

Memorias Científicas de la FOLP

Universidad Nacional de La Plata

2012

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. 2012

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 2012.

ISBN: 978-950-34-0661-8

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

**11º JORNADAS CIENTIFICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
9º JORNADAS PARA JOVENES INVESTIGADORES
1º JORNADAS PARA ESTUDIANTES INTEGRANTES DE PROYECTOS.**

ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN

Secretaría de Ciencia y Técnica

Dra. Silvia Angélica Irigoyen
Dra. Susana Beatriz Micinquevich
Dra. Karina Alejandra Mayocchi

Colaboradora

Abg. María Fernanda Brown

COMISIÓN CIENTIFICA

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

TESORERIA

Dr. Isaac Meschiany

AGRADECIMIENTOS

La Secretaría de Ciencia y Técnica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, desea expresar su agradecimiento a las Instituciones y personas, que con su apoyo científico y económico han posibilitado la realización de las 11° Jornadas Científicas FOLP, 9° Jornadas para Jóvenes Investigadores y 1° Jornadas para Estudiantes Integrantes de Proyectos.

A la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de La Plata por su importante subsidio.

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

Al Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Odontología UNLP.

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

A las Dras. Mónica Lorenzo Fernández de Mele y Olga Salanueva, dictantes de Conferencias Centrales.

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

A la Asociación Cooperadora de la Facultad de Odontología UNLP.

A los Directores e Integrantes de Proyectos de Investigación acreditados.

A los Jóvenes Investigadores y Estudiantes que integran Proyectos, por su invaluable aporte y dedicación, que ayudan a cultivar el espíritu crítico del investigador comenzando a desarrollar el legado científico de la Institución.

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LA PLATA.**

Decana. Prof. Dra. María Mercedes Medina

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

Secretario de Asuntos Académicos. Prof. Dr. Ricardo Miguel

Secretaria de Ciencia y Técnica. Prof. Dra. Silvia Irigoyen

Secretaria de Postgrado. Prof. Dra. Teresa Butler

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

Secretario de Asuntos Estudiantiles. Prof. Dr. Gabriel Lazo

Secretario de Relaciones Institucionales. Prof. Dr. Alfredo Ricciardi

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

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

Secretario de Gestión Administrativa. Prof. Dr. Isaac Meschiany

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

11° JORNADAS CIENTIFICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

9° JORNADAS PARA JOVENES INVESTIGADORES

1° JORNADAS PARA ESTUDIANTES INTEGRANTES DE PROYECTOS.

INFLUENCIA DEL PLAN DE ESTUDIO EN LAS PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE LOS EGRESADOS DE LA FOUNLP.

Albarracín S; Tomas LJ; Medina MM; Coscarelli N; Irigoyen S; Rueda L; Mosconi E; Papel G; Seara S; Cantarini M; Saporitti F; Tissone S.
IIES - Facultad de Odontología UNLP

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

descriptivo y el universo está constituido por los egresados de la FOUNLP entre los años 2006 – 2010. La información fue recopilada a través de una encuesta estructurada elaborada ad hoc y registros documentales de la FOLP y del CeSPI. La administración de la encuesta se realizó vía telefónica, e-mail y en forma personal, para su procesamiento se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0. De las 465 encuestas de los egresados entre los años 2006 al 2010, se desprenden los siguientes resultados: Sobre un total de 465 egresados, 443 pertenecen al plan 94 y 22 al plan 90. En relación a si Realizan Prácticas Preventivas en el ejercicio profesional y como se relaciona con el plan de estudios, los profesionales que la realizan: 352 pertenecen al plan 94, 19 al plan 90; De las prácticas preventivas que realizan los graduados, 322 realiza prácticas preventivas individuales y pertenecen al plan 94, 12 al plan 90. En referencia a los que si participan en programas comunitarios, 40 pertenecen al plan 94 y 6 al plan 90. Como sugerencia para mejorar la formación, los tópicos más frecuentes fueron: agregado de más prácticas, mejoras en la infraestructura, mayor formación docente y cambio curricular. Cuando se pregunto por los medios en los que desarrollan en la profesión: los egresados del plan 90 eligieron 15 la opción urbana, 1 la opción rural, 2 la marginal y 4 no respondieron, mientras que los resultados tabulados de los egresados del plan 94 se representaron de la siguiente manera: 402 medio urbano, 15 medio rural, 6 marginal y no contestaron 20. Y la última pregunta que se realizo fue la que indagaba sobre el tiempo dedicado al ejercicio de la profesión: donde los egresados del plan 94 manifestaron: dedicación completa 271 odontólogos, medio tiempo 144, y no respondieron 28, comparando con estos datos los profesionales egresados y de plan 90 respondieron que ejercen la profesión a tiempo completo 8, a medio tiempo 8 y no respondieron 6. Los resultados demuestran que los graduados en el período 2006-2010, pertenecientes al plan de estudio 1994 (plan actual vigente) de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, realizan mayor práctica preventiva en su vida profesional en relación a los planes de estudios previos, siendo más significativas las actividades preventivas individuales que la participación en programas comunitarios.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Abraham Mirtha. Definiciones sobre los principales planteamientos curriculares actuales. UPN. México. 1988
- (2) Albornoz, O. La educación superior en América Latina y el Caribe. Ideas, problemas y propuestas. Conferencia regional sobre políticas y estrategias para la transformación de la educación superior en América Latina y el Caribe. La Habana. Noviembre 1996
- (3) García, C. Situación y principales dinámicas de transformación de la Educación Superior en América Latina. Cátedra UNESCO. Universidad de los Andes. Santa Fe de Bogotá. Colombia. Colección Respuesta N°2. 1996

SEGUIMIENTO DE EGRESADOS A TRAVÉS DE LAS TICS

Cantarini LM; Medina MM; Coscarelli N; Rueda LA; Mosconi E; Albarracín S; Irigoyen S; Tomas L; Papel G; Seara SE; Saporitti F; Tissone SE.
Facultad de Odontología - Universidad Nacional de La Plata

Este trabajo tiene como fin caracterizar el perfil de nuestros egresados en relación a los aspectos demográficos de su biografía con el propósito de realimentar las funciones sustantivas de la FOLP. Para relevar la información disponemos de una base de datos actualizada de egresados, a través de la cual los contactamos y solicitamos que respondan a un cuestionario semiestructurado administrado vía Plataforma Virtual de Enseñanza Moodle, la cual permite la optimización de recursos y la tabulación de datos automáticamente. Esto nos aporta elementos para la evaluación del desarrollo institucional así como plantear estrategias de mejoramiento. El objetivo principal es, dar cuenta a partir de un programa de seguimiento de egresados, de cómo el uso de las TICs está transformando de manera sustancial la dinámica institucional de la facultad y de esta manera mostrar los aportes de las mismas a tareas de evaluación, investigación y difusión. Para ello se recupera una encuesta realizada a egresados comprendidos entre los años 2006-2010 vía plataforma virtual. Así, se vislumbra como internet y las TICs introducen cambios que van desde la estructura de la facultad, la forma de dar clases, la gestión y administración hasta la manera de evaluar, investigar y producir el conocimiento. Con el fin de conocer algunas de las características de nuestros egresados es que surgió la necesidad de pensar un dispositivo que permita contactar a los egresados para obtener dichos datos. Para relevar la información disponemos de una base de datos actualizada de egresados, a través de la cual los contactamos y solicitamos que respondan a un cuestionario semiestructurado administrado vía Plataforma Virtual de Enseñanza Moodle, la cual permite la optimización de recursos y la tabulación de datos automáticamente. De esta manera se invitó a los egresados a que ingresen a la plataforma como invitados y respondan la encuesta. Los alumnos fueron contactados vía correo electrónico y en pocos casos se los notificó de la posibilidad de responder a esta encuesta por teléfono, esto dependía del tipo de información que se encontrara en la base de datos de egresados antes mencionada. El cuestionario persigue conocer los aspectos demográficos de la vida de nuestros egresados. Obtuvimos 466 encuestas, sobre un universo de 1984 egresados comprendidos entre los años 2006-2010. Dicho cuestionario se desglosa en los siguientes ítems: fecha de ingreso y egreso, si hizo la carrera con interrupciones o no, género, edad, nacionalidad, lugar de procedencia, lugar de residencia, estado civil. De un total de 466 egresados encuestados 178 son del sexo masculino y 288 del femenino. En relación a la nacionalidad 453 son argentinos, 5 son extranjeros y 7 ns/nc. La duración estimada de la

carrera de odontología es de 5 años. Los datos obtenidos de las encuestas revelan que el promedio real de años de duración de la carrera es de 8.05, por lo que la desviación en relación con el tiempo estimado es de 2.42. Del total de 466 egresados encuestados 320 no realizaron la carrera con interrupciones, 112 si la tuvieron que interrumpir y 33 eligieron la opción ns/nc. En cuanto al lugar de procedencia de los egresados 99 manifestaron provenir de diferentes provincias del país, 248 ser de La Plata, 25 Berisso, 9 de Ensenada, 55 del Gran Buenos Aires y 25 ns/nc. En la categoría estado civil, un 299 manifestaron ser solteros, 131 casados, 2 viudos, 3 divorciados y 24 unidos de hecho. Algo de lo que podríamos recuperar en una primera aproximación es que la mayoría de los egresados entre los años 2006-2010 son mujeres, la mayoría de los que ingresan a esta facultad provienen de La Plata y del Gran Buenos Aires, la mayoría no realiza la carrera con interrupciones pero la realiza en un promedio de 8 años, mayor al tiempo estimado. Por supuesto que se debe profundizar sobre estos primeros datos para conocer las razones y construir interpretaciones posibles, por ejemplo en torno a por qué se ve interrumpida la carrera cuando se da el caso, por qué Odontología es una carrera elegida principalmente por mujeres.

Más allá de la retroalimentación de estos datos, es decir de la interpretación y lectura que se realice de los mismos, aquí se pretende recuperar las ventajas del medio a través del cual se realizaron las encuestas. Es decir de las ventajas que tanto la utilización de las TICs como de internet poseen al momento de pensar propuestas de evaluación, acceso a la información y gestión institucional. Dispositivos como estos nos permiten construir datos y obtener información relevante para la facultad a través de herramientas como la plataforma virtual que permiten no sólo comunicarse con personas que están a gran distancia sino también mantener esa conexión a través del tiempo y procesar la información obtenida. La información que nos proporcionan este tipo de encuestas aporta elementos para evaluar el desarrollo institucional así como plantear estrategias de mejoramiento Pero además nos permite reconocer las ventajas que las TICs poseen, más allá de su mediación en los procesos de enseñanza y aprendizaje, a la facultad en general. Estas herramientas en su calidad de medios para introducir y manipular tanto las ideas como los recursos, pueden emplearse con fines de tratamiento, de búsqueda, de recopilación, de organización o de creación de la información. Es importante que las personas que trabajan dentro de unidades académicas hagan uso de estas herramientas no sólo para concretizar una forma de relación pedagógica a través de ellas sino hacer un ejercicio exploratorio de todas las posibilidades que las mismas brindan a su trabajo más amplio y a la lógica de funcionamiento de la facultad en general.

BIBLIOGRAFÍA 1. Onrubia J (1994) "Aprender y enseñar en entornos virtuales: actividad conjunta, ayuda pedagógica y construcción del conocimiento".

CONTRATACIÓN DE LOS EGRESADOS. SUS FORMAS ACTUALES

Irigoyen S; Saporitti F; Medina M; Albarracín S; Seara S; Coscarelli N; Tomas L; Mosconi E; Cantarini M; Rueda L; Papel G; Tissone, S.
IIES - Facultad de Odontología UNLP

Este trabajo pretende identificar e indagar acerca de la realidad en las formas que utilizan los empleadores de la profesión odontológica para contratar a los egresados 2006-2010 de la Facultad de Odontología de la U.N.L.P. La actualidad del país en el aspecto económico, político y social, propician el desarrollo de nuevas estrategias por parte de las instituciones de educación superior y sus procesos de formación, a fin de responder a las demandas de una sociedad cambiante y de un mercado laboral cada vez más exigente y competitivo. Para los egresados de la carrera de odontología, los efectos negativos del desempleo y el subempleo, así como el estrés generado por el esfuerzo realizado durante la transición al trabajo y sus consecuencias, provocan que muchos egresados, busquen alternativas diferentes para ingresar en el mercado laboral. Muchos optan por la educación de postgrado (especialidades, maestrías y doctorados), que contribuya a añadir algún valor a sus títulos universitarios. Pueden identificarse varias alternativas de empleo a través de la práctica odontológica diversificada, tanto en las actividades privadas propias del consultorio como en diferentes escenarios de docencia, actividades hospitalarias y centros de salud municipales. Por otro lado, se identifica gran diversidad de horarios y honorarios, de acuerdo a la zona en donde se desempeñan y al uso de la tecnología que disponen, transformándolo en un profesional polivalente y con posibilidades de atender una variedad importante de patologías para lograr la salud del aparato estomatognático. Los principales actores del sistema de salud son: el Ministerio de Salud de la Nación, que cumple una función de conducción y dirección política del sistema de salud en su conjunto, los Ministerios de Salud provinciales que gestionan la política y técnicas de las unidades o establecimientos del sistema, para el cumplimiento de programas y actividades de salud en las respectivas jurisdicciones (hospitales, clínicas odontológicas, consultorios). Las obras sociales están organizadas como un sistema de seguro social obligatorio, que se financia con aportes de trabajadores y empleadores. Muchas de ellas no proveen servicios directamente, pero subcontratan con el subsector privado que está compuesto por dos grandes grupos, los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares asociados a obras sociales o a sistemas privados de medicina prepaga y los establecimientos asistenciales contratados por aquéllas. Su mercado de trabajo está controlado por empresas de servicios de salud, en algunos casos llamadas obras sociales, seguros de salud, prepagas etc. La práctica privada en consultorios ha quedado ligada a las denominadas obras

sociales La existencia de un contrato escrito da seguridad sobre las condiciones de trabajo y remuneración. Un contrato puede ser caracterizado como “contrato de trabajo” (el profesional es empleado de una clínica, sanatorio, etc., o empleado público, y en tal caso sus derechos están regulados y garantizados por la Ley; tiene aguinaldo, vacaciones, jornada limitada, aportes jubilatorios y de obra social, percibe remuneraciones y no comparte los riesgos de la empresa, etc.). En los contrato de “locación de servicios” deberían regularse las condiciones de prestación y, en materia de retribuciones, sus aranceles por práctica odontológica, en lo posible conforme a los establecidos éticamente por el Colegio. Los objetivos de este trabajo fueron: 1- Identificar la realidad de los egresados en relación al mercado laboral 2-Indagar sobre las diversas formas de contratación de los egresados de la Facultad de Odontología de la U.N.L.P. 2006-2010. La metodología consistió en una investigación de tipo cualitativa, descriptiva, con la aplicación de una encuesta estructurada, anónima, a 132 empleadores de la profesión odontológica, del ámbito público y privado, indagándose sobre la forma de contratación de los profesionales y se incluyeron las siguientes opciones: 1-Temporaria. 2- Permanente. 3-Guardias. 4-Otras formas. 5- NS/NC. Los resultados son producto de la aplicación de la encuesta anónima a los empleadores que opinaron sobre las diversas formas de contratación de los egresados de la F.O.U.N.L.P y de su análisis se obtuvieron los siguientes datos: 1-Contratación temporaria: 54 (40,91%); 2-Contratación permanente: 67 (50,76%). 3- Guardias: 9 (6,82%). 4-Otras formas de contratación: no se obtuvieron respuestas. 5- NS/NC: 2 (1,52%). Como conclusión, éste estudio permite brindar información sobre las características y formas de contratación y las posibilidades de inserción de los egresados en el mercado laboral actual. Se observó que la contratación permanente es la más utilizada, aunque la contratación temporaria refleja un porcentaje elevado en la actualidad, contrariamente el sistema de guardias es el menos solicitado como forma de contratación utilizada por los empleadores. La relación entre la educación y el mundo del trabajo, a través de los empleadores, así como el análisis de los cambios producidos en dicha relación, son aspectos relevantes en el ámbito educativo odontológico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Lepeley M.T. (2001). Educación Superior, gestión y desarrollo de personas para la nueva economía y la globalización. Memoria. Ponencia presentada en el Congreso Convergente IESM/IESLA. Veracruz, México.
- 2-Gutiérrez D. M.E. (1999) Educación para el trabajo. Revista Transición Educación ¿Nuevo Rumbo?. Centro de Estudios para la Transición Democrática. Veracruz (pp 13).
- 3-Muñoz y García (2001) “Formación de recursos humanos para el modelo económico IESML- México.

ANÁLISIS DE PROPUESTAS DIDÁCTICAS INTEGRADORAS DE DOCENCIA UNIVERSITARIA

Rueda L; Papel G; Medina M; Coscarelli N; Mosconi E; Albarracín S; Irigoyen S; Cantarini M; Tomas L; Seara S; Saporitti F; Tissone S.
IIES - Facultad de Odontología UNLP

Este trabajo se enmarca en un proyecto de investigación de seguimiento de egresados entre los años 2006 al 2010 para determinar espacios curriculares integradores de prácticas y saberes básicos y específicos vinculados a los perfiles profesionales, académicos y conceptuales sobre las necesidades y demandas abordadas. Y de esta manera contribuir a cambiar las realidades que merecen ser escuchadas, a la vez que generar momentos de participación, diálogo y reflexión con los jóvenes egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Por su parte la Universidad como institución educativa brinda a los estudiantes los contenidos curriculares necesarios para la sólida formación disciplinar, pero esto no puede quedar limitada a la transmisión de aspectos conceptuales, es necesarios que desde la Institución se generen espacios formativos que permitan la adquisición y desarrollo de habilidades sociales, así como promover aquellas actitudes necesarias para el adecuado desarrollo personal y profesional. En este marco se abordó una metodología de trabajo que se sustenta en la información acumulada por medio de encuestas semiestructuradas a profesores para contextualizar la formación docente, reflexionar acerca de las decisiones didácticas fundamentales para la enseñanza y la evaluación en el aula universitaria. Vincular las estrategias didácticas con los conocimientos disciplinares propios del área de interés. Objetivo General: Mejorar la educación odontológica. Objetivos Específicos: Obtener una mirada global de la docencia y sus funciones. Integrar nuevos modelos curriculares. Indagar si las estrategias utilizadas actualmente son adecuadas para la enseñanza de las asignaturas específicas. Relacionar estrategias de enseñanza. Esta tarea consiste en aplicar encuestas semiestructuradas, preguntas descriptivas, preguntas estructurales y preguntas de contraste. Se indagó sobre la mejora en la educación odontológica, sobre la misión particular que se da a la formación odontológica. El estudio se llevó a cabo en la población de profesores de las diferentes asignaturas de la carrera de odontología de la Facultad de Odontología de la U.N.L.P. Los datos de los encuestados fueron aspectos generales como: Profesión, nacionalidad, lugar que ejerce, institución a la que pertenece, asignatura a cargo, antigüedad.

Se analizaron las encuestas de profesores cuyos resultados se deducen como indispensable para validar el perfil profesional. Sobre ochenta y siete (87) encuestas realizadas a profesores, con variables relacionadas a las acciones de enseñanza, contenidos del programa, estrategias de enseñanza, si es adecuada la organización de los contenidos del programa

para que el alumno se apropie de los conceptos, estos motivos llevan a reflexionar en la práctica odontológica y profundizar en el conocimiento de la disciplina que se imparte. Sobre la utilidad de la clase teórica, y si tienen en cuenta para la organización de una clase teórica, entre otras variables.

También se pudo observar que los cambios curriculares actuales tienden a mejorar la formación de los alumnos, pero los profesores opinan que la acción impartida por los profesores debe ser compartida y acordada por las diferentes asignaturas que componen la carrera y no restringirse a unas pocas. Los profesores opinan que en los tiempos actuales se requieren programas de educación permanente, por lo tanto recursos humanos preparados para solucionar problemas de salud bucal de la población. Con respecto a la formación docente sobre un total de ochenta y siete (87) encuestados el 36 % realizó Maestría, el 24 % carrera docente, el 31% cursos de postgrado, el 7% especialización y el 2% carrera humanística.

