones. Bs. As. 1989. Ed. Médica Panamericana S.A.
4. Baysan A., Prinz J., Linch E. Relationships between clinical criteria used to detect primary carious lesion. Tissue preservation and caries treatment. Quintessence Book 2001. Chapter 3, p 49-67.

Incidencia de caries en los primeros premolares de la población femenina, atendida en la Asignatura Operatoria Dental “A” durante un semestre

D`Uva, O.; Salatay, J. Lamboglia, P.; Falcon, D.; Costa, L.; Garcia A.
Facultad de Odontología UNLP Asignatura Operatoria Dental A.

El conocimiento pleno y acabado, de las características del tipo, cantidad y ubicación de las lesiones predominantes, así como también la presencia o no por diferentes motivos de determinadas piezas dentarias en la población de pacientes, atendida por un servicio odontológico, a cargo de una Asignatura como Operatoria Dental, dentro del ámbito de una unidad académica como la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, resulta de un alto nivel de importancia. Dicho conocimiento, tiene diversas facetas a considerar, por un lado el análisis cualitativo y cuantitativo de las diversas patologías que se presentan a la consulta y por otro la necesaria obligación por parte de una Asignatura, dentro del ámbito de una Facultad pública y gratuita, inserta dentro de la comunidad, de dar respuesta a las necesidades de esta última, es de hacer notar que el presente trabajo posibilita establecer por edad y por sexo entre otros ítem la incidencia de las diversas lesiones, que imponen al alumno y al docente a cargo de volcar el mejor y mayor esfuerzo a fin de brindar la solución más acertada a las necesidades de mayor relevancia.

Por otro lado, y de carácter fundamental resulta considerar los planes preventivos más apropiados a implementar a los efectos de disminuir a la mínima expresión los efectos del deterioro que se aprecian en la salud bucal de los pacientes referidos, cuanto menos en el área de influencia de la unidad académica mencionada.

Determinación y registro del estado de salud de las piezas dentarias 14, 24, 34 y 44 del sexo femenino para su posterior estudio.

Evaluarlos para: diseñar planes preventivos, determinar tratamientos

Historia clínica, formulario de datos personales, planillas de registro de datos para: sexo edad y observación de piezas 14, 24, 34 y 44. Resultados obtenidos con MS Excel 2007

La asignatura Operatoria Dental “A”, presto atención durante un cuatrimestre a un total de 547 pacientes del sexo femenino. A los mismos les fue confeccionada una historia clínica donde se recaban todos los datos de filiación, así como también sus antecedentes de salud personales que incluye una ficha odontológica con un organigrama donde se vuelca el estado de sus piezas dentarias. Los pacientes fueron divididos en grupos de acuerdo a su edad para facilitar su estudio estadístico a fin de establecer las características y necesidades de atención. Se analizó particularmente el

estado que presentaban los primeros premolares que en las fichas dentales se designan bajo los siguientes números pieza n° 14, 24,34 y 44.

Del total de pacientes atendidos de dicho sexo, faltaban por encontrarse extraídos 287 primeros premolares.

Se contabilizaban con caries al momento de ser revisados 705 piezas, con restauraciones 239 y sanas, sin haber recibido siquiera una restauración, la cantidad de 600 piezas. La mayoría de los pacientes atendidos del sexo femenino estaban comprendidos en la franja que va desde los 20 a los 29 años de edad.

En este rango de edad se constato un total de 317 caries en los primeros premolares, con predominio en el maxilar superior, 14 y 24 con 189 caries contra 128 en 34 y 44. No obstante el dato más significativo permitió comprobar que de las 287 perdidas por extracción de la población total de 547 pacientes femeninos, 132 correspondían a los primeros premolares superiores y solo 55 a los inferiores.

Del análisis de las variables estudiadas, se advierte la necesidad de investigar el motivo de la pérdida de esta importante pieza dentaria, sobre todo en el maxilar superior a los efectos de establecer planes preventivos para evitar que ésta situación continúe en el tiempo. Por otro lado disponer de las tácticas más adecuadas para la prevención y tratamiento de las caries presentes en dichas piezas.

BIBLIOGRAFIA:

1. Alberts. HF. Odontología Estética. Ed. Labor S.A. 1998.
2. Baratieri L. Operatoria Dental, procedimientos preventivos y restauradores. San Pablo. Editorial Quintessence 1993.
3. Barrancos Money J. Operatoria Dental. Restauraciones. Bs. As. 1989. Ed. Médica Panamericana S.A.
4. Baysan A., Prinz J., Linch E. Relationships between clinical criteria used to detect primary carious lesion. Tissue preservation and caries treatment. Quintessence Book 2001. Chapter 3, p 49-67.

Ubicación de las lesiones producidas por caries de los primeros premolares de la población masculina de 20 a 39 años atendidas en la Asignatura Operatoria Dental “A” durante el período marzo – julio de 2007.

D’Uva, O.; Salatay, J. Lamboglia, P.; Falcon, D.; Costa, L.; Garcia A.
Facultad de Odontología UNLP Asignatura Operatoria Dental A.

El conocimiento pleno y acabado, de las características del tipo, cantidad y ubicación de las lesiones predominantes, así como también la presencia o no por diferentes motivos de determinadas piezas dentarias, en la población de pacientes, atendida por un servicio odontológico, a cargo de una Asignatura como Operatoria Dental, dentro del ámbito de una unidad académica como la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, resulta de un alto nivel de importancia.

Dicho conocimiento, tiene diversas facetas a considerar, por un lado el análisis cualitativo y cuantitativo de las diversas patologías que se presentan a la consulta y por otro la necesaria obligación por parte de una Asignatura, dentro del ámbito de una Facultad pública y gratuita, inserta dentro de la comunidad, de dar respuesta a las necesidades de esta última, es de hacer notar que el presente trabajo posibilita establecer por edad y por sexo entre otros ítem la incidencia de las diversas lesiones, que imponen al alumno y al docente a cargo de volcar el mejor y mayor esfuerzo a fin de brindar la solución más acertada a las necesidades de mayor relevancia en quienes van a recibir atención y a contar con los recursos indispensables.

Determinación y registro de la ubicación de las lesiones por caries en las piezas dentarias 14, 24, 34 y 44 del sexo masculino en el rango de 20 a 39 años de edad para su posterior estudio.

Evaluarlos para: diseñar planes preventivos. Determinar tratamiento

Historia clínica, formulario de datos personales, planillas de registro de datos para: sexo edad y observación de las caras de las piezas 14, 24, 34 y 44.

Resultados obtenidos con MS Excel 2007

La asignatura Operatoria Dental “A”, presto atención durante un cuatrimestre a un total de 404 pacientes del sexo masculino. A los mismos les fue confeccionada una historia clínica donde se recaban todos los datos de filiación, así como también sus antecedentes de salud personales que incluye una ficha odontológica con un organigrama donde se vuelca el estado de sus piezas dentarias.

Los pacientes fueron divididos en grupos de acuerdo a su edad para facilitar su estudio estadístico a fin de establecer las características y necesidades de atención. Para la evaluación de la ubicación de las lesiones por caries se

resolvió analizar el rango de edad de mayor demanda de atención, que se ubicó en la franja de 20 a 39 años de edad y que totalizaban 204 de 20 a 29 años y 103 de 30 a 39 años respectivamente, es decir un total de 307 hombres. Se analizó particularmente el estado que presentaban los primeros premolares que en las fichas dentales se designan bajo los siguientes números pieza n° 14, 24,34 y 44.

La observación permitió advertir los siguientes datos:

A: El mayor número de lesiones se constato en las caras oclusales con predominio de los primeros premolares superiores en número de 106 para las piezas 14 y 24 y 67 caras oclusales afectadas para las piezas 34 y 44.

B: A las lesiones anteriormente descritas le siguen en orden de importancia las que se verifican en las caras proximales, también en mayor número en los superiores 42 caras mesiales afectadas contra 53 distales entre las piezas 14 y 24 contra 15 mesiales y 16 distales en las piezas 34 y 44 respectivamente.

C: Por ultimo las caras en donde se cuenta el menor número de lesiones son las denominadas caras libres en donde la higiene se realiza más fácilmente.

Constatándose la cantidad de 9 caries palatinas contra 40 vestibulares entre los cuatro premolares, lo que indica una incidencia elevada en las últimas con un ligero predominio en las piezas inferiores

Del análisis de las variables estudiadas, se advierte la necesidad de investigar el motivo de la prevalencia de caries en determinadas caras dentarias de las piezas estudiadas, a los efectos de establecer planes preventivos para las mismas.

Por otro lado disponer de las tácticas más adecuadas para el tratamiento de dichas patologías

BIBLIOGRAFIA:

1. Albers. HF. Odontología Estética. Ed. Labor S.A. 1998.
2. Baratieri L. Operatoria Dental, procedimientos preventivos y restauradores. San Pablo. Editorial Quintessence 1993.
3. Barrancos Money J. Operatoria Dental. Restauraciones. Bs. As. 1989. Ed. Médica Panamericana S.A.
4. Baysan A., Prinz J., Linch E. Relationships between 49-67. clinical criteria used to detect primary carious lesion. Tissue preservation and caries treatment. Quintessence Book 2001. Chapter 3, p

Ubicación de las lesiones producidas por caries de los primeros premolares en la población femenina de 20 a 39 años atendidas en la Asignatura Operatoria Dental “A” durante el período marzo – julio de 2007.

D`Uva, O.; Salatay, J. Lamboglia, P.; Falcon, D.; Costa, L.; Garcia A.
Facultad de Odontología UNLP Asignatura Operatoria Dental A.

Conocimiento pleno y acabado, de las características del tipo, cantidad y ubicación de las lesiones predominantes, así como también la presencia o no por diferentes motivos de determinadas piezas dentarias, en la población de pacientes, atendida por un servicio odontológico, a cargo de una Asignatura como Operatoria Dental, dentro del ámbito de una unidad académica como la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, resulta de un alto nivel de importancia.

Dicho conocimiento, tiene diversas facetas a considerar, por un lado el análisis cualitativo y cuantitativo de las diversas patologías que se presentan a la consulta y por otro la necesaria obligación por parte de una Asignatura, dentro del ámbito de una Facultad pública y gratuita, inserta dentro de la comunidad, de dar respuesta a las necesidades de esta última, así como también el impartir estrategias de enseñanza acorde con las patologías que se presentan más a menudo en dicha población.

Por otro lado, y de carácter fundamental resulta considerar los planes preventivos más apropiados a implementar a los efectos de disminuir a la mínima expresión los efectos del deterioro que se aprecian en la salud bucal de los pacientes referidos, cuanto menos en el área de influencia de la unidad académica mencionada.

Determinación y registro de la ubicación de las lesiones por caries en las piezas dentarias 14, 24, 34 y 44 del sexo femenino en el rango de 20 a 39 años de edad para su posterior estudio.

Evaluarlos para: diseñar planes preventivos.

Determinar tratamiento

Historia clínica, formulario de datos personales, planillas de registro de datos para: sexo edad y observación de las caras de las piezas 14, 24, 34 y 44. Resultados obtenidos con MS Excel 2007

La asignatura Operatoria Dental “A”, presto atención durante un cuatrimestre a un total de 547 pacientes del sexo femenino. A los mismos les fue confeccionada una historia clínica donde se recaban todos los datos de filiación, así como también sus antecedentes de salud personales que incluye una ficha odontológica con un organigrama donde se vuelca el estado de sus piezas dentarias.

Los pacientes fueron divididos en grupos de acuerdo a su edad. Para la evaluación de la ubicación de las lesiones por caries se resolvió analizar el

rango de edad de mayor demanda de atención, que se ubicó en la franja de 20 a 39 años de edad y que totalizaban 239 de 20 a 29 años y 132 de 30 a 39 años respectivamente, es decir un total de 371 mujeres. Se analizó particularmente el estado que presentaban los primeros premolares que en las fichas dentales se designan bajo los siguientes números pieza n° 14, 24,34 y 44. La observación permitió advertir los siguientes datos: A: El mayor número de lesiones se constato en las caras oclusales sin predominio entre los primeros premolares superiores e inferiores, haciendo un total de 278 caries. B:

A las lesiones anteriormente descritas le siguen en orden de importancia las que se verifican en las caras proximales, en mayor número en los superiores 49 caras mesiales afectadas contra 63 distales entre las piezas 14 y 24 contra 13 mesiales y 35 distales en las piezas 34 y 44 respectivamente. Como dato llamativo se consigna la mayor incidencia en las caras distales, sobre todo en las piezas inferiores.

C: El menor número de lesiones son las denominadas caras libres en donde la higiene se realiza más fácilmente. Constatándose la cantidad de 7 caries palatinas contra 23 vestibulares entre los cuatro premolares, lo que indica una incidencia más elevada en las últimas con un pequeño predominio en las piezas inferiores.

Del análisis de las variables estudiadas, se advierte la necesidad de investigar el motivo de la prevalencia de caries en determinadas caras dentarias de las piezas estudiadas, a los efectos de establecer planes preventivos para las mismas. Por otro lado disponer de las tácticas más adecuadas para el tratamiento de dichas patologías

BIBLIOGRAFIA:

1. Alberts. HF. Odontología Estética. Ed. Labor S.A. 1998.
2. Baratieri L. Operatoria Dental, procedimientos preventivos y restauradores. San Pablo. Editorial Quintessence 1993.
3. Barrancos Money J. Operatoria Dental. Restauraciones. Bs. As. 1989. Ed. Médica Panamericana S.A.
4. Baysan A., Prinz J., Linch E. Relationships between clinical criteria used to detect primary carious lesion. Tissue preservation and caries treatment. Quintessence Book 2001. Chapter 3, p 49-67.

Analogías psicométricas

Cecho, A; Peñalva, M A. Tosti, S.; Sambartolomeo, P.; Dominguez, G
Facultad de Odontología UNLP 50 e/ 1 y 115

La psicometría es la disciplina que se encarga de la medición en psicología. Puede medirse diferentes aspectos psicológicos de una persona, tales como conocimiento, habilidades, capacidades, etc. Los primeros trabajos de psicometría fueron tests psicométricos; estos tests aún actualmente pretenden ser una medida objetiva y tipificada de pequeñas muestras de conducta. Los elementos esenciales para medir son señalar el atributo que queremos medir, operativizarlo en base a sus manifestaciones, relacionar cualidades y cantidades e interpretar los datos cuantitativos para darles una cualidad. En muchas ocasiones pretenden medir características no manifiestas. Los instrumentos con que se realicen las mediciones deben ser válidos y confiables. La validez es la exactitud con la que podemos hacer medidas significativas y adecuadas; la confiabilidad es la exactitud de la medida en diferentes ocasiones. Así, en la psicometría clásica el énfasis está puesto en la construcción de pruebas estandarizadas destinadas a medir niveles de logro en la resolución de problemas, generalmente dentro de una lógica dicotómica de correcto o incorrecto.

En la asignatura Fisiología, de la Facultad de Odontología de la U.N.L.P., ante los reiterados fracasos de los alumnos en las evaluaciones tomadas durante el año 2007, se decidió tomar una prueba llamada cloze que midiera la comprensión del lenguaje. Este atributo es definido por Cubo de Severino¹ *et al* (2005) como “un conjunto de procesos y representaciones que operan en diversos niveles. (...) que interactúan en el sistema cognitivo y que permiten que estímulos verbales percibidos por la vista (o el oído) sean comprendidos”. El cloze es una tarea definida por un texto incompleto al que el sujeto debe cerrar inferencialmente identificando significados contextuales a la información redundante depositada en él, un método que consiste en suprimir sistemáticamente palabras de un texto en prosa y luego evaluar el éxito que tiene el lector en reemplazar las palabras suprimidas. La tarea del sujeto explorado es completar el texto, identificando las palabras que han sido suprimidas. Esta técnica fue introducida por primera vez en el campo educativo por Taylor, en 1953, que le dio su nombre partiendo del principio de cierre (“closure”) de la Psicología de la Gestalt, que se refiere a la tendencia de los sujetos “a completar un patrón familiar, no lo bastante acabado, a ver un círculo roto como uno entero...cerrando mentalmente el hueco” (Taylor, 1953, citado por Artola Gonzalez², 1991). Esta autora afirma: “La idea básica es que el lector solamente es capaz de restaurar las palabras que faltan si utiliza todas las palabras que el texto le ofrece, (...) el lector tiene que utilizar sus estrategias de predicción y sopesar cuál es la palabra más adecuada para

cada espacio en blanco. (...) puntuaciones elevadas en un test cloze son indicativas de un alto grado de comprensión lectora (...) Por el contrario, puntuaciones bajas en el cloze sugieren que la capacidad del lector para utilizar esta información es escasa”. La comprensión contempla una variedad de cosas que estimulan el pensamiento tales como explicar, demostrar, dar ejemplos, establecer analogías, analizar, sintetizar, etc.

Esa misma prueba tomada en el año 2007 se volvió a tomar en el año 2008. El objetivo fue comparar el nivel de comprensión lingüística de los alumnos de 2do. año de Fisiología II que cursaron en 2007 y en 2008. Una primera muestra se integró con 75 alumnos quienes cursaron Fisiología II en octubre - noviembre del 2007 y una segunda muestra, con 75 estudiantes quienes lo hicieron en octubre – noviembre del año 2008. Las pruebas consistieron en completar un párrafo, donde cada tres palabras se colocó un espacio que los alumnos debían completar con el término correspondiente. Se estableció una norma de corrección donde a las palabras significativas desde el punto de vista de la asignatura se les otorgó puntaje. Se consideraron los sinónimos. El puntaje otorgado fue el siguiente: entre 10 y 20 sustantivos, adjetivos y verbos significativos ubicados correctamente se les otorgó 4 puntos; entre 21 y 30, 6 puntos; entre 31 y 33, 8 puntos y entre 34 y 36, 10 puntos. En la primera prueba aprobó el 35,20 % y desaprobó el 64,78 %. En la segunda muestra, aprobó el 53,33 %, y desaprobó el 46,66 %. Se ha utilizado un patrón de omisión de términos mecánico (o sea cada n número de palabras se dejó un espacio en blanco). En general, este es el procedimiento más empleado y parece ser suficientemente válido y fiable, si bien algunos autores sugieren que el empleo de métodos más sistemáticos de omisión puede conducir a una mayor fiabilidad del test. También es importante establecer si se consideran como respuestas correctas únicamente aquellos reemplazos idénticos al texto original o palabras sinónimas al texto original. Se argumenta que en este último caso se observan amplias variaciones en los resultados obtenidos, pero algunos autores encuentran que la correlación entre cada procedimiento de corrección y otros tests de comprensión lectora es mayor cuando los sinónimos se consideran respuestas válidas. Hoy en día se tiende a admitir como respuestas correctas al cloze aquellas que sean aceptables sintáctica y semánticamente con el texto.

Para la muestra analizada los resultados muestran bajo nivel de comprensión, pero la misma aumentó en el último año.

BIBLIOGRAFIA:

- 1 - Cubo de Severino, L;Castro de Castillo,E; duo de Brotier O; Ejarque ,D Leo pero no comprendo Primera edición Comunicarte Buenos Aires 2005
- 2 - Artola Gonzalez T El procedimiento Cloze: una revisión general. Revista complutense de educación 2 (1): 69 – 81. 199

Análisis de la trayectoria académica de los docentes de la Facultad de Odontología Universidad Nacional de La Plata

Peñalva, M.

Facultad de Odontología 50 entre 1 y 115 La Plata

La problemática que preocupa a las instituciones educativas es la de lograr el mayor nivel académico en la formación docente. Los debates y propuestas en torno a ella y a su perfeccionamiento tienden a emerger con fuerza en los momentos más críticos. Afirma Eusse Zuluaga¹ (1994) "Cualquier persona que conoce un tema, que lo domina, puede enseñarlo. Esto no significa que pueda ser un profesional de la docencia ya que es necesario hacer énfasis en los aspectos metodológicos y prácticos de su enseñanza, así como en los sociales y psicológicos que determinarán las características de los grupos con los cuales va a ejercer su profesión". La formación docente involucra la adquisición de ciertas habilidades o conocimientos pero también se enfatiza el desarrollo y transformación de las propias actitudes; expresa Rodríguez Ousset²: "Quiera o no el sujeto de la formación (...) se le pide no solo la adquisición de ciertas habilidades o poseer determinados conocimientos, sino la transformación de actitudes, el campo de visión de su propia práctica (...). La formación es vista como una característica de la persona, apareciendo otra nota peculiar (aunque no exclusiva) de la formación docente; la unidad entre persona y rol social". Esta formación externamente se manifiesta por conductas observables o por la mera adquisición de conocimientos mediante la realización de seminarios, cursos, producción de proyectos, resultados de investigaciones y por un proceso interno, donde nada es observable, y que cambian las actitudes tanto del docente como del alumno. Necesariamente han de transformarse las actitudes para analizar la praxis educativa. G Ferry³ (2008) expresa: "...todo formador es al mismo tiempo docente animador y analista. Combina más o menos estrechamente prácticas centradas en adquisiciones de saberes o capacidades prácticas (*savoir-faire*), prácticas de organización, de concepción y de gestión de la formación y otras de intervención en grupos o instituciones. La iniciación en esas prácticas y el perfeccionamiento continuo que supone su ejercicio se organizan según una doble dimensión profesional y personal que aparecen como una constante en todos los dispositivos de formación de formadores".

El perfeccionamiento implica el análisis de la propia práctica a partir de la teoría: hay una retroalimentación continua que posibilita la profesionalización docente. Según Huberman⁴ (1999) participamos de una formación docente de calidad si concebimos la formación docente como fenómeno integral, contribuimos con nuestro quehacer a la profesionalización docente, incorporamos objetivos, contenidos y modalidades acordes con las necesidades generadas por los cambios

sociopolíticos; tendemos a recuperar la dimensión intelectual del docente, permitiendo un desarrollo más profesional; identificamos como profesionales a los formadores, investigadores, orientadores, asesores, coordinadores y facilitadores de la adquisición de conocimientos y del aprender a aprender.

El objetivo es definir la formación docente, proporcionando una sistematización de la problemática de la formación de recursos humanos. Se efectuó un análisis cuantitativo a 21 Profesores Titulares, 60 Profesores Adjuntos, 31 Jefes de Trabajos Prácticos y 100 Ayudantes Diplomados Rentados de la Facultad de Odontología de la UNLP utilizándose como instrumento un cuestionario escrito, donde se preguntó: a) si la antigüedad en la docencia en FOLP es superior a quince años; b) realización de Carrera Docente Universitaria, c) cantidad de horas de actividades de postgrado en formación pedagógica, d) realización del Magíster en Educación Odontológica. Los resultados mostraron que la antigüedad en la docencia en FOLP es superior a quince años en el 100 % de los Profesores Titulares, 95 % de los Profesores Adjuntos, 74,19 % de los Jefes de Trabajos Prácticos y 20 % de los Ayudantes Diplomados Rentados. Carrera Docente Universitaria: 100% P. Titulares, 55% de P. Adjuntos, 29,03 % de JTP y 9 % Ayudantes Diplomados Rentados contestaron positivamente. La cantidad horas de actividades de postgrado en formación pedagógica varía entre 20 y 70 en P Titulares y entre 15 y 800 entre P Adjuntos; 10 de los Jefes de Trabajos Prácticos respondieron entre 30 y 400 horas. Solamente 35 Ayudantes Diplomados Rentados, aportaron valores que varían entre 12 y 380 horas. Realización del Magíster en Educación Odontológica: respuesta afirmativa del 19,04 % de los P. Titulares, 28,33 % de los P. Adjuntos, 64,51 % de los JTP., 51 % de los Ayudantes Diplomados Rentados. Como conclusión, se define a la formación docente como una actitud abierta de preparación constante para dar respuestas comprometidas actualizadas a las demandas profesionales y personales. La formación docente es parte de la educación permanente y la participación en instancias capacitadoras posibilita que cada persona desarrolle su potencial en todas las instancias profesionales y sociales.

BIBLIOGRAFIA

1 Eusse Zuluaga O Proceso de construcción del conocimiento y su vinculación con la formación docente. Revista Perfiles Educativos 63: 31 - 41 1994

2 Rodríguez Ousset A Problemas, desafíos y mitos en la formación docente Revista Perfiles Educativos 63: 3-7 1994

3 Ferry G Pedagogía de la Formación. Formación de formadores 2da Reimpresión Buenos Aires Novedades Educativas. Serie Los Documentos p. 22 2008

4 Huberman S Como se forman los capacitadores: Artes y saberes de su profesión. Primera edición Paidós Buenos Aires p. 5 1999

Conocimientos de los alumnos sobre las consecuencias del uso racional de medicamentos.

Iantosca, A; Pólvara, B; Butler, T; Casariego, Z

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.

El uso racional de medicamentos conlleva optar por la mejor opción farmacológica, considerando criterios de posología, costos y tiempo. En efecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como aquella situación que se produce “cuando los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad”.² La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud han intensificado sus esfuerzos por promover el uso racional. El uso indiscriminado e inadecuado de medicamentos implica desperdicio de recursos, falta de resultados positivos e incidencia de reacciones adversas.³ “En todo el mundo más del 50 % de todos los medicamentos se recetan, se dispensan o se venden en forma inadecuada. Al mismo tiempo, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales, y el 50 % de los pacientes los toman de forma incorrecta”.³ Entre las situaciones que pueden ocasionar esta prescripción irracional se destacan: falta de revisión crítica al prescribir medicamentos nuevos, acceso a información carente de objetividad, promoción de los medicamentos por parte de la industria farmacéutica, profesionales que prescriben altas cantidades para evitar la necesidad de un nuevo requerimiento, o que lo hacen bajo presión de sus pacientes.¹ La industria farmacéutica destina gran parte de su presupuesto a la promoción de los productos. Diversos estudios señalan que una gran cantidad de profesionales de la salud manifiestan credibilidad por fuentes de información comerciales a la hora de elegir un medicamento. Es relevante que el profesional de la salud cuando va a prescribir considere que los fármacos son insumos de alto costo y que debe existir garantía de acceso a todos los que los necesitan para de esta manera contribuir al bienestar del individuo y de la comunidad. Es de apreciar que la prescripción que se efectúa va dirigida a un individuo en particular, lo cual nos pone ante una situación en la que se debe tener en cuenta en cada caso consideraciones relacionadas a cuestiones bio-sico-sociales del paciente. Así mismo, dada la gran cantidad de fármacos que se encuentran en el mercado y las nuevas drogas que se van creando, es necesario que pacientes y profesionales obtengan información confiable y actualizada. “Son varias las estrategias disponibles para mejorar el acceso a la información, entre ellas se destacan: la elaboración de guías farmacológicas, los boletines de publicación periódica y centros de información sobre medicamentos”.¹ Esta investigación permite

evaluar el conocimiento de los alumnos de la Facultad de Odontología de la UNLP acerca de las consecuencias del uso racional de medicamentos sobre: el gasto, resultados terapéuticos y reacciones adversas. Se realizó un estudio comparativo sobre las variables: a) reducción del gasto; b) mejor resultado terapéutico; c) disminución de la aparición de efectos adversos; d) aplicación de medidas no farmacológicas. El tamaño de la muestra fue de 200 alumnos tomados al azar, de 4º y 5º año de la carrera de odontología. Se realizó una encuesta estructurada y anónima de las variables. Sobre la totalidad de los alumnos encuestados los resultados obtenidos fueron: para la variable a) reducción del gasto: respuestas positivas (sí), 4º año 66%, 5º año 70%; respuestas negativas (no), 4º año 34%, 5º año 30%. b) mejor resultado terapéutico: respuestas positivas (sí), 4º año 94%, 5º año 80%; respuestas negativas (no), 4º año 6%, 5º año 20%. c) disminución de la aparición de efectos adversos: respuestas positivas (sí), 4º año 79%, 5º año 65%; respuestas negativas (no), 4º año 21%, 5º año 35%. d) aplicación de medidas no farmacológicas: respuestas positivas (sí), 4º año 98%, 5º año 77%; respuestas negativas (no), 4º año 2%, 5º año 33%. En las variables se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las respuestas positivas y negativas de alumnos de 4º y 5º año siendo $p < 0.05$. Esto refleja que durante la formación de grado los alumnos de 4º y 5º año de la carrera han incorporado conocimientos necesarios relativos al uso racional de medicamentos coincidente con los criterios elaborados por la Organización Mundial de la Salud para realizar una prescripción correcta utilizando criterios de eficacia, efectividad, seguridad, conveniencia, costo y relación beneficio-costos. A partir de los datos obtenidos de la muestra procesada se puede concluir que los alumnos de 4º y 5º año manifiestan diferencias significativas entre las respuestas positivas y negativas en todas las variables siendo mayor el porcentaje de respuestas positivas. Si bien las respuestas negativas representan menor porcentaje, dadas las consecuencias que esto trae aparejado, consideramos necesario fortalecer la formación continua en farmacología y terapéutica de los futuros profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Arnau, J. M.; Laporte, J. R. Promoción del uso racional de los medicamentos y preparación de guías farmacológicas. In: "Principios de epidemiología del medicamento, Laporte, J. R.; Tognoni, G. 2º ed. Barcelona Mason-Salvat pp 49-65, 1993
- 2) Meschengieser, G. Uso racional de medicamentos. Ministerio de Salud de la Nación. 2007
- 3) Organización Mundial de la Salud. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS <http://www.who.int/medicines/library/edm-general/6pagers/ppm05sp.pdf> 2002

Caninos superiores retenidos

Ricciardi, A.V.; Bogo, P.A.; Cacciola, S.E.; Celis, Z.; Di Franco, P.L.; Prada, G.; Ressa, A.; Teixeira Poças, M.A.; Manunta, M.

Lugar de trabajo: Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.

Los dientes retenidos son un problema frecuente con el que se enfrenta la odontología en la práctica común y diaria. Según Archer (1978)¹, la expresión de dientes retenidos, se refiere a dientes cuya erupción normal está impedida por dientes los vecinos o por el hueso alveolar o por otras causas. Según Mead (1930) que en su estudio, pudo encontrar que 461 de las 581 piezas dentarias retenidas eran terceros los molares (casi el 80%), para Moss³ (1975), Shapira (1981) y Fournier (1982) después del tercer molar la pieza dentaria más frecuentemente retenida es el canino superior. Para Mateo Chiapasco² (2004) los caninos retenidos afectan del 0'8 al 2,9% de la población. Para Raspall⁴ el 17% de los pacientes presentan retenciones dentarias. Johnston (1969) dice que el canino superior es el diente más importante del maxilar superior, su posición correcta perfila el contorno de la cara y da la apariencia estética. Según Kraus, Jordan y Abrams (1981) los dientes más estables en los arcos dentales son los caninos superiores, sus raíces son más largas y más gruesas que las de los otros diente, por lo cual están firmemente anclados en sus alvéolos. Clínicamente los caninos superiores suelen ser los últimos dientes en perderse; ocupan una posición significativa dentro de los arcos; sostienen a la musculatura facial; debido al anclaje fuerte y a la posición estratégica son importantes como indicadores en la oclusión dentaria entre ambos maxilares. Estas piezas dentarias son fuertes y firmes pilares de prótesis fijas y removibles. Fastlich (1954) dice que el canino superior es uno de los dientes más fuertes y es un factor estético y funcional muy importante pero que por alguna razón, puede erupcionar quedando retenido. Por medio de las distintas técnicas quirúrgico - ortodonsicas se los puede llegar a liberar, guiar y posicionar en su sitio cuando el mismo existe o cuando es logrado previamente mediante ortodoncia u ortopedia, devolviéndoseles, de este modo, su funcionalidad. Se estudió e investigó la prevalencia, la distribución, la posición y también la localización de los caninos superiores retenidos. La población estuvo compuesta por individuos mayores de 14 años sin importar la raza, su condición social, el lugar de su residencia o su nacionalidad mientras que la muestra estudiada estuvo compuesta por los pacientes mayores de 14 años, tomados al azar de los concurrentes a la Asignatura de Cirugía A de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, durante el período transcurrido entre los años 2008 y 2009. A todos los pacientes se le realizó el correspondiente estudio clínico de modo sistemático y minucioso para verificar la presencia de los caninos

superiores, en los casos donde clínicamente no se podían ver dichas piezas dentarias se le realizó a cada paciente cuestionario para saber si esos dientes (caninos superiores) fueron ya extraídos o aun no habían erupcionado y conjuntamente se tomó una radiografía panorámica para comprobar y verificar fehacientemente la retención dentaria de los caninos superiores. Estas radiografías fueron tomadas y procesadas en los laboratorios de esta Unidad Académica, para luego ser estudiadas minuciosamente. Los datos obtenidos se volcaron en tablas informáticas estadísticas diseñadas específicamente para este trabajo de investigación, se realizó la aplicación de filtros para cuantificar los resultados, utilizando el paquete estadístico Statu para el análisis de los resultados obtenidos. Se hizo la elaboración de distintos gráficos para la representación de los resultados estadísticos obtenidos. Resultados: En la muestra se encontraron 134 (cientotreinta y cuatro) pacientes con un total de 155 (ciento cincuenta y cinco) caninos superiores retenidos, 4,59% del total de pacientes. Del total de caninos retenidos (155) el 4.52% presentaron una posición horizontal, el 16.77% posicionados verticalmente, el 78.71% fueron de posición semi vertical. En cuanto a la localización (unilateral o bilaterales): el 56.77% se presentaron del lado derecho, el 43.22% del lado izquierdo. Los unilaterales del lado derecho fueron el 43.23%, mientras que los unilaterales izquierdos representaron solo el 29.67%; se halló un 27.10% de caninos bilaterales. En la muestra estudiada se encontraron 2 (dos) pacientes con disostosis cleidocraneal (síndrome muy raro que presenta múltiples retenidos) que resultaron ser padre e hija y que no fueron incluidos en la estadística porque es imposible su clasificación dentro de este trabajo. Discusión: Canino derecho es más frecuentemente retenido, en desacuerdo con lo dicho por Rorher (1929). El resultado de la retención bilaterale es distinto al descrito por Dachiy Howell (1961), Ericson e Kurol (1986), Matheo Chiapasco (2004) e Raspall (1994).

Conclusiones: Frecuencia de los caninos superiores retenidos en la población estudiada es de 4.59%. La localización de retención más frecuente es la derecha y la posición es la semivertical.

BIBLIOGRAFIA

1. Archer Harry W. Cirugía Bucal, Atlas Paso por Paso de técnicas Quirúrgicas, Tomo 1, Editorial Mundi, Argentina, 2da edición castellana, 1978.
2. Chiapasco M, Cirugía Oral. Barcelona, Editorial Masson SA . 2004 . P126-128
3. Moss J. An orthodontic approach to surgical problems. American Journal of Orthodontics 1975; 68 (4): 363-390.
- 4- Raspall, G. Cirugía Oral. Madrid. Ed. Medica Panamericana. 1994. P.136-140.301

El consumo de Tabaco: una realidad peligrosa.

Oviedo Arévalo, JJ; Bernardi, HA; Mattanó, C; Ale, E; Arcuri, M; Barilaro, IH

Asignatura Patología y Clínica Estomatológica. FOLP. UNLP.

El consumo de tabaco a nivel mundial es conocido estadísticamente y se estima que en la actualidad afecta a un billón de personas. Aunque las campañas publicitarias han contribuido en la disminución en el hábito de fumar, éste se ha incrementado en poblaciones de individuos más jóvenes. Este hábito se inicia en la escuela primaria con un promedio de edad de 12 años sin distinción de género y condición social.

Los niños y adolescentes conforman un mercado fácil de atraer para la industria del tabaco, ya que a menudo son influenciados fácilmente por programas de TV, películas, publicidad y por lo que sus compañeros hacen y dicen. Ellos no se dan cuenta de lo difícil que es dejar de consumir tabaco. Además, para los jóvenes enfrentarse a cáncer, enfisema, ceguera o impotencia no parecen ser preocupaciones reales. Los niños y los adolescentes no piensan demasiado sobre las repercusiones futuras a su salud. Casi todas las personas que consumen tabaco por primera vez, lo hacen antes de ingresar a la escuela secundaria. Una encuesta realizada en 2007 por los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC) de Estados Unidos encontró que el 50% de los estudiantes de preparatoria (Escuela Media Superior), probaron fumar cigarrillos en algún momento. En el 2008, más de uno de cada cuatro jóvenes de 12 o más años eran consumidores actuales de tabaco, lo que representa alrededor de 71 millones de adolescentes estadounidenses. Los estudios han demostrado que la mayoría de las personas nunca comienzan a consumir tabaco si evitan el hábito cuando son adolescentes. Mientras más joven comienza a fumar, más propenso será de convertirse en un fumador habitual cuando sea adulto. Casi el 90% de los adultos que son fumadores habituales comenzaron a fumar a los 19 años o antes. Además, la gente que comienza a fumar a una edad menor es más propensa a desarrollar una adicción a largo plazo con la nicotina que la gente que comienza a fumar a una edad mayor. Las sustancias básicas halladas en mayor proporción son nicotina y nitrosamina cuyos efectos nocivos producen: Tos, Respiración entrecortada, Dolores de cabeza más frecuentes, Aumento en la producción de flema (mucosidad), Enfermedades respiratorias, Síntomas de resfriado y gripe más graves, Deterioro de la condición física, Deficiencia de la función y del crecimiento pulmonar. Empeoramiento del estado general de salud, Adicción a la nicotina. Los adolescentes que continúan fumando pueden esperar problemas como: Enfermedad cardíaca y derrame cerebral a temprana edad, Enfermedades de las encías y pérdida de dientes, Enfermedades pulmonares crónicas, tales como enfisema y bronquitis, Pérdida de la audición. Problemas con la visión, como

degeneración macular. El efecto irritante del alquitrán y la reducción de la circulación produce la pérdida de la vitalidad de las mucosas llegando a que el tejido se necrose creando el medio ideal para la invasión de microorganismos. El calor generado por la combustión del tabaco al tomar contacto con la mucosa bucal contribuye a provocar efectos nocivos sobre ella. Los Objetivos propuestos para el presente estudio son:1) Reducir el consumo de tabaco en la población problema 2) informar y educar a una población escolar entre los 9 y 12 años sobre los graves trastornos que ocasiona el hábito de fumar como prevención del precáncer y cáncer bucal. 3) Concientizar a los promotores de Salud, docentes y Familiares directos para que actúen como agentes multiplicadores. Se realizaron 160 encuestas anónimas en jóvenes de 12 años, sin distinción de género y condición social, 80 en un colegio industrial y 80 en un colegio de orientación biológica, ambos de la ciudad de La Plata. De los jóvenes de 12 años que concurren al colegio industrial el 50% fuma para sentirse mejor y proceden de padres fumadores. De los jóvenes que concurren al colegio con orientación biológica solo el 30% fuma por imitación y proceden de padres fumadores. La mayoría de los jóvenes fuman por imitación a sus progenitores y compañeros de estudio. Las principales influencias del medio familiar en la aparición del tabaquismo, se basaron en que las tres cuartas partes de las familias de los adolescentes fuman, de ellas más de la mitad lo hace cerca de ellos convirtiéndolos en fumadores pasivos, destacándose a las madres como el familiar que más fuma. La educación es una herramienta eficaz para desterrar el hábito tan perjudicial para los jóvenes. Dentro de las principales influencias del medio escolar en la aparición del tabaquismo detectamos el ejemplo de los profesores fumando dentro del recinto escolar.