Con respecto a que aspectos considera son los más importantes para optimizar su actividad docente el 44% respondió actualización permanente, el 25% los recursos materiales, el 19 % mayor remuneración, el 11 % mayor dedicación y el 1% la relación con los alumnos. Con respecto a la formación del futuro egresado en cuanto a la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de la población el 59,1% opinó que la formación responde totalmente, el 22,7% parcialmente, el 4,5% escasamente, el 13,6% no responde. En referencia a en que medida los conocimientos impartidos en su asignatura preparan al futuro egresado para la resolución de problemas en la práctica profesional, el 86,4% de los encuestados respondió ampliamente, el 9,1% parcialmente, el 4,5% escasamente. La educación permanente en estos tiempos se transforma en un instrumento estratégico para enfrentar cambios a corto y largo plazo. Las encuestas a los profesores de las distintas áreas nos han permitido capacitarnos en tener una visión más amplia de los diversos aspectos que involucran la formación de recursos humanos. Expresamos la necesidad de ampliar en una segunda instancia las metodologías utilizadas en este trabajo para fortalecer los aportes a la educación odontológica.

BIBLIOGRAFÍA:

1 - De Souza Minayo Maria Cecilia. Ferreira Deslandes Suely. Cruz Nieto Octavio. Gomes Romeo. Investigación Social, teoría, método y creatividad. Talleres Gama Producción gráfica SRL. Avellaneda, Buenos Aires. Julio 2004

2 - Fernández Lamarra Norberto. Educación Superior y Calidad en América Latina. Talleres Gráficos Edge. Premedia Buenos Aires. Argentina. Junio 2007

3 - García Valcarcel Ana. Didáctica Universitaria. Madrid. La Muralla. 2001

4 - Gixio Cecilia. Enseñar a aprender: construir un espacio colectivo de enseñanza aprendizaje. Ediciones Homo Sapiens. 7ma Ed. Rosario 2005.

EGRESADOS DE LA FOLP / EQUIPAMIENTOS Y MATERIALES E INFRAESTRUCTURA.

Tissone S; Medina MM; Coscarelli N; Mosconi E; Rueda L; Albarracín S; Irigoyen S; Papel G; Seara S; Tomas L; Cantarini M; Saporitti F.
IIES - Facultad de Odontología UNLP

Es necesario un seguimiento continuo de los egresados ya que esto representa un mecanismo poderoso de diagnóstico de la realidad con el potencial de inducir en las instituciones la reflexión sobre sus fines y valores; aporta también elementos para analizar las ventajas y desventajas de los diferentes modelos y opciones educativas que permitirán su fortalecimiento o revisión. En la Facultad de Odontología de La Plata se lleva a cabo un proyecto institucional sobre Evaluación y Seguimiento de Egresados de la FOLP donde se indaga a partir de todos los sectores involucrados: autoridades, docentes, egresados y empleadores. En el marco de dicho proyecto el objetivo de este trabajo es presentar los resultados parciales sobre la calificación que los egresados de dicha unidad académica otorgan al equipamiento, materiales e infraestructura de la misma. Los datos de los egresados se obtienen a través de una encuesta estructurada que consta de los siguientes ítems: aspectos demográficos, datos académicos, calidad de la enseñanza y servicios recibidos, formación continua, ocupación e inserción laboral, prácticas preventivas, participación en programas comunitarios, emigración y datos complementarios. Es un estudio transversal descriptivo y el universo a estudiar está representado por los egresados de las cohortes 2006 a 2010 de la FOLP. De la encuesta aplicada a los mismos se seleccionaron las siguientes variables: Equipamientos y materiales - infraestructura. Se utilizó como fuente de documentación los datos sobre los egresados proporcionados por el CESPI y la Secretaría de Postgrado de la FOLP. La información se obtuvo a través de una encuesta estructurada y entrevistas con guía dirigida, aplicadas por vía telefónica, por correo electrónico y en forma personal. Para el análisis de las variables seleccionadas se tuvieron en cuenta los siguientes datos: para el equipamiento y materiales: En una escala de 1 a 10, donde 10 es excelente y 1 deficiente. Y para la Infraestructura: En una escala de 1 a 10, donde 10 es excelente y 1 deficiente. La información obtenida fue ingresada en una base de datos para su recuento y procesamiento. Se estableció la "f" y la "f%" .La presentación de los datos se realizó utilizando gráficos y tablas mediante el sistema computacional Excel. El análisis de las encuestas arrojó los siguientes resultados: Se encuestaron 465 egresados de los cuales 108 corresponden al año 2006; 79 al año 2007;86 al 2008; 98 al año 2009 y 94 al año 2010. Con respecto a la cohorte 2006 sobre un total de 108 egresados, no hubo calificaciones menores a 6; 77(71,2%) egresados calificación con 6, 25(23,1%) calificaron con 7, 3(2,77%) con 8, 1 (0,9%) con 9; y 2(1,8%) calificaron con la máxima puntuación. En la cohorte

2007 total de egresados 79. 1(1,2%) calificó con la mínima; no hubo calificaciones con 2; 1(1,2%) calificó con 3; 5(6,3%) puntuaron con 4; 10(12,6%) con calificación 5; 16(20,2%) con 6; 26(32,9%) con 7; 12(15,1%) calificaron con 8; 5(6,3%) con 9 y 3(3,7%) egresados calificaron con 10. Cohorte 2008 total de egresados 86. 2(2,3%) calificaron con 1; 2(2,3%) con 2; 2(2,3%) calificaron con 3; 6(6,9%) con 4; 24(27,9%) con 5; 20(23,2%) puntuaron con 6; 14(16,2%) con 7; 8(9,3%) con 8. 7(8,1%) con 9 y 1 punto con 10. Cohorte 2009 cantidad de egresados 98: No hubo puntuación menor a 4; 3(3,06%) con 4; 13(13,2%) con 5; 27(27,5%) con 6; 35(35,7%) con 7; 15(16,3%) con 8; 4(4,08%) con 9 Y 1(1,02%) con 10. Cohorte 2010 total de egresados 94: No hubo calificaciones menores a 6; 3(3,19%) egresados puntuaron con 6; 20(21,2%) calificaron con 7; 30(31,9%) con 8; 25(26,5%) calificaron con 9 y 16(17,02%) calificaron con 10; En cuanto al Equipamiento y materiales los resultados fueron los siguientes: No hubo Calificaciones menores a 5 en ninguna de las cohortes. Cohorte 2006: 20(18,5%) calificaron con 5; 51(47,2%) calificaron con 6; 29(26,8%) con 7; 5 (4,6%) con 8; 1(0,9%) con 9 y 2(1,8%) calificaron con 10. Cohorte 2007: 10(12,6%) calificaron con 5; 15(18,9%) con 6; 28(35,4%) con 7; 15(18,9%) calificaron con 8; 6(7,5%) con 9 y 5(6,3%) con 10. Cohorte 2008: 10(11,6%) calificaron con 5; 11(12,7%) con 6; 17(19,7%) calificaron con 7; 25(29,06%) con 8; 15(17,44%) con 9 y 8(9,3%) con 10. Cohorte 2009: 26(26,5%) calificaron con 6; 34(34,6%) con 7; 19(9,1%) calificaron con 8; 16(16,3%) calificaron con 9 y 3(3,06%) con 10. Cohorte 2010: 19(20,2%) calificaron con 7; 45(47,8%) con 8; 19(20,2%) calificaron con 8; 19(20,2%) con 9 y 11(11,7%) con 10. Del análisis de las encuestas de desprende que el 56,55% aprox. de los egresados otorgaron una calificación entre 6 y 7 al equipamiento y materiales y el 50,76% aprox. De los egresados calificaron entre 7 y 8 en cuanto a la infraestructura. Los estudios de seguimiento de egresados son una herramienta importante para analizar los caminos que siguen los nuevos profesionales, no solo en lo que respecta a su inserción laboral, sino al entorno y contexto en que se desenvuelven. Para así poder aportar una permanente evaluación en el proceso de formación a partir de un análisis crítico que permita la integración entre plan de estudio, inserción laboral y necesidades de salud de la población.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Alonso, L.; Fernández Rodríguez.; Nyssen, J.: El debate sobre las competencias. Presentación para las Jornadas "Mercado laboral y planes de estudios universitarios sustentados en competencias" España 2009.
- 2- Poblete, A. et al: Situación actual del seguimiento de egresados e inserción laboral en un grupo de universidades chilenas. Chile 2012
- 3-Huerta Carrillo, L.; Lugo Botello, P.: Seguimiento de egresados Universidad Autónoma de Zacatecas. México 2009

Modelo para evaluación y seguimiento de los egresados

Bander M; Tomas L; Medina M.; Irigoyen S; Mosconi E; Rueda L; Papel G; Coscarelli N.; Albarracín S; Seara S; Saporitti F; Cantarini M ;Tissone S.
IIES - Facultad de Odontología UNLP

Los estudios de seguimiento de egresados son una herramienta importante para analizar los caminos que siguen los nuevos profesionales, no solo en lo que respecta a su inserción laboral, sino al entorno y contexto en que se desenvuelven(1). En ese marco se realizó un estudio transversal y descriptivo de Evaluación y Seguimiento de egresados con el objeto de establecer un sistema de información sobre datos básicos, práctica profesional, experiencias, opiniones y sugerencias de graduados y empleadores; que permitiera evaluar y retroalimentar al sistema, afianzando el control de calidad del producto. Se combinaron caracteres cuali y cuantitativos que permitieron obtener importante información. El objeto de estudio involucró una gran cantidad de temas, áreas y campos de trabajo. La evaluación y seguimiento del profesional universitario necesita de una mecánica y de una práctica que oscilan entre lo cualitativo y lo cuantitativo por eso se planteó la integración y complementación entre ambos métodos, sobre la base de los principios de consistencia, triangulación y convergencia. La evaluación de los programas se abordó desde dos perspectivas: un análisis del impacto y un análisis del proceso. La evaluación del impacto fue típicamente cuantitativa y del proceso cualitativa, aunque en la etapa de explicación causal, el empleo de caracteres cuantitativos y cualitativos permitieron obtener un mejor nivel de información. Los datos se obtuvieron a partir de egresados, empleadores autoridades y docentes. Se aplicaron encuestas y entrevistas (personales y/o telefónicas). Se construyó un registro con la historia institucional que sirvió como punto de referencia para determinar su impacto sobre la evolución del programa. Sobre la base de integración entre lo cualitativo y lo cuantitativo, lo cualitativo proporcionó el contexto en el que pudieron ser entendidos los hallazgos cuantitativos. Se diseñó una muestra al azar que permitió realizar estimaciones poblacionales utilizando técnicas de estadística inferencial. Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y con un error máximo del 5% en las estimaciones. La muestra obtenida fue de 472 egresados. La población y muestra de empleadores fue intencionada y obtenida de los mismos sectores de donde se seleccionó la muestra de egresados. Se encuestaron un total de 112 empleadores. La población y muestra de profesores se definió en función del n° de créditos y tomando como referencia a los responsables de cada curso. En cuanto a la población y muestra de autoridades, se hizo un censo total de los directivos de la FOLP. El interés se centró en aspectos de la formación e inserción laboral del egresado, características y demandas del empleador. Opinión de

autoridades y académicos, definición de debilidades y fortalezas del programa. La información se recolectó con instrumentos previamente validados: Cuestionarios para egresados, empleadores, autoridades y docentes. Con base en los resultados cuali y cuantitativos, se pueden señalar como aspectos sobresalientes enunciados: 1-.El proyecto institucional fue valorado satisfactoriamente. La calidad de los procesos, la proyección al medio, el fortalecimiento permanente y un proyecto educativo que fomenta la formación integral del egresado, han sido aspectos de consenso entre los informantes consultados. También fueron resaltados iniciativas y proyectos que aportan soluciones a problemas comunitarios. Los grupos de investigación se consideraron de buen nivel. Se observa la necesidad de fortalecer el sentido de pertenencia. 2-.Se consideró que el Programa académico es relativamente flexible, proporciona formación integral al estudiante y propende a garantizar un buen desempeño para el ejercicio profesional. Los campos de práctica de diversa complejidad facilitan la adquisición de destrezas acordes a los requerimientos de la profesión. 3-.En general el factor de bienestar universitario es bien calificado. 4-.La calificación sobre la organización, administración y gestión es favorable, con aspectos susceptibles de mejorar. Se encontró coherencia entre organización administrativa y gestión 5-.Los recursos físicos fueron calificados en forma satisfactoria. 6-. El impacto sobre el medio en términos globales fue calificado satisfactoriamente. Los egresados manifiestan que la calidad de la formación recibida es buena y aprecian las bondades del programa, que resulta pertinente con las demandas laborales. En general los empleadores manifiestan estar satisfechos con los conocimientos, habilidades y destrezas de los egresados, señalan algunos aspectos que se deberían reforzar. El índice de ocupación de los egresados es alto, aunque las remuneraciones en general son bajas. Los empleadores, prefieren profesionales recién egresados porque las habilidades y conocimientos están actualizados y porque el tabulador salarial utilizado no incorpora la experiencia, supuestamente ausente en un trabajador que recién ha terminado su formación. Esto resulta contradictorio desde la óptica de los egresados, debido a los resultados de valoración para contratarlos. Las relaciones educación-empleo son complejas y a veces contradictorias, por eso sólo pueden ser analizadas a partir del examen de realidades socio-históricas concretas. Las conclusiones arribadas nos permiten sostener la importancia de analizar las trayectorias laborales de los egresados en función de una multiplicidad de factores, que en definitiva son los que le otorgan significado.

BIBLIOGRAFIA

1-Alvarado Rodríguez, M.E. El seguimiento de egresados de estudios profesionales. Serie: Sobre la Universidad No. 11. CISE, México, UNAM. 1993

ANÁLISIS EXPLORATORIO DE LA DURACIÓN DE LA CARRERA EN EGRESADOS DE LA FOLP

Medina, M.; Tomas, L.; Coscarelli, N.; Irigoyen, S.; Albarracín, S.; Rueda, L.; Mosconi, E.; Papel, G.; Seara, S.; Cantarini, M.; Saporitti, F.; Tissone, S.
IIES - Facultad de Odontología UNLP

El rendimiento académico es uno de los indicadores de gestión de las instituciones educativas que no solo pone en evidencia las capacidades de los educandos, sino también los factores que las afectan(4). Probablemente una de las dimensiones más importantes en el proceso de enseñanza aprendizaje lo constituye el rendimiento académico del alumno. Cuando se trata de evaluar el rendimiento estudiantil y cómo mejorarlo, se analizan en mayor ó menor grado los factores que pueden influir en él, generalmente se consideran entre otros, factores socioeconómicos, la amplitud de los programas de estudio, las metodologías de enseñanza utilizadas, la dificultad de emplear una enseñanza personalizada, los conceptos previos que tienen los alumnos, así como el nivel de pensamiento formal de los mismos (Benítez, Giménez y Osicka, 2000), sin embargo y en contraste, Jiménez (2000) refiere que "se puede tener una buena capacidad intelectual y una buenas aptitudes y sin embargo no estar obteniendo un rendimiento adecuado". La complejidad del rendimiento académico inicia desde su conceptualización, en ocasiones se le denomina como aptitud escolar, desempeño académico ó rendimiento escolar, pero generalmente las diferencias de concepto sólo se explican por cuestiones semánticas ya que se utilizan como sinónimos, para el presente se considerará la definición de Pizarro (1985), la cual refiere al rendimiento académico como una medida de las capacidades respondientes o indicativas que manifiestan, en forma estimativa, lo que una persona ha aprendido como consecuencia de un proceso de instrucción o formación. El objetivo de este estudio es analizar la correlación de la duración de la carrera con el rendimiento académico en los egresados de la FOLP. Se realizó una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, longitudinal y correlacional, en la que se examinó, la duración real de la carrera de los alumnos graduados entre el 1-1-2006 y el 31-12-2010 y su relación con el rendimiento académico. La información se recolectó a partir de la base de datos del Programa de Evaluación y Seguimiento de Egresados de la FOLP. La exploración tuvo carácter inductivo. Se trabajó con la población total $n = 1470$, de la que se tomaron como referentes los egresados a término (5 años) y los egresados en el doble del tiempo estipulado curricularmente (10 años). Se construyeron tablas de distribución de frecuencias. Las variables correlacionadas fueron duración de la carrera (variable dependiente) y rendimiento académico (variable independiente). Se aplicó la metodología correlacional básica dado que no hubo manipulación intencional de variables. Se consideró como rendimiento académico el promedio de las calificaciones finales de todas las

materias del plan de estudios incluyendo los aplazos. La correlación entre variables se calculó mediante la obtención del coeficiente de correlación usando la fórmula r de Pearson si bien su aplicación es controversial cuando se trabaja con poblaciones enteras. El número decimal producido de la probable relación entre variables fue evaluado considerando: la fuerza y la significación estadística de la relación. La fuerza de la relación fue inferida a partir del valor numérico del coeficiente de correlación considerando que los valores cercanos a cero denotan una relación débil, mientras que los que se aproximan a +1 o a -1 indican una relación fuerte. Para establecer el grado de influencia se aplicó el coeficiente de determinación R^2 . Se confeccionaron gráficos de dispersión para cada correlación. De acuerdo con los estadísticos descriptivos se establecieron los puntajes máximos (Mx) y mínimos (Mn), así como las medias (\bar{x}) y medianas (M) de los indicadores de las variables: 1.- Coeficiente de rendimiento académico ($CRA = M/A \cdot P$), donde M representa el número de materias rendidas; A los años de duración de la carrera y P el promedio final con aplazos incluidos. El CRA se expresa en una escala de 0 a 100. 2.-Promedio con aplazos (Pr) y 3.- Materias desaprobadas (Md). La metodología para la elaboración de datos fue cuantitativa. Las variables se procesaron en forma numérica. Se utilizó el programa estadístico SPSS 10.0 con sistema operativo Windows Milenium. Se obtuvieron los siguientes resultados.

1.-Duración 5 años = 6,33% de la población total; $\bar{x}Pr = 6,42$; $MPr = 6,98$; $MxPr = 7,83$; $MnPr = 4,70$; $\bar{x}CRA = 61,62$; $MCRA = 63,81$; $MxCRA = 78,30$; $MnCRA = 40,70$; el 20,43% egresó sin aplazos.

2.-Duración 10 años = 5,58% de la población total; $\bar{x}Pr = 4,95$; $MPr = 4,33$; $MxPr = 7,47$; $MnPr = 3,81$; $\bar{x}CRA = 33,84$; $MCRA = 25,98$; $MxCRA = 44,82$; $MnCRA = 22,86$; el 1,21% egresó sin aplazos.

3.-La correlación fue $r = -0,52$ y el computo de variable arrojó un $R^2 = 39\%$ para la influencia del rendimiento académico en la duración de la carrera. De lo expuesto se puede concluir que hay una dirección de correlación significativa y con fuerte incidencia del rendimiento académico de los alumnos en la duración de la carrera.

BIBLIOGRAFÍA

1.-Benítez, M.; Giménez, M.; Osicka, R. (2000). Las asignaturas pendientes y el rendimiento académico: ¿existe alguna relación?.

<http://www.unne.edu.ar/cyt/humanidades/h-009.pdf>

2.-Jiménez (2000). Análisis del rendimiento académico.

www.perso.wanadoo.es/angel.saez/

3.-Pizarro, R. (1985). Rasgos y actitudes del profesor efectivo. Tesis para optar al grado de Magister en Ciencias de la Educación. Pontificia Universidad Católica de Chile.