“Ayudar a un niño(a) a dejar el hábito es una de las mejores actividades que como Educadores podemos hacer.....”

Palabras claves: fumar, adolescentes, cáncer, educación.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.-British Medical Journal, 313: 980- 988, 1997
- 2.-Butt AL, Anderson HA, Gates DJ. Parental influence and effects of pro-smoking media messages on adolescents in Oklahoma. J Okla State Med Assoc.2009;102:147-151.
- 3.-Cancer: Principles & Practice of Oncology. Fifth Edition, Editado por D Vita V.T., Hellman S., Rosenberg S.As Lippincott- Raven Publishers, Filadelfia1997. Caps 9 y 30.2.
- 4.-Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Tobacco Use, Access, and Exposure to Tobacco in Media Among Middle and High School Students -- United States, 2004.

Importancia del conducto palatino posterior en los implantes pterigoideos

Irigoyen, S; Abilleira, E; Segatto, R; Bustamante, C; Mancuso, P; Fingermann, G; Delocca, M; Mazzeo, D.

Asignatura Anatomía, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de La Plata

La pérdida de las piezas dentarias posterosuperiores trae como consecuencia una atrofia muy marcada de ese sector, ya que la resorción ósea es doble, por un lado la que se produce postexodoncia y por otro, la continua neumatización del seno maxilar que disminuye la altura ósea. Esto, sumado a la densidad ósea de la zona en la que el tejido se presenta con un esponjoso muy areolar y la compacta externa es escasa o nula, hace que la colocación de implantes oseointegrados se dificulte, ya que es habitual la falta de altura y también es difícil lograr la fijación primaria.

Los implantes pterigoideos constituyen una técnica alternativa para la rehabilitación del sector posterior del maxilar superior, especialmente en aquellos casos en donde no es posible utilizar las técnicas convencionales. Las indicaciones de los implantes pterigoideos son:

1. En aquellos casos donde nos encontramos una atrofia maxilar muy importante en la zona de los molares superiores junto con una calidad ósea deficiente.
2. Cuando nos encontramos una cresta alveolar con volumen óseo insuficiente para retención primaria del implante.
3. En casos donde hay una excesiva neumatización del seno maxilar.
4. En aquellos casos donde tenemos que realizar una rehabilitación que precisa apoyos posteriores para evitar cantilevers pero no hay presencia del hueso necesario para colocar implantes en la zona de los molares.
5. Cuando los pacientes son reacios a ser sometidos a cirugías avanzadas, como injertos óseos para realizar elevación sinusal. Esta técnica se basa en lograr anclaje en la compacta de la apófisis pterigoides del hueso esfenoides, para ello se ingresa por el reborde residual a nivel de la zona del 2do. Molar con la fresa colocada en forma angulada hacia arriba y atrás en dirección a la apófisis, en donde se busca alcanzar la cortical.

Para desarrollar esta técnica es necesario un acabado conocimiento de las estructuras anatómicas involucradas. Mediante los conocimientos adecuados, podemos disminuir considerablemente las posibles complicaciones que puedan aparecer durante el acto quirúrgico. Ya que el fresado pasa muy próximo a elementos nobles como el seno maxilar, la fosa pterigomaxilar y el conducto palatino posterior. Uno de los elementos más comprometidos es el contenido del mencionado conducto,

siendo éstos la Arteria y Vena Palatina superior y el Nervio Palatino Anterior.

El objetivo del presente trabajo es Analizar la posibilidad de lesión del conducto y su contenido durante la realización de la técnica de implantes pterigoideos.

Para tal fin se utilizaron cráneos secos humanos de adultos desdentados sin distinción de raza ni de género obtenidos de la craneoteca de la asignatura Anatomía. Se reprodujo la técnica con una angulación de entrada en sentido anteroposterior entre los 40 y 45 grados con respecto al plano de Frankfort por ser este paralelo al plano oclusal. En sentido transversal se ingresa desde vestibular con una angulación de 10 a 15 grados. Se utilizó como referencia el surco hamular, ya que éste es identificable fácilmente tanto en los cráneos como clínicamente. Se labraron ventanas óseas vestibulares para permitir la visión lateral de ingreso de la fresa durante la reproducción de la técnica.

Se pudo comprobar que el conducto se veía más comprometido cuanto más cerca del extremo interno del surco era el ingreso, no así cuando se hacía en la parte media o externa. Además cuando la angulación en sentido transversal aumenta entre 5 y 10 grados.

De acuerdo a los resultados podemos concluir que un parámetro que sirve como referencia es el surco hamular o pterigopalatino ya que éste es un elemento estable que no se ve afectado por la reabsorción ósea postextracción y es fácilmente identificable tanto clínicamente como en un modelo de yeso.

Si dividimos a este surco en 3 tercios podemos considerar como área de seguridad a los tercios medio y externo y será a ese nivel donde debemos ingresar con la fresa, por el contrario el tercio interno debe ser evitado porque si se ingresa a ese nivel los riesgos de lesión del conducto palatino posterior y su contenido aumentan considerablemente.

Bibliografía

1. Figún, M; Garino, R; Anatomía odontológica. 2da. Edición. Ed. El Ateneo. Bs. As. Pag 376. Año 2006
2. Lindhe, J. Periodontología clínica e Implantología Odontológica. 3ra. Edición. Ed. Panamericana. España. Pag 906-013 Año 2001
3. Ber J, Sanchez D, Castellón A, Auge Castro M^o L, Hernández Alfaro F. Implantes Pterigoideos. Rev Oper Dent Endod 2006; 5:52

Perfil social de la población atendida en la asignatura Operatoria Dental “A” durante un cuatrimestre.

D’Uva, O.; Salatay, J.; Lamboglia, P.; Falcón, D.; Costa, L.

Facultad Odontología de La Plata. Operatoria Dental A

Esta asignatura, Operatoria Dental, tiene un rol relevante en la atención de los pacientes que concurren a la Facultad de Odontología, ya que en ella se restauran las piezas dentarias cuya morfología ha sufrido deterioro y pérdida de sustancia, como consecuencia de la enfermedad prevalente en la cavidad bucal, es decir la caries dental básicamente, además de otros trastornos como la pérdida de tejidos dentarios de origen accidental, por enfermedades de origen psicossomático, etc., motivos éstos que traen aparejadas consecuencias de carácter funcional y estéticos de gran importancia en nuestra población.

Por este motivo nuestra Asignatura recepta una gran cantidad de pacientes, que a través de un simple instrumento como es la ficha de su estado buco dental, más un pormenorizado interrogatorio, posibilita dejar asentado en una historia clínica sus datos personales y su estado de salud general, pudiendo hacerse un estudio pormenorizado de las necesidades de esta población y al mismo tiempo nos permite realizar una evaluación de sus principales dolencias.

De más está decir lo que estos aspectos traen aparejados a los efectos de implementar estrategias específicas destinadas a salvaguardar la salud de la población en el área de influencia de esta institución.

La asignatura Operatoria Dental “A”, atendió durante un cuatrimestre en los cursos III y V un total de 951 pacientes.

Se les confeccionó una historia clínica y se recabaron los siguientes datos: edad, sexo, domicilio, nacionalidad, ocupación y nivel de estudios.

Los pacientes del sexo femenino totalizaron 547 y los del sexo masculino 404.

Las edades predominantes estuvieron comprendidas en la franja que va de 20 a los 29 años de edad, siendo un total de 239 mujeres y 204 varones. En cuanto a la localidad de origen más numerosa fue la ciudad de La Plata con 507 pacientes, seguida por la localidad de Florencio Varela con 106, Berazategui con 98, Quilmes con 49, etc..

Con respecto a la nacionalidad, el 90% fueron argentinos y el resto de países mayoritariamente sudamericanos, en su mayoría originarios de Perú. Los valores obtenidos por los oficios y/o ocupaciones permitieron determinar que se destacan, en el sexo femenino las amas de casa y las estudiantes que suman 380, y en el sexo masculino predominan los desocupados y los estudiantes que suman 177.

En cuanto al nivel de estudios alcanzados poseen estudios primarios 197 mujeres y 106 varones, estudios secundarios 216 mujeres y 187 varones, estudios universitarios 62 mujeres y 49 varones.

Los datos obtenidos fueron agrupados por edades, y analizados en el programa MS Excel 2007, y los resultados reflejados en gráficos de barras y circulares en números totales y porcentajes.

Historia clínica, formulario de datos personales, planillas de registro de datos para:

sexo, edad, nacionalidad, domicilio, ocupación, estudios cursados.

Resultados obtenidos con MS Excel 2007.

Determinación y registro del sexo, edad, ocupación, nivel de estudios, nacionalidad y lugar de residencia de los pacientes atendidos.

Evaluarlos para:

- Diseñar planes preventivos.
- Determinar tratamientos.

Del análisis de las variables estudiadas, se desprende en primer lugar un alto requerimiento de atención odontológica en pacientes de ambos sexos, pertenecientes a la ciudad de La Plata, con predominio femenino y mayoritariamente comprendido entre los 20 a los 40 años de edad.

En el sexo masculino se advierte una preocupante cantidad de desocupados, y entre el sexo femenino un predominio de amas de casa. También se verificó como relevante una considerable diferencia a favor de las mujeres sobre los varones en cuanto a haber alcanzado el nivel de educación primario.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Alberts, HF; Odontología Estética. Ed. Labor S.A. 1998.
2. Baratieri, L.; Operatoria Dental, procedimientos preventivos y restauradores. San Pablo. Editorial Quintessence 1993.
3. Barrancos Money, J.; Operatoria Dental. Restauraciones. Bs. As. 1989. Ed. Médica Panamericana S.A.
4. Baysan; A.; Prinz, J.; Linch, E;. Relationships between clinical criteria used to detect primary carious lesion. Tissue preservation and caries treatment. Quintessence Book 2001. Chapter 3, p 49-67.

Estudio de una serie de tumores benignos de glándulas salivales: aspectos anatomopatológicos

Micinquevich S; Dorati P; Mercado M; Mattano C.

Patología y Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología de La Plata

Entre la patología tumoral de las glándulas salivales figuran: el adenoma canalicular, el cistoadenoma oncocítico y el adenoma pleomórfico. Los dos primeros representan entidades de rara aparición que algunas veces se detectan en glándulas salivales accesorias (1,2). Entre el 70 y 80% de las neoplasias asientan en parótida, mientras que el paladar es el sitio más común para glándulas salivales menores. Los tumores que tienen origen en las glándulas salivales menores representan del 10 al 20% del total de tumores de glándulas salivales, con una incidencia de alrededor de 0.6 por millón de personas al año. En los tumores de glándulas salivales mayores, aproximadamente el 80% son benignos, pero en glándulas salivales menores un 35 al 80% son malignos, y presentan gran variaciones en presentación clínica e histopatológica. La mayoría de los pacientes con tumores benignos de las glándulas salivales menores, se manifiestan clínicamente por una sialomegalia no dolorosa de crecimiento lento. En la parótida, la localización tumoral más frecuente es en la porción de la cola, en las submandibulares la sialomegalia suele ser homogénea, y en las salivares menores aparece como masas submucosas e indoloras situadas en paladar o en suelo de boca. El adenoma pleomorfo representa la entidad tumoral más frecuente de las glándulas salivales (3). Tumor mixto benigno y adenoma pleomorfo, es el término que ha permanecido y fue sugerido por Willis en 1967 debido al patrón histológico poco usual que lo caracteriza, pues muestra tejido epitelial mezclado con diferentes tejidos de línea mesenquimatoso. De preferencia se ubica en glándula parotida donde casi el 70% de los tumores de esta glándula son adenomas Pleomorfos y el 60% de los tumores de la submaxilar. En las glándulas salivales menores es menos frecuente, siendo su lugar de preferencia las glándulas accesorias palatinas. El adenoma canalicular se presenta en mujeres en la séptima década, localizado en el labio superior. En su examen histológico podría confundirse con un carcinoma adenoide quístico. El oncocitoma es un tumor benigno de crecimiento lento que se encuentra en grupos de edad avanzados (a partir de los 60 años). Es encapsulado y representan el 1% de los tumores de las glándulas salivales. Aunque siempre se lo ha considerado un tumor benigno hay casos de oncocitomas malignos. Las células del mismo, los oncocitos, son células epiteliales que presentan un citoplasma de aspecto granular eosinofílico y forma poligonal. Este aspecto se establece por la acumulación intracitoplasmática de mitocondrias. Se han reportado casos de bilateralidad. Debe también tenerse presente que los oncocitos son células que pueden hallarse normalmente en los acinos y

sistema de conductos de las glándulas salivales de pacientes mayores. El objetivo del presente trabajo es caracterizar clínica e histológicamente 4 tumores de glándulas salivales menores de baja frecuencia. Se estudiaron 4 casos de tumores de glándulas salivales accesorias. Se realizó examen estomatológico completo y confección de historia clínica. Las variables tenidas en cuenta fueron: edad, sexo, localización, aspectos clínicos e imagen histopatológica. Se efectuó biopsia, inclusión del material en parafina y coloración con hematoxilina-eosina. El caso 1 correspondió a una paciente de 47 años que presentó una lesión tumoral asintomática en el labio superior cubierta por mucosa de aspecto normal, dura elástica y desplazable; el caso 2 femenino de 56 años con lesión tumoral en paladar de 4 años de evolución; el caso 3 masculino de 41 años con tumor palatino asintomático y el caso 4 femenino de 62 años con lesión tumoral en mucosa yugal izquierda. Los informes de laboratorio correspondieron a caso 1 y 2 adenoma pleomorfo: proliferación de células epiteliales dispuestas en patrón ductiforme sobre un estroma fibrohistiocitario con áreas de aspecto mucinoso o mixoidal, con áreas capsulares conteniendo entre los haces fibrosos elementos tumorales que pasan al tejido peritumoral; caso 3 adenoma canalicular: proliferación de células de aspecto cuboidal en doble hilera que forman cordones similares a conductos; y caso 4 cistoadenoma oncocítico: tumor quístico con láminas de células poligonales de aspecto granular eosinofílico y núcleos pequeños de localización central. Alrededor de la proliferación se observa cápsula fibrosa delgada de integridad íntegra. Alrededor de la masa tumoral se observa glándula salival menor mucosa de aspecto normal. El tratamiento de estas lesiones es quirúrgico, prestando especial atención al caso del adenoma pleomorfo, tumor que envía brotes tumorales que pueden atravesar la cápsula, la que también puede ser discontinua y de esa forma dar como resultado recidivas posteriores. Podemos concluir que los hallazgos clínicos e histopatológicos de nuestros casos contribuirán a facilitar la detección de estas entidades y su diagnóstico diferencial. Los datos clínicos y epidemiológicos de los casos estudiados coinciden con la evidencia científica actual (3,4).

BIBLIOGRAFIA:

1-Batsakis J. Tumors of the head and neck. Clinical and pathological considerations. 2nd ed. Baltimore; Williams & Wilkins Co UK, pp. 3-32. 1979.

2-Nachlas N.; Tumores de las Glándulas Salivales En Otorrinolaringología. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, pp. 2450-83, 1994.

3-Raspall G; Tumores de Cara, Boca, Cabeza y Cuello. 2º ED Masson S.A. Barcelona, pp. 1-22. 2000.

4-Seifert G., Sobin L.H.: Histological Classification of Salivary Glands Tumors En: World Health Organization International Histological Classification of Tumors.

Histopatología de los Tumores Malignos de las Glándulas Salivales

Micinquevich S; Gimenez J; Salvatori M; Dorati P.

Asignatura Patología y Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología de La Plata.

Los tumores de las glándulas salivales muestran una amplia variedad citológica y estructural, lo que dificulta su diagnóstico. Constituyen alrededor del 5% de las neoplasias de cabeza y cuello, siendo el promedio de edad de los pacientes con neoplasias malignas de 55 años y de una década menos para los tumores benignos. Algunos datos bioestadísticos arrojan como resultado que pueden ser malignos el 25 % de los tumores que se presentan en la glándula parótida y el 50% de los tumores de las glándulas submandibulares. Este porcentaje se eleva al hacer referencia a la glándula sublingual y aun más a las glándulas salivales menores o accesorias. A este respecto Robins es contundente cuando menciona que la posibilidad de que una neoplasia salival tenga una conducta maligna, es inversamente proporcional al tamaño de la glándula involucrada. Los tumores de las glándulas salivales menores son raros y constituyen el 2 al 3% de los tumores malignos de la vía aérea y digestiva superior, poco comunes bajo los 20 años y raros bajo los 10 años, siendo su localización más frecuente paladar duro, fosas nasales y senos para nasales(1, 2). En este sentido hemos podido ratificar el asiento palatino de tumores malignos en pacientes jóvenes desde observaciones realizadas en nuestra cátedra. El aumento de volumen es el motivo más frecuente que lleva al paciente a consultar, pudiendo originarse en estructuras propias de la glándula o en otras estructuras por lo que el desafío del diagnóstico diferencial se le plantea al clínico desde el inicio. Debe tenerse presente que algunos aumentos de volumen pueden ser un hallazgo al examen físico. Las vías más frecuentes de diseminación corresponden a la extensión directa a estructuras anatómicas adyacentes como el nervio facial, mandíbula, cavidad bucal y paladar; algunos se propagan por largos trayectos a través de los nervios es decir mediante la extensión perineural; las metástasis linfáticas y las hematógenas son también rutas posibles de diseminación. Con respecto a los sitios de implante metastásico el pulmón es el más frecuente pudiendo también implantarse metástasis a nivel ganglionar, óseo y hepático(2). Si bien en las diferentes series comunicadas a nivel internacional se encuentran diferencias numéricas, todas coinciden en que la parótida y las glándulas accesorias palatinas se encuentran las neoplasias con mayor frecuencia. Esta presentación tiene por objeto comunicar 2 casos de lesiones glandulares malignas destacando sus aspectos histopatológicos. Se estudiaron 2 casos de lesiones tumorales malignas localizadas en glándulas salivales accesorias de mucosa yugal. En ambas se realizó una completa exploración clínica, registro de datos aportados por el paciente y

toma de muestras que fueron remitidas para estudio histopatológico. Las mismas fueron procesadas para su observación con microscopio óptico, incluidas en parafina y coloreadas con hematoxilina-eosina. El caso 1 correspondió a un paciente masculino portador de una lesión tumoral en mucosa yugal derecha ausente de manifestaciones clínicas. El caso 2 a un paciente masculino con lesión tumoral asintomático en mucosa yugal izquierda, cubierta por mucosa de aspecto normal, sin referir datos precisos a cerca de su tiempo estimado de evolución. El examen histopatológico arrojó en el primer caso adenocarcinoma de células basales y en el caso 2 carcinoma intraductal de glándula salival menor, tumor con una imagen muy similar al carcinoma ductal mamario. Las entidades presentadas tienen una frecuencia relativa muy baja y coinciden con lo postulado de que las lesiones tumorales de glándulas salivales menores tienen altos porcentajes de tener conducta biológica agresiva(3). Se han postulado varios agentes que participarían en la génesis tumoral, siendo mencionadas en la literatura las radiaciones ionizantes como un elemento más en la carcinogenesis de las glándulas salivales. Es necesario el entrenamiento clínico y el conocimiento de la biología tumoral para de esta forma comprender las manifestaciones clínicas de dichas entidades, que aún siendo de baja frecuencia, obligan al clínico dado su pronóstico, a tenerlas presentes en el diagnóstico diferencial. El pronóstico para cualquier paciente de cáncer tratado que tenga enfermedad progresiva o recurrente es precario, independientemente del tipo de células o de la etapa. La selección de tratamiento ulterior depende de varios factores, entre los cuales se encuentran el tipo específico de cáncer, el tratamiento previo, el sitio de recidiva, así como también las consideraciones individuales de cada paciente. Se ha reportado que la radioterapia con haz de neutrones rápidos produce resultados superiores a los que se observan con radioterapia convencional con rayos X y puede ser curativa en casos seleccionados de cáncer de la glándula salival recidivante. La supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia general de los pacientes con tumores de la glándula salival malignos inoperables, recidivantes o que no se pueden resear es superior en los pacientes que han sido tratados con radioterapia con haz de neutrones rápidos en comparación con los tratados con la radioterapia convencional que utiliza rayos X.