4.- Tedesco, JC. (1997) Revista Temas y Propuestas. Año 6. Buenos Aires.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS EMPLEADORES PARA LA CONTRATACIÓN DE EGRESADOS

Saporitti F, Irigoyen S, Medina M, Albarracín S, Seara S, Coscarelli N, Tomas L, Mosconi E, Cantarini M, Rueda L, Papel G., Tissone, S.
IIES - Facultad de Odontología UNLP

El presente trabajo analiza la opinión de los empleadores de la profesión odontológica de instituciones públicas y privadas (hospitales, clínicas, consultorios) acerca de los criterios de selección para la contratación de los egresados 2006-2010 de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Las instituciones de Educación Superior han tenido una difícil tarea para integrar la teoría y la práctica en el contexto cultural, social y productivo, en el cual los egresados se desempeñan. Sin embargo, la Facultad de Odontología de la UNLP ha adoptado una estructura curricular flexible, basada en la relación teoría-práctica directa durante la formación, que permite a los futuros egresados desarrollar competencias adecuadas de acuerdo a las demandas del mercado laboral y a las necesidades sociales. En otras palabras, los egresados que posean dichas competencias podrán desempeñarse en diferentes áreas ocupacionales, con habilidades para resolver problemas, tomar decisiones y tener pensamiento reflexivo para aprovechar al máximo las oportunidades de empleo. La formación debe incidir sobre la relación empleabilidad-empleo, buscando la oferta de capacidades y las experiencias que necesitan para lograr una mayor y mejor inserción laboral. Existen factores que influyen en el desarrollo de la actividad académica de las instituciones de educación superior, donde el compromiso está en responder en forma eficiente y con calidad a las demandas de la sociedad que está en constante cambio, motivados por el avance tecnológico y científico. Así surge la necesidad de aplicar esquemas innovadores pedagógico-didácticos para brindar respuestas creativas y proveer soluciones a las problemáticas que se generen o anteponiéndose a ellas. En tal sentido, la formación de los futuros egresados que demanda la sociedad, tiene una importancia estratégica para la transformación productiva y la opinión de los empleadores de los centros de salud encuestados se convierte en una fuente exacta del impacto que los egresados de la FOUNLP., tienen en el mercado laboral, a partir del análisis de su formación académica, habilidades, actitudes, fortalezas y debilidades en el desempeño profesional, entre otras. De esta forma se obtendrá no sólo una calificación del ejercicio profesional, sino que contribuye en forma relevante, al perfeccionamiento de la calidad de los servicios educativos de la institución. Se debe procurar que los profesionales que presten el servicio tengan la habilidad y la capacidad necesarias para su realización y mantengan una constante formación. Teniendo en cuenta la rapidez de evolución en el campo de los conocimientos técnicos y en las nuevas tecnologías aplicadas a la salud, los egresados han de ser conscientes de la

necesidad de mantener una formación continua para actualizarse con los avances más importantes en el área de salud odontológica. Las principales salidas laborales de los odontólogos se encuentran en los consultorios, clínicas privadas, hospitales, centros de atención primaria municipales y provinciales, entre otras actividades relacionadas a la atención odontológica. Los objetivos de este trabajo fueron: 1-Identificar criterios de selección para la contratación de los egresados 2-Conocer las demandas y el impacto que tienen los egresados de acuerdo a los criterios de selección de los empleadores. La metodología consistió en una investigación de tipo cualitativa, descriptiva, con la aplicación de una encuesta estructurada, anónima, a 132 empleadores de la profesión odontológica, del ámbito público y privado, indagándose sobre los criterios de selección para la contratación de los profesionales y se incluyeron las siguientes opciones: 1- Presentación por un colega. 2- Ofrecimiento directo. 3-Envío de curriculum vitae. 4- A través de consultores o empresas de selección del personal. 5- A través de la prensa 6- Llamado a concurso 7- Otras formas (familiar o por referencias) 8-NS / NC. Los resultados son producto de la aplicación de una encuesta anónima destinada a los empleadores de la profesión odontológica que opinaron sobre los diversos criterios de selección para la contratación de los egresados de la FOUNLP y de su análisis se obtuvieron los siguientes datos: 1-Presentación por un colega 24 (18,18%). 2- Ofrecimiento directo 34 (25,76%). 3-Envío de currículum vitae 29 (21,97%). 4- A través de consultores o empresas de selección del personal 1 (0,76%). 5- A través de la prensa 5 (3,79%) 6- Llamado a concurso 24 (18,18%) 7- Otras formas (familiar o por referencias) 3 (2,27%) 8-NS / NC.12 (9,09%). Como conclusión, este tipo de estudios permite a la unidad académica disponer de información necesaria para orientar acciones tendientes a optimizar la formación académica. Ofrecimiento directo, envío de curriculum vitae, presentación por un colega y llamado a concurso son los criterios de selección con mayor demanda e impacto para los egresados dentro del mercado laboral.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1-Gonczi, A. (1997) Problemas relacionados con la implantación de la educación basada en competencias. La Académica. Nov.Dic. Hemeroteca Digital UNAM, México.
- 2-Lepeley M.T. (2001). Educación Superior, gestión y desarrollo de personas para la nueva economía y la globalización. Memoria. Ponencia presentada en el Congreso Convergente IESM/IESLA. Veracruz, México.
- 3-Muñoz y Garcia (2001) "Formación de recursos humanos para el modelo económico IESML- México.
- 4-Boalender G Scott S.(2008) "Administración de recursos humanos" Ed.Cengage Learning S.A. México D.F.

FORMACIÓN DE POST-GRADO EN EGRESADOS DE LA FOLP

Tomas, L. J.; Medina, M. M.; Albarracín, S.; Coscarelli, N.; Irigoyen, S.; Rueda, L.; Mosconi, E.; Papel, G.; Seara, S.; Cantarini, M.; Saporitti, F.; Tissone, S.

IIES - Facultad de Odontología UNLP

El objetivo de nuestro estudio es describir la Formación Continuada de los Egresados de la FOLP entre los años 2006 a 2010. La metodología aplicada en esta investigación, parte de años de investigación y estudios bibliográficos, sobre la temática a través de un proyecto institucional de evaluación y seguimiento de alumnos y egresados de nuestra Facultad, el presente es un estudio de tipo descriptivo y el universo está constituido por los egresados de la FOLP entre los años 2006 – 2010. La información fue recopilada a través de una encuesta estructurada elaborada ad hoc y registros documentales de la FOLP y del CeSPI. La administración de la encuesta se realizó vía telefónica, e-mail y en forma personal, para su procesamiento se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0. Las variables cuantitativas se expresan a través de la media o mediana (según si su distribución es normal o no) con su correspondiente desviación estándar o rango intercuartil y las variables cualitativas en forma de frecuencias. La magnitud de la asociación se expresa a través de la razón de prevalencia con sus intervalos de confianza al 95%. Las medidas de asociación a través de los test estadísticos correspondientes. Análisis de la tendencia lineal con la chi cuadrado de tendencia. De los egresados entre los años 2006 al 2010 se recibieron 465 encuestas de las cuales se desprenden los siguientes resultados: Los odontólogos que realizaron capacitación de postgrado fueron 312 y los profesionales que no hicieron actividades post-título fueron 148, mientras que 5 no contestaron. En cuanto a los que si se perfeccionaron, se documentó que su formación fue abundante en un 28,82%, escasa en un 35,05%, nula en un 5,38% y respondieron NS/NC un 27,53%. Cuando se preguntó que tipo de estudios de post-grado ha realizado, 3 respondieron que optaron por la carrera de Doctorado en Odontología, 15 por Maestrías, 75 por Carreras de Especializaciones, 183 optaron por realizar cursos de postgrado en distintas áreas odontológicas (básicas y clínicas), 40 manifestaron no haber hecho postgrados y los que optaron por NS/NC fueron 149. Finalmente cuando se preguntó donde se realizaron los estudios de postgrado, las referencias elegidas fueron: en argentina 260 egresados, en Latinoamérica uno, en otro país solo cuatro y no respondieron nada 200. Vale decir que cuando se interrogo por las áreas de interés para educación continua las respuestas fueron muy variadas, aunque las más elegidas fueron las áreas clínicas vinculadas con la rehabilitación bucal del sistema estomatognático, se nombró: estética, operatoria dental, ortopedia, prostodoncia, salud social y comunitaria, ortodoncia, farmacología, patología y clínica estomatológica

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

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ruiz de Adana Pérez R, Elipe Rebollo P. Calidad en la formación continuada de los profesionales sanitarios: necesidad y reto. *Calidad asistencial*. 21:117-9. 2006
- (2) Sánchez Nieto JM, López López E, Abad Corpa E, Carrillo Alcaraz A, García Ahlers C. Análisis de los factores relacionados con las ausencias a las actividades formativas en el colectivo sanitario no facultativo hospitalario. *Calidad Asistencial*, 21:187-93. 2006

INSERCIÓN LABORAL DE LOS EGRESADOS DE ODONTOLOGÍA 2006-2010

Coscarelli N.; Medina M.; Mosconi E.; Rueda L.; Albarracín S.; Irigoyen, S.; Papel, G.; Seara, S.; Tomas, L; Cantarini, M.; Saporitti, F.; Tissone, S.
IIES - Facultad de Odontología UNLP

La tendencia del mercado de trabajo se ha vuelto cambiante, complejo y muy exigente en los últimos tiempos para todas las profesiones, es por ello que se hace necesario indagar, desde las instituciones formativas, sobre las dificultades que enfrentan los egresados de las mismas para insertarse laboralmente, ya que estas tienen el compromiso de brindar a los estudiantes una formación integral con mayor conocimiento de la realidad que permita articular la formación profesional con el mercado laboral y en relación a la carrera de Odontología, también con las necesidades de salud oral de la comunidad. En la Facultad de Odontología de La Plata se lleva a cabo un proyecto institucional sobre Evaluación y Seguimiento de Egresados de la FOLP donde se indaga a partir de todos los sectores involucrados: autoridades, docentes, egresados y empleadores. Los datos de los egresados se obtienen a través de una encuesta estructurada que consta de los siguientes ítems: aspectos demográficos, datos académicos, calidad de la enseñanza y servicios recibidos, formación continua, ocupación e inserción laboral, prácticas preventivas, participación en programas comunitarios, emigración y otros datos complementarios. En el marco de dicho proyecto, el objetivo de este trabajo es presentar los resultados parciales sobre aspectos relacionados con la inserción laboral. Es un estudio transversal descriptivo, el universo está representado por los egresados de la FOLP de los años 2006 a 2010, las variables seleccionadas son: tiempo en insertarse laboralmente desde su graduación (menos de 6 meses, entre 6 a 12 meses o más de 12 meses); grado de satisfacción con los ingresos percibidos (muy bueno, bueno, regular o malo) ; medios que utiliza para buscar trabajo (concorre a distintas empresas, por recomendaciones, aviso publicitario, entrevista con empleadores, bolsa de trabajo, otras formas o no realiza búsqueda); grado de dificultad para conseguir empleo (mucha, alguna, poca o sin dificultad); y porcentaje de conocimientos adquiridos en la carrera que aplica en su trabajo profesional (100%, 75%, 50%, 25% o menos del 25%). Se utilizó como fuente de documentación los datos sobre los egresados proporcionados por el CESPI y la Secretaría de Postgrado de la FOLP. La información se obtuvo a través de una encuesta estructurada y entrevistas con guía dirigida, aplicadas por vía telefónica, por correo electrónico y en forma personal. La información obtenida fue ingresada en una base de datos para su recuento y procesamiento. Se estableció la "f" y la "f%" .La presentación de los datos se realizó utilizando gráficos y tablas mediante el sistema computacional Excel. El análisis de las encuestas arrojó los siguientes resultados: se

encuestaron en total 465 egresados, de los cuales 108 corresponden al año 2006, 78 al año 2007, 86 al año 2008, 99 al año 2009 y 94 al año 2010. Del total de encuestados el 61,51% corresponde al sexo femenino y el 38,49% al sexo masculino. En cuanto al tiempo en insertarse laboralmente el 50,75% respondió menos de 6 meses, el 28,81% entre 6 y 12 meses, el 17% más de 12 meses y 3,44 no contestó. Con respecto al grado de satisfacción con los ingresos percibidos el 6,24% expresó que era muy bueno, el 44,30% bueno, el 26,02% regular, el 13,12% malo y el 10,32 no contestó. En referencia a los medios para buscar trabajo el 4,73% concurre a diferentes empresas, el 42,37% por recomendaciones, el 9,03 por avisos publicitarios, el 9,46 por entrevistas con empleadores, el 4,30 por bolsa de trabajo, el 7,10 por otras formas, el 17,63 no realiza búsqueda y el 5,38% no contestó. En cuanto al grado de dificultad para conseguir empleo el 27,96% expresó mucha, el 33,55% alguna, el 15,70% poca, el 19,35 sin dificultad y el 3,44 no contestó. Con respecto al porcentaje de conocimientos adquiridos en la carrera que aplica en su trabajo profesional el 32,27% respondió el 100%, el 47,31% que aplican el 75%, el 13,12% que aplican el 50%, el 1,29% que aplican el 25% y el 3,01 no respondió. En los resultados parciales del análisis de las encuestas recibidas se ha observado que el mayor porcentaje de los egresados de las cohortes 2006 a 2010 respondió: que se insertó laboralmente en el primer año desde su graduación, que consideran entre regular y bueno los ingresos percibidos, que el medio para buscar trabajo es a través de recomendaciones, que tuvieron entre alguna y mucha dificultad para conseguir trabajo y que aplican entre el 75% al 100% de los conocimientos adquiridos en la carrera en su trabajo profesional. Los estudios de seguimiento de egresados son una herramienta importante para analizar los caminos que siguen los nuevos profesionales, no solo en lo que respecta a su inserción laboral, sino al entorno y contexto en que se desenvuelven. Son también mecanismos poderosos de diagnóstico de la realidad con el potencial de inducir en las instituciones la reflexión sobre sus fines y valores, desde que aportan elementos para analizar las ventajas y desventajas de los diferentes modelos y opciones educativas que permitirán su fortalecimiento o revisión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Alonso L.; Fernández Rodríguez C.; Nyssen J.: El debate sobre las competencias. Presentación para las Jornadas "Mercado laboral y planes de estudios universitarios sustentados en competencias" España 2009.
- 2- Poblete, A. et al: Situación actual del seguimiento de egresados e inserción laboral en un grupo de universidades chilenas. Chile 2012
- 3-Huerta Carrillo, L.; Lugo Botello, P: Seguimiento de egresados Universidad Autónoma de Zacatecas. México 2009
- 4-Arango Botero, A. et al: La enseñanza de la Odontología. Seminario taller sobre la reforma académico-administrativa de la Facultad de Antioquia. Colombia, Ed. Interamericana, 2004. 253p.

VALORACIÓN DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS EGRESADOS DE LA FOLP

Papel, G.; Medina, M.; Coscarelli, N.; Rueda, L.; Mosconi, E.; Albarracín, S.; Irigoyen, S.; Cantarini, M.; Tomas, L.; Seara, S.; Saporitti, F.; Tissone, S.
IIES - Facultad de Odontología UNLP

Una educación superior de calidad significa fortalecer la capacidad de investigación que permita una mejor comprensión de los problemas, contribuya al progreso del conocimiento y ofrezca opciones útiles y realistas. Es en este contexto se emprendió una línea de investigación para la evaluación y seguimiento de egresados que permitió de manera significativa analizar los resultados en la formación de odontólogos. Por ello se considera importante partir de la conceptualización de “seguimiento” como “...una aproximación al análisis de los fenómenos, que contempla su desarrollo a través del tiempo”, de ahí que sea utilizado como estrategia de evaluación. Pensamos que una conceptualización más reciente es la de María Eugenia Alvarado “el seguimiento es el conjunto de acciones realizadas por la institución, tendientes a mantener una comunicación constante con sus egresados, con el propósito de desarrollar actividades, que permitan un mejoramiento personal e institucional en beneficio del sistema educativo”. Los datos exploratorios reunidos, posibilitan reflexionar que la valoración de la formación académica universitaria, requiere superar las miradas generalizadoras, y poder a su vez, recuperar las singularidades y particularidades que la constituyen, así como los cambios que puede reflejar ante cuestiones más puntuales, desde luego, de mayor relevancia para los fines y principios orgánicos de la Institución en mención.

El objetivo general del presente estudio fue realizar una valoración de la formación académica recibida por los egresados de la FOLP, mediante los siguientes objetivos específicos: Evaluar la formación académica recibida para ejercer la profesión, calificar a los docentes de la FOLP, determinar el grado de satisfacción de los conocimientos adquiridos en nuestra Unidad Académica. La metodología aplicada, parte de años de investigación y estudios bibliográficos, sobre la temática a través de un proyecto institucional de evaluación y seguimiento de alumnos y egresados de nuestra Facultad, el presente es un estudio de tipo descriptivo y el universo está constituido por los egresados de la FOLP entre los años 2006 – 2010. La información fue recopilada a través de una encuesta estructurada elaborada ad hoc y registros documentales de la FOLP y del CeSPI. Técnica de muestreo: Aleatoria Simple (n = 465). 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.

Margen de error estimado 5%; con un nivel de confianza del 95%. Sobre un total de 465 encuestas recibidas y procesadas, correspondieron 108

(23.23%) a los egresados 2006, 78 (16,77%) del año 2007, 86 (18,49%) del año 2008, 99 (21,29) del año 2009, 94 (20,22%) del año 2010. En relación con la formación académica recibida, evaluaron la calidad de la misma como Muy buena el 18,71% (87), Buena el 65,16% (303), Regular 13,98% (65), Mala 1,72% (8) y Ns/Nc 0,43% (2). En relación con la formación académica recibida para ejercer la profesión, el 17,20% (80) consideran Muy Buena, el 64,30% (299) Buena, el 15,91% (74) Regular, el 2,15% (10) Mala y 0,43% (2) Ns/Nc. La calificación promedio asignada a los docentes de la FOLP, fue de 10 (excelente) 11, de 9 29, de 8 72, de 7 145, de 6 113, de 5 67, de 4 18, de 3 1, de 2 4 y 1(deficiente) 1, Ns/Nc 3. En lo que respecta al grado de satisfacción con los conocimientos adquiridos, fue de 10 (excelente) 16, de 9 42, de 8 90, de 7 174, de 6 101, de 5 29, de 4 10, de 3 0, de 2 1, de 1(deficiente) 0 y Ns/Nc 2. Los resultados demuestran que los graduados en el período 2006-2010, pertenecen mayoritariamente al plan de estudio 1994, con una duración de la carrera en su mayoría de los encuestados de 7 años, La evaluación, dado su carácter participativo y comprometedor, debe contribuir al proceso de formación de los diferentes agentes de la comunidad educativa, al informarlos y hacerlos conscientes sobre el comportamiento de las diferentes variables que intervienen para el logro de la calidad educativa y su incidencia personal en ello.

Las acciones para la evaluación están encaminadas a la mejora y perfeccionamiento del proceso y los resultados de la actividad educativa y al logro de niveles superiores de calidad. Dicho análisis, confirma la necesidad de incrementar la reflexión pedagógica para comprender la realidad universitaria, como por ejemplo determinar cuál es la formación pedagógica con que cuentan los profesores de nivel universitario, y determinar cuál es la valoración institucional y social que se le otorga a éste saber.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Alvarado Rodríguez, M.E. (1993), El seguimiento de egresados de estudios profesionales. Serie: Sobre la Universidad No. 11. CISE- UNAM. México.
- 2.- De Wer, Egbert. "Sensibilidad de la Educación Superior a las demandas del mercado de trabajo", en Higher Education and Work, J. Brennam, M. Kogan y U. Teichler, Publ. London and Bristol, 1996
- 3.- Tejada, J. La educación en el marco de una sociedad global: algunos principios y nuevas exigencias, Profesorado (Revista de currículum y formación del profesorado), vol.4, núm. 1, 13-26, 2001
- 4.- Vélez, G.; Bono, A.; Cortese, M.; Domínguez, G.; Jakob, I.; Ponti, L.; "Encuentros y desencuentros en el ingreso a las universidades públicas" 1ra Edición, Editorial Universidad Nacional de Río Cuarto, UNRC, 2010.

ANÁLISIS COMPARATIVO SOBRE LA FORMA DE EJERCICIO PROFESIONAL DE LOS EGRESADOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA PLATA ENTRE LOS AÑOS 2006 Y 2010.

Seara S.; Coscarelli N.; Medina M.; Tissone, S.; Mosconi E.; Rueda L.; Albarracín S.; Irigoyen S.; Papel G.; Tomas L; Cantarini, M.; Saporitti, F.
IIES - Facultad de Odontología UNLP

Los cambios que se están produciendo dentro del ámbito laboral hacen que las posibilidades de inserción en dicho mercado, y con la diversidad de formas de poder ejercer la profesión odontológica, son cada vez más complejas, lo que conlleva a interrogarse sobre los perfiles de capacitación buscando brindar las competencias indispensables para el ingreso al mercado laboral en las mejores condiciones posibles. La Universidad, a través de la facultad de odontología, pretende formar recursos humanos entregándoles a los alumnos una serie de elementos cognitivos, de destrezas y de actitudes, esperando que las desarrollen y las apliquen después durante su ejercicio profesional. Es por ello que la formación de profesionales requiere una permanente evaluación con el objeto de adecuarla al contexto socio-económico, para lograr un recurso humano calificado para desempeñar actividades que permitan resolver problemas cada vez más complejos enfrentados por las sociedades modernas. En el marco de un proyecto institucional sobre evaluación y seguimiento de egresados de la Facultad de Odontología de La Plata y ante los cambios socio-económicos de los últimos tiempos, el objetivo de este trabajo es dar difusión a los resultados parciales sobre la inserción laboral de los odontólogos. Para llevar a cabo esta investigación se analizó la actividad profesional de los egresados de diferentes cohortes (desde el año 2006 hasta el año 2010), dado que las instituciones formadoras deben responder al carácter cambiante de los entornos laborales mediante procesos de investigación-acción. Se examinó el destino laboral de los egresados de la Facultad de Odontología de La Plata entre los años 2006 y el 2010, para lo cual se comparó las formas de ejercicio profesional de los odontólogos. Es un estudio transversal comparativo. El universo a estudiar son los egresados de la Facultad de Odontología de La Plata entre los años 2006 y el 2010. Se utilizó como fuente de documentación los datos sobre los egresados proporcionados por el CESPI y la Secretaría de Postgrado de la Facultad de Odontología de La Plata. La información se obtuvo a través de una encuesta estructurada aplicada por vía telefónica, por correo electrónico y en forma personal. La variable analizada es el ejercicio profesional con las formas que ejercen los egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata (independiente, en relación de dependencia, ambas modalidades u otras actividades relacionadas con la

profesión). La presentación de los datos se realizó utilizando gráficos y tablas mediante el sistema computacional Excel. El resultado es el siguiente: con un total de 465 encuestados: del total de egresados del año 2006 fueron encuestados 107 egresados de los cuales 46 masculinos y 61 femeninos) dio un resultado de 47 independientes (22 masculinos y 35 femeninos); 34 en relación de dependencia (16 masculinos y 18 femeninos); 13 ambas formas (6 masculinos y 7 femeninos); 0 otras actividades y 3 no sabe no contesta (2 masculinos y 1 femenino). De los egresados del año 2007 fueron encuestados 78 egresados de los cuales son 28 masculinos y 50 femeninos) de los cuales 40 encuestados trabajan en forma independientes (16 masculinos y 24 femeninos); 11 en relación de dependencia (2 masculinos y 9 femeninos); 22 ambas formas (8 masculinos y 14 femeninos); 1 otras actividades (1 femenino) y 4 no sabe no contesta (2 masculinos y 2 femeninos). De los egresados del año 2008 fueron encuestados 86 egresados de los cuales son 32 masculinos y 54 femeninos) 35 independientes 14 masculinos y 21 femeninos); 36 en relación de dependencia (13 masculinos y 23 femeninos); 8 ambas formas (4 masculinos y 4 femeninos); 2 otras actividades (1 masculino y otro femenino) y 5 no sabe no contesta (5 femeninos). De los egresados del año 2009 se le hicieron encuestas a 99 egresados de los cuales son 35 masculinos y 64 femeninos) 52 independientes (15 masculinos y 32 femeninos); 30 en relación de dependencia (12 masculinos y 18 femeninos); 6 ambas formas (3 masculinos y femeninos); 1 otras actividades (1 masculino) y 10 no sabe no contesta (4 masculinos y 6 femeninos). De los egresados del año 2010 fueron localizados y encuestados 94 egresados de los cuales son 37 masculinos y 57 femeninos) 43 independiente es (22 masculinos y 21 femeninos); 38 en relación de dependencia (13 masculinos y 25 femeninos); 6 ambas formas (2 masculinos y 4 femeninos); 1 otras actividades (1 femenino) y 6 no sabe no contesta (6 femeninos). El análisis de las encuestas nos dan como conclusión que: sin importar el año de egresado existe una mayor cantidad de egresados, principalmente femeninos, que ejercen la odontología en forma independiente, siguiéndole la odontología en relación de dependencia y en escasa cantidad los realizan en ambas formas de trabajo. Entre los 465 encuestados solamente 5 (cinco) no se encuentran ejerciendo la carrera que estudiaron.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado Rodríguez, M.E: El seguimiento de egresados de estudios Profesionales. Serie: Sobre la Universidad N° 11. CISE, México, UNAM. 1993.
2. Assenza Parisi, V: Formación profesional y motivación para la calidad total. OEI. Buenos Aires, Argentina. 1998.
3. Gómez Campos, V.M.: Educación Superior, Mercado de Trabajo y Práctica Profesional. Antología de Evaluación Curricular. México. UNAM. 1990.

INCIDENCIA EN LAS MALOCLUSIONES A PARTIR DE UN RIESGO BIOLÓGICO: TIPO DE PARTO

Mendes, C. A.; Iriquín, S.M.; Rancich, L.; Rimoldi, M.

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

El factor de riesgo según la OMS es cualquier característica o circunstancias detectables en una persona o grupo de personas que se sabe asociada con aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Son indicadores cuya importancia radica en que son observables e indetectables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. La interacción de los factores de riesgo biológico sumados a otros sociales y ambientales, aumenta el efecto aislado de cada uno de ellos. Otros autores,(1) clasifican los factores de riesgo en Factores predisponente: edad, sexo, o el padecimiento previo de un trastorno de salud, los cuales pueden crear un estado de sensibilidad hacia un agente causal de enfermedad, Factores Facilitadores: tales como el tipo de alimentación, la vivienda inadecuada, ingresos económicos, Factores desencadenantes: incluye la exposición de un agente nocivo específico, los cuales pueden relacionarse con la aparición de una enfermedad o estado patológico determinado, Factores Potenciadores: entre ellos se encuentra la exposición repetida, la cual puede agravar una enfermedad establecida. La protección específica grupal de las alteraciones de los tejidos blandos y óseos de la cavidad bucal y las estructuras adyacentes se debe realizar en población de riesgo biológico-social mediante el examen clínico periódico de manera directa y con la eliminación de los hábitos nocivos. Se debe vigilar la erupción y la conservación del primer molar permanente, así como el ancho, longitud y relación de las arcadas. El diagnóstico clínico de las maloclusiones debe considerar los factores biológicos, psicológicos, sociales y sus repercusiones funcionales y emocionales(2). El objetivo de dicho trabajo fue determinar las características de los factores biológicos modificables de los hábitos lesivos que inciden en las maloclusiones. La metodología se llevó a cabo en la Asignatura Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología de La Plata, tomando una población de 100 niños, con dentición mixta y con edades comprendidas entre 6 y 12 años. Se solicitó el consentimiento informado, previa explicación sobre la investigación llevada a cabo, firmado voluntariamente por los padres o tutores, en cuyo texto se les explicaba que éste estudio no significaba daño para la salud del niño. Los criterios diagnósticos de inclusión fueron niños con dentición mixta, que presenten hábitos deformantes de la oclusión como succión digital, deglución atípica, uso de chupete, empuje lingual. Se recolectaron los datos por medio de la historia clínica de la asignatura

utilizando espejo, pinza y explorador, teniendo en cuenta. *identificación del niño: nombre, apellido, sexo, edad, domicilio, talla, peso, constitución; *Antecedentes Odontológicos: si concurre habitualmente al odontólogo, cada cuanto, si tuvo una mala experiencia anterior, fecha de su última consulta odontológica. *Historia odontológica de los padres: Si fue buena, mala o regular y cada cuanto realizan su consulta odontológica. *Antecedentes médicos: Teniendo en cuenta el nacimiento: si fue por parto normal, si hubo sufrimiento fetal, si fue por cesárea o con fórceps, si la lactancia fue materna o artificial, con mamadera, hasta que edad, si uso glucolín o azúcar, uso chupete, hasta cuando, si la erupción dentaria fue precoz normal o retrasada Antecedentes Socio culturales: como es su conducta en el hogar, en la escuela, Hábitos Alimentarios: tipo y consistencia de alimentos, carne, verduras, cereales, pan, galletitas, gaseosas, jugos artificiales, lácteos *Examen Clínico: referido al examen de labios, mucosas, paladar, amígdalas, oclusión, respiración, competencia labial, relación incisiva, relación canina y relación molar complementado con una encuesta estructurada elaborada para la madre, padre o tutor preparada a este fin, donde se consignó: la edad de la madre al tener el bebé: menor de 18 años, entre 18 y 35 años y más de 35 años; el grado de escolaridad adquirido al nacer el bebé: primaria, secundaria, terciaria, universitaria, tipo de parto: natural, por fórceps o cesárea, peso del niño al nacer: menos de 2500 grs, bajo peso, más de 2.500 grs peso normal, más de 4000grs sobrepeso; tipo de lactancia: materna positiva hasta los 3 meses de edad del bebé, negativa sin lactancia materna, datos de la familia donde conste como fue la crianza del niño: con los padres, por los abuelos, en un ambiente de buen trato o con malos tratos. Se obtuvieron como resultados de las encuestas realizadas y a través del examen clínico, teniendo en cuenta la población estudiada que el 73% correspondía al sexo femenino y 27 % sexo masculino. Y respecto de la encuesta, el ítem tipo de parto, determinó en aquellos que tuvieron parto natural, un 30% no presentaban maloclusiones y un 70 % sí, los nacidos con fórceps un 40% no presentaban maloclusiones y un 60% sí y en condiciones de cesárea fueron un 50% no y un 50 % sí presentaban maloclusiones. La presencia de los hábitos lesivos determinó que el 100% de los casos presentarían maloclusiones. Conclusión: Para producirse deformaciones maxilares y malposiciones dentarias, fueron los hábitos adquiridos al comienzo del recambio lo que determinó una mayor frecuencia de los mismos y no el factor biológico en relación al nacimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morales Jiménez LF. Influencia de la respiración bucal en las maloclusiones dentarias .Tratamiento integral (parte II) Maxilaris, oct 2003:52-58

INFLUENCIA DE LA VARIABLE BAJO PESO AL NACER EN LA INCIDENCIA DE HÁBITOS ORALES LESIVOS.

Rimoldi M; Iriquín S.M; Milat, E; Mendes C.; Rancich L; Oviedo Arévalo J.
Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Factor de riesgo es para la OMS cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas que se sabe asociada con aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Los factores de riesgo pueden ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Se los divide según sus características económicas, biológicas, ambientales, de comportamiento, relacionadas con la atención de la salud, socioculturales y económicos. La interacción de los factores de riesgo biológico sumados a otros sociales y ambientales, aumenta el efecto aislado de cada uno de ellos. Beaglehole y Bonita, OPS (1994) clasifican los factores de riesgo en:

- 1) Factores predisponentes: entre otros se encuentran edad, sexo o el padecimiento previo de un trastorno de salud, los cuales pueden crear un estado de sensibilidad hacia un agente causal de enfermedad.
- 2) Factores facilitadores: aquí se incluyen los recursos económicos reducidos, el tipo de alimentación, la vivienda inadecuada y la asistencia médica insuficiente que pueden favorecer el desarrollo de la enfermedad.
- 3) Factores desencadenantes: incluye la exposición de un agente nocivo específico, el cual puede relacionarse con la aparición de una enfermedad determinada.
- 4) Factores potenciadores: entre ellos se encuentra la exposición repetida, la cual puede crear o agravar una enfermedad establecida.

La protección específica grupal de las alteraciones de los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal y estructuras adyacentes se debe realizar en población de riesgo biológico social mediante el examen clínico periódico de manera directa y con la eliminación de los hábitos nocivos. Los hábitos bucales son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden por repetición y llegan a convertirse en inconscientes. Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, deglución y respiración normal los que sirven de estímulo para el crecimiento de los maxilares, pero los conocidos como perjudiciales o deletéreos resultan preocupantes al estar implicados en las causas de las maloclusiones.

1, 2 El proceso nutritivo comienza con la concepción misma. El recambio materno fetal de nutrientes y energía, constituye la garantía fundamental de un crecimiento y desarrollo normal en la etapa prenatal y postnatal. La malnutrición tiene gran repercusión en el desarrollo físico general del niño porque puede producir retraso mental, parálisis cerebral, retraso en el desarrollo de los centros motores, trastornos en la lectura y el aprendizaje, así como múltiples daños, como son la instauración de hábitos nocivos e inadecuados, entre ellos: deglución infantil, succión digital, respiración bucal

y biberón. Según la Organización Mundial de la Salud, el bajo peso al nacer se da cuando un niño pesa menos de 2,500 g al nacer. Esta medición debe realizarse al momento de nacer o dentro de las primeras horas de vida, antes de que la significativa pérdida postnatal haya ocurrido. Por lo general, los niños prematuros presentan bajo peso al nacer, sin embargo, hay niños que nacen a término, pero con bajo peso por problemas con su crecimiento intrauterino. Conceptualmente, los niños nacidos en condiciones de alto riesgo biológico son definidos por los investigadores (3) como aquellos que presentan problemas que ponen en peligro su salud durante el periodo prenatal, en el momento del nacimiento o en la etapa postnatal. Hoy en día, debido a los importantes avances técnicos, observamos una disminución de la mortalidad de prematuros extremadamente pequeños (menores de 1000-1500 gramos) y un gran aumento de la morbilidad (prematuros nacidos con bajo peso que sobreviven con secuelas). Los estudios publicados sobre el seguimiento de estos niños prueban que constituyen un grupo con peligro de padecer más enfermedades y los niños de más bajo peso al nacimiento son los que más secuelas van a presentar. Por lo tanto, será muy importante evaluar periódicamente al paciente para normalizar lo más pronto posible su situación³. El objetivo de este trabajo fue determinar la relación entre el factor bajo peso al nacer y la presencia de hábitos orales lesivos. Se realizó un estudio descriptivo transversal para el cual se seleccionaron 100 niños entre 5 y 10 años de edad, de los cuales 35 niños de ambos sexos 25 mujeres y 10 varones al nacimiento presentaron un peso inferior a 2.500 gr. Se estudió la variable bajo peso al nacer en relación con hábitos de deglución atípica, succión digital, respiración bucal y uso del biberón y chupete más allá de los 3 años. Resultados: deglución atípica: 37.14 % en los niños de bajo peso y 27.69 % en los normales. Succión digital: 25.8%, en los de bajo peso y 16.9 % en los normales. Respiración bucal: 20% en los de bajo peso y 15.38 % en los normales. Uso de biberón y chupete: 17.14% en los niños de bajo peso y 7.69 % en los normales. Conclusión: los niños que nacen con bajo peso son más propensos a padecer hábitos lesivos. Todos los niños de bajo peso al nacer tomados en la muestra presentaron algún tipo de hábito no funcional.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Riesgo Cosme Y, Costa Montané D, Rodríguez Fernández S, Crespo Mafan MT, Laffita Lobaina Y. Principales hábitos deformantes en escolares de primer grado del Seminternado 30 de Noviembre. MEDISAN 2010; 14(1):1-5.
- 2) Quiñones Ybarra ME, Ferro Benítez PP, Felipe Torres S, Espinosa González L, Rodríguez Calzadilla A. Estado Nutricional. Su relación con la aparición de hábitos bucales deformantes en niños. Rev Cubana Estomatolol 2006; 43(3):41-3.
- 3) Ruiz Extremera A, Robles Vizcaíno C. Niños de riesgo. Programas de Atención temprana. Madrid: Ediciones Norma-Capitel, 2

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA BIOÉTICA EN EL CONTRATO PEDAGÓGICO-DIDÁCTICO

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

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Las prácticas educativas en Odontología habitualmente articulan demandas sociales y políticas; cuestiones relativas al saber y los saberes; posturas éticas que denotan actitudes “clínicas”; vínculos con la institución; trayectorias profesionales de los docentes; historias de los alumnos; y un sinfín de otras cuestiones que están presentes en cada uno de los protagonistas del proceso de enseñanza y aprendizaje. La inclusión transversal de la Bioética en el currículum odontológico modificó sustancialmente el paradigma de formación profesional. En este nuevo contexto educativo el contrato pedagógico-didáctico se propuso facilitar, organizar y asegurar un encuentro y un vínculo entre los alumnos y este particular estudio que invita a la reflexión respecto a valores y principios morales que debieran conducir la vida individual y, por ende, la respectiva práctica profesional. El presente estudio tuvo como objetivo conocer la influencia del contrato pedagógico-didáctico vinculado con la construcción de actitudes bioéticas en el marco de la formación clínica de la Carrera de Odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata (FOUNLP). Se realizó un estudio descriptivo sobre las variables: conocimientos y actitudes bioéticas. Se registró un autorreporte estructurado, voluntario y anónimo a 300 estudiantes del Ciclo Clínico. Los mismos fueron agrupados en tres grupos: tercer año (Grupo 1; n=100), cuarto año (Grupo 2; n=100), quinto año (Grupo 3; n=100). La edad mínima de la muestra fue 20 y la edad máxima 54, promedio 24.26, moda 24 y mediana 25 años. Sobre la variable conocimientos, se evaluó el indicador “Identificación de los pasos del protocolo bioético para la clínica odontológica” registrándose en el grupo 1: Nivel óptimo (A)= 34,0%; Nivel suficiente (B)= 47,0%; Nivel insuficiente (C)= 19,0%; En la evaluación de la segunda variable, de los estudiantes del Nivel A la distribución fue: Alcanzó todas las actitudes esperadas= 51,0%, Alcanzó algunas de las actitudes esperadas= 21,0%; No alcanzó= 28,0%. De los estudiantes que se ubicaron en el Nivel B, se registró: Alcanzó todas las actitudes esperadas= 44,0%, Alcanzó algunas de las actitudes esperadas= 32,0%; No alcanzó= 24,0%. Por último, de los estudiantes que se encontraron en el Nivel C de conocimientos se registró: Alcanzó todas las actitudes esperadas= 23,0%, Alcanzó algunas de las actitudes esperadas= 32,0%; No alcanzó= 45,0%. Respecto al grupo 2: Nivel A= 38,0%; Nivel B= 54,0%; Nivel C= 8,0%. En la evaluación de la segunda variable, de los estudiantes del Nivel A la distribución fue: Alcanzó todas las actitudes esperadas= 54,0%, Alcanzó

algunas de las actitudes esperadas= 26,0%; No alcanzó= 20,0%. De los estudiantes que se ubicaron en el Nivel B, se registró: Alcanzó todas las actitudes esperadas= 48,0%, Alcanzó algunas de las actitudes esperadas = 35,0%; No alcanzó= 17,0%. Por último, de los estudiantes que se encontraron en el Nivel C de conocimientos se registró: Alcanzó todas las actitudes esperadas = 25,0%, Alcanzó algunas de las actitudes esperadas = 37,0%; No alcanzó= 38,0%. Respecto al grupo 3: Nivel A= 59,0%; Nivel B = 36,0%; Nivel C= 5,0%. En la evaluación de la segunda variable, de los estudiantes del Nivel A la distribución fue: Alcanzó todas las actitudes esperadas= 65,0%, Alcanzó algunas de las actitudes esperadas= 26,0%; No alcanzó= 9,0%. De los estudiantes que se ubicaron en el Nivel B, se registró: Alcanzó todas las actitudes esperadas= 53,0%, Alcanzó algunas de las actitudes esperadas= 39,0%; No alcanzó= 8,0%. Por último, de los estudiantes que se encontraron en el Nivel C de conocimientos se registró: Alcanzó todas las actitudes esperadas= 23,0%, Alcanzó algunas de las actitudes esperadas= 35,0%; No alcanzó= 42,0%. Los resultados hallados permitieron observar la influencia del contrato pedagógico-didáctico respecto a la integración del conocimiento bioético en sus dimensiones cognitiva y actitudinal. El contrato didáctico se planteó como una serie de pasos protocolizados aunque no estuvo explicitable por completo pretendiendo contener el resultado de la acción a enseñar. Si el contrato hubiera contenido solamente las reglas de comportamiento del profesor o del alumno, su respeto escrupuloso podría haber condenado al fracaso la relación didáctica. Por tanto, se buscó realizar un proceso de búsqueda de un contrato cada vez más ajustado a las necesidades del triángulo didáctico: Profesor – Saber – Alumnos. De este modo, el profesorado promovió la construcción de actitudes bioéticas en sus estudiantes motivándolos a convertirse en seres humanos responsables, tanto social como profesionalmente, capaces de enfrentar adecuadamente un problema ético, valorar sus implicancias, decidir el curso de acción e implementar los pasos necesarios para resolverlo. ** A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir: 1- Existió en todos los grupos una relación favorable entre el conocimiento del protocolo y la actitud bioética necesaria para su cumplimiento ($p < 0.05$); 2- Asimismo, se observó en todos los grupos una significativa tendencia a desarrollar actitudes bioéticas en la práctica clínica ($p > 0.05$); 4- Por último, cabe considerar estudiar los motivos que dificultan a algunos estudiantes el desarrollo de las actitudes esperadas. Palabras clave: Educación odontológica – Bioética – Odontología Legal Investigación financiada por UNLP