BIBLIOGRAFIA:

- 1-Escovich L; Noveli J; Gandulas Salivales: patología, diagnostico y tratamiento. UNR editora. Rosario Argentina. 2006.
- 2-Raspall G; Tumores de Cara, Boca, Cabeza y Cuello. 2º ED Masson S.A. Barcelona, pp. 1-22, 2000.
- 3-Seifert G., Sobin L.H.: Histological Classification of Salivary Glands Tumors En: World Health Organization International Histological Classification of Tumors. Springer-Verlag Berlin 1991.

Aplicaciones endodónticas del láser de Er:YAG en la limpieza del conducto radicular

Milat E.I., Basal R.L., Etchegoyen L.M., Cantarini L.M., Garcia Gadda B., Garcia Gadda G., Procacci M. Facultad de Odontología Universidad de La Plata.

En la preparación biomecánica de las paredes dentinarias de los conductos radiculares en endodoncia, tradicionalmente se ha empleado instrumental manual y rotatorio para la remoción del tejido remanente. La utilización de láser para este cometido presenta aspectos muy interesantes.

Distintos trabajos de investigación han demostrado la efectividad del láser de Er YAG con una potencia de 140 mj y una frecuencia de 15 Hz. en el tratamiento de la dentina de la superficie radicular con la finalidad de remover las partículas de debridamiento y el barrillo dentinario que se forman como producto de la preparación quirúrgica.

Por su modo de trabajo (ablación termomecánica) mejora la estructura de las paredes dentinarias favoreciendo la llegada de sustancias antimicrobianas, como así también facilitando la penetración en los conductillos dentinarios del material de obturación.

La finalidad del presente trabajo es demostrar que el uso del láser de Er YAG con una potencia de 140 mj y una frecuencia de 15 Hz es efectivo en el tercio medio y apical de los conductos radiculares para la remoción del barro dentinario. Se utilizaron 40 incisivos centrales superiores seleccionados según criterios clínicos y radiográficos a los cuales se les realizó el tratamiento endodóntico correspondiente, se cortaron, metalizaron y observaron en el microscopio electrónico de barrido.

Con una magnificación de 1000x, se observó mayor presencia de conductillos dentinarios abiertos en el tercio medio que en tercio apical.

El láser de Er YAG demostró ser eficaz en la remoción del barro dentinario.

El laser de Er YAG es más eficaz en la remoción del barro dentinario en el tercio medio de conducto radicular, dejando mayor cantidad de conductillos abiertos.

Está suficiente demostrado que la elección de tecnología láser de Er YAG con una potencia de 140 mJ y una frecuencia de 15 Hz., utilizado durante 20 segundos completando las 300 pulsaciones.

BIBLIOGRAFIA.

Takeda FH, Harshima Y, Kimura Y, Matsumoto K (1999) Efficacy of Er- YAG laser irradiation in removing debris and smear laye ron root canal walls. Journal of Endodontics.

Mazeki G, Kimura Y, Yokoyama K, Matsumoto K.(2003) Preparation of root canal orifices by Er- YAG laser irradiation: in vitro and clinical observations.J Clin Laser Med Surg.

Kesler G, Gal R, Kesler A, Koren R. (2002) Histological and scanning electron microscope examination of root canal after preparation with Er-YAG laser microphone: a preliminary in vitro study.

HARASHIMA, T.; TAKEDA, F.H.; KIMURA, Y.; MATSUMOTO, K. Effect of Nd:YAG laser irradiation for removal of intracanal debris and smear layer in extracted human teeth. J. Clin. Laser Med. & Surg., v.5, n.3, p.131-5, 1997.

HARDEE, M.V.; MISERENDINO, L.J.; KOS, W.; WALIA, H. Evaluation of the antibactericidal effects of intracanal Nd:YAG irradiation. J. Endod., v.20, p.377-80, 1994.

HIBST, R.; KELLER, V. Experimental studies of the application of the Er:YAG laser on dental hard substances. I measurement of the ablation rate. Lasers Surg. Med., v.9, p.338-44, 1989.

INGLE, J.I. Endodontics. Philadelphia, Lea & Febriger, 1965. p.124-6.

JAVAN, A.; BENNETT, W.R.; HERRIOT, D.R. Population inversion and continuous optical maser oscillation in gas discharge containing a HeNe mixture(letter). Physiol.Rev., v.6, p.106-10, 1961.

JOHNSON, L.F. Optical maser characteristics of rare-earth ions in crystals. J.Appl. Physiol., v.34, p.897-909, 1961.

KELLER, U.; HIBST, R. Ultrastructural changes of enamel and dentin following Er:YAG laser radiation on teeth. Proceedings of SPIE, v.1200, p.408-415, 1990.

KELLER, U., HIBST, R. Experimental studies of the application of the Er:YAG laser on dental hard substances. II Light microscopic an SEM investigation. Lasers Surg. Med., v.9, p.345-351, 1989.

MARSHALL, F.J.; MASSLER, M.; DUTE, H.L. Effects of endodontic treatment of root dentine. Oral Surg., v.13, n.2, p.208 223, 1960.

MARTIN, N.D. The permeability of the dentine to P using the direct tissue autoradiography technique. Oral Surg., v.4, n.11, p.1461 4, 1951.

Efectos del láser en los tratamientos clínicos

Etchegoyen LM, Milat EI, Cantarini LM, Basal RL, Procacci M, Garcia Gadda B, Garcia Gadda G.

Facultad de Odontología Universidad de La Plata

La adhesión de un sellador endodóntico a las paredes del conducto radicular es una de las propiedades que un material debe tener para promover un sellado hermético como sea posible del conducto radicular.

La literatura de endodoncia siempre se ha preocupado de destacar la necesidad de llenar el conducto de manera hermética.

Leonardo y LEAL58 (1991) afirmó que un tratamiento de conducto, significa llenarlo en toda su extensión con un material inerte y antiséptico, para conseguir el cierre hermético del espacio lo mejor posible, a fin de intervenir, y si es posible estimular el proceso de reparación apical y periapical, lo que debería ocurrir después de un tratamiento de endodoncia radical.

El objetivo de llenar un canal de la raíz es la de mantener los tejidos periapicales sanos (BUCKLEY17, 1929). Según él, debido a la imposibilidad de esterilizar toda la masa dentina canalicular, los extremos internos de los canalículos debe ser bien sellado para prevenir la infección o reinfección de tejidos periapicales.

McELROY63 (1955) llevó a cabo una retrospectiva histórica acerca de la obturación del conducto radicular y se enumeran algunos de los materiales que habían sido utilizados para este propósito: lámina de oro con una superficie de resina; fosfato con óxido de zinc eugenol y el ácido clorhídrico, el carbón vegetal animal en polvo con yodoformo; consejos naranja de madera asociada con una pasta de yodoformo y fenol, oxiclورو de zinc y de lana, papel de aluminio, lámina de plomo cubierto con una pasta de fenol y yodo; colillas empapadas en madera o bicloreto mercurio 0,5%; madera rojiza (cedro) asociados con parafina; partes iguales de óxido de zinc y pegar yodoformo tratados con creosota, gasas empapadas con aceite de canela o alcanfor, fenol, el yoduro de timol y parafina se mezcla con la ayuda.

Calentar ligeramente, salicilato de fenilo y bálsamo; amalgama de pasta de cobre y de óxido de zinc eugenol perro dentina, el marfil y la dentina humana en polvo.

CALLAHAN19 (1914) utiliza la gutapercha disuelto en cloroformo, que, después de una ligera modificación se propuso en la forma de un cono sólido de gutapercha asociados con esta solución química.

La planta de resina de gutta-percha es un material, en la actualidad, es ampliamente utilizado para diversos fines en odontología, sobre todo como material de relleno de los conductos radiculares asociados con los cazadores de focas.

El presente estudio evalúa in vitro el efecto de Er: YAG láser aplicada a la dentina humana en los valores de adherencia de los selladores de conducto radicular siguientes: Grossman, endometasona ®, N-Rickert ® 26 ® y el sellador.

Para este experimento, se utilizaron cuarenta molares humanos extraídos. Los dientes se dividieron en dos grupos: en el primero, una solución salina que se ha aplicado, mientras que en la superficie de la segunda fue irradiado con láser Er: YAG (láser KaVo número 2), utilizando los siguientes parámetros: 11 mm de distancia focal, con la incidencia perpendicular a la superficie de la dentina, 4 Frecuencia Hz, 200 mJ de energía, la energía total de 62 J y 313 pulsos, una aplicación en tiempo de minuto y de 2,25 W de potencia.

Relación polvo-líquido y ajuste de la hora de cada sellador se determinó anteriormente. Para la prueba de adherencia, una máquina universal de ensayos se utilizó (Instron, modelo 4444).

Los resultados mostraron una diferencia estadística al 1% para los cazadores de focas probado y los diferentes tratamientos de la superficie de la dentina. El 26 ® Sellador mostró los mejores valores de adherencia se llegaba ni a la dentina como la solución fisiológica tratados dentina en comparación con endometasona ®, Grossman y N-Rickert selladores ®.

La aplicación del láser Er: YAG a la superficie de la dentina no alteró la adhesión de la Grossman, N-Rickert ® y selladores endometasona canal ® raíz, aumentando, sin embargo, la adhesión de sellador 26

BIBLIOGRAFIA.

Biedma BM, Varela Patiño P, Park SA, Barciela Castro N, Magna Muñoz F, Gonzales Bahillo JD, Cantatore G. Comparative study of root Canals instrumented manually, with and without Er-YAG laser. Photomed Laser Surg. (2005)

Takeda FH, Harashima T, Kimura Y, Matsumoto K. Un estudio comparativo de la remoción del barro dentinario por medio de tres irrigantes endodonticos y dos tipos de laser. Sociedad argentina de Endodoncia. Seccional A.O.A.(2000)

Estudio comparativo entre sustancias irrigantes y laser en endodoncia.

Facultad de Odontología Universidad de La Plata.

Etchegoyen LM, Milat EI, Cantarini LM, Basal RL, Procacci M, Garcia Gadda B, Garcia Gadda G.

La efectividad de diferentes métodos de limpieza del canal radicular siempre fue motivo de estudio de trabajos de investigación en endodoncia.

La mayoría de los investigadores concuerdan que los mejores métodos que se utilizan para la remoción del barro dentinario consisten en una técnica capaz de realizar una preparación quirúrgica que produzca una superficie dentinaria óptima para recibir el material de obturación

Cuando Hibs y Keller en 1989 iniciaron investigaciones sobre el laser Er YAG en odontología, surge un adelanto científico interesante que mejoraría la calidad del tratamiento teniendo como objetivo optimizar la calidad de atención al paciente.

La longitud de onda del laser de ER YAG, que es de 2940 nanómetros y la selectividad de absorción de los tejidos limita el efecto térmico residual sobre los tejidos vecinos, y evita procesos de carbonización y fusión de los tejidos duros dentarios

Aunque en la actualidad se utilizan sustancias irrigantes con la finalidad de remover el barro dentinario, se ha demostrado que existen diferencias en las superficies dentinarias del conducto radicular tratadas con el laser de Er- YAG y las sustancias irrigantes.

Para este trabajo se utilizaron 20 piezas dentarias, incisivos centrales superiores, de adultos jóvenes, con enfermedad periodontal, extraídos en la Facultad de Odontología de la

UNLP, seleccionados según parámetros clínicos y radiográficos de ausencia de cualquier tipo de anomalía dentaria.

De estas piezas 10 se trataron con laser de Er-YAG con una potencia de 160 mJ, frecuencia de 15 Hz durante 20 segundos completando las 300 pulsaciones y 10 con EDTA (ácido etileno diamino tetra acético) al 17%.

En los conductos radiculares tratados endodónticamente la presencia de barro dentinario impide la llegada de medicamentos antibacterianos y al mismo tiempo una correcta obturación del mismo.

Esto genera la necesidad de eliminar dicho barro para preparar adecuadamente las paredes dentinarias de los conductos radiculares.

Luego del tratamiento realizado a ambos grupos dentarios, las piezas observadas al microscopio electrónico de barrido presentaron diferencias significativas en el tercio medio y apical del conducto radicular.

Las tratadas con EDTA al 17% mostraron algunas el tercio medio libre de la capa de barro dentinario y en otras muestras se observo la presencia del mismo.

En el tercio apical había presencia del mismo en la superficie del conducto radicular.

El laser de Er YAG produce eliminación completa del barro dentinario en el tercio medio y apical del conducto radicular.

Los irrigantes químicos dejan en el tercio apical restos de barro dentinario.

BIBLIOGRAFIA.

Biedma BM, Varela Patiño P, Park SA, Barciela Castro N, Magna Muño F, Gonzales Bahillo JD, Cantatore G. Comparative study of root Canals instrumented manually, with and without Er-YAG laser. Photomed Laser Surg. (2005)

Takeda FH, Harashima T, Kimura Y, Matsumoto K. Un estudio comparativo de la remoción del barro dentinario por medio de tres irrigantes endodonticos y dos tipos de laser. Sociedad argentina de Endodoncia. Seccional A.O.A.(2000)

ISRAEL, M.; COBB, C. M.; ROSSMAN, J. A.; SPENCER, P.: The effects of CO₂, Nd:YAG and Er:YAG lasers with and without surface coolant on tooth surfaces. An in vitro study. J. Clin Periodontol v.24, n.9, p. 595-602, 1997.

KANTOLA, S. Laser induced effects on tooth structure, A study of changes in the calcium and phosphorus contents in dentine by electron probe microanalysis. Acta Odontol. Scand., v.30, n.4, p.463-74, 1972.

KANTOLA, S; LAINE, E; TARNA,T. Laser induced effects on tooth structure:VI. X-ray diffraction of dental enamel exposed to a CO₂ laser. Acta Odontol.Scand., v.31, n.6, p.369-79, 1973.

KAPLAN A.E.; GOLDBERG F.; ARTAZA L.P.; DE SILVIO A.; MACCHI R.L. Disintegration of endodontic cements in water. J Endod., v.23, n.7, p.439-41, 1997.

KENNEDY W.; WALKER W. A.; GOUCH, R. W. Smear layer removal effects on apical leakage. J Endod. v.12, n.1, p.21-7, 1986.

LAGE-MARGUÊS, J.L.; EDUARDO, C.P. O emprego do Laser na Endodontia. In: BERGER, C.A., Endodontia, São Paulo, Pancast, p.399-414, 1998.

Investigación y nuevas tecnologías

Etchegoyen LM, Milat EI, Cantarini LM, Basal RL, Procacci M, Garcia Gadda B, Garcia Gadda G.

Facultad de Odontología Universidad de La Plata.

Se estudió in vitro el efecto del láser Er: YAG y la solución de EDTA sobre la superficie de la dentina en la adhesión de diferentes cementos basados en resina epoxi.

El relleno de los conductos radiculares es una de las fases importantes del tratamiento endodóntico y depende directamente no sólo a todas las fases, como la preparación, limpieza y desinfección de los canales y los materiales de relleno utilizado.

Así, la obturación del conducto radicular significa llenar con material de una forma más hermético posible y mantenerla desinfectada y la prevención de la contaminación.

Hacia finales del siglo XIX y principios del siglo XX, muchos autores han denominado a esta fase del tratamiento endodóntico, y subrayó la importancia de la elección de los materiales de obturación, y preocupado por el mantenimiento de los tejidos periapicales sanos (Prinz, 1912; Callahan, 1914; BUCKLEY, 1929; Rickert, 1927; GROSSMAN, 1936; PUCCI, 1945).

La preocupación por el relleno de los conductos radiculares ha sido siempre un tema importante y, en 1912, Prinz establecido una serie de requisitos que un material de relleno debería tener. De estos requisitos, se han añadido, con el desarrollo de la investigación, se han propuesto por Grossman (1958), Block et al. (1978), TORABNEJAD et al. (1979), Morse et al. (1981), Branstetter & FRAUNHOFER (1982), Holland et al. (1983).

Así que hoy, podemos destacar los siguientes requisitos como material de relleno debe tener: a) no debe ser un agente necrolítico b) deben tener cualidades antisépticas, también, c) la entrada, debe ser fácil en el canal d) deberían ser biocompatible, e) no debe causar alteraciones cromáticas en las estructuras dentales f) proporcionará una estabilidad dimensional, g) no deben solubilizar y no se desintegran h) debe ser radiopaca i) deben ser removidas fácilmente del canal de la raíz fue necesarias para j) debe proporcionar un sellado hermético del conducto radicular l) debe tener buena adherencia a las paredes del conducto radicular, m) ser de fácil manejo y permitir el flujo necesario para llenar los conductos laterales, n) no debe causar la respuesta inmune a los tejidos periapicales , o) no puede tener características mutagénicas o cancerígenas.

La obtención de un sellador es una utopía ideal, pero el deseo siempre ha sido perseguido por los investigadores y los clínicos.

Hemos utilizado 99 molares superiores humano que se utilizo su corona para obtener una superficie plana transversal al eje longitudinal del diente y se dividieron en tres grupos con 33 dientes cada una.

En el primer grupo, la superficie de la dentina no recibieron ningún tratamiento. En el segundo, aplicado sobre la dentina una solución de EDTA durante cinco minutos y el tercero, la dentina ha recibido la aplicación Laser de Er: YAG con los parámetros siguientes: 2,25 W de potencia, 11 mm de distancia focal, la frecuencia de 4 Hz, período de aplicación de 1 minuto y la energía de 200 mJ, 62 J de la energía total que se aplica a los dientes. Tres dientes de cada grupo fueron enviados para su análisis por microscopía electrónica de barrido.

Así, cada grupo estaba compuesto de treinta y tres dientes, que se utilizaron para el estudio. Los cementos basados en resina epoxi probados fueron: AH Plus, Topseal, Sellador de 26 TM, 26 TM y AH Plus sellador. Fillcanal de cemento, el tipo de cemento Grossman a base de óxido de zinc y eugenol, se utilizó como control.

La resistencia de la unión fue detectado por una máquina universal de ensayos.

Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas al nivel del 1% entre la dentina condiciones de tratamiento. Así, la dentina tratados con láser Er: YAG siempre que la mayor adhesión a la dentina tratados con la solución aportada adhesión EDTA intermedios y la dentina no ha recibido ningún tratamiento mostró la menor adherencia.

En el caso de los selladores de conductos a prueba, la prueba de Scheffé indica la formación de 5 grupos en orden decreciente de adhesión a la dentina: AH Plus, con la máxima dotación de bonos; Topseal sellador y 26A, con valores estadísticamente similares; AH 26 TM; sellador Plus e Fillcanal, con la menor cantidad de adhesión.

BIBLIOGRAFIA.

Biedma BM, Varela Patiño P, Park SA, Barciela Castro N, Magna Muñoz F, Gonzales Bahillo JD, Cantatore G. Comparative study of root Canals instrumented manually, with and without Er-YAG laser. Photomed Laser Surg. (2005)

Takeda FH, Harashima T, Kimura Y, Matsumoto K. Un estudio comparativo de la remoción del barro dentinario por medio de tres irrigantes endodonticos y dos tipos de laser. Sociedad argentina de Endodoncia. Seccional A.O.A.(2000)

Estudio comparativo in Vitro sobre la exactitud en el reposicionamiento de bandas ortodóncicas arrastradas con alginato.