BIBLIOGRAFIA

1) Bebeau MJ et al. The impact of a dental ethics curriculum on moral reasoning. J Dent Educ. 1994; 58 (9): 684-692

PROPUESTAS BIOÉTICAS EN LA ENSEÑANZA DE LA ODONTOLOGÍA

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

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

El derecho sanitario fue definido como el conjunto de normas que regulan el mundo de la sanidad, el estudio interdisciplinar que aproxima conocimientos jurídicos y sanitarios. Considerado también como al conjunto de normas jurídicas que definen los medios de concretización del derecho a la salud. La legislación sanitaria cobró un significado particular a través de notables modificaciones normativas producidas en la R. Argentina, y su trascendental incidencia en la toma de decisiones que tienen lugar en el ejercicio de las profesiones afines. Todo ello determinó la necesidad de tener un conocimiento detallado de las particularidades que el Derecho Sanitario y la Bioética establecieron en nuestra sociedad y en la forma que regularon el ejercicio profesional. La Constitución de la Provincia de Santa Fe señaló en su Art. 19 que “nadie puede ser obligado a un tratamiento sanitario determinado, salvo por disposición de la ley, que en ningún caso puede exceder los límites impuestos por el respeto a la persona humana”. La Ley Nacional 17.132 para el Ejercicio de la Medicina previó el consentimiento informado en el caso de operaciones mutilantes. Incluso estableció que la necesidad de la firma del representante legal en los casos de incapacidad. Posteriormente los requisitos y características del consentimiento informado surgieron en el artículo 13 de la Ley Nacional 24.193 de Trasplantes. La misma determinó que “los profesionales deberán informar a cada paciente y a su grupo familiar de manera suficiente, clara y adaptada a su nivel cultural, sobre los riesgos de la operación de ablación e implante- según el caso-, sus secuelas físicas y psíquicas, ciertas o posibles, la evaluación previsible y las limitaciones resultantes, así como las posibilidades de mejoría que, verosíblemente, puedan resultar para los actores. Luego de asegurarse que el dador y el receptor comprendieron el significado de la información suministrada, dejarán a la libre voluntad de cada uno de ellos la decisión que corresponda adoptar debiendo quedar constancia documentada del acuerdo”. En el Derecho Civil rige el principio de analogía. (Artículo 16 del Código Civil) mediante el cual en caso de ausencia de normas expresas y ante diversidad de situaciones, se deberán aplicar las normas de casos análogos. En los últimos tiempos, la tendencia de la jurisprudencia nacional fue aplicar por analogía los requisitos del consentimiento informado presentados en la Ley de trasplantes en todos los casos que sea necesario. También la Ciudad de Buenos Aires sancionó la Ley básica de salud N° 153. Por otra parte, la promulgación de la Ley Nacional 26.529 puso de manifiesto qué información se podrá recoger, quién podrá tratarla, con qué finalidad e, incluso, las formas de archivo de la misma. La información que es objeto de tratamiento fue vinculada, a los

valores esenciales de la persona, tutelados por derechos fundamentales (vida, integridad física y moral, otros), y además como presupuesto necesario para que el sujeto ejercite otro de sus derechos más esenciales: el consentimiento informado. Con todo, la citada Ley determinó un contundente giro legal en el establecimiento de un marco legal de referencia vinculado con los derechos que los pacientes presentan en la atención clínica. No obstante, resultaron escasos los estudios que evaluaron los procesos de enseñanza y aprendizaje desde la mirada de los docentes responsables de las programaciones pedagógicas. Se realizó un estudio descriptivo sobre las variables: implementación, conocimientos y dificultades en la obtención del consentimiento informado. Se registró en 100 docentes de la Carrera de Odontología de la FOUNLP un autorreporte estructurado, voluntario y anónimo respecto a las percepciones de la práctica profesional de sus alumnos. La edad mínima de la muestra fue 32 y la edad máxima 69, promedio 47,6, moda y mediana 47 años. Sobre la variable implementación: la totalidad de la muestra afirmó realizar el proceso de consentimiento informado (PCI) en el ámbito universitario. Respecto a la variable conocimiento, se evaluó el indicador "identificación de requisitos para la evaluación de la competencia del paciente" la distribución fue: todos los requisitos=59%; algunos requisitos= 39%; ningún requisito=2%. Respecto al indicador "complicaciones ético-clínicas del consentimiento informado", 82% de la muestra respondió afirmativamente. Al evaluar el "tipo de complicaciones ético-clínicas" en sus alumnos, la distribución fue: escaso conocimiento del proceso=37%; escasas habilidades comunicacionales =28%; escaso tiempo para cumplimentar los pasos del proceso=19%; otras=16%. A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir: 1- Si bien el PCI es realizado en las prácticas universitarias de Odontología, los docentes manifiestan observar en sus alumnos diferentes complicaciones ético-clínicas; 2- Si bien resultó significativo la percepción de los docentes con respecto a la evaluación de la competencia para el consentimiento (59%); los mismos consideraron que sus alumnos no poseen los conocimientos o habilidades necesarias; 3- Cabe reflexionar sobre la revisión de los aspectos pedagógico-didácticos de las dimensiones jurídicas y éticas de la práctica profesional. Palabras clave: Consentimiento informado – Bioética – Odontología Legal. Investigación financiada por UNLP

BIBLIOGRAFÍA

- 1) García Rupaya CR. Inclusión de la ética y bioética en la formación de pre y posgrado del cirujano-dentista en Perú. *Acta Bioeth* 2008;14(1):74-77
- 2) Gracia D, Júdez J, editores. *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Edit. Triacastela; 2004

VALORACIONES Y PRÁCTICAS EN PRACTICANTES DEL CICLO CLÍNICO DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

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

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

La formación odontológica plantea la implementación de actividades prácticas en las que el docente transmite conocimientos teóricos y habilidades propias de la profesión; sin embargo, también se permeabilizan actitudes del docente que resultan significativas en la construcción del pensamiento y actuar bioético por parte de los estudiantes. Centrado en entregar conocimientos y evaluar desempeño, el docente no siempre es consciente de cuán expuesto está a la observación y análisis de su actuar: es evaluado por los estudiantes en el día a día, en una serie de aspectos conduciéndolo a forjar diferente tipo de valoraciones. La presente investigación tuvo como objetivo observar el impacto del modelo profesional en las valoraciones éticas 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 incluyendo en la información recolectada características sociodemográficas, de conocimientos y planteos ético-clínicos. Se registró un autorreporte estructurado, voluntario y anónimo a una muestra azarosa de 100 alumnos regulares del quinto año de la Carrera de Odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. El trabajo de campo fue realizado en el primer cuatrimestre del ciclo 2012. A los estudiantes les era explicado el propósito del estudio y aquellos que aceptaban participar voluntariamente recibieron la encuesta para ser autodiligenciada dentro del horario de clase. Esta actividad fue supervisada por un investigador del proyecto de investigación, quien estaba estandarizado de acuerdo con un protocolo de procedimientos operativos. Los datos obtenidos fueron digitados en el programa Microsoft Excel 2007, bajo el sistema operativo de Windows XP®, y analizados en los paquetes estadísticos Epi Info™ Versión 3.3.2 y EPIDAT 3.1. Se utilizó un nivel de significancia de 0.05. La edad mínima fue 22 y máxima 45, promedio 24.78, moda y mediana 25 años. Se dividió la muestra en tres grupos no equivalentes según su edad, a saber: Grupo A: 22-27 años (n=45); Grupo B: 28-33 años (n=29); Grupo C: 34-39 años (n=15); Grupo D: 40-46 años (n=11). Respecto a los planteos ético-clínicos, su distribución fue: Grupo A: Valoraciones positivas con respecto a la práctica clínica = 33 (73,33%); Valoraciones positivas con respecto a la relación clínica = 29 (64,44%); Valoraciones positivas con respecto al consentimiento informado= 40 (88,89%). Para el Grupo B: Valoraciones positivas con respecto a la práctica clínica= 21 (72,31%); Valoraciones positivas con respecto a la relación clínica= 18 (62,07%); Valoraciones positivas con respecto al consentimiento

informado= 25 (86,21%). Para el Grupo C: Valoraciones positivas con respecto a la práctica clínica= 8 (53,33%); Valoraciones positivas con respecto a la relación clínica= 13 (86,67%); Valoraciones positivas con respecto al consentimiento informado= 8 (53,33%). Para el Grupo D: Valoraciones positivas con respecto a la práctica clínica= 4 (36,36%); Valoraciones positivas con respecto a la relación clínica= 8 (72,73%); Valoraciones positivas con respecto al consentimiento informado= 5 (45,45%). Los hallazgos precedentes permiten observar diferencias significativas entre los distintos grupos etarios de las valoraciones respecto a las prácticas profesionales. El rendimiento de los odontólogos no debe limitarse a una "dogma" teórico y práctico, sino por el contrario los profesionales debieran tener un amplio conocimiento científico relacionado con los valores de las personas, el cuidado de la vida como un valor primario, y el respeto de la dignidad y la integridad de los individuos que ocupan el "rol de pacientes". La enseñanza es un proceso social en el que ambas partes se perfeccionan mutuamente y en el cual la presentación de valores y disvalores es inseparable de la tarea docente. Todavía existe la necesidad de profesionales de la salud que tengan una postura ética en relación con el paciente, con otros profesionales y con la sociedad en general, respetando los intereses del individuo y de la colectividad. El profesionalismo demostrado por el docente constituirá un modelo que condicione la visión del estudiante respecto de la actividad para la que se prepara. El aprendizaje social adquirido en la relación docente-alumno llega a ser más significativo que el cognitivo. La personalidad del modelo, su afectividad e implicación respecto del estudiante son factores mediadores del aprendizaje. La afectividad hacia el educando es clave en la pedagogía que intente ser eficaz: lleva a los estudiantes a ilusionarse con el aprender. 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 – Bioética. Investigación financiada por U.N.L.P.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1-Fiuza Sanchez H., Silva Carlos J., Drumond M., Ferreira E. A formação de valores e a prática da atenção primária na saúde com estudantes de odontologia. Acta bioeth. 2012;18(1):101-109
- 2-León Correa F.J. Enseñar bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. Acta Bioeth. 2008;14 (1):11-18

REPRESENTACIONES DE LOS PACIENTES DE SUS DERECHOS SANITARIOS EN LA ATENCIÓN CLÍNICA ODONTOLÓGICA

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

El presente estudio tuvo como objetivo describir las representaciones respecto a los derechos sanitarios formuladas por pacientes atendidos por estudiantes universitarios de Odontología. Esta investigación se funda en la necesidad de examinar la práctica odontológica desde la mirada del paciente protagonista del acto odontológico. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se registró un autorreporte estructurado, voluntario y anónimo a una muestra azarosa de 150 pacientes que concurrieron a las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. El trabajo de campo fue realizado a mitad del ciclo 2012. Se les explicó a los pacientes el propósito del estudio y sólo se les formuló la encuesta a aquellos que formalmente aceptaban participar voluntariamente. Los datos obtenidos fueron digitados en el programa Microsoft Excel 2007, bajo el sistema operativo de Windows XP®, y analizados en los paquetes estadísticos Epi Info™ Versión 3.3.2 y EPIDAT 3.1. Se utilizó un nivel de significancia de 0.05. Del total de los pacientes participantes en la encuesta (n=150), 93 (62,0%) correspondieron al género femenino, siendo la edad mínima fue 18 y máxima 72, promedio 37,67, moda 33 y mediana 32 años. Se dividió la muestra en cinco grupos equivalentes, a saber: Grupo 1 (18 a 29 años; n=30); Grupo 2 (30 a 39 años; n=30); Grupo 3 (40 a 49 años; n=30); Grupo 4 (50 a 59 años; n=30); Grupo 5 (60 a 72 años; n=30). Al evaluar la comprensión del consentimiento informado se utilizó el indicador "representación del documento de consentimiento informado" siendo su distribución la siguiente: Grupo 1: Documento particular (DP) = 18 (60,0%), Parte de la Historia Clínica (HC) = 9 (30,0%), No sabe o no responde (NS/NR) = 3 (10,0%); Grupo 2: DP = 11 (36,67%), HC = 14 (46,67%), NS/RS= 5 (16,67%); Grupo 3: DP = 7 (23,33%), HC = 15 (50,0%), NS/RS= 8 (26,67%); Grupo 4: DP = 2 (6,67%), HC = 16 (53,33%), NS/RS= 12 (40,0%); Grupo 5: DP = 0 (0,0%), HC = 12 (40,0%), NS/RS= 18 (60,0%). Los hallazgos develaron una menor comprensión del documento a medida que avanza la edad. La disminución de la comprensión del documento está asociada en otros estudios a la evolución del consentimiento en la práctica sanitaria. En la clásica relación clínica, primó 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 un énfasis excesivo en la autoridad que tenía el sanitario como experto. Esta autoridad podía acabar fácilmente en autoritarismo proteccionista. Se describió 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. Pellegrino y Thomasma propusieron un modelo de "beneficencia fiduciaria" (beneficence-in-trust.) Se trató de una beneficencia en donde no se decide "por" el paciente en virtud de la presunta superioridad del criterio médico, sino de decidir "con" el paciente. Aquí los valores del enfermo fueron bien conocidos por el profesional al que le confía una cierta capacidad de gestión sobre ellos. Se subrayó 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". 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. La inclusión de la Odontología Legal en la Carrera de Odontología obligó a diseñar creativamente un original espacio que ofreciera una mirada innovadora sobre las dimensiones ética y jurídica, particularmente el proceso de consentimiento informado (PCI), el cual paulatinamente fue instalándose transversalmente en todas las asignaturas asistenciales de la FOUNLP aunque todavía resta continuar su reflexión sobre la influencia que el mismo trae en la mirada del paciente. ** A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir: 1- Los pacientes de la muestra manifestaron encontrar dificultades en el reconocimiento del documento de consentimiento informado como documento particular que busca responsabilizarlos en la práctica odontológica; 2- A medida que avanza la edad el grado de comprensión disminuye; 3- Cabe reflexionar sobre la revisión de los aspectos pedagógico-didácticos de las dimensiones jurídicas y éticas de la práctica profesional.

Investigación financiada por U.N.L.P.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Cardozo C., Rodríguez E., Lolas F., Quezada A. Ética y Odontología, una Introducción. Santiago de Chile. CIEB, Universidad de Chile; 2007.
2. Morton NA. Benefits of a humanistic education: a student perspective. J Dent Educ. 2008; 72(1):45-7

ADQUISICIÓN Y DEMANDA DE DERECHOS SANITARIOS EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Zemel M., Miguel R.

Odontología Legal, Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Las personas que asisten a los Centros Asistenciales Odontológicos, también llamados “pacientes”, en los últimos tiempos progresivamente demandaron y hasta exigieron el respeto de sus “nuevos” derechos sanitarios. Este cambio se debió, en primer lugar, a un reconocimiento de los derechos de la persona y a la consideración de sus expectativas y necesidades, esto es, al creciente respeto por la autonomía del paciente. Estudios previos(1) demostraron que la buena relación odontólogo-paciente ayuda a la adhesión a los tratamientos y por lo tanto a su éxito, contrarrestando así una práctica sanitaria tecnificada y poco humanizada. También se observó un incremento de los litigios en el área de la odontología(2) requiriendo necesario usar un documento legal que demuestre la responsabilidad compartida de los pacientes en las decisiones tomadas. Por tanto, esta sustancial transformación del tradicional modelo paternalista favoreció el surgimiento de una nueva relación paciente-profesional que repercutió en todas las áreas de la salud aunque no todos los pacientes superaron el nivel de necesidad sentida para lograr que la misma sea “expresada”(3). De ahí que surge necesaria su evaluación permanente respecto al cuidado de los aspectos éticos que los mismos ameritan. El presente estudio tuvo como objetivo examinar el tipo de necesidades que plantearon los pacientes que asistieron a la clínica odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se registró un autorreporte estructurado, voluntario y anónimo a una muestra azarosa de 100 pacientes que concurren a las clínicas de la Carrera de Odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. El trabajo de campo fue realizado a mitad del ciclo 2012. Se les explicó a los pacientes el propósito del estudio y sólo se les formuló la encuesta a aquellos que formalmente aceptaban participar voluntariamente. El Proyecto recibió el aval formal del Comité de Ética de la FOUNLP en marzo de 2012. Los datos obtenidos fueron digitados en el programa Microsoft Excel 2007, bajo el sistema operativo de Windows XP®, y analizados en los paquetes estadísticos Epi Info™ Versión 3.3.2 y EPIDAT 3.1. Se utilizó un nivel de significancia de 0.05. Del total de los pacientes participantes en la encuesta (n=100), 58 (58,0%) correspondieron al género femenino, siendo la edad mínima fue 18 y máxima 64, promedio 38,97, moda 32 y mediana 33 años. Se dividió la muestra en cuatro grupos equivalentes, a saber: Grupo 1 (18 a 29 años; n=25); Grupo 2 (30 a 39 años; n=25); Grupo 3 (40 a 49 años; n=25); Grupo 4 (50 a 64 años; n=25).

Al realizar la entrevista personalizada sobre la muestra de pacientes, se los interrogó respecto a sus necesidades en materia de salud siendo las mismas agrupadas en necesidades sentidas y necesidades expresadas. La distribución fue para el Grupo 1: necesidades sentidas= 7 (28,0%), Necesidades expresadas= 18 (72,0%); Grupo 2: necesidades sentidas= 10 (40,0%), Necesidades expresadas= 15 (60,0%); Grupo 3: necesidades sentidas= 12 (48,0%), Necesidades expresadas= 13 (52,0%); Grupo 4: necesidades sentidas= 11 (44,0%), Necesidades expresadas= 14 (56,0%). Los resultados mostraron que a medida que avanza la edad los sujetos que se atendieron en las clínicas del Hospital Odontológico tuvieron más dificultad para superar el nivel de la percepción y manifestar concretamente cuáles serían sus necesidades en materia sanitaria. En este sentido, el rol de protagonista que le corresponde al “enfermo” en las decisiones que se refieren a su salud encuentra fundamento en aquel «mandamiento» de la ley natural que le impone a cada hombre cuidar de su propia vida y la de los otros, porque es un bien esencial para alcanzar cualquier otro objetivo. La vida como bien personal intransferible funda el derecho a la salud del cual el Estado, a través de la Constitución se vuelve garante, considerando la salud sea como derecho individual que como un bien social. El odontólogo está llamado a intervenir en ciencia y conciencia para tutelar contemporáneamente un derecho personal y un bien social común; lo que pide competencia ética, científica, pedagógica y jurídica. Por esto la educación a la salud debe ocupar un lugar importante en el proceso de curación y tienen que incluir una formación científicamente fundada, un desarrollo razonado de la decisión making skills y un sólido control de las propias emociones.(4) La educación universitaria plantea como propósito la formación de odontólogos orientados hacia la prevención y mantenimiento de la salud bucal de la comunidad, ligado fuertemente a la práctica laboral. Esto demanda una participación activa, y un análisis reflexivo sobre los cambios en la relación paciente-odontólogo y los nuevos modelos científicos y tecnológicos. A partir de los datos tomados de la muestra procesada se pudo concluir que: a) la totalidad de los pacientes planteó sus necesidades en materia sanitaria; b) el sector de mayor edad tuvo mayores dificultades que los más jóvenes para expresar sus necesidades ($p < 0.05$); c) Se estimó conveniente ampliar la muestra e incluir la evaluación del impacto de los condicionantes sociales de la salud en la expresión de sus necesidades.