Perdomo Sturniolo I. L.; Tomaghelli E. R.; Tomaghelli, C.

Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Odontología.

El único propósito de las bandas ortodóncicas es el de fijar los vínculos que la acompañan (brackets, tubos y auxiliares) en correcta relación con los dientes. Una banda ortodóncica debe adaptarse a los contornos del diente tan íntimamente como sea posible, mejorando así la relación del vínculo con el diente.

Si se observa una posición inadecuada de la banda, o pasa inadvertida, a la observación clínica, puede provocar efectos indeseables. Determinar la discrepancia existente entre la ubicación de las bandas colocadas en el modelo maestro y luego del arrastre sobre el modelo de trabajo y comparar la discrepancia del reposicionamiento entre las bandas lisas y las bandas con retención. Si se utiliza alginato para la impresión, habrá que estabilizar e inmovilizar las bandas con trozos cortos de alambre para evitar su movimiento cuando se vibra yeso piedra dentro de la impresión.¹ También puede colocarse cera pegajosa a la banda cubriendo la superficie de las mismas, para que no queden incrustadas en el yeso durante el vaciado del modelo de trabajo.² Sin embargo otros autores utilizan la cera pegajosa para evitar su desplazamiento durante el procedimiento de vaciado del modelo.³

Bandas arrastradas con alginato. Tamaño de la muestra: N = 60 unidades. N = 30 bandas lisas. N = 30 con retención. realizado el vaciado con yeso. Materiales para la confección de impresión. Alginato. Cubeta estándar de acero inoxidable de flanco alto tipo Rin – Block. Alambre de acero inoxidable de sección redonda de 0,5 milímetros de diámetro. Soldadora de punto, micromotor. Disco de carburo de corte fino. Piedra de dióxido de silicio. Goma para metal tipo Kenda. Disco de corte extrafino metálico tipo Orico. Prueba y adaptación de las bandas al modelo maestro. Confección del ansa y soldado a la banda. Realización de marcas de medición. Elección y prueba de la cubeta. Preparación del material y toma de la

¹ Tenenbaum Mario. Ortodoncia Fundamentos y técnica. Ed. Intermédica. 1991; (11): 419-447.

² Aguila Ramos F. Juan Manual de laboratorio de ortodoncia. Primera reimpresión. Actualidades médico odontológicas Latino Americana, C. A. 1999; 15:125

³ Mc Namara James A., Jr. Tratamiento ortodóncico y ortopédico en la dentición mixta. Edición castellana 1º impresión 1995. Needham Press. 7:144

impresión. Arrastre de las bandas con material para impresión. Vaciado del modelo obtenido con la impresión. Recorte y terminación del modelo. Medición. Luego de analizar los datos obtenidos por el test de Student, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos lisas y con ansas. $T - Student P = 0.1472$. Media de grupos 95%. Error Estándar de las diferencias 0.375 – 0.521. Desvío Estándar 0.34485 – 0.42430. Muestras 30 – 30.

Ninguno de los autores buscó la manera de medir la exactitud con que se reposicionaban esas bandas en el material de impresión y luego en el modelo de trabajo. Tampoco se han establecido parámetros acerca de la tolerancia en el movimiento de la banda. Es por ello que en esta investigación se buscó la manera de mejorar la precisión en el reposicionamiento de bandas lisas, a las cuales luego se le debieron soldar aditamentos para construir diferentes aparatos como por ejemplo: técnicas distaladoras (Joe – Jing, Mollin, Geanelli), mantenedores de espacio, barras palatinas, arcos linguales entre otros. Los resultados obtenidos con bandas lisas con el agregado de retención en forma de ansa obtienen valores de reposicionamiento en el modelo de trabajo inferiores a 0.5 milímetros, en contraposición a los autores McLaughlin, Bennett, Trevisi los cuales determinan margen de tolerancia "0". Podemos concluir que no hubo valores significativos en ningún parámetro de medición de los grupos de muestras. El comportamiento de las bandas lisas arrastradas es complejo y conjugado en cuanto al movimiento que se observa, en las diferentes caras de la misma. Si tomamos como valor ideal 0 absoluto, significando que 0 es que no hubo discrepancia o movimiento de la posición de la banda sobre el modelo maestro a la reposición sobre el modelo de trabajo, ninguna de las 60 muestras obtuvo ese valor en todas sus caras. Al realizar la comparación entre los grupos de muestras se observó que la discrepancia media de las bandas lisas es mayor a las bandas con el agregado de retención en tres de sus caras vestíbulo mesial, lingual mesial, lingual distal, observándose con excepción la cara vestíbulo distal donde se vio un mejor valor en las bandas lisas, que en las bandas con retención.

Aguila Ramos Juan F. Manual de laboratorio de ortodoncia. Ed. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas, C. A. 1999; (15): 125.

Bennett, J. C.; Mc Laughlin R. P., Mecánica en el tratamiento de ortodoncia y la mecánica de tratamiento. Madrid. Ed. Mosby. 1994; (7): 89.

Mc Laughlin R. P. Bennett, Trevisi. Mecánica sistematizada del tratamiento ortodóncico. Primera edición. Mosby. 2004.

Mc Namara James A., Jr. Tratamiento ortodóncico y ortopédico en la dentición mixta. Edición castellana 1º impresión. Needham Press 1995.

Rosé Marcos M; Verdón Pierre. Ortodoncia de Mollin. Técnica e interpretación filosófica. Ed. Único. 1984; (3): 29.

Comparación de propiedades mecánicas de materiales para base de dentaduras. (Presentación oral)

Gardiner, R. de Barrio, M. Azzarri, M.J. Durso, G. Ciccone, F. Toloy, H. Iasi, R.

Asignatura Materiales Dentales, Facultad de Odontología. U.N.L.P. Departamento de Biomateriales. U.T.N. L.E.M.I.T.

La prótesis removible puede estar retenida por dientes remanentes o por implantes pero está soportada en mayor o menor grado por la mucosa del reborde alveolar residual (1).

La parte de la prótesis que sostiene los dientes artificiales y que, a su vez, está destinada a adosarse y mantenerse en los tejidos blandos de la boca se denomina base de la prótesis o dentadura. Cuanto mayor sea la adaptación de la base a los tejidos blandos, tanto mejor será la retención de la prótesis y más útil y cómoda resultará para el paciente (2).

La selección de los distintos materiales específicos se ha basado en la disponibilidad, costo, propiedades físicas, cualidades estéticas y características de manipulación. Las primeras prótesis se formaron al tallar bases de dentaduras a partir de materiales naturales, como la madera, el hueso y el marfil.

El uso de los vaciados y procedimientos de forjado establecieron a los metales y aleaciones metálicas como materiales viables para bases de dentaduras. A medida que pasó el tiempo, y debido a los problemas de estabilidad dimensional y de color, otros polímeros desplazaron al caucho vulcanizado, se emplearon polimetilmetacrilato, poliestireno, polivinilacrílico, poliamidas, etc.

Los materiales se obtuvieron de dos partidas distintas con su determinada fecha de vencimiento. Las marcas comerciales que se utilizaron fueron: grupo 1, Resinas acrílicas de termocurado; marca comercial Subiton del laboratorio Prothoplast. Grupo 2, Resina acrílica inyectadas; marca comercial Acrilato Deflex. Grupo 3, Poliamida flexible; marca comercial Deflex. Grupo 4, Poliamida flexible; marca comercial Valplast. Grupo 5, Resina acrílica polimerizada con microondas, marca comercial Ruthinium Micropoll

Confección de las muestras para cada grupo: Para el estudio de resistencia al impacto, resistencia a la flexión y dureza, se confeccionaron probetas siguiendo las indicaciones del fabricante y las normas IRAM 27008 correspondientes a polímeros para base de dentadura. Las medidas de las muestras fueron de 10mm x 10mm x 100mm para resistencia flexural; y 10mm x 10mm x 55mm para resistencia al impacto.

La resistencia a la flexión se evaluó con una máquina Instron modelo 4483 de carga máxima de 15 toneladas con un desplazamiento de 0,7 mm por segundo. Para la medición de resistencia al impacto se utilizó un Péndulo

para Charppy. Para la medición de dureza se utilizó un durómetro método Rocwell, escala M, esfera de ¼ de pulgada y carga 100 kg.

Existen diferencias significativas entre los cinco grupos $P < 0,0001$; tanto en la resistencia a la flexión, como en la dureza y la resistencia al impacto. Siendo las poliamidas Deflex las que tienen propiedades intermedias (semirígidas).

En cuanto a dureza y resistencia al impacto hemos coincidido con los valores reportados por Neisser y Tanji (3). Los valores de este trabajo dan a las Poliamidas Deflex con valores superiores a las Poliamidas Valplast, lo cual podría tener directa relación con el tipo del Nylon utilizado en la composición de cada una de ellas. Otros autores concluyen que los mayores valores en las propiedades estudiadas fueron para las resinas curadas por energía de microondas. Nuestros valores fueron similares probablemente la potencia de los aparatos de microondas o el tiempo utilizado fueron distintos, que además tienen como ventaja la practicidad en su técnica (4).

Por el avance de los materiales dentales existe una amplia gama de marcas comerciales tanto de resinas a base de metil metacrilato como así también de poliamidas de uso odontológico.

Debemos ser muy cuidadosos en el momento de realizar la elección de cualquier material, sobre todo en el caso de las poliamidas por no existir trabajos científicos publicados en los cuales podamos sustentarnos.

Con respecto a las propiedades estudiadas en este trabajo podemos concluir que las poliamidas marca Deflex obtienen valores superiores con respecto a las poliamidas marca Valplast. Las mismas (poliamidas Deflex) tienen propiedades intermedias entre las resinas convencionales y las curadas con microondas, por lo tanto se las puede considerar semirígidas.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Llana Plasencia J.M^º. Prótesis completa. 1º Ed. Barcelona: Editorial Labor; P. 2. 1992.
- 2- Skinner E.W., Phillips R.W. La ciencia de los materiales dentales. Argentina (BuenosAires): Ed. Monai; P 160-178, 179-193 y 194-213. 1970.
- 3- Tanji, Maurício; Domitti, Saide Sarckis; Consani, Rafael Leonardo Xediek; Consani, Simonides; Marchese, Marco Polo. Influência de ciclos de polimerização sobre a resistência ao impacto de resinas acrílicas / Effect of polymerization cycles on the impact strength of acrylic resins. PCL;4(17):44-8, jan.-fev. 2002.
- 4- Miessi, Ana Carolina; Goiato, Marcelo Coelho;Ribeiro, Paula do Prado; Santos, Daniela Micheline dos; Pesqueira, Aldiéris Alves; Haddad, Marcela Filiè. Microhardness of four different acrylic resins for dentadure bases. [Cien odontol. bras](#);10(4):49-54, out-dez 2007.

Evaluación del Endodonto mediante Diafanización

Borrillo C.G.

Asignatura de Endodoncia Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Los adelantos terapéuticos en materia de endodoncia han exigido un conocimiento más racional de la anatomía y la topografía de las piezas dentarias. La disposición de los conductos secundarios, colaterales y aún de los principales es sumamente caprichosa. Fusiones, bifurcaciones, cambios de trayectoria, colaterales aislados o en tanta cantidad como para formar plexos, hacen que la topografía del conducto se torne extraordinariamente irregular y más aún imposible de prever. Para emprender un trabajo endodóntico se debe conocer perfectamente la anatomía topográfica y sus variaciones, con lo cual aumentará notablemente el éxito de los tratamientos endodónticos. El conocimiento de la topografía de los conductos radiculares evidencia las dificultades terapéuticas para conseguir la eliminación total de restos pulpares infectados o en diferente grado de degeneración y la consiguiente invasión tóxica al tejido periodontal con la instalación de los focos sépticos apicales. El método Okumura-Aprile practicado en más de dos mil piezas dentarias normales, proporciona un conocimiento racional de la morfología y topografía del conducto radicular. La renovación del concepto anatómico modifica el de la patología y el de la clínica, de lo que resulta la necesidad de la búsqueda de terapéuticas acordes con las características de las estructuras reveladas (lo que hasta ahora se clasificaba como raro pasa a constituirse en normal). Los materiales utilizados para la técnica de diafanización son: 420 piezas dentarias (30 por cada grupo), tinta china, esmalte para uñas, ácido nítrico al 5%, agua desmineralizada, alcohol etílico al 60% y al 90%, alcohol absoluto y salicilato de metilo. Una vez realizado los accesos de todas las piezas dentarias, éstas fueron colocadas en un recipiente con tinta china durante 7 días. Secados los dientes luego de su lavado se procedió a realizar la técnica de diafanización para volverlos transparentes y así poder observar los sistemas de conductos. Se cubrieron las coronas con esmalte de uñas para que no se desmineralicen por completo y se colocaron en ácido nítrico durante 72 hs; posteriormente en alcohol etílico al 60% durante 24hs. Luego en alcohol absoluto. Con lupa 4X se observaron y clasificaron las variaciones del endodonto por grupo dentario. Podemos describir los siguientes hallazgos y establecer la siguiente

clasificación de los conductos radiculares: conducto principal (es el más importante que pasa por el eje dentario, pudiendo alcanzar sin interrupciones, el ápice radicular), bifurcado o colateral (corre paralelamente al conducto principal, pudiendo alcanzar independientemente el ápice), lateral (corre del conducto principal hasta el periodoncio lateral generalmente por encima del tercio medio), secundario (sale del tercio apical del conducto principal y termina en el periodonto), accesorio (deriva de un conducto secundario para terminar en la superficie externa del cemento apical), interconducto (pequeño conducto que comunica entre sí dos o más conductos; no alcanza el cemento ni el periodonto), recurrente (sale del conducto principal sigue un trayecto dentinario y vuelve al principal), conductos reticulares (son el resultado del entrelazamiento de tres o más conductos que corren casi paralelamente, por medio de ramificaciones de interconducto, acercándose a un aspecto reticulado), deltas apicales (son las múltiples derivaciones que se encuentran cerca del mismo ápice y que salen del conducto principal para terminar en breve digitación en la zona apical), permeabilidad dentinaria (penetración del colorante en el interior de los conductillos dentinarios) y cavo interradicular (nace del piso de la cámara pulpar y termina en el periodonto en la zona de bifurcación o trifurcación radicular). Encontramos realidades anatómicas antes consideradas accidentes en todas las piezas dentarias estudiadas. No encontrar alguna complejidad del endodonto es una excepción a la norma. Todas las raíces presentan distintos grados de variaciones. No existe tratamiento endodóntico que por su preparación quirúrgica elimine el contenido orgánico del sistema complejo de los conductos radiculares. Lo que favorece la neutralización de esos componentes son las soluciones irrigadoras. La terapéutica racional del conducto debe adaptarse a la complejidad anatomotopográfica. Aprile H, Aprile E. Topografía de los conductos radiculares.pp 686-692.1947.Kuttler Y.Microscopic investigation of root apexes.pp 544-552.1955. Poladian A J, Lazo G, Lazo S, Durzo G. Evaluación histoclínica del cierre biológico apical posterior al tratamiento endodóntico.Estudio al microscópico electrónico de barrido.Revista de la Asociación Española de Endodoncia. 22:93-103.2004.Poladian A J, Blustein D R, Rodríguez A M. Configuración radicular externa e interna. Su importancia en el éxito del tratamiento endodóntico.Revista de la Asociación Española de Endodoncia.24:78-86.2006..

Valoración de la sutura Coronal en la identificación humana.

Abilleira, Elba; Mancuso, Pablo. Bustamante, Carlos; Fingermann, G.; Viskovic, Maria Cristina; Caserio, Jorge; Gutierrez, Carlos.

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata

Este trabajo está diseñado para contribuir a la Odontología Forense aplicando los conocimientos anatómicos y así, intentar resolver los problemas de identificación rutinarios que se presentan en la medicina forense. Con un entendimiento básico de la nomenclatura, datos técnicos y materiales, el médico forense puede fácilmente calificarse a si mismo para manejar casos de identificación en hallazgo de restos óseos no identificados, utilizando el aporte que nos brindan las suturas craneales para arribar a identificaciones técnicas positivas. Los diagnósticos de edad basados en las suturas craneales se aceptan, bien como un "indicador sugestivo, azaroso e irreal", de "poco uso" o simplemente como uno de los elementos constitutivos del método complejo, útil, cuando se usa conjuntamente con otros indicadores de edad en el esqueleto" (Meindl, Lovejoy, 1985). No obstante, su aplicabilidad no hay que desestimarla pues en los casos en que disponemos solamente del cráneo, que se presenta con gran frecuencia, su utilidad se evidencia como la única fuente de información para el diagnóstico de la edad y género. El objetivo es realizar un aporte al conocimiento de la anatomía, aplicada a la odontología legal, como así también obtener constantes sobre las sutura Coronal, establecer parámetros anatómicos para la identificación de restos óseos en cuanto al género, establecer parámetros anatómicos para la identificación de restos óseos en cuanto a edad, establecer valores estándares de aplicación en identificación humana y determinar si existe variabilidad significativa de la sutura Coronal con la expuesta por los distintos autores. Para la realización del trabajo se utilizarán cráneos humanos adultos obtenidos del Gabinete de Osteometría de la Sección Odontología Legal, ubicada en el Cementerio de la Ciudad de La Plata, Buenos Aires, Argentina. La muestra será de 300 cráneos sin distinción de edad, género y raza, considerando a cada cráneo como 1 unidad experimental. Para el análisis de la morfología y características de la sutura, se tomará como norma de observación, la Sutura Anterior, Frontal o Frontalis de Pritchard (Coronal), con el cráneo orientado por el plano de Frankfort. Cada Sutura se dividirá en segmentos: Sutura Coronal: tres fragmentos a cada lado del Bregma, que se denominan del centro a la periferia C1, C2 y C3 a la izquierda y a la derecha respectivamente. (C1d - C1i) - Pars Bregmática: C-1. Pars Complicada: C-2. Punto Midcoronal (punto medio en la mitad de la pars complicada). Pars Temporalis: C-3. Se clasificará la sinostosis según la escala de Masset.

Se utilizará el método de observación morfológica (subjetiva) mediante visión directa con elementos de magnificación óptica y fotografías digitales analizadas con programas específicos. Los datos se volcarán en planillas especialmente diseñadas. Posteriormente, con los datos filiatorios obtenidos del Cementerio, se establecerá el cruce de la información según edad y género mediante el número de acta. Obtenidos los datos filiatorios y en base a las planillas de registro, las muestras se dividirán en 2 grupos: cráneos de género femenino y cráneos de género masculino y cada grupo en 5 subgrupos, teniendo en cuenta la edad entre 20 y 29 años, 30 y 39 años, 40 y 49 años, 50 y 59 años, entre 60 y 69 años y 70 +. Luego se procederá al análisis estadístico de los resultados para obtener las conclusiones y comparación con los hallazgos de los diversos autores. En los resultados parciales se han analizado un total de 100 UE. De los cráneos analizados, el 80 % corresponde al género masculino, de los cuales el 40 % corresponde al rango de edad entre los 60 a 69 años. La pars temporalis de la Sutura (C3) se observó con grado 4 de sinostosis en el rango de edad entre 63-78 años, lo que no coincide con lo hallado en la bibliografía. En cuanto al lado (C3d y C3i) no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al grado de sinostosis. Los resultados en cuanto a la edad son heterogéneos según los autores. Para Parson y Box el orden de sinostosis de las principales suturas es el siguiente: coronal, sagital a lambdoidea. En cambio para Ribbe el orden se invierte entre las dos primeras: sagital, coronal y lambdoidea. Autores como Todd y Lyon, igual que Ribbe, encontraron que el cierre más temprano ocurría a los 25 años y el más tardío a los 50 años, en el siguiente orden: sagital, coronal y lambdoidea. Topinard en base a observaciones realizadas por Broca y Hamy entre otros, indicó que la sinostosis se da en el siguiente orden:

- Coronal en su tercio inferior: 40 años.
- Parte superior de la coronal: 50 años.

Para obtención del género, no se hallaron constantes, ni datos significativos en la bibliografía. De lo expuesto hasta el momento y en base a los resultados parciales obtenidos estamos en condiciones de afirmar que existen diferencias significativas en cuanto a la edad de sinostosis de la Sutura Coronal según la bibliografía consultada, sobre todo a nivel de C3. No existen hallazgos que demuestren hasta el momento, diferencias significativas en cuanto al dimorfismo sexual en las UE analizadas.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Giles, E. Journal of Forensic Sciences. Editorial Molina. Vol. 36 No. 3 Mayo 1991 pp. 898 – 901.
- Vargas Alvarado, E. Medicina Legal. Editorial Lehmann. Costa Rica, 3ª Edición

Valoración de la sutura Lambdoidea en la identificación humana

Abilleira, Elba; Mancuso, Pablo. Bustamante, Carlos; Fingermann, G.; Viskovic, Maria Cristina; Caserio, Jorge; Gutierrez, Carlos.

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata

Desde el nacimiento hasta la vejez, la edad y el género se pueden diagnosticar con gran aproximación mediante la observación de la forma y el estado de metamorfosis de los centros de osificación, la formación y erupción dental y la progresión en el cierre epifisial, como también, por la longitud de los huesos largos (Krogman, Iscan, 1986; Iscan et al., 1989; Ubelaker, 1989). En los métodos macroscópicos, las costillas esternales por su posición y función constituyen un sitio particular excelente para la observación de la metamorfosis durante la vida del individuo. La unión costo-condral se localiza en un lugar relativamente estable, poco sujeto a efectos de locomoción, embarazo, parto y peso de la persona; estos procesos sí afectan el diagnóstico a partir de la sínfisis púbica, la superficie auricular del ílion y de los huesos largos (Iscan, Loth, 1989: 27-29). La región sacro-ílica en sus superficies articulares del ílion y sacro evidencia pocas diferencias sexuales hasta la pubertad, a partir de la cual se acentúa el proceso de anquilosamiento en las mujeres por la acción de los partos y la locomoción, más que en otras regiones del cuerpo. En virtud de la amplia variabilidad sexual, racial y profesional, los diagnósticos de edad y género basados en las suturas craneales se aceptan, bien como un "indicador sugestivo, azaroso e irreal", de "poco uso" o simplemente como uno de los elementos constitutivos del método complejo, útil "cuando se usa conjuntamente con otros indicadores de edad en el esqueleto" (Meindl, Lovejoy, 1985). No obstante, su aplicabilidad no hay que desestimarla pues en los casos en que disponemos solamente del cráneo - que se presenta con gran frecuencia - su utilidad se evidencia como la única fuente de información para el diagnóstico de la edad y el género. Numerosos autores como R. Martin, Tood y Lyon, Vallois-Oliver, Masset, Valua, Parsons y Box, Ribbe, Topinard, etc., han realizado observaciones, fórmulas e índices para la estimación de la edad y género en base a las suturas craneales, obteniendo resultados muy diversos en sus hallazgos, dado se presume, a la variabilidad racial, geográfica y época de las muestras analizadas. La sutura Lambdoidea se ubica entre los huesos parietales y el hueso occipital donde es muy frecuente el hallazgo de un hueso supernumerario, el Hueso lambdoideo. Para la realización del trabajo se utilizarán cráneos humanos adultos obtenidos del Gabinete de Osteometría de la Sección Odontología Legal, ubicada en el Cementerio de la Ciudad de La Plata, Buenos Aires, Argentina. La muestra será de 300 cráneos sin distinción de edad, género y raza, considerando a cada cráneo como 1 unidad experimental. Para el

análisis de la morfología y características de las suturas, se tomará como norma de observación, la Sutura Superior, Sagital o Verticalis de Blumembach, la Anterior, Frontal o Frontalis de Pritchard, y la Posterior o Lambdoidea, con el cráneo orientado por el plano de Frankfort. Cada Sutura se dividirá en segmentos: Sutura Lambdoidea: se dividirá en tres segmentos a cada lado del punto Lambda, llamados L1, L2 y L3. pars lambdoidea (L1), pars media (L2) y pars astérica (L3). Se clasificará la sinostosis según la escala de Masset:

0= Dentada completamente abierta o existe separación clara entre huesos

1= Dentada con mínima separación entre huesos. Sinostosis Mínima

2= Línea nítida que separa ambos huesos. Sinostosis Significativa

3= Línea intercalada con segmentos de Sinostosis.

4= Sinostosis completa, sin observar límites entre huesos

Se utilizará el método de observación morfológica (subjativa) mediante visión directa con elementos de magnificación óptica y fotografías digitales analizadas con programas específicos. Los datos se volcarán en planillas especialmente diseñadas. Con los datos filiatorios obtenidos del Cementerio, se establecerá el cruce de la información según edad y género mediante el número de acta. Obtenidos los datos filiatorios y en base a las planillas de registro, las muestras se dividirán en 2 grupos: cráneos de género femenino y cráneos de género masculino y cada grupo en 6 subgrupos, teniendo en cuenta la edad entre 20 y 29 años, 30 y 39 años, 40 y 49 años, 50 y 59 años, entre 60 y 69 años y 70 +. Luego se procederá al análisis estadístico de los resultados para obtener las conclusiones y comparación con los hallazgos de los diversos autores. Se han analizado un total de 100 UE, obteniendo resultados parciales. De los cráneos analizados, el 80 % corresponde al género masculino, de los cuales el 30 % corresponde al rango de edad entre los 50 a 59 años. Los resultados más significativos permiten llegar a la conclusión que: (rango 50-59). La porción L3 se encuentra, en la mayor parte de los casos (70%) con sinostosis grado 3. Las porciones L1 y L2 se encuentran en el 70% de los casos con sinostosis grado 4. No existen diferencias en cuanto al lado. Se encontraron coincidencias para la porción L1 con los diversos autores R. Martin y Vallois-Olivier. Existen diferencias con los autores en las porciones L2 y L3. En la sutura Lambdoidea consideramos al sector L1 como la porción más representativa en el rango en tre 50-59 años de edad, con sinostosis grado 4 en el 70% de las U.E. La porción L3 presenta grado 3 de sinostosis en el mismo rango de edad. (70% de los casos) No existen hallazgos que demuestren hasta el momento, diferencias significativas en cuanto al dimorfismo sexual en las UE analizadas.

BIBLIOGRAFIA:

Vargas Alvarado, E. Medicina Legal. Editorial Lehmann. Costa Rica, 3ª Edición. Giles, E. Journal of Forensic Sciences. Editorial Molina. Vol. 36 No. 3 Mayo 1991 pp. 898 – 901.

Valoración de la sutura sagital en la identificación humana

Abilleira, Elba; Mancuso, Pablo. Bustamante, Carlos; Fingermann, G.; Viskovic, Maria Cristina; Caserio, Jorge; Gutierrez, Carlos.

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata

Desde el nacimiento hasta la vejez, la edad y el género se pueden diagnosticar con gran aproximación mediante la observación de la forma y el estado de metamorfosis de los centros de osificación, la formación y erupción dental y la progresión en el cierre epifisial, como también, por la longitud de los huesos largos (Krogman, Iscan, 1986; Iscan et al., 1989; Ubelaker, 1989). En los métodos macroscópicos, las costillas esternales por su posición y función constituyen un sitio particular excelente para la observación de la metamorfosis durante la vida del individuo. La unión costo-condral se localiza en un lugar relativamente estable, poco sujeto a efectos de locomoción, embarazo, parto y peso de la persona; estos procesos sí afectan el diagnóstico a partir de la sínfisis púbica, la superficie auricular del ílion y de los huesos largos (Iscan, Loth, 1989: 27-29). La región sacro-ílica en sus superficies articulares del ílion y sacro evidencia pocas diferencias sexuales hasta la pubertad, a partir de la cual se acentúa el proceso de anquilosamiento en las mujeres por la acción de los partos y la locomoción, más que en otras regiones del cuerpo. En virtud de la amplia variabilidad sexual, racial y profesional, los diagnósticos de edad y género basados en las suturas craneales se aceptan, bien como un "indicador sugestivo, azaroso e irreal", de "poco uso" o simplemente como uno de los elementos constitutivos del método complejo, útil "cuando se usa conjuntamente con otros indicadores de edad en el esqueleto" (Meindl, Lovejoy, 1985). No obstante, su aplicabilidad no hay que desestimarla pues en los casos en que disponemos solamente del cráneo - que se presenta con gran frecuencia - su utilidad se evidencia como la única fuente de información para el diagnóstico de la edad y el género. Numerosos autores como R. Martin, Tood y Lyon, Vallois-Oliver, Masset, Valua, Parsons y Box, Ribbe, Topinard, etc., han realizado observaciones, fórmulas e índices para la estimación de la edad y género en base a las suturas craneales, obteniendo resultados muy diversos en sus hallazgos, dado se presume, a la variabilidad racial, geográfica y época de las muestras analizadas. Establecer parámetros anatómicos para la identificación de restos óseos en cuanto al género, establecer parámetros anatómicos para la identificación de restos óseos en cuanto a edad, establecer valores estándares de aplicación en identificación humana, determinar si existe variabilidad significativa de la sutura sagital en relación a los diversos autores y aplicar los conocimientos en casos de hallazgos de restos óseos humanos adultos, fueron los objetivos propuestos. Para la realización del trabajo se utilizarán cráneos humanos adultos obtenidos del Gabinete de Osteometría de la Sección Odontología Legal, ubicada en el Cementerio de la Ciudad de La

Plata, Buenos Aires, Argentina. La muestra será de 300 cráneos sin distinción de edad, género y raza, considerando a cada cráneo como 1 unidad experimental. Para el análisis de la morfología y características de las suturas, se tomará como norma de observación, la Sutura Superior, Sagital o Verticalis de Blumembach, la Anterior, Frontal o Frontalis de Pritchard, y la Posterior o Lambdoidea, con el cráneo orientado por el plano de Frankfort. Cada Sutura se dividirá en segmentos:

Sutura Sagital: se dividirá en cuatro segmentos de adelante hacia atrás, llamados S1, S2, S3 y S4. Pars Bregmática: S-1. Pars Verticis: S-2. Pars Obélica: S-3. Pars Postica: S-4

Se clasificará la sinostosis según la escala de Masset:

0= Dentada completamente abierta o existe separación clara entre huesos

1= Dentada con mínima separación entre huesos. Sinostosis Mínima

2= Línea nítida que separa ambos huesos. Sinostosis Significativa

3= Línea intercalada con segmentos de Sinostosis.

4= Sinostosis completa, sin observar límites entre huesos

Se utilizará el método de observación morfológica (subjettiva) mediante visión directa con elementos de magnificación óptica y fotografías digitales analizadas con programas específicos.

Los datos se volcarán en planillas especialmente diseñadas.

Posteriormente, con los datos filiatorios obtenidos del Cementerio, se establecerá el cruce de la información según edad y género mediante el número de acta.

Obtenidos los datos filiatorios y en base a las planillas de registro, las muestras se dividirán en 2 grupos: cráneos de género femenino y cráneos de género masculino y cada grupo en 5 subgrupos, teniendo en cuenta la edad entre 20 y 29 años, 30 y 39 años, 40 y 49 años, 50 y 59 años, entre 60 y 69 años y 70+. Luego se procederá al análisis estadístico de los resultados para obtener las conclusiones y comparación con los hallazgos de los diversos autores. Se han analizado un total de 100 UE, obteniendo resultados parciales. De los cráneos analizados, el 80 % corresponde al género masculino, de los cuales el 40 % corresponde al rango de edad entre los 60 a 69 años. Los resultados más significativos permiten llegar a la conclusión que: (rango 60-69). La porción S3 se encuentra en la mayor parte de los casos (95%) "sutura no visible o sinostosada" (Grado 4).

La porción S2 se encuentra en la mayor parte de los casos en grado 3 y 4 de sinostosis, 60% del total de las UE., siendo el 50% del grado 3, para el rango 60-69. Hasta aquí, no se ha encontrado concordancia con los diversos autores.

BIBLIOGRAFIA:

Giles, E. Journal of Forensic Sciences. Editorial Molina. Vol. 36 No. 3 Mayo 1991 pp. 898 – 901. Vargas Alvarado, E. Medicina Legal. Editorial Lehmann. Costa Rica, 3ª Edición

Forma y posición del Disco del CACM en imágenes de RMN ponderadas en T1.

Mancuso, P.

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata

La incoordinación disco-condilar es un trastorno en el que el disco articular no se sitúa sobre el condilo en sus movimientos de rotación o de traslación, sino que se encuentra desplazado (generalmente hacia delante, pero también puede estar desplazado hacia medial y lateral) debido a una elongación de sus inserciones posteriores y/o a un aumento de la tensión de las inserciones anteriores, fundamentalmente del músculo pterigoideo externo. El desplazamiento del disco es la causa más común de trastorno interno de la ATM y puede ocurrir en cualquier dirección pudiendo ser total o parcial. La única técnica diagnóstica por imagen que nos da una excelente representación del disco articular y de los otros tejidos blandos del CACM, sin necesidad de irradiación, ni técnicas invasivas, es la Resonancia Magnética Nuclear (RMN). La exploración básica consiste en secuencias ponderadas en T1 y en T2 en el plano sagital y coronal, con boca abierta y en MIC. En general las adquisiciones van de 2 a 6, con un grosor de corte de 3 mm. cada una. Las imágenes ponderadas en T1 MUESTRAN LA ANATOMÍA ARTICULAR (nos dan una visión muy buena de la anatomía, no así de la patología, gracias al contraste existente entre la grasa (blanco) y la cortical ósea (negro). El objetivo es realizar un aporte anatómico al Diagnóstico de los trastornos del CACM, destacando la importancia de la RMN en el diagnóstico de los trastornos del CACM. Para el presente trabajo se realizó el análisis y estudio del Disco articular del CACM. Se estableció los parámetros normales de ubicación discal en Resonancias Magnéticas Nucleares obtenidas con un Resonador Cerrado de Alto Campo Marca Picker de 1,5 Tesla y Bobina de superficie. El análisis se efectuó a nivel del 3er y 4to corte condilar. El disco es redondo u ovalado, con una zona periférica gruesa y una parte más central fina. Tiene una sección mediolateral de 20 mm, aproximadamente. Posee pequeñas perforaciones en la parte delgada y central del disco. En un corte sagital, el disco normal presenta un aspecto bicóncavo; las partes anterior y posterior del disco son más gruesas y se denominan, respectivamente, banda anterior (mide 1 a 2mm de espesor) y banda posterior (mide 2,8 a 4 mm de espesor). Desde el punto de vista de su estudio, en sentido antero-posterior, en el disco se distinguen 4 zonas: zona anterior; una zona media o de trabajo, más delgada de 0,2 a 1 mm, sin vascularización ni innervación (carece de vasos y de nervios) porque amortigua las fuerzas compresivas y traccionales; zona posterior; y zona retrodiscal o bilaminar, ricamente vascularizada e inervada. De esta manera se puede determinar que el espesor de la zona posterior (EZA), central (EZM) y anterior (EZP) tienen una relación de 3:2:1,

lo que significa que el disco es más grueso en la zona posterior, seguido por la zona anterior, siendo más delgado en la zona media. En una articulación normal, la banda posterior se localiza sobre el cóndilo y la delgada zona central se sitúa entre el cóndilo y la parte posterior del tubérculo articular. La banda anterior se localiza bajo el tubérculo articular. La banda anterior, colocada en frente del cóndilo está fijada al vientre superior del músculo pterigoideo lateral, la cual muestra intensidad de señal intermedia, mediante sus fibras tendinosas, que son de baja intensidad de señal. Con boca cerrada la unión de la banda posterior con el área retrodiscal se debe localizar sobre el ápice de la cabeza del cóndilo (posición de las 12 en el reloj), y su vertiente anterior debe permanecer en contacto con la concavidad de la zona central y más delgada del disco interarticular. Con el maxilar en apertura, el disco se interpone anteriormente entre los componentes óseos. Las variaciones de posición discales, ocurren cuando la banda posterior discal se encuentra localizada anterior a la posición 12 horas. Sin embargo, también se consideran posiciones normales del disco cuando la banda posterior se encuentra anterior a la posición 12 horas, pero donde la vertiente anterior del cóndilo mandibular y la concavidad inferior del disco todavía permanecen en contacto. Si estas dos superficies se encuentran separadas por al menos 2 mm, se considera que el disco está desplazado. El disco muestra intensidad de señal baja en las imágenes potenciadas en T1, mientras que la sinovial en los espacios articulares superior e inferior muestran intensidad de señal intermedia. La zona intermedia delgada se localiza entre las superficies corticales de baja señal de la eminencia articular y la cabeza condílea. La zona intermedia también conocida como zona de carga, mantiene una relación constante con el cóndilo y la eminencia temporal durante la traslación. Dentro de la zona bilaminar, se puede distinguir una banda paralela de la baja intensidad de señal demarcando las fibras superiores e inferiores de la zona bilaminar. La transición entre la banda posterior y el complejo retrodiscal bilaminar puede marcarse por una línea vertical de intensidad de señal intermedia. En la posición de boca cerrada, la banda posterior ocupa la posición de las 12 en punto respecto de la cabeza condílea.

BIBLIOGRAFIA:

Agerberg G, Carlsson G. Functional disorders of the masticatory system: I distribution of symptoms by questionnaire. *Act Odont Scand* 1972;30 (6):597-613.; Agerberg G, Osterberg T. Maximal mandibular movements and symptoms of mandibular dysfunction in 70 years old men and woman. *Swed Dent J* 1974;76(5):147-63.; Foucart J-M, Carpentier P, Pajoni D. et al. MR of 732 TMJs: anterior, rotational, partial and sideways disc displacements. *Eur J Radio* 1998; 28: 86-94 Liedberg J, Westesson P-L, Kurita K.

El mononylon, puede ser considerado como un material de sutura ideal en cirugía oral.

Ressia, E. A.; Di franco, P. L.

Asignatura Cirugía A - Facultad de Odontología - Universidad Nacional de La Plata.

Los materiales de suturas se dividen, de acuerdo con los elementos con los cuales han sido elaborados, en naturales y sintéticos; el comportamiento de este material en los tejidos orgánicos los clasifica en absorbibles y no absorbibles, dependiendo de si son degradados o no por el organismo; y en número de hebras de su textura, los identifica como monofilamentos o multifilamento, las cuales a su vez, pueden ser torcidas o trenzadas. (1).

El calibre, es quien denota el diámetro del material de sutura; expresado en números que parten de cero, aumentando el mismo por cada número mayor de 1 hasta el 7 y disminuyendo al adicionales ceros hasta llegar al 6-0. A medida que disminuye el diámetro, disminuye la fuerza de tensión; lo ideal es utilizar el diámetro de sutura más pequeño que tenga la fuerza de tensión suficiente para mantener adecuadamente la reparación del tejido.

La fuerza de tensión de una sutura, técnicamente es la fuerza que el hilo soporta antes de romperse, por lo que las suturas deben ser tan resistentes como el tejido normal a través del cual son colocadas. La fuerza de tensión de la sutura es la responsable de mantener el tejido en perfecta aposición mientras tiene lugar la cicatrización.

La tasa de absorción, es el tiempo en que una sutura es degradada por el organismo vivo y se expresa en días. Este proceso puede ocurrir de dos maneras, una por digestión enzimática, como una reacción a cuerpo extraño, bien sea leve o grave, y otra por hidrólisis causada por la penetración de los fluidos del organismo, rompiendo las moléculas del material de sutura; por lo tanto, en este tipo de absorción hay menor reacción del organismo. (3).