Investigación financiada por CONICET

BIBLIOGRAFÍA

1. Zemel M., Miguel R. Aportes de la formación en bioética en odontólogos de un Hospital Odontológico Universitario. Rev RedBioética/Unesco. 2012;3(5):94-106
2. Parker LS, Satkoske VB. Conflicts of interest: are informed consent an appropriate mode and disclosure an appropriate remedy? J Am Coll Dent. 2007;74(2):19-26

VHS Y CARCINOGENESIS VIRAL

Micinquevich, S; Dorati, P; Mayocchi, K; Gómez, M.

Asignatura de Patología y Clínica Estomatológica. FOLP. UNLP

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

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

BIBLIOGRAFIA

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

TUMOR ODONTOGÉNICO. ASOCIACIÓN CON VIRUS PAPILOMA HUMANO.

Micinquevich S, Dorati P, Mayocchi K, Gomez M.

Patología y Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología .UNLP.

El ameloblastoma es un tumor odontogénico, de crecimiento local persistente, en el área maxilofacial y con capacidad para producir deformaciones notorias. Tiene un comportamiento biológico de bajo grado de malignidad. Esta neoplasia se localiza en el maxilar inferior o en el superior, con mayor frecuencia en la primera localización mencionada. Deriva del epitelio que se relaciona con la formación de los dientes (órgano del esmalte, restos de Malassez, epitelio reducido del esmalte y pared epitelial de quistes odontogénicos). Se desconocen los desencadenantes que producen la transformación neoplásica de las estructuras epiteliales. Predomina en la cuarta y quinta décadas de la vida. La distribución por sexo no tiene diferencias significativas. Muy pocas veces se hallan ameloblastomas extraóseos¹ periféricos originándose en el epitelio de la gíngiva presentando una evolución no agresiva. Se descubren en exámenes radiográficos rutinarios o por expansión ósea asintomáticos. El lento crecimiento neoplásico puede provocar movilidad de raíces dentales y reabsorción. Debido a sus características etiológicas respecto a su embriogénesis, es altamente recidivante. Radiográficamente, aparece como una zona radiolúcida en el hueso, de tamaño y apariencia variables, en ocasiones es una lesión única, bien demarcada, pero en ocasiones se presenta en apariencia, como una «pompa de jabón» multiloculada. La reabsorción de las raíces de los dientes involucrados puede observarse en algunos casos, pero no es exclusiva del ameloblastoma. La enfermedad con más frecuencia se encuentra en el cuerpo posterior y el ángulo de la mandíbula, pero puede presentarse en cualquier sitio, ya sea del maxilar o de la mandíbula. La incidencia anual es de 1,96 1,20 0,18 y 0,44 por millón de personas, para hombres negros, mujeres negras, hombres blancos y mujeres blancas respectivamente. Constituyen alrededor del 1% de todos los tumores, y cerca del 18% de los tumores odontogénicos. Tanto los hombres como las mujeres parecen ser afectados por igual, sin embargo las mujeres tienden a presentarse unos 4 años antes en las mujeres y parecen ser más grandes en estas. Se describen diversos patrones histológicos, algunos muestran un solo subtipo. Pueden evidenciar varios cuadros histológicos. El subtipo histológico más frecuente es el folicular, conformado por islas neoplásicas que simulan el folículo dental normal. Si se considera la edad, localización y las características radiográficas, el diagnóstico diferencial debe hacerse con otros tumores odontogénicos, quistes y lesiones benignas no odontogénicas. La asociación entre el Virus Papiloma Humano y el ameloblastoma no fue extensamente estudiada. Sand y col.² analizaron 8 ameloblastomas detectando el virus en un 67%. Khan y col.³

sobre 10 muestras analizadas tuvieron un porcentaje de positividad del 30 %. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) junto con la variante LIS-SSCP (Polimorfismo en la Conformación de Cadena Simple) constituye una herramienta diagnóstica de alta sensibilidad y especificidad para la detección y tipificación del genoma del Virus Papiloma Humano (VPH). El objetivo de este trabajo fue hallar virus HPVADN en una muestra de 8 ameloblastomas usando una técnica molecular de PCR y su variante para la genotipificación, la LIS-SSCP. Como material y método se conformó la serie de 8 especímenes, con diagnóstico histopatológico de ameloblastoma, de los cuales 6 correspondieron al género femenino con una edad media de 43 años y extremos entre 27 y 61 años. Todos fueron de localización mandibular. La detección del genoma viral se efectuó mediante PCR protocolo anidado con dos pares de cebadores⁴: My09/My11 y GP5/GP6. Se utilizaron entre una y tres secciones de tejido parafinado. Se desparafinizaron las muestras y se realizó la extracción del ADN. La detección de los amplificadores se hizo por corrida electroforética en geles de agarosa al 2 %, y se colorearon con SYBR-Green. El patrón de bandas de cada tipo viral se obtuvo por amplificación directa de los genomas clonados de los tipos virales VPH 6-11-16-18-31-33 y-34. Hecha la tipificación se obtuvo la distribución de las prevalencias tipo específicas, obteniendo los siguientes resultados:

El 100 % de la serie resultó positiva para HPVADN. Los tipos virales hallados fueron: 6 (3); 16 (3); 11 (1); y 18 (1). La técnica fue repetida dos veces para validar estos hallazgos. En base a estos datos, encontramos que las características clínicas e histológicas de la serie explorada coincide con otras series y hallazgos, y que la detección del VPH sugeriría una asociación fuerte entre el virus y éste tumor odontogénico; sin embargo no se puede establecer una asociación etiológica. Tampoco podemos descartar la posibilidad de contaminación a partir de la mucosa. Por otra parte, es importante la sugerencia de otros autores acerca de la utilización de técnicas de hibridación "in situ" con sondas generales de VPH.

Técnico Histólogo; Del Viso Silvia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reggezzi JA; Sciubba JJ. Tumors odontogénicos. En Patología Bucal. Iberoamericana 1991; cap 11:353-64.
2. Sand L; Jalouli J; Larsson PA; Magnusson B; Hirsch JM. Presence of Human Papilloma Virus in intraosseous Ameloblastoma. J Oral Maxillofac Surg.2000; 58 (10): 1129-34.
3. Kahn MA. Ameloblastoma in young persons: A Clinicopathologic Analysis and Etiologic Investigation Oral. Surg Oral Med Pathol. 1989; 67 (6):706-15.
4. Gomez M; Abba M; Golijow C. Detección y genotipificación del Papillomavirus Humano (HPV) por PCR-LIS-SSCP. Revista Argentina de Microbiología. Enero-Marzo.2001-33(1)

ENFERMEDADES BUCALES PREVALENTES EN BEBES: SU ABORDAJE DESDE EL CONCEPTO DE INFECCIÓN INTRAFAMILIAR.

Micinquevich S; Mayocchi K; Dorati P; Gomez MA.

Asignatura patología y Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología UNLP.

La formación odontológica con perspectiva clínico-epidemiológica enfatiza la prevención desde el contexto familiar y social que rodea al niño. Los conocimientos científicos más la planificación educativa, preventiva y asistencial, debe contemplar los tres grupos poblacionales prioritarios de acción: gestantes, bebés y madres, y ser valorados como unidades funcionales a la hora de considerar los circuitos de infectividad bucal. Se ha determinado que los mecanismos de colonización microbiana inicial de la cavidad bucal del recién nacido es aleatoria, dependiendo en alto grado del medio ambiente y que la flora definitiva se establece en los primeros meses de vida extrauterina. Esta colonización es resultante de: el reconocimiento de un donante (predominio materno), la cantidad de inóculo y los contactos frecuentes. En los últimos años se ha observado un incremento notable en la prevalencia de infecciones virales. La infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), ha cobrado importancia odontológica, tanto en sus formas clínicas (condilomas, verrugas), en su forma de expresión subclínica, identificable solamente mediante cambios celulares detectados por citología exfoliativa y otros métodos de diagnóstico (lesiones precursoras), o la infección latente, sin evidencia clínica, ni detectable por medios histológicos, que hace necesario detectarla mediante la determinación del ADN viral. Las aplicaciones diagnósticas de la biología molecular son extremadamente variadas y básicamente aplicables a cualquier diagnóstico asociado a procesos biológicos. Actualmente las principales aplicaciones están en enfermedades infecciosas, oncológicas y genéticas. Los efectos citopáticos del virus no son lo suficientemente precisos para certificar la presencia del VPH y no es posible determinar el genotipo viral; sólo el uso de técnicas moleculares detecta la presencia de ADN viral y tipifica su genotipo. Tampoco los efectos citopáticos señalan elementos morfológicos reales que establezcan que son atribuibles a la infección viral. La Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) y sus variantes se emplea para detectar y tipificar el VPH en pacientes con lesiones clínicas o como grupo control, en biopsias de mucosa bucal clínicamente normal o con lesiones. Aunque la principal vía de transmisión del VPH es la sexual, éstos son muy contagiosos y pueden transmitirse por contacto directo de piel con piel, el uso común de algunos objetos personales y otras vías aún no explicadas; esto se debe a que los viriones completan su replicación precisamente en las células epiteliales más superficiales. Todo parece indicar que a la vez que el virus infecta algún epitelio en un individuo en determinadas circunstancias es capaz de circular en sangre y en dependencia del estado inmunológico de la persona infectada,

puede eliminar el virus o portarlo sin desarrollar síntomas, incluso transmitir la infección, pero en un estado de inmunodeficiencia el individuo infectado puede repentinamente desencadenar la enfermedad con recidivas aún después de su tratamiento, o aparecer lesiones en otras localizaciones. Se han realizado estudios por PCR en tejido hepático de infantes recién nacidos comprobándose la infección por los mismos tipos de VPH detectados en las verrugas genitales de sus respectivas madres, incluidos los casos en los cuales se practicó cesárea, lo que indica transmisión directa por vía sanguínea madre- hijo. A partir de estos trabajos, se planteó la influencia del medio ambiente íntimo del bebé en el establecimiento de la flora bucal, y se establece el concepto de transmisibilidad microbiana, como factor de riesgo de las enfermedades bucales prevalentes en el niño. El marco fundamental de este nuevo concepto destaca la importancia de la regulación inmune, y su desequilibrio: la infección. Los objetivos de este trabajo son: Justificar científicamente la importancia de las madres como fuente de infección de sus hijos, identificar los factores que, directa o indirectamente, constituyen riesgo de infectividad intrafamiliar y considerar la transmisibilidad microbiana intrafamiliar como factor de riesgo de las enfermedades bucales más prevalentes (bacterianas, micóticas y virales), para abordarlos desde la clínica asistencial. Se tomaron cuatro familias con antecedentes maternos de VPH +, y se realizó la amplificación del ADN de los VPH, utilizando los oligonucleótidos cebadores específicos: MY09 y MY11, y para su tipificación, se emplea la hibridación en placas que incluye una mezcla de sondas de alto, intermedio y bajo riesgo oncogénico. La lectura se realizó por geles de agarosa al 10 % en corrida electroforética. De las familias estudiadas, se halló positividad en tres familias, 2 de las cuales genotipificó para VPH 16, una para VPH 6, y en una de ellas coinfección 16, 11 y 6. Una familia resultó negativa. Desde la investigación a lo asistencial, cabe destacar la justificación científica de la importancia de tratar a las madres, ya que son la principal fuente de infección de sus hijos. La identificación de factores que, directa o indirectamente, permiten asumir la disminución de los niveles de riesgo y la recitación para el control y mantenimiento a través de la remotivación de la familia infectada, que deben programarse hasta los 24 meses posteriores al nacimiento del último niño (ventana de infectividad).

BIBLIOGRAFÍA

1. National Cancer Institute, Division of Cancer Epidemiology. Viral Epidemiology Branch Research. Disponible en: <http://dceg.cancer.gov/viral-research.html>.
2. Sinal SH. Human papillomavirus infections of the genital and respiratory tracts in young children. *Semin Pediatr Infect Dis* 2005;16: 306-16.
3. Scheurer ME, Tortolero-Luna G, Adler-Storthz K. Human Papillomavirus Infection: biology, epidemiology, and prevention. *Int J Gynecol Cancer* 2005;15:727-46.

VERIFICACIÓN ANATÓMICA DE LOS FRACASOS ANESTÉSICOS EN LA MANDÍBULA INFERIOR

Irigoyen S.; Abilleira E.; Mazzeo D.; Mancuso P.; Fingermann G.; Segatto R.; Bustamante A.

Asignatura Anatomía Facultad de Odontología Universidad Nacional La Plata.

En ocasiones es frecuente en la clínica estomatológica, que pacientes que recibieron una correcta técnica anestésica, y sin que el mismo presente estados inflamatorios agudos, se quejen de dolor en la zona a trabajar, sin que exista una aparente explicación anatómica real de porque se da esta situación. Una de las razones del fracaso anestésico es atribuible a que existen en la mandíbula otros agujeros no descriptos en la anatomía clásica, denominados forámenes accesorios, por donde ramos nerviosos ingresarían al hueso, no siendo alcanzados por el líquido anestésico en las técnicas comunes empleadas. Zivanovic en un estudio de 335 mandíbulas del este africano, describe la presencia de agujeros genial, de los cuales, el más observado fue el supraespinoso, siguiéndole el infraespinoso, que han sido descriptos también por Companioni en 255 mandíbulas cubanas señalando la posición que ocupa con relación a la espina mentoniana. Augier describe el agujero mentoniano alveolar situado por dentro, entre los incisivos lateral y medio, en la posición alveolar del hueso mandibular a los que también se le han llamado agujeros alveolares internos. En las observaciones realizadas hemos apreciado otros agujeros además de los señalados por los autores antes mencionados, que pueden tener implicancias en la interpretación de los resultados en las técnicas anestésicas. Los agujeros accesorios estudiados fueron los siguientes: 1) agujeros relacionados con la apófisis geni, de acuerdo a su localización se dividen en suprageniano, infrageniano y laterogeniano, derecho e izquierdo o bilateral. 2) agujero alveolar interno: pequeño orificio situado en la tabla lingual de la apófisis alveolar. 3) agujero retromolar: pequeño, situado por detrás del tercer molar en la zona del triángulo retromolar. 4) agujero retromandibular accesorio: situado inmediatamente por detrás del agujero dentario inferior en la cara medial de la rama ascendente de la mandíbula. (1) (2) (3) De acuerdo a lo antes expuesto, podemos decir que los objetivos del siguiente trabajo son: establecer la existencia de forámenes accesorios en mandíbulas adultas; determinar la localización más frecuente; analizar los datos obtenidos en relación a la supresión de la sensibilidad en técnicas anestésicas. Para el mismo se utilizaron 100 mandíbulas humanas secas adultas, procedentes de la osteoteca de la Asignatura Anatomía de la F.O.U.N.L.P. La elección de las mismas fue realizada en forma aleatoria, tomando cada hueso como una unidad experimental (U.E), la edad cronológica y el sexo eran desconocidos, no se consideraron las variaciones por lado. Las mandíbulas fueron analizadas por inspección directa y con

elementos de magnificación óptica. Las (U.E.) se clasificaron en dos grupos: grupo A: mandíbulas sin forámenes accesorio; grupo B: mandíbulas con forámenes accesorios. El grupo B se subdividió a su vez en: B1 representa mandíbulas con orificios supragenianos, B2 mandíbulas con orificios infragenianos, B3 mandíbulas con orificios laterogenianos, derechos, izquierdos o bilaterales, B4 mandíbulas con orificios alveolares internos, B5 mandíbulas con orificios retromolares, B6 mandíbulas con orificios retromandibulares accesorios. Los datos obtenidos fueron volcados en tablas de registro para su posterior análisis estadístico, habiéndose establecido los siguientes resultados: en el 96% de los casos se presentaron forámenes accesorios que no son los descritos por la literatura clásica. Se observó la mayor frecuencia de localización de los agujeros relacionados con la apófisis geni, trigono retromolar, tabla interna de la apófisis alveolar y el orificio de entrada al conducto dentario inferior. El más frecuente fue el suprageniano (80%) de aparición, seguido del infrageniano 71%,; en orden decreciente le sigue el alveolar interno con el 56%, el laterogeniano con el 52%, retromolar con el 16% y por último el retromandibular accesorio con el 12%, en frecuencia de aparición. Los resultados y análisis de nuestro trabajo nos permiten concluir que los agujeros accesorios mandibulares presentan una frecuencia de aparición muy elevada. De ellos, el más frecuente fue el suprageniano, seguido por el infrageniano. Dada la numerosa cantidad de casos en que aparecen estos orificios se sugiere su inclusión en la descripción anatómica normal de las mandíbulas adultas. Teniendo en cuenta que estos accidentes representan una vía de inervación suplementaria por los elementos que discurren por ellos, deberían ser considerados para explicar fallas de las técnicas anestésicas cuando éstas han sido correctamente realizadas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Latarjet, M; Ruiz Liard, A.: "Anatomía Humana" Tomo 1. Editorial panamericana. 4º edición. 2005.
- 2- Rocci A, Martignoni M, Gottlow J. Immediate loading in the maxilla using flapless surgery, implants placed in predetermined positions, and prefabricated provisional restorations: a retrospective 3-year clinical study. *Clinical Implant Dentistry and Related Research* 2003; vol 5, suppl 1: 29-37.
- 3- Weber, Ec. Netter "Anatomia Radiologica". Editorial Massan. Barcelona. Ed. 2009.

ESTUDIO MACROSCÓPICO DE LA SÍNFISIS MANDIBULAR

Irigoyen S.; Abilleira E.; Mazzeo D.; Mancuso P.; Fingermann G.; Segatto R.; Bustamante A.

Asignatura Anatomía Facultad de Odontología Universidad Nacional La Plata

El hueso Maxilar inferior es un hueso impar de la cara y el único móvil del macizo facial, que se divide para su estudio en dos porciones principales, el cuerpo del hueso y dos ramas montantes o ascendentes. El cuerpo adopta una forma de herradura abierta hacia atrás, de cuyos bordes postero-externos emergen las ramas. Presenta dos caras, una antero-externa y otra postero-interna y dos bordes, uno superior que aloja las piezas dentarias y un borde inferior que se denomina basal mandibular y es el único de los bordes que es inmodificable con el paso del tiempo. El borde superior cuando aloja las piezas dentarias se denomina Apófisis Alveolar. Cuando las piezas dentarias no existen dicha Apófisis se transforma en Reborde Alveolar. La apófisis alveolar se encuentra constituida por dos tablas de hueso compacto, la tabla externa o vestibular y la tabla interna o lingual. Entre ambas existen unos tabiques que las unen, también de hueso compacto, que se denominan interseptum. Entre dos interseptum y las dos tablas, queda delimitado un espacio de cuatro paredes, hueco o canastilla, donde van enclavadas las raíces de los dientes; dichos espacios se denominan alvéolos. Cada alveolo por lo tanto se encuentra formado por cuatro paredes de tejido compacto, que a su vez tiene un piso, que corresponde a la punta de la raíz dentaria, que es la única porción de tejido esponjoso, por donde acceden los vasos y los nervios para cada pieza dentaria. Cuando las piezas dentarias se pierden, cualesquiera sea la causa, los mencionados alvéolos sufren un proceso de reordenamiento que involucra la fusión de sus tablas y a desaparición de la canastilla ósea, quedando un reborde muy organizado, esta característica es muy importante porque facilita alcanzar una adecuada estabilidad primaria en el momento de colocación de los implantes oseointegrados. La estructura interna del hueso maxilar inferior es de tipo esponjoso, circumscripita por capas muy gruesas de tejido compacto. El hueso maxilar inferior o mandíbula presenta una estructura ósea constituida por una fuerte cortical externa de grosor variable y un tejido esponjoso con un trabeculado denso si se lo compara con el maxilar superior, esta característica es explicable ya que mientras la mandíbula superior es un conjunto de huesos que articulan con la parte media y anterior de la base de cráneo, la mandíbula inferior es un solo hueso, por lo tanto las fuerzas que se generan durante la masticación son soportadas por varios huesos en la parte superior, hecho que le permite una estructura menos densa. En cambio, la mandíbula inferior debe contar con una estructura lo suficientemente fuerte que le permita soportar estas fuerzas sin poner en riesgo su integridad.