El mononylon, es un material sintético, no absorbible, monofilamento, compuesto por nylon y un polímero de poliamida, resultante de la interacción de un ácido dicarboxílico y una diamida, tiene una fuerza de tensión alta, buena elasticidad y una mínima reacción de tejido; presentando el inconveniente de poseer memoria, la cual consiste en la capacidad que tiene la sutura de volver al estado lineal, por lo que requiere que los nudos sean cuidadosamente anudados. (2 -3). Se degrada por el mecanismo de capilaridad a una tasa de 15 – 20% al año, con la correspondiente pérdida de la fuerza de tensión. Se encuentra en forma de monofilamento, color negro, natural, azul de diversos calibres que van del 11-0 al 2 con o sin aguja. (4). El objetivo del presente trabajo es determinar si el mononylon, como material de sutura es ideal para poderlo utilizar en cirugía oral. Para tal fin se trabajo sobre pacientes adultos concurrentes a

la asignatura cirugía A, de ambos géneros, entre 21 y 50 años de edad, sin distinción de raza ni condición social, quienes debían recibir tratamiento quirúrgico, de acorde a la patología dentomaxilar que presentaban en el momento de la consulta. Previo a la misma, se les realizó la correspondiente historia clínica, estudios complementarios (hemograma completo, radiografías, etc), arribando a un diagnóstico clínico y radiográfico, lo que nos permite determinar el tratamiento quirúrgico a seguir, su pronóstico y por consiguiente su evolución post operatoria. A cada paciente, se lo trato según el caso clínico quirúrgico en particular tanto en el pre operatorio como en el post operatorio, con antibióticos, analgésicos antiinflamatorios no esteroides y se les entrego las indicaciones a seguir por escrito.

Todos los pacientes que fueron suturados con mononylon, relataron no haber tenido molestia alguna, halitosis, mal gusto, irritación, dolor, picazón, ardor, etc.; al igual que las zonas evaluadas clínicamente no presentaron signos de eritema, inflamación, bordes de heridas desadaptadas, supuración, etc. Como conclusión final podemos considerar que el mononylon como material de sutura, es ideal para utilizarlo en cirugía dentomaxilar, ya que es de bajo costo, no provoca irritación de los tejidos, buena resistencia a la tracción, no permite la concentración de placa bacteriana, no se adhiere a los tejidos, se desliza fácilmente por los tejidos, por la memoria elástica no se invagina en las heridas, no se desanuda fácilmente, no se deben dejar chicotes largos porque pueden lastimar la mucosa, es antialérgico, no cancerígeno, atóxico y compatible con los tejidos bucales.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 – Postlethwait, R. W.; Willigan, R. A. Ullin, L. W. Human tissue reaction to sutures. *Ann Surg.* 1995; 181:144.
- 2 – Polaco, J. A.; Martínez, S. Selección y uso de los materiales de sutura. En: Martínez, S. Valdés, R. Cirugía, bases del conocimiento quirúrgico. México D F: International Mc Graw-Hill; 1995.p 61 – 71.
- 3 – Gómez, A. Materiales de sutura. *Revista Colombiana Cir.* 1991; 6 (2):54:6.
- 4 – Manual de cierre de heridas. Ethicon, Inc; 1996.

Frecuencia de la localización del foramen dentario inferior en mandíbulas de adultos

Ressia, E. A.; Bustamante, C. A.

Asignatura Anatomía - Facultad de Odontología - Universidad Nacional de La Plata.

El foramen dentario inferior se localiza en la cara interna de la rama ascendente del maxilar inferior, protegido por una eminencia ósea llamada espina de Spix, relacionándose hacia adentro con el músculo pterigoideo interno; que junto con dicha rama conforman el espacio pterigomandibular, reparo anatómico quirúrgico por donde discurre el paquete vasculonervioso dentario inferior y el nervio lingual. Dichas localizaciones deben ser tenidas en cuenta en aquellos pacientes adultos, que presenten o no piezas dentarias molares inferiores, debido a que cobra importancia o valor para la elección y la realización de diversas técnicas anestésicas.⁽⁵⁾

El objetivo del presente trabajo es determinar la ubicación del foramen dentario inferior en mandíbulas de adultos. Determinar la ubicación del foramen dentario inferior con respecto a la presencia o ausencia de dientes molares.

Estudiar las variaciones de dicha localización, con respecto al lado analizado. Para tal fin se utilizaron 400 (cuatrocientas) ramas ascendentes de mandíbulas de adulto, a las que se consideró cada una como una unidad experimental. Se realizó la categorización de los datos de acuerdo a una división de la cara interna en 6 (seis) cuadrantes, a través de tres planos verticales (a-borde anterior de la rama, b-parte más declive de escotadura sigmoidea c-borde posterior de la rama) y 4 (cuatro) planos horizontales (d-parte más declive de la escotadura sigmoidea, e-plano que pasa por la cara oclusal de los molares, f- plano que pasa a un centímetro de la cara oclusal de los molares, g-basal mandibular).

En los desdentados los planos e y f pasan a 1 cm. y a 2.5 cm, del reborde alveolar respectivamente. Al unir dichos planos, quedan constituidos los siguientes cuadrantes. (AS) – Anterosuperior, (PS) – Posterosuperior, (CA) – Centroanterior, (CP) – Centroposterior,(AI) – Anteroinferior, (PI) – Posteroinferior.

Se considera como mandíbula adulta a toda aquella que reúna las siguientes características: A - El grado de angulación de las ramas ascendentes. B - La presencia de piezas dentaría permanentes. C - La ausencia de piezas dentaría temporarias.

Se toma como mandíbula dentada aquella que posea al segundo o al tercer molar erupcionados sin importar la presencia o ausencia del resto de los dientes, ya que no es relevante para el objetivo del trabajo.

Se encontraron coincidencias con respecto a la ubicación con autores como Figún y Garino, Olivier, Bercher, Finochietto y Durante Avellanal no así, en cuanto a la ubicación donde hubo distintos valores en esta muestra.

Si bien existen variaciones anatómicas con respecto al lado al igual que entre los pacientes dentados y desdentados cuando se intenta localizar el orificio dentario inferior, debemos de tener en cuenta que esto no es por causas propias del orificio sino por los cambios morfológicos mandibulares, lo cual deberemos de tener en cuenta al momento de realizar la técnica para la anestesia troncular del nervio dentario inferior.

Si hacemos una revisión de las técnicas más utilizadas, vemos que con los parámetros tomados apuntan al cuadrante centroposterior que es quien arrojó los mayores guarismos, este hecho no sería un problema para la efectividad de la anestesia ya que si el orificio se ubicara por debajo, él líquido anestésico por difusión alcanzaría al tronco nervioso.

Sería aconsejable que en aquellos casos en la que se realizará una técnica correcta y no se obtuvieran resultados satisfactorios, considerar la posibilidad de una ubicación alta del orificio por lo que se podría intentar una punción a nivel superior.

Como conclusión final podemos considerar tres posibles ubicaciones del foramen dentario inferior.

Alta, serían aquellos casos donde el orificio se ubica en los cuadrantes superiores 3,12%.

Media, es cuando se localiza en los cuadrantes centrales 62,46%.

Baja, coincide con los cuadrantes inferiores 35,41%.

BIBLIOGRAFÍA.

1 - Archer W H, Anestesia en Odontología. Editorial El Ateneo. Última edición. P 84-96.

2 – Caló A, B, Brambila J I, Millruelo A G, Olmedo N, Problemas con la anestesia troncular. Answered Consults. Dental World. 1999. P67-68.

3 – Eriksson E, Manual ilustrado de anestesia local. Editorial Astra, Suecia. 1969. P.67-6

4 – Figún M, Garino R, R, Anatomía odontológica funcional y aplicada. 2da edición 3era. Reimpresión. Editorial El ateneo 1988. P23-27. 115-117.384-387.401-411.

5 – Reed K L (DMD). Técnicas avanzadas para la administración de anestesia local. Journal de clínica en odontología. 1996/1997. Art 8. Año 12. Nro.3. p447-450.

Prevalencia de síntomas asociados a trastornos temporomandibulares en un grupo de jóvenes universitarios.

Rossi R.; Merlo L. I.; Vigo F.

Asignatura de Prótesis A

Los síntomas asociados a los Trastornos temporomandibulares (TTM) son un tema de gran interés para la odontología¹. Afectan a un gran número de seres humanos.

Podemos reconocer su origen en múltiples causas. Hablar de multicausalidad en la etiología se corresponde con una complejidad diagnóstica, que por lo tanto, hace difícil la implementación de la terapéutica correcta. Cuando hablamos de una patología que afecta a un gran número de seres humanos lo hacemos basándonos en los múltiples trabajos epidemiológicos consultados durante los últimos 15 años, y que confirman que este padecimiento es muy frecuente.

También debemos resaltar que muchos de los trabajos consultados evidencian que las mujeres son las más afectadas cuando se compara la incidencia de los síntomas asociados a TTM en ambos sexos.

Está muy bien documentado que el dolor en las mujeres comienza después de la pubertad y alcanza su pico máximo en la edad reproductora. Solberg y cols (1979) estudiaron 739 estudiantes universitarios en los Estados Unidos y hallaron que un 26 % presentaban al menos un síntoma y el 76 % presentaban al menos un signo clínico.

Pullinger, Seligman y Solberg (1981) realizaron un estudio en estudiantes de Odontología y hallaron que el 39 % presentaban al menos un síntoma y el 48 % presentaban al menos un signo clínico.² En 1992 Machado y col. Realizaron un estudio en 72 adolescentes. Se encontró un alto porcentaje de disfunción (80.6 %) con independencia de sexo y edad. El dolor muscular a la palpación, el dolor de la ATM y la posición de relación céntrica diferente a la posición de máxima intercuspidadación, fueron las afecciones más frecuentes asociadas con la disfunción.

En 1994 Molina determinó una prevalencia de 88 % de TTM en 148 cadetes de la escuela de oficiales cuyo rango de edad estuvo comprendido entre 17 a 20 años.

Arroyo en 1999 examinó 205 estudiantes de odontología en Perú encontrando el 46,8 % de TTM

Sin embargo no se ha establecido en nuestro medio universitario la prevalencia de dichos síntomas.

El presente estudio se realizó para conocer la prevalencia de síntomas asociados a TTM que se presentan con mayor frecuencia en este grupo etario.

Existen síntomas asociados que el paciente puede no relacionar con alteraciones funcionales del sistema masticatorio.

Varios estudios sugieren que la cefalea es un síntoma frecuente relacionado con TTM.

Se realizó un estudio epidemiológico sobre el total de los alumnos que cursaron en la Asignatura de Prótesis A, curso I en los ciclos lectivos 2006 y 2008. La cantidad de alumnos encuestados fue de 162 con un rango de edad entre 20 y 28 años. Para evaluar los síntomas se utilizó un cuestionario de 9 (nueve) preguntas. Los síntomas que se valoraron fueron: dolor, ruidos articulares, bloqueos de la articulación temporomandibular, limitación funcional de la apertura mandibular, molestias al movimiento, dificultad y/o dolor al masticar, cefaleas, traumatismos. Distintos autores, en trabajos epidemiológicos de publicación reciente, encuentran cifras semejantes a las reflejadas en este. Pedroni CR refiere que un 68 % de estudiantes universitarios de ambos sexos presentan uno o más síntomas asociados a TTM. Nassif NJ encontró que el 75 % de estudiantes universitarios presentaba algún síntoma y que el 16,7 % presentaban signos y síntomas severos en la población por él estudiada. En la población de jóvenes universitarios que nosotros estudiamos el 63 % de la población presentó cefaleas, el 36 % ruidos articulares, el 33% dolor de oídos, sienes y mejillas, el 16 % dificultad y/o dolor al masticar, la dificultad y/o dolor en apertura y el bloqueo mandibular se presentaron en un 12% de los casos, el 15% manifestó molestias al morder, el 10% recibió tratamiento por problemas de ATM y el 5 % traumatismos. Más del 70 % de los alumnos encuestados presentaron uno o más síntomas asociados a TTM. Dado los resultados se puede considerar que en el grupo de jóvenes encuestados el principal síntoma asociado a TTM fue la cefalea, siguiendo en orden de importancia, los ruidos articulares y el dolor de oídos, sienes y mejillas. Las alteraciones de la movilidad mandibular, al morder, el bloqueo mandibular y los traumatismos se presentaron en tercer lugar.

Bibliografía

1. Dawson, Peter. Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los problemas oclusales. España, Editorial Salvat, 2 edición. , 1991.
2. Okeson, J. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. España Editorial Mosby/Doyma. 6ta edición. página 152 . 2007

Tratamiento de patologías de la ATM

Bono A.E.

Asignatura de Mecánica de Tratamiento. FOLP

Las patologías de la articulación temporomandibular (ATM) son un término colectivo que incluye un número de patologías que afectan la articulación temporomandibular y desde allí a los músculos masticadores así como a las estructuras asociadas(1). Los síntomas más frecuentes, usualmente están localizados en la zona de los músculos craneocervicomandibulares, en la zona preauricular y en la zona de la articulación temporomandibular. El dolor puede ser agravado en el acto masticatorio o por otra función mandibular, el sector posterior del cóndilo se encuentra ricamente inervado y vascularizado(2). Es justamente esta zona la que al ser comprimida produce dolor(3). Por lo tanto si existe una patología de la ATM (PAT) la actividad muscular se encuentra en parafunción y no podemos realizar ningún tratamiento con los músculos ubicados en esta posición, para ello debemos realizar al paciente una desprogramación mandibular electrónica para devolver a los músculos su posición genética correcta. Esto se logra utilizando el Estimulador nervioso transmutando bilateral (TENS), El TENS es un generador electrónico, digital, pulsátil, específicamente optimizado para la estimulación nerviosa bilateral transcutánea del sistema estomatognático. La posición neuromuscular lograda por el TENS es mantenida por la Ortesis. La Ortesis es un elemento que permite que las trayectorias terminales de cierre, coordinen con los patrones de cierre muscular. El objetivo del trabajo es demostrar la efectividad de la ortosis realizada luego del uso del TENS, para llevar a los músculos a su posición correcta de reposo y como consecuencia de ello descomprimir la zona posterior de la cabeza del cóndilo. Se tomaron 40 que pacientes que padecían PAT, se solicitaron Laminografías de ATM, boca abierta y oclusión máxima, panorámica, teleradiografía de perfil del cráneo. Trazado cefalométrico: Se realizó un estudio cefalométrico de Ricketts donde se determinó la posición mandibular tridimensionalmente. Desprogramación mandibular electrónica:

El TENS de baja frecuencia permitió una recuperación muscular entre pulsos, con una estimulación realizada por los electrodos superficiales. Instalación de la ortosis, con 24 hs de uso. Digitalización Posterior del estudio cefalométrico de Ricketts. Los resultados se dividieron en dos partes:

Síntomas: Luego de 15 días de tratamiento, los pacientes relataron una remisión total de los síntomas en un 89% de los casos y un 11% relató una remisión parcial de los síntomas. A las 4 semanas de uso

de la ortosis 85% de los pacientes manifestó no padecer ningún síntoma doloroso.

Los resultados de la digitalización fueron los siguientes:

De los 40 pacientes evaluados con la ortosis en boca, todos sufrieron variaciones cefalométricas de importancia con respecto a la teleradiografía tomada en posición habitual. La posición de rama mandibular, varió en un 80% de los casos. El eje facial y la altura facial total variaron en un 82 % de los casos. La altura facial inferior varió en 80 % de la muestra, siendo esto importante dado que variaciones en este factor, pueden llevar a interpretaciones erróneas en el plan de tratamiento. La *convexidad facial* varió en un 75%. Analizando los resultados, podemos observar que la posición de la rama mandibular ha variado en un 98% de los casos, mostrando que luego de la DME se produce un descenso y desplazamiento de la mandíbula lo que trae aparejado una descompresión de la zona posterior de la cabeza del cóndilo disminuyendo la sintomatología de los pacientes. La estimulación de bajo voltaje realizada con el TENS, disminuye uniformemente la actividad en reposo de los músculos temporal masetero y digástrico así como de sus sinergistas. Este estudio difiere de aquellos que tratan los PAT con la colocación de ortosis sin una desprogramación previa, llevando esto a mejoras iniciales pero no reportan lo sucedido al año o más de tratamiento(4). El colocar un elemento rígido en la cavidad bucal, sin desprogramar los músculos llevan a una descompresión parcial de la cabeza del cóndilo, solo en sentido vertical, pero perpetúa la incorrecta posición de todos los músculos de la masticación. Es por ello que es necesaria la desprogramación mandibular previa a la colocación de la ortosis. Los resultados muestran una correlación positiva entre los síntomas clínicos de las PAT y la oclusión inicial que presentaba los paciente, acompañada por una actividad muscular específica no saludable. Existe una correlación positiva muy evidente entre el cambio terapéutico en la oclusión dental hacia una posición neuromuscular saludable, luego de la utilización de una placa oclusal neuromuscular de precisión, y el significativo alivio de los síntomas reportados después de 1 y 3 meses. La desprogramación mandibular electrónica provee a los músculos su largo genético, descomprime la zona retrodiscal, generando una remisión de síntomas dolorosos, y da la posición inicial correcta a partir de la cual se tendrá que trabajar para iniciar el tratamiento de las PAT.

BIBLIOGRAFIA:

- 1-Iseberg A. Disfunción de la Articulación Temporomandibular: Una guía práctica. (eds) Artes Médicas, pp.67-90, 2001.
- 2-Kimos P, Nebbe B, Heo G, Packota G, Major PW. Changes in temporomandibular joint sagittal disc position over time in adolescents: a longitudinal retrospective study. 136(2):185-91.2009.

3-Learreta J.Compendio de diagnóstico de las patologías de la ATM.(eds)
Artes Médicas,pp. 110-78, 2004.

Prestaciones odontológicas realizadas en pacientes que asistieron a la Cátedra de Servicios de Prácticas Odontológicas Integradas de la Facultad de Odontología de La Plata durante el año 2007.

D'Angelo, Y, P. Tomaghelli, C.; Tomaghelli, E.; Perdomo Sturniolo. I.
Asignatura: Servicios de prácticas odontológicas integradas (S.E.P.O.I)

Los registros epidemiológicos deben ser considerados un complemento para el conocimiento de los factores etiológicos y para un correcto tratamiento, con el fin de mejorar la práctica odontológica.¹ Partiendo de la base que la "prevención" no es una práctica habitual tanto en la comunidad como en la actividad profesional, a través de este estudio, se trata de conocer cuáles son las principales causas de asistencia al Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas (SEPOI) a través de un registro epidemiológico, con el objetivo de elaborar un programa preventivo-asistencial que contribuya a: 1) Atacar sobre las principales problemáticas de salud oral, a través de la educación para la salud. 2) Promover la asistencia al servicio con fines preventivos y no solamente curativos. 3) Concientizar sobre la importancia del control periódico por sobre la intervención de urgencia.

La vigilancia del estado de salud bucodental constituye un método en la práctica de trabajo de las instituciones de salud preventivo-asistenciales, la existencia de enfermedades bucales, es un problema que se debe enfrentar gradualmente, de forma planificada y organizada, con el establecimiento de los requisitos para su ejecución y evaluación.² Utilizando éste método sobre una población definida se puede acumular una diversidad de aspectos relacionados con las actividades educativas, preventivas, curativas, de rehabilitación e higiénico-sanitarias, que se desarrollarán sobre las mismas. Las acciones relacionadas con la promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamientos oportunos y readaptación del paciente estarán garantizadas por los programas de salud, sistematicidad, planificación y control. "Los estudios epidemiológicos que identifican los factores de riesgo para las enfermedades, brindan una guía para hacer recomendaciones de prevención primaria y los estudios de epidemiología molecular, ayuda a identificar donde intervenir en el proceso patológico." "Muchos de los conocimientos referentes al pronóstico de un paciente individual bajo un tratamiento específico provienen de estudios epidemiológicos de resultado de tratamientos." Objetivo general: realizar un aporte estadístico para conocer la población de pacientes atendidos durante el año 2007 en la Cátedra de Servicios de Prácticas Odontológicas Integradas (SEPOI) de la Facultad de Odontología de La Plata. Objetivo específico: conocer los tipos de prestaciones, incidencia, complejidad y variedad de las mismas de acuerdo con la distribución por: género, edad,

localidad, tipo de prestaciones (fichado, urgencia, operatoria dental, endodoncia, Rx, extracciones, preventiva, tratamiento periodontal y prótesis Participaron en este estudio una muestra de 202 historias clínicas de pacientes que asistieron a la clínica de S.E.P.O.I por sus propios medios o derivados de otras asignaturas durante el año 2007. Se seleccionaron las muestras al azar. Se utilizaron muestras con reemplazo.³ Los datos se recabaron de las historias clínicas e incluyeron: género, edad, localidad, tipos de prestaciones (fichado, urgencia, operatoria dental, endodoncia, Rx, extracciones, preventiva, tratamiento periodontal y prótesis). Se registraron en una planilla Microsoft Excel Vista. Para el análisis estadístico se emplearon planillas Excel. Las variables nominales se expresaron como porcentajes. Las variables numéricas se expresaron como media aritmética y desviación estándar y se analizaron mediante la prueba de t de Student. De un total de 795 prestaciones realizadas el (37%) correspondió a Rx; (33%) a operatoria dental, (8%) exodoncia, (7%) urgencia, (6%) endodoncia y periodoncia, (2%) prótesis, (1%) preventiva. Los tratamientos fueron más frecuentes en mujeres, con una distribución heterogénea entre géneros, la edad media fue de 37 años. La procedencia más usual fue de la ciudad de La Plata en un (40%). Las prestaciones clínicas más realizadas fue la operatoria dental en un (33%) de las cuales el sector posterior fue el más afectado en un (64%), siendo así la caries la primera causa de tratamiento. Las prestaciones menos realizadas fueron las preventivas en (1%) debido que los pacientes acuden en su gran mayoría para la resolución de un problema dental, es aquí donde las "urgencias" (7%) se destacan con respecto a las demás. Donde se deduce que la primera causa de asistencia al servicio por urgencia, es el dolor dental. Para la resolución del mismo se realizaron en un (64%) aperturas dentales. Del total de pacientes atendidos sólo el (3%) obtuvo el Alta Integral, algunas de las conclusiones son: 1) Acuden sólo para solucionar el dolor dental y alguna otra patología. 2) No tienen constancia para su posterior regreso al servicio, para terminar el tratamiento integral. 3) La distancia, muchos de ellos viven a más de 30 km. 4) Carencia de motivación propia y por parte del alumno.

BIBLIOGRAFIA:

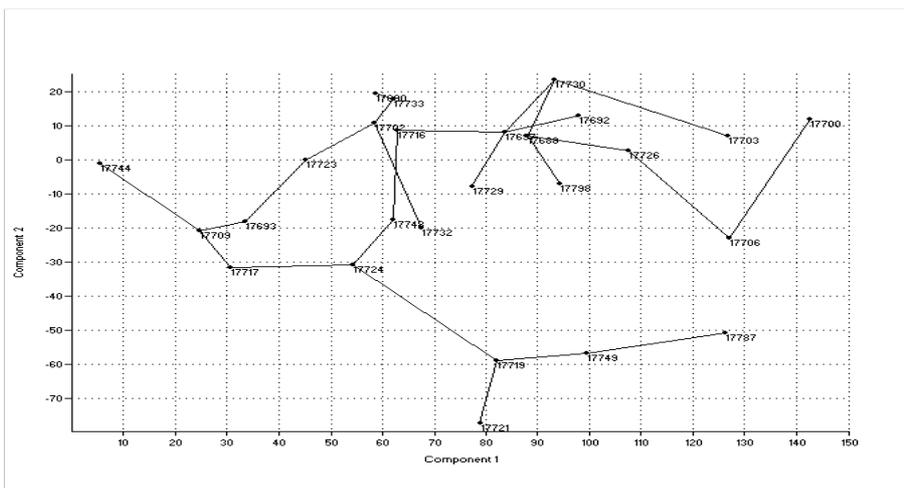
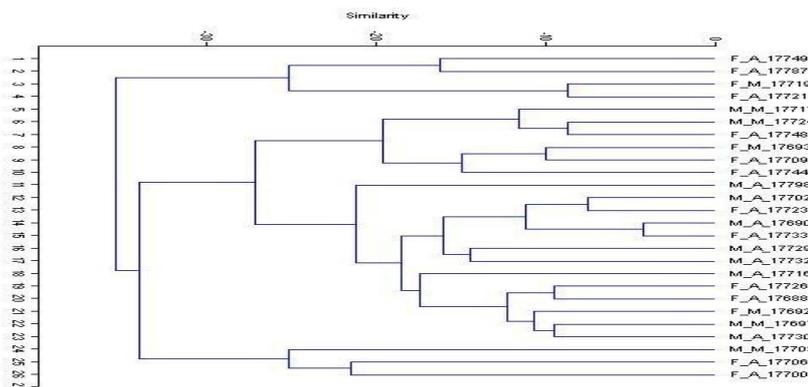
1. Eriksen, H M. Endodontology-epidemiologic considerations. Endod Dent Traumatol,7(5):189-195.1991
- 2.Pineault R, Daveluy C. La Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias.Masson,Barcelona.261-63,1989
3. Macchi, R L. Introducción a la Estadística en Ciencias de la Salud. Panamericana,BuenosAirespp.53-56,2003
- 4.Scavo, R; Di Pietro, S; Martinez Lalis, R; Grana, D. Incidencia y distribución de tratamientos endodónticos en una Carrera de Especialización, RAOA, 96 (3):231-234.2008.

Estudio de las estrías vestibulares en dientes de aborígenes de Pampa Grande (Salta)

Batista S, Martínez C.

Facultad de Odontología y de Ciencias Naturales y Museo de La Plata

Los tejidos duros (dientes – huesos) sirven como fuente de información en Bioantropología, ya que son elementos anatómicos perdurables, que se comportan como documentos persistentes de los cambios que se producen en la vida del individuo y su población. El estudio de las piezas dentarias y la impronta que los alimentos pueden dejar sobre la superficie del esmalte, considerando al diente como un utensilio de corte, traducirán aspectos relacionados con su función y con la naturaleza de los alimentos¹. La población consiste en una colección del museo de Ciencias Naturales de la UNLP de Pampa Grande, Salta. Por los elementos encontrados se determina que pertenecen a la cultura Candelaria, fechados radiocarbónicos entre los años 500 y 600 dC. El objetivo de este estudio es realizar aportes odontológicos para la reconstrucción de la dieta y hábitos alimentarios de la población aborígen extinta de Pampa Grande definiendo el patrón de estriaciones dentarias (ped)². Para el estudio de las estrías, se impresionaron con silicona las caras vestibulares de los primeros molares superiores izquierdos (26) y las improntas se procesaron para su observación al Microscopio Electrónico de Barrido. Se seleccionó una zona, en el tercio medio mesial, para ser fotografiadas, digitalizadas y almacenadas en un CD. De la imagen original se seleccionó una sub-región sobre la cual se marcaron las estrías, se clasificaron en: verticales (v), horizontales (h), oblicuas mesio-ocluso/ disto-cervical (mo/dc) y oblicuas disto-oclusal/ mesio-cervical (do/mc) y se determinó la densidad por área. El número de estrías según su orientación constituyen las variables absolutas que caracterizó a cada OTU (pieza dentaria) en una matriz básica de datos (MBD) que fue analizada a través de la aplicación de técnicas de agrupamiento (Técnica Q) y de ordenación (Técnica R)³. De este procesamiento se obtuvo, por un lado, un fenograma de distancia a través de la utilización del coeficiente “Mean character difference” y, por otro, un diagrama bidimensional que muestra la ubicación de las OTU en el espacio delimitado por los dos primeros componentes principales (C1 y C2). En el diagrama bidimensional en el componente 1 se observa una neta preponderancia de las estrías verticales seguida de las oblicuas /DO/MC); y en el componente 2 por el contrario, predominan las estrías oblicuas DO/MC seguidas por las horizontales. Esta diferenciación se observa también en el fenograma de distancia donde aparecen los grupos 1 y 2 integrados por los mismos cráneos.



Estos valores demostrarían que la economía de esta población fue mixta y que existen diferencias estadísticas significativas en la población por las variaciones intraindividuales que influyen en las intrapoblacionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lalueza C. y Pérez-Pérez A. Patrón de estriación dentaria en grupos cazadores-recolectores y su aplicación a fósiles humanos. *Nuevas perspectivas en Antropología I*: 415-427.1991
2. Lalueza C.; Pérez-Pérez,A. Turbón D. Dietary inferences through bucal microwear analysis of middle and upper pleistocene human fossils. *Amer. J. Phys. Anthroph.* 100:367-387. 1996
3. Malgosa A.;Carrasco T.; Repetto E., Borgognini Tarli y Cianci A. .. *Nuevas perspectivas en Antropología I*:473-486.1996

Biodinámica

May, G. C

Asignatura de Fisiología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

En el tratamiento de las disgnacias debemos aplicar los conceptos fisiológicos actuales (1), para comprender la respuesta muscular a la mecánica, el patrón esquelético, la cantidad y dirección de crecimiento remanente y posiciones dentarias, la función oclusal y la salud articular y periodontal, priorizando el estado de equilibrio biológico que caracteriza a la salud. Cuando tratamos al paciente de ortodoncia vamos a trabajar en interdisciplina con el equipo de salud: con el médico, fonoaudiólogo, psicólogo, otorrinolaringólogo; así elaboramos un plan de tratamiento adecuado a cada caso individual y de acuerdo a los criterios anteriores elegiremos la aparatología más conveniente. La terapéutica ortodóncica debe contemplar la salud integral del paciente respetando los patrones fisiológicos de cada organismo para llegar al éxito del tratamiento. Basándose en el conocimiento de la fisiología normal o de la función normal, de los procesos de reabsorción y neoformación ósea, teniendo en cuenta la calcemia normal y la acción hormonal sobre los huesos maxilares, suturas, y articulación temporomandibular y en base a estos conocimientos podemos determinar la alternativa terapéutica aplicada en cada caso. Lo primero que debemos hacer es un correcto diagnóstico del caso y establecer nuestro objetivo de tratamiento. Explicar al paciente y a sus padres el plan de tratamiento para lograr la colaboración en cuanto al uso de la aparatología, la concurrencia a los controles y la correcta higiene dental. Debemos tratar de lograr una oclusión estable, para ello recordamos las seis llaves de Andrews, que hablan de lograr: una correcta relación molar, una correcta inclinación de coronas, una correcta angulación o torque, una ausencia de espacios, una ausencia de rotaciones, un plano oclusal plano. También hay que tener en cuenta el tamaño dentario, a través del análisis de Bolton lo podemos estudiar y explicarle a los padres si debemos hacer desgastes o agregado de restauraciones. Debemos tener en cuenta la posición condilar: es decir que la relación céntrica debe estar en relación con la oclusión céntrica. Lograr una oclusión funcional: si hay oclusión estable hay oclusión protegida y funcional. Lograr salud periodontal cuando los dientes queden ubicados sobre el hueso basal y por último lograr una sonrisa agradable. Para un correcto diagnóstico confeccionamos: historia clínica médica odontológica que es única e irrepetible el único elemento legal donde constan todos los datos del paciente y la constancia de nuestro tratamiento con el consentimiento informado del paciente, examen clínico, fotografías faciales e intraorales, modelos, radiografías intraorales, radiografías extraorales, cefalogramas. En algunas patologías se requiere de estudios

complejos como resonancia magnética o tomografía axial computada. Las radiografías periapicales nos permiten ver el estado de las piezas dentarias, trabeculado óseo, tejido periodontal. Las oclusales nos permiten ubicar piezas retenidas en vestibular o palatino o en lingual. Las panorámicas nos permiten estudiar los huesos maxilares, cavidades neumáticas del maxilar superior, corticales óseas, articulación temporomandibular, piezas retenidas, agenesias, dientes supernumerarios, formaciones quísticas y tumores, son de incalculable valor en el estudio del niño en desarrollo, las telerradiografías o las radiografías laterales de cráneo. Podemos usar fuerzas fisiológicas que estimulan las funciones normales del organismo y se clasifican dentro de la ortopedia funcional de los maxilares, son fuerzas fisiológicas livianas que permiten tratar a los niños a edad temprana con aparatología removible y funcional, como por ejemplo el activador elástico bimaxilar de Klammt o fuerzas ortodóncicas aplicadas sobre el diente para que se mueva dentro de la basal ósea y lograr así movimientos o rotaciones para ubicar al diente en la basal, en este caso usaremos aparatología fija con brackets, arcos, gomas y resortes, podemos usar también fuerzas de gran intensidad que se aplican sobre los maxilares afectando las bases óseas y movilizándolas, a través de la disyunción dicha movilización puede realizarse en sentido transversal con la disyunción transversal que con fuerzas rápidas y de gran intensidad produce la apertura de la sutura media del maxilar superior y la posterior neoformación gracias al proceso de osteoformación, utilizamos en este caso un disyuntor fijo en los casos de mordidas invertidas bilaterales, o la disyunción anteroposterior que produce el desplazamiento de la zona palatina anterior hacia delante y corrige la mordida invertida anterior utilizando la aparatología de la máscara de Delaire con fuerzas de 200 a 400 tor de cada lado. La fundamentación metodológica se hace en base a unidades de registro en la cátedra y en base a unidades de análisis que las constituyen los pacientes con disgnacias. Las fuentes primarias de información son los datos recolectados en esta investigación y las secundarias son los datos existentes de distintos autores. Se confeccionaron historias clínicas. Se trabajó con 400 pacientes de distinta edad, sexo y patología, respetando los patrones esqueléticos la terapéutica da excelentes resultados. Cuando la discusión surge de hacer extracciones dentarias, distalar o expandir un maxilar la respuesta es clara, atender a la genética y a las predicciones de crecimiento. Después de muchos años de trabajo en la especialidad, se puede decir que conociendo la fisiología y tratando al paciente en forma sistémica con el equipo de salud podemos lograr el éxito del tratamiento.

BIBLIOGRAFIA:

1) Dvorkin, M.A.; LaMura, G. Introducción a la Fisiología. En: Best & Taylor. Bases Fisiológicas de la Práctica Médica, Cardinali, D. P. ; Dvorkin, M. A. (eds.). Editorial Médica Panamericana S.A., Madrid (España) pp. 1-9, 2003.

Factor saliva y su relación con los alimentos potencialmente Cariogénicos en una población infantil.

Sala Espiell, R.; Obiols, C.; Mastrancioli, M; Armendano, A; Crimaldi, D.; Raseé, N.

La saliva no posee una microbiota propia contiene aproximadamente 10⁸ microorganismos por ml; estos microorganismos provienen de otros sitios, la lengua es el mayor proveedor de bacterias. En los últimos años se ha utilizado el recuento de *St. Muttans* y *Lactobacillus* presentes en la saliva como indicador de susceptibilidad de caries dental. Así mismo se ha observado que la microbiota de la saliva no representa la composición del biofilm que conforma la placa dental. La saliva que baña la cavidad bucal es fundamentalmente una mezcla de secreciones de las glándulas salivales mayores (parótida, submaxilar y sublingual) y glándulas salivales menores (glándulas accesorias de la mucosa yugal y bucal).

Se estudiaron en el período de un año a una población de pacientes pediátricos concurrentes a la clínica de la asignatura Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología, siendo los objetivos de este trabajo determinar la relación entre el factor saliva y el potencial cariogénico de los alimentos, y su incidencia sobre los tejidos duros dentarios, como también así poder determinar la calidad de los alimentos con respecto a su composición físico química y su frecuencia.

Otro objetivo a tener en cuenta es la racionalización del consumo de hidratos de carbono, pues que todo diagnóstico de salud bucal debe incluir el diagnóstico de la ingesta de hidratos de carbono.

Para lograr dicha racionalización se requiere de tres fases importantes: A) Registro de la historia de dieta B) Asesoramiento y eventual indicación de sustitutos edulcorantes. C) Monitoreo del cambio de hábitos dietéticas.

La capacidad cariogénica está directamente relacionada con la virulencia bacteriana, la cantidad, la pegajosidad de los hidratos de carbono ingeridos, la acidez de la placa y las condiciones del huésped referida a la saliva y el diente.

Los alimentos duros y fibrosos poseen un efecto protector para el diente, debido a que estimula la secreción salival. Es importante destacar las distintas funciones que cumple la saliva: función digestiva, participa en la formación del bolo alimenticio y solubiliza alimentos sólidos, función protectora: lubrica los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal a través de las glicoproteínas. Funciones relacionadas con la actividad de caries, una de ellas es la capacidad buffer, y la eliminación de azúcares debido a su disolución, antes de la deglución. Capacidad remineralizante por la presencia de calcio y fósforo.

El descenso del pH de la placa se inicia a los pocos minutos de ingerir hidratos de carbono, especialmente si es sacarosa, retorna a su nivel basal dentro de los 40 minutos siguientes, si la saliva mantiene su condición buffer.

En una segunda etapa de este estudio se tomo una muestra de 50 niños completando así la original de 100 niños.

Se realizó un registro de cada uno en una historia clínica:

Odontograma y la frecuencia de consumo de hidratos de carbono en un diario alimenticio dietético realizando a los 7 días una evaluación de la ingesta de dichos alimentos, señalando las veces que el niño consumió alimentos azucarados.

Se procedió a la toma de saliva determinando por el Test de Snyder, la susceptibilidad de acuerdo al viraje de color.

-Paciente muy susceptible: 19, con más de 6 momentos de azúcar.

-Pacientes susceptibles: 14, con más de 4 momentos de azúcar.

-Pacientes levemente susceptibles: 10, con menos de 4 momentos de Azúcar.

-Pacientes sin viraje: 7, por no ser representativa por contaminación de las muestras

Los resultados obtenidos demostraron, a mayores momentos de azúcar, el riesgo biológico de caries es directamente proporcional a los mismos; y las conclusiones obtenidas revelaron que a- el aumento del hidratos de carbono incrementaba la actividad de caries, b- el riesgo de caries era mayor si el azúcar era consumida en forma tal que se retuviera sobre la superficie dentaria, c- el máximo riesgo se registro entre con el consumo de azúcar entre comidas, d- existieron grandes variaciones individuales, e- las caries desarrolladas durante la experiencia continuaban su evolución al restringirse la ingesta de hidratos de carbono, f- al anularse el consumo de azúcar, también desaparecían el incremento de nuevas caries, g- el tiempo de despeje del azúcar en la boca se correlaciono estrechamente con la cariogenicidad

Bordoni N Curso 1 Odontología preventiva. Modulo 2 de Medidas Preventivas y sub. módulo 1

Laurich L. El análisis microbiológico de la saliva. Quintessence. (ed. esp.) 2000; 13 (8) Ed. Española.

Liebana Ureña J. Microbiología Oral. Mac Graw- Hill. Interamericana. 1997. México.

Negroni Marta: Microbiología Estomatológica Fundamentos y guía practica. Año 1999. Editorial Médica Panamericana. Bs. As. Argentina.

Seif T Y Cols. Cariología: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Contemporáneo de la caries dental. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, Bogota.

Se terminó de imprimir
el 18 de diciembre de 2009.

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