El único elemento anatómico que hay en el interior del maxilar inferior es el conducto dentario inferior, el cual se origina en la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula y desde allí describe un trayecto a concavidad anterosuperior atravesando el cuerpo mandibular con una dirección hacia abajo, adelante y afuera, al llegar a nivel de los premolares realiza un codo y cambia de dirección hacia atrás, arriba y afuera, cambiando al nombre de conducto mentoniano, el que se exterioriza con el orificio homónimo, transportando los vasos y nervio mentoniano. Algunos autores sostienen que desde el punto donde cambia de dirección dirigiéndose hacia el sector anterior, se continúa con un conducto incisivo que transporta los vasos y nervios del mismo nombre.(1)(2) Debido a que el sector anterior mandibular, comprendido entre los dos orificios mentonianos, es un sitio de elección para la colocación de implantes dentales, nuestros objetivos involucran realizar un análisis de la estructura ósea de dicho sector y comprobar la existencia del conducto incisivo. Para realizar dicho trabajo se utilizaron mandíbulas humanas de adulto obtenidas de la osteoteca de la Asignatura Anatomía de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. En total se utilizaron 30 unidades experimentales (U.E.). Se realizaron cortes en sentido sagital en el sector intermentoniano, en número de tres, uno medio y dos laterales a 5milímetros por delante del foramen mentoniano. Para el análisis se utilizaron elementos de magnificación óptica. El criterio para determinar la presencia de conducto incisivo es que exista una entidad anatómica delimitada por una cortical.

Una vez analizados los datos obtenidos se pudo observar, de acuerdo a los cortes realizados en las unidades experimentales, la cortical de hueso compacto y el esponjoso, pero en ningún caso se presentó una estructura identificable como conducto. En 4 casos que representa el 13,33%, se observó que el conducto dentario inferior sobrepasaba el nivel del canino antes de transformarse en conducto mentoniano, formando un bucle anterior. En base a los resultados podemos concluir que en el sector anterior mandibular no se evidencia la existencia de un conducto incisivo como continuidad del conducto dentario inferior, por lo que los vasos y nervios de este sector discurren por un trayecto intraóseo por entre las trabéculas del esponjoso. Es para destacar la presencia, en algunos casos, del bucle anterior del conducto dentario inferior por delante de los orificios mentonianos, ya que estos se toman como límite para la instrumentación con fines implantológicos, por lo que sería conveniente trabajar con un margen, por delante de los mencionados forámenes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Latarjet, M; Ruiz Liard, A.: "Anatomía Humana" Tomo 1. Editorial panamericana. 4º edición.2005.
- 2- Weber, Ec. Netter "Anatomía Radiológica". Editorial Massan. Barcelona. Ed. 2009.

IMPORTANCIA QUIRÚRGICA DEL FORAMEN MENTAL-ESTUDIO ANATÓMICO

Irigoyen S.; Abilleira E.; Mazzeo D.; Mancuso P.; Fingermann G.; Segatto R.; Bustamante A.

Asignatura Anatomía Facultad de Odontología Universidad Nacional La Plata.

El orificio dentario inferior es un elemento de gran importancia desde el punto de vista quirúrgico a tener en cuenta en todas las intervenciones que involucren a la mandíbula inferior. Se origina en cara interna de la rama ascendente de la mandíbula, desde allí describe un trayecto concavidad anterosuperior atravesando el cuerpo mandibular con una dirección hacia abajo, adelante y afuera, a nivel de la tabla externa del hueso presenta su orificio de desembocadura conocido con el nombre de foramen mentoniano. Por este conducto pasa el paquete vasculonervioso dentario inferior que lo recorre hasta la altura de los premolares donde los vasos y el nervio se dividen para originar sus ramas terminales, los vasos y nervios mentonianos y los incisivos. Los primeros emergen por el orificio homónimo para inervar e irrigar al labio inferior y a los tegumentos de la región mentoniana, en cambio el paquete vasculonervioso incisivo sigue su recorrido intraóseo ya que está destinado a los incisivos y caninos inferiores.

La localización del foramen mentoniano cobra importancia para el trazado de incisiones y colgajos como así también en las cirugías implantológicas, ya que la lesión del nervio produce la parestesia del territorio de inervación.

Para Rouvière y Oliver el conducto dentario inferior solo presenta un conducto terminal, el conducto mentoniano, con las mismas características que el descrito anteriormente. El resultado de la división terminal del paquete vasculonervioso dentario inferior es el paquete mentoniano y el paquete incisivo, el primero abordaría el conducto que lo conduce a la cara antero-lateral del cuerpo, y el otro realizaría un recorrido intra-óseo a manera de trayecto, sin presentar cortical que lo proteja.

En los casos que se encuentre un conducto único, la curva que realiza el conducto dentario inferior cuando se continúa con el conducto mentoniano a nivel del alvéolo del primer pre-molar se denomina rulo anterior del mentoniano.(1)(2)(3)(4)

Por lo antes mencionado podemos decir que el objetivo del siguiente trabajo es determinar la frecuencia de localización del foramen mentoniano, para lo cuál se utilizaron mandíbulas humanas de adulto obtenidas de la osteoteca de la Asignatura Anatomía de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Se estudiaron un total de 30 unidades experimentales (U.E.), considerándose como tal a cada hemimandíbula. La cara interna de cada unidad experimental, se la dividió en cuatro zonas tomando en cuenta a las piezas dentarias y enumeradas de mesial a distal, con números romanos, de la siguiente manera:

- I. A nivel del canino inferior
- II. A nivel del primer premolar inferior
- III. A nivel del segundo premolar inferior
- IV. A nivel del primer molar inferior

Para la observación de la estructura ósea, se utilizó el método macroscópico y elementos de magnificación óptica.

De acuerdo a los datos obtenidos podemos decir que:

El 56,66% (17 casos), el orificio se ubicó en el sector II, en el 40% (12 casos), correspondió a la zona III, en el 3,33% (1 caso), fue para la zona IV, no habiéndose registrado localizaciones a nivel de la zona I.

Considerando los resultados, podemos determinar que el área de mayor riesgo quirúrgico está comprendida entre distal del canino y mesial del primer molar, ya que allí se localiza el orificio en un 96,66% de los casos, por lo tanto se deben tratar de evitar las incisiones verticales y realizar mediciones de precisión para la instrumentación con finalidad implantológica. Es indudable que el conocimiento de la macroscopía ósea es necesaria cuando se decide un tratamiento con implantes dentales. Los cambios morfológicos óseos con la pérdida de las piezas dentarias, desde la apófisis alveolar hasta la aparición del reborde alveolar, significan una reorganización trabecular que debiera ser tenida en cuenta a la hora de pensar un tratamiento implantológico. Dicha disposición trabecular es significativa para obtener la fijación primaria del elemento implantado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Rocci A, Martignoni M, Gottlow J. Immediate loading in the maxilla using flapless surgery, implants placed in predetermined positions, and prefabricated provisional restorations: a retrospective 3-year clinical study. *Clinical Implant Dentistry and Related Research* 2003; vol 5, suppl 1: 29-37.
- 2- Sobotta.: "Atlas de Anatomía Humana" Editorial Panamericana. Edición 22. 2006.
- 3- Tarnow D, Cho SC, Wallace S. The Effect of Inter-Implant Distance on the Height of the Inter-implant Bone Crest. *J Periodontol* 2000;71:546-9.
- 4- Weber, Ec. Netter "Anatomía Radiológica". Editorial Massan. Barcelona. Ed. 2009.

BARRERA FRAGUABLE DE SULFATO DE CALCIO Y MINERALES PARA REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA. ESTUDIO COMPARATIVO EN TRATAMIENTOS DE DEFECTOS ÓSEOS CON O SIN PARTÍCULAS DE SULFATO DE CALCIO Y MINERALES.

López, M.; Luchetti, C.; Ayala, M.; Báez, A.; Carbone, C.; Kitrilakis, A.

Carrera de Magister en Implantología Oral. Facultad de Odontología.

Universidad Nacional de La Plata

Regenerar el hueso perdido ha sido desde tiempo atrás objeto de muchos estudios. A partir del desarrollo de la implantología es que comenzaron a realizarse cada vez más estudios con respecto a este tema, debido a la falta, en muchas ocasiones, de hueso disponible para colocar implantes¹⁻². Por esto, en los últimos tiempos, las investigaciones han estado centradas en crear nuevo hueso donde sea necesario, y así poder aumentar el número de personas que puedan recibir implantes³⁻⁴. En trabajos previos se evaluó el sustituto óseo a base de sulfato de calcio combinado con minerales en forma de partículas y se lo comparó con el mismo material en forma fraguable, con el objetivo de obtener intraquirúrgicamente un patrón arquitectónico deseado por el operador dentro de los límites del defecto creado. Para esto se le incorporó mayor cantidad de minerales al sulfato (sulfato 25%-minerales 75%) para acelerar la reacción de fraguado, probablemente a las sales que contiene, antes que los animales se recuperen de la anestesia. La forma fraguable facilitó el relleno completo del defecto y el sellado de la superficie una vez injertado al entrar en contacto con la sangre, donde se observó que en todos los casos tratados, hubo mayor regeneración y densidad ósea con respecto a los defectos tratados con partículas. Con esto podemos decir que en todos los casos la combinación del sulfato de calcio con minerales funciona mejor y que cuando fue utilizado en forma fraguable produjo mayor regeneración con un incremento de la densidad ósea. El inconveniente se presentaría cuando se necesite tratar defectos de gran tamaño, ya que ésta no nos proporciona una masa considerablemente densa como para resistir la compresión del colgajo mucoperióstico, el cual puede llegar a producirse una invaginación dentro del defecto. En el caso de utilizar partículas, este nos daría mayor volumen de injerto, la cual puede ser inmediatamente cubierta por una barrera del mismo material en forma fraguable, dándole estabilidad al injerto y haciendo que este permanezca mayor tiempo en el lugar. Con esto podríamos tener una aproximación final y clara del mejor protocolo para el uso del Sulfato de Calcio en tratamiento de defectos óseos, obteniendo así un nuevo producto viable. El objetivo de este trabajo fue desarrollar y evaluar la capacidad de regeneración ósea del Sulfato de Calcio combinado con minerales en forma de partículas como biomaterial osteoconductor con la combinación de una barrera fraguable, y evaluar el comportamiento de ésta misma Barrera fraguable en defectos óseos sin injertos. Se utilizó

sulfato de calcio de grado médico y minerales óseos. El grupo 1 fue tratado solo con partículas de sulfato de calcio y minerales, el grupo 2 con partículas de sulfato de calcio y minerales combinado con una barrera fraguable, el grupo 3 solo con una barrera fraguable sin combinación con injerto y el grupo 4 no recibió tratamiento (control). Todos los materiales fueron injertados en defectos óseos de 3 x 3 x 9 mm del fémur de 30 ratas Wistar, SPF, DE 16 semanas de edad y 500 gr de peso. Se tomaron muestras a los 30 días las cuales fueron evaluadas histológicamente. El Sulfato de Calcio y minerales en partículas se realizó mediante el fraguado del mismo en polvo al combinarlo con solución fisiológica generando posteriormente las partículas, mientras que el mismo material utilizado como barrera es de igual proporciones que el anterior, pero su fraguado se realizó directamente en defecto en contacto con la sangre. Microscópicamente en la evaluación inicial de los tres grupos experimentales no se observaron reacciones inflamatorias importantes. En el grupo 1 y 2 se observa la regeneración completa del defecto, con formación de trabéculas de grosores variables e interconectividad entre las mismas. En el grupo 3 se observa también la regeneración completa del defecto pero con una aparente mayor densidad ósea y características más homogéneas con respecto a los límites originales del defecto haciendo más difícil la visualización de los mismos. La superficie regenerada, en mm² para el grupo 1 fue de 9,878 (0,833), para el grupo 2 de 9,585 (0,745), para el grupo 3 de 11,317 (0,937) y para el grupo 3 de 4,370 (0,549). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($P = <0,001$) –ANOVA (análisis de varianza). En las comparaciones apareadas se observaron diferencias estadísticamente significativas entre todos los grupos ($P = <0,005$) Holm-Sidak. Dentro de los límites de este estudio las tres han demostrado capacidad de facilitar la regeneración ósea de un defecto crítico y no hubo rechazos en ninguno de los casos. La forma de Barrera fraguable sin previo injerto parecería brindar más beneficios tanto en la calidad ósea regenerada como en la facilidad de manipulación.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Luchetti, C. " Injertos Autólogos, Alógenos, Xenógenos y Sintéticos en el Tratamiento de Grandes Defectos Estructurales del Hueso " Revista Argentina de Osteología, 2005, 4 (1): 9 – 23
- 2) Moore WR; Graves SE; Bain Gl. "Synthetic bone graft substitutes". ANZ J Surg. 2001 Jun;71(6):354-61
- 3) Thomas MV; Puleo DA; Al-Sabbagh M "Calcium sulfate: a review". J Long Term Eff Med Implants 2005; 15 (6): 599 - 607.
- 4) Pecora G; Andreana S; Margarone JE 3rd; Covani U; Sottosanti JS "Bone regeneration with a calcium sulfate barrier". Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997 Oct;84(4):424-9

FOSFATO TETRACÁLCICO FRAGUABLE COMO MATERIAL DE INJERTO EN REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA. INFORME PRELIMINAR

Báez AN, Luchetti CG, Ayala M, López MA, Carbone C, Kitrilakis AE.
Carrera de Magister en Implantología Oral. Facultad de Odontología. UNLP

La dinámica del hueso es suficiente para reconstruir los defectos comunes, no obstante, en las pérdidas mayores de masa tisular se hace necesario recurrir al aporte de sustitutivos óseos para obtener la reparación. El mejor sustitutivo óseo es el hueso mismo. Por esto, en los últimos tiempos, las investigaciones han estado centradas en crear nuevo hueso donde sea necesario, y así poder aumentar el número de personas que puedan gozar de los beneficios de la implantología. Con este fin se han utilizado diversos materiales y técnicas. Se han propuesto aloinjertos (hueso humano procesado en diferentes formas), xenoinjertos (por ej. hueso bovino), o material aloplásticos a base de hidroxiapatita o fosfato de calcio. No obstante, aun no se ha determinado cuál de ellos es el más beneficioso, y de mejor comportamiento en cuanto a la regeneración del hueso. Las nuevas formulaciones de sustitutos han generado una verdadera revolución en el tema, debido a sus propuestas mayores facilidades de manipulación, entre ellas se destacan el fosfato tetracálcico fraguable y la hidroxiapatita sinética. Sin embargo, el escaso tiempo que llevan en desarrollo, determina pocos estudios independientes, que hayan valorado la verdadera funcionalidad de los mismos. Objetivos: Estudiar, analizar y evaluar el comportamiento del fosfato tetracálcico como material de injerto óseo. Se utilizarán 10 ratas endocriadas de cepa Fisher (F344/N) provenientes del Bioterio de la Facultad de Ciencias Veterinarias de la Universidad Nacional de La Plata. Las mismas serán escogidas por muestreo aleatorio simple, y serán luego divididas en grupos de acuerdo a las variables independientes más un grupo control. La metodología es Observación directa y Estudios histológicos realizados por computadora. Cada una de las variables independientes se medirán según sus indicadores, y luego se tabularán, de acuerdo al efecto producido sobre las variables dependientes de la siguiente manera: cantidad de hueso neoformado: Se medirá la superficie total de hueso regenerado en función del defecto creado artificialmente, utilizando el software de análisis de imágenes Image ProPlus V.4.1- Media Cybernetics, USA. Calidad de hueso neoformado: Se realizará un estudio cualitativo en función del recuento de los diferentes tipos celulares presentes, así como de la disposición de la microarquitectura del tejido óseo. Luego de obtenidos los datos, se analizarán y se establecerá que efecto produce cada variable independiente sobre cada una de las variables dependientes. Plan a desarrollar :Estudio, análisis y evaluación de los elementos enumerados como variables .Realización de las cirugías de acuerdo al modelo animal

sobre ratas endocriadas de cepa Fisher (F344/N) previamente desarrollado por nuestro grupo, donde se crearán defectos en el fémur, de 3mm de ancho x 9 mm de largo x 3mm de profundidad .Colocación de los distintos tipos de injertos en los defectos creados a los animales. Las cirugías se realizarán en el Centro de Investigación de Implantología Oral. Una vez operados, los animales que integren cada una de las experiencias que se efectuarán, permanecerán alojados bajo observación en el pabellón de Animales de Experimentación de la Cátedra de Animales de Laboratorio de la Facultad de Ciencias Veterinarias de la UNLP, durante 30días. Posteriormente los animales serán sacrificados, y sus fémures resecados a fin de hacer preparados para su evaluación por microscopía. Estudios que se llevarán a cabo en el Servicio de Microscopía de la Cátedra de Patología General de la Facultad de Ciencias Veterinarias de la UNLP.Se evaluarán los resultados en cuanto a la calidad y cantidad de hueso neoformado. Se utilizaron 10 ratas macho, de cepa Fisher 344 (F344/N), originarias del Instituto Nacional de Salud de los EE.UU., y producidas en Bioterio de la Facultad de Ciencias Veterinarias de la UNLP, endocriadas, libres de patógenos específicos (SPF), de 16 semanas de edad y de 500 gramos de peso. Todas fueron operadas bajo anestesia general con ketamina/xilacina 75 mg/kg + 10 mg/kg por vía IM. Se les realizó en el fémur una perforación de 3 mm de ancho por 9 mm de largo por 3 mm de profundidad para simular un defecto óseo. Luego se colocó dentro de la misma, fosfato tetra cálcico fraguable. Este biomaterial viene en una presentación polvo/líquido que se mezcla previo a la utilización. Una vez finalizado, se realizó una sutura por planos. Luego de 30 días los animales fueron sacrificados y los fémures resecados para realizar los preparados histológicos. La utilización del biomaterial no presentó inconvenientes, siendo muy sencilla su manipulación. Una vez realizada la mezcla, la consistencia es de tipo cremosa, muy similar a la de un yeso de uso odontológico. El fraguado es rápido, y ocurre en promedio en unos 3 minutos, lo cual hace que una vez colocado dentro del defecto mantenga la forma que se le otorga. Una vez tomadas las muestras, en la vista macroscópica se observa una regeneración casi completa del defecto. Histológicamente, se observa nueva formación ósea, de características más maduras en la parte inferior y más inmaduras en la parte superior. Conclusiones: Esta prueba nos ha permitido realizar una evaluación preliminar de las características del fosfato tetra cálcico y su posible uso como material de injerto. De acuerdo a las observaciones, donde se observa nueva formación ósea, este biomaterial podría constituirse como una opción adicional para tratar defectos de hueso, aunque más investigaciones son necesarias.

BIBLIOGRAFIA 1) Luchetti, C. " Injertos Autólogos, Alógenos, Xenógenos y Sintéticos en el Tratamiento de Grandes Defectos Estructurales del Hueso " Revista Argentina de Osteología, 2005, 4 (1): 9 – 232 2.Moore WR; Graves

EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS INTEGRADORES DE FARMACOLOGÍA EN LAS ACREDITACIONES FINALES

Butler TA; Iantosca A; Pólvora B; Jotko C; Gagliardi R; Serrano V; Ameri C; Giménez G; Cattáneo M; Solari E; Degaetano S; Mele S.

Asignatura de Farmacología. Facultad de Odontología de La Plata

El bajo rendimiento de los alumnos universitarios en relación a los conocimientos adquiridos a través de la currícula, es una preocupación mundial.(1)(2) El rendimiento académico ha sido objeto de estudio reiteradamente en la investigación educativa y las calificaciones representan el indicador más empleado. Sin embargo, las notas no implican necesariamente calidad o profundidad de los conocimientos adquiridos, pues tanto en aprendizaje significativo como memorístico pueden conducir a calificaciones en dominios específicos (matemáticas, biología, farmacología, etc)(1) La asignación en calificaciones puede basarse únicamente en logros disciplinares(1) o puede incluir esfuerzo, actitud y motivación. La primera postura coincide con las evaluaciones de los especialistas e medición educativa, la segunda, es de tipo más popular entre los profesores, que en algunas ocasiones dificulta la interpretación de los resultados y la posterior calificación(2). Esta problemática se plantea de una manera compleja en ciencias tales como la Farmacología, en la cual se producen permanentes cambios debido a los avances científicos tecnológicos como por ejemplo nuevos métodos de obtención de medicamentos, Farmacología genómica, técnicas de Biología Molecular, etc. Por consiguiente se requiere que los alumnos no solo incorporen conocimientos y los relacionen con ideas previas, sino también, que durante su formación adquieran destrezas que les permita la actualización permanente de estos conocimientos. En este marco de ideas, la enseñanza de la Farmacología implica una tarea activa siendo necesario el establecimiento de objetivos claros y precisos. Para los odontólogos en formación tiene como objetivo básico la construcción de conocimientos adecuados que les permita la aplicación de una terapéutica farmacológica asociada a otros conceptos básicos, útil para el diagnóstico, la prevención, y el tratamiento de las enfermedades del sistema estomatognático, en un contexto en la actualidad definido como Uso Racional de los Medicamentos. Esta Organización lo define como la mejor 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 adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad(3) Esto convella a la selección del mejor tratamiento farmacológico, considerando criterios de posología, costos y tiempo. En tal sentido, la resolución de los casos clínicos a través de la prescripción de medicamentos, ubica al alumno frente a la simulación de problemas reales que deben ser resueltos aplicando conocimientos

básicos y asociados de la currícula, como así también destrezas y habilidades, para organizar un plan de tratamiento adecuado.

Por lo anteriormente expuesto, el objetivo de este trabajo es determinar el grado de integración de los conocimientos en los alumnos de Farmacología y Terapéutica II, a través de las evaluaciones finales.

Se analizaron 236 acreditaciones finales desaprobadas de Farmacología y Terapéutica II, correspondientes a las mesas de noviembre-diciembre, comprendidas entre el período 2008-2011. Las mismas, fueron escritas, con preguntas de doble alternativa (verdadero-falso), selección múltiple, apareamiento y resolución de casos clínicos de la práctica odontológica diaria, en las cuales se debía presentar un tratamiento terapéutico adecuado al caso. Sobre la totalidad de 236 exámenes desaprobados, los resultados arrojaron la siguiente distribución: para el año 2008: 75 (31,77 %), 2009: 60 (25,42 %), 2010: 59 (25 %), 2011: 42 (17,79 %).

En la variable se observó menor porcentaje de desaprobados en el año 2011. Esto refleja que en los alumnos la incorporación de conocimientos retóricos necesarios para la resolución de casos clínicos, es indispensable. Se infiere que si bien se observó una disminución de exámenes desaprobados, al incorporar conocimientos teóricos asociados para la resolución de casos clínicos de acuerdo a los criterios propuestos por la organización Mundial de la Salud.

En forma coincidente con Tejedor-Tejedor FJ. y colaboradores (2); 2007, que si bien podemos definir los términos de éxito-fracaso en relación a calificaciones que obtiene los alumnos, cabe incluir las actitudes del educando hacia el estudio, para darle un sentido amplio al rendimiento del estudiante universitario. Por lo que se aconseja enfatizar los espacios educativos en esta temática.

Por lo tanto se concluye que es importante el seguimiento por cohorte del rendimiento de los alumnos para mejorar las estrategias de la enseñanza como así también la forma de evaluación de los conocimientos integrados.

BIBLIOGRAFÍA

1-Rodríguez Ayán MN; Ruiz Díaz MA. Indicadores de rendimiento de alumnos universitarios: calificaciones versus créditos acumulados. Revista de Educación, 355 mayo-agosto, 2011; pp. 467-492

2-Tejedor-Tejedor FJ; García-Valcarcel Muñoz Repiso A. Revista de Educación 342, enero-abril 2007; pp. 443-473

3-Mesachengieser, G. Uso racional de medicamentos. Ministerio de salud de la Nación. 2007.

Microestructura y microdureza del esmalte de dientes posteriores temporarios

MICROESTRUCTURA Y MICRODUREZA DEL ESMALTE DE DIENTES POSTERIORES TEMPORARIOS

Llompart G, Durso G, Gregorutti R*, Tanevitch A, Batista S, Abal A, Llompart J, Martínez C, Licata L, Perez P.

Asignatura Histología y Embriología. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. *LEMIT

El esmalte tiene una dureza Vickers (Vk) promedio de 320 Vk y la dentina de 80 Vk; Reyes Gasga (2007) considera que la microdureza varía según las zonas del diente. Se define la dureza como resistencia a la presión ejercida en un área reducida; es decir, la resistencia a la presión, a la abrasión, a la mella y al rayado. Dado que el esmalte es el tejido más duro del organismo, es importante estudiar la dureza, ya que hay una relación directa entre la dureza y la resistencia a la abrasión o desgaste. En relación al desgaste, algunos cristales muestran gran dureza en algunas direcciones y en cambio ofrecen menor dureza en la dirección de exfoliación o clivaje. El esmalte dental está constituido por cristales de hidroxiapatita, la cual es anisotrópica; una sustancia es anisotrópica cuando algunas de sus propiedades poseen valores diferentes si se miden en direcciones distintas (la mayor parte de los cristales, salvo los que pertenecen al sistema cúbico¹. Por lo tanto, la disposición de los cristales y prismas en los tipos de esmalte determinan una respuesta a la fractura y al desgaste. El propósito del trabajo fue relacionar la microdureza con la microestructura del esmalte de molares deciduos humanos. Se tomaron nueve molares que se incluyeron íntegros en resina acrílica, fueron desgastados con lijas al agua de granulación decreciente hasta mesh 1200 y pulidos con pasta de diamante con un tamaño de partícula de 1μ y de $\frac{1}{4}\mu$ para el pulido final, grabados con ácido clorhídrico al 10% durante 3" a 4", lavados con ultrasonido, fotografiados con lupa, y observados sin metalizar al Microscopio Electrónico de Barrido Ambiental FEI Quanta 200. Las micrografías se registraron las cúspides vestibular y palatina y en las caras libres. Se registraron 20 mediciones de microdureza en las porciones interna y externa de las cúspides y 20 en el tercio medio de las caras libres. Se realizó la determinación de la dureza con microdurómetro del laboratorio metalográfico del LIMF, con penetradores Vickers, con cargas de 10 gr y un tiempo de aplicación de las mismas de 10 segundos. La microdureza Vickers se obtiene de acuerdo a la siguiente expresión: $Hv = 1854,4 P/d^2$. P es la carga en gramos y d es la longitud de la diagonal de la impronta en micrometros (μm). A los efectos de cuantificar los resultados obtenidos se utilizó un software estadístico básico. Se identificó en el tercio medio de las caras libres esmalte con bandas de Hunter Schreger, atenuándose hacia cervical. Las bandas presentaban forma de arcos desde el límite amelodentinario ocupaban los dos tercios internos del espesor del esmalte y próximo a la superficie externa el esmalte era de tipo radial. En las

cúspides se observó esmalte con bandas en forma de arcos que desde el límite interno se dirigen al vértice de las mismas. En las vertientes internas las bandas ocupan poco espesor en relación al esmalte radial. Los tipos de esmalte identificados corresponden a la clasificación del esmalte de mamíferos de Koenigswald and Sander². Los datos de microdureza fueron media aritmética en la cúspide vestibular interna Hv10=266,52 Vk; en la externa Hv10 = 363,88 Vk; en la cúspide palatina interna Hv10=283,62 y en la externa Hv10 =347,04; en el tercio medio vestibular interno Hv10 =291,56 Vk; en el externo Hv10 =377,06 Vk; en el tercio medio palatino interno Hv10 =319.26 Vk; en el externo Hv10 =378.68Vk.

Las dos zonas del esmalte estudiadas, cúspides y el tercio medio, presentaron los mayores valores de microdureza en el esmalte externo. Esto demuestra que, en esta ubicación el esmalte está preparado para resistir el desgaste o abrasión, coincidiendo con la presencia del esmalte radial. Se observa además la presencia de esmalte con bandas ubicado en la zona interna. El espesor que ocupa cada tipo de esmalte varía según la zona del diente. El estudio de los tipos de esmalte tiene importancia biomecánica porque constituyen un mecanismo de adaptación a las fuerzas tensionales que concentra el diente generadas por su función masticatoria. Los valores altos de microdureza relacionados con el esmalte radial expresan la resistencia superficial del esmalte a ser rayado o abrasionado. El esmalte con bandas en cambio, presenta menores valores debido al entrecruzamiento de sus prismas y la mayor cantidad de sustancia orgánica. Como en otros grupos dentarios estudiados por nosotros, estas estructuras refuerzan el esmalte y evitan la propagación de fracturas^{3,4}.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Stephen Miall y L. Mackenzie Miall. Diccionario de Química. Editorial Atlante S.A., México (1953).
- [2] Koenigswald, W; Sander, P. Glossary of terms used for enamel microstructures en: Tooth enamel microstructure, Koenigswald, W; Sander, P; (eds.), Ed. Balkema, Rotterdam, pp. 267-297, 1997
- [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

ESMALTE DE DIENTES DECIDUOS. NIVEL PRISMAS Y TIPOS DE ESMALTE

Licata L, Durso G, Tanevitch A, Batista S, Abal A, Llompart G, Llompart J, Martínez C, Perez P.

Asignatura Histología y Embriología. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.

El esmalte dental está constituido por haces de cristalitas de hidroxiapatita que constituyen los prismas o varillas, por lo cual el mayor volumen de esmalte corresponde al denominado esmalte prismático. Una delgada capa de esmalte en la superficie está constituida por cristalitas que no configuran prismas, es el esmalte aprismático, frecuente en los dientes deciduos y ocasional en los permanentes. Se citan dos mecanismos de formación del esmalte aprismático: el prisma dependiente consiste en la ausencia o menor desarrollo de los procesos de Tomes de los ameloblastos responsables de la formación de las unidades estructurales básicas y de la deposición cristalina y el Retzius dependiente, mediante el mismo grupos aislados de ameloblastos dispuestos sobre las estrías de Retzius próximas a la periferia del esmalte, forman esmalte aprismático, al mismo tiempo que se configuran las estrías[1]. Otros investigadores en estudios con microscopia electrónica de barrido y luz polarizada categorizaron el esmalte aprismático en los tipos "falso", "moderado", "esencial" y "complejo" según como alcanzaban la forma de prismas inequívocos[2]. Nosotros consideramos la clasificación del esmalte de mamíferos por niveles de complejidad creciente de Koenigswald, W. en la cual el primer nivel es cristalitas y el segundo nivel prismas; es en este nivel "prismas" donde el esmalte puede o no tener prismas, denominados esmalte prismático y aprismático respectivamente[3]. El objetivo del trabajo fue caracterizar el esmalte prismático y aprismático de dientes deciduos humanos. Seis dientes anteriores y seis posteriores exfoliados fueron incluidos íntegros en resina acrílica, desgastados con lijas de granulación decreciente, pulidos con óxido de aluminio, grabados con ácido clorhídrico al 10% durante 3", lavados con ultrasonido, fotografiados con lupa, y observados sin metalizar al Microscopio Electrónico de Barrido Ambiental (ESEM) FEI Quanta 200. Las micrografías se registraron en las zonas: cervical, media e incisal de las caras libres y en las zonas internas y externas de las cúspides. Se determinaron campos de esmalte prismático y aprismático y se realizó un microanálisis elemental con el detector de energía dispersa EDS (Energy Dispersive Spectrometer) incorporado al microscopio, que permite coleccionar los rayos x dispersados por la muestra y hacer un análisis de elementos presentes en la superficie de la misma. Se identificó esmalte aprismático en la superficie externa, más frecuente en la zona cervical. El esmalte aprismático se observó como una capa superficial con un espesor de 10-20 μm , alcanzando en algunas zonas hasta 40 μm . En

el mismo los cristales se disponen paralelos entre sí y perpendiculares a la superficie externa del esmalte. Se observó esmalte prismático del tipo con bandas de Hunter Schreger (HSB) en las caras libres en los tercios incisal y medio, atenuándose hacia cervical. En esta zona predominó un esmalte de tipo irregular con recorrido ondulado de prismas que no llegan a formar bandas o esmalte radial. Desde el límite amelodentinario las bandas ocupaban el mayor espesor del esmalte y próximo a la superficie este era de tipo radial. En las cúspides se identificó el esmalte interno con bandas y el externo de tipo radial. El análisis de elementos fue para el aprismático Wt %: C 24.07, O 30.96; Na 0.62; Mg 0.38; P 14.53; Cl 0.77, Ca 28.96 y para el prismático Wt %: C15.31; O 32.23; Na 0.73, Mg 0.24; P 16.95; Cl 0.35; Ca 34.18. Hay un aumento significativo del ión cloro en el esmalte aprismático y disminución del ión calcio comparado con el esmalte prismático. En coincidencia con Kodata T. la frecuencia del esmalte aprismático era mayor en la región cervical disminuyendo hacia incisal; es importante destacar que las muestras estudiadas por nosotros son piezas exfoliadas con desgastes incisales que en algunos casos dejan el esmalte con bandas como el más externo, sin la presencia de esmalte radial ni aprismático superficial. Encontramos solo el patrón de bandas para el esmalte aprismático, pero no otros patrones de distribución como formas aisladas semejantes a escalones o islas observadas bajo luz transmitida con interferencia de contraste diferencial por otros investigadores [4]. El esmalte radial se combina con esmalte con entrecruzamiento de prismas (esmalte con bandas) que refuerza el esmalte y evita la propagación de fracturas. En dientes deciduos no encontramos el tipo de esmalte irregular, con intrincado entrecruzamiento de prismas característico de la porción interna de las cúspides de los permanentes. Concluimos que la falta de esmalte irregular o nudoso en las cúspides se explica por las menores fuerzas masticatorias a que son sometidos los dientes deciduos y que el mayor porcentaje de cloro podría explicar la menor solubilidad a los ácidos del esmalte aprismático y una mayor dificultad ante el grabado ácido que requieren los materiales de restauración de uso odontológico.

BIBLIOGRAFIA

[1]Gomez de Ferraris, ME; Campos Munoz, A. Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. 3° ed. Edit Panamericana, 2009.

[2]Kodaka, T; Nakajima, F; Higashi, S. Structure of so called "Prismless" enamel in human deciduous teeth. Caries Res; 23(5):290-6, 1989

[3] Koenigswald, W; Sander, P. Glossary of terms used for enamel microstructures en: Tooth enamel microstructure, Koenigswald, W; Sander, P; (eds.), Ed. Balkema, Rotterdam, pp. 267-297, 1997

[4]Kodaka, T; Nakajima, F; Kuroiwa, M. Distribution patterns of the surface "prismless" in human deciduous incisors. Bull Tokyo Dent Coll, 1989; 30 (1):9-19, 1989

MICROESTRUCTURA Y MICRODUREZA DEL ESMALTE DE DIENTES POSTERIORES TEMPORARIOS

Llompарт G, Durso G, Gregorutti R*, Tanevitch A, Batista S, Abal A, Llompарт J, Martínez C, Licata L, Perez P.

Asignatura Histología y Embriología. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. *LEMIT

El esmalte tiene una dureza Vickers (Vk) promedio de 320 Vk y la dentina de 80 Vk; Reyes Gasga (2007) considera que la microdureza varía según las zonas del diente. Se define la dureza como resistencia a la presión ejercida en un área reducida; es decir, la resistencia a la presión, a la abrasión, a la mella y al rayado. Dado que el esmalte es el tejido más duro del organismo, es importante estudiar la dureza, ya que hay una relación directa entre la dureza y la resistencia a la abrasión o desgaste. En relación al desgaste, algunos cristales muestran gran dureza en algunas direcciones y en cambio ofrecen menor dureza en la dirección de exfoliación o clivaje. El esmalte dental está constituido por cristales de hidroxiapatita, la cual es anisotrópica; una sustancia es anisotrópica cuando algunas de sus propiedades poseen valores diferentes si se miden en direcciones distintas (la mayor parte de los cristales, salvo los que pertenecen al sistema cúbico)¹. Por lo tanto, la disposición de los cristales y prismas en los tipos de esmalte determinan una respuesta a la fractura y al desgaste. El propósito del trabajo fue relacionar la microdureza con la microestructura del esmalte de molares deciduos humanos. Se tomaron nueve molares que se incluyeron íntegros en resina acrílica, fueron desgastados con lijas al agua de granulación decreciente hasta mesh 1200 y pulidos con pasta de diamante con un tamaño de partícula de 1μ y de $\frac{1}{4}\mu$ para el pulido final, grabados con ácido clorhídrico al 10% durante 3" a 4", lavados con ultrasonido, fotografiados con lupa, y observados sin metalizar al Microscopio Electrónico de Barrido Ambiental FEI Quanta 200. Las micrografías se registraron las cúspides vestibular y palatina y en las caras libres. Se registraron 20 mediciones de microdureza en las porciones interna y externa de las cúspides y 20 en el tercio medio de las caras libres. Se realizó la determinación de la dureza con microdurómetro del laboratorio metalográfico del LIMF, con penetradores Vickers, con cargas de 10 gr y un tiempo de aplicación de las mismas de 10 segundos. La microdureza Vickers se obtiene de acuerdo a la siguiente expresión: $Hv = 1854,4 P/d^2$. P es la carga en gramos y d es la longitud de la diagonal de la impronta en micrometros (μm). A los efectos de cuantificar los resultados obtenidos se utilizó un software estadístico básico. Se identificó en el tercio medio de las caras libres esmalte con bandas de Hunter Schreger, atenuándose hacia cervical. Las bandas presentaban forma de arcos desde el límite amelodentinario ocupaban los dos tercios internos del espesor del esmalte y

próximo a la superficie externa el esmalte era de tipo radial. En las cúspides se observó esmalte con bandas en forma de arcos que desde el límite interno se dirigen al vértice de las mismas. En las vertientes internas las bandas ocupan poco espesor en relación al esmalte radial. Los tipos de esmalte identificados corresponden a la clasificación del esmalte de mamíferos de Koenigswald and Sander². Los datos de microdureza fueron media aritmética en la cúspide vestibular interna Hv10=266,52 Vk; en la externa Hv10= 363,88 Vk; en la cúspide palatina interna Hv10=283,62 y en la externa Hv10=347,04; en el tercio medio vestibular interno Hv10 =291,56 Vk; en el externo Hv10=377,06 Vk; en el tercio medio palatino interno Hv10=319.26 Vk; en el externo Hv10=378.68Vk.

Las dos zonas del esmalte estudiadas, cúspides y el tercio medio, presentaron los mayores valores de microdureza en el esmalte externo. Esto demuestra que, en esta ubicación el esmalte está preparado para resistir el desgaste o abrasión, coincidiendo con la presencia del esmalte radial. Se observa además la presencia de esmalte con bandas ubicado en la zona interna. El espesor que ocupa cada tipo de esmalte varía según la zona del diente. El estudio de los tipos de esmalte tiene importancia biomecánica porque constituyen un mecanismo de adaptación a las fuerzas tensionales que concentra el diente generadas por su función masticatoria. Los valores altos de microdureza relacionados con el esmalte radial expresan la resistencia superficial del esmalte a ser rayado o abrasionado. El esmalte con bandas en cambio, presenta menores valores debido al entrecruzamiento de sus prismas y la mayor cantidad de sustancia orgánica. Como en otros grupos dentarios estudiados por nosotros, estas estructuras refuerzan el esmalte y evitan la propagación de fracturas^{3,4}.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Stephen Miall y L. Mackenzie Miall. Diccionario de Química. Editorial Atlante S.A., México (1953).

[2] Koenigswald, W; Sander, P. Glossary of terms used for enamel microstructures en: Tooth enamel microstructure, Koenigswald, W; Sander, P; (eds.), Ed. Balkema, Rotterdam, pp. 267-297, 1997

[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

ACTUALIZACIÓN EN CARIOSTÁTICOS PARA EL PRÁCTICO GENERAL.

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 variabilidad¹. 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 cariogénicas². 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 vida³. Este trabajo tiene como objetivo general concientizar a los profesionales odontólogos sobre la importancia y uso que tienen los cariostáticos 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 obturada⁴. 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: Aprofile 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 eeth 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^o 187, Noviembre 95-Marzo 96.

APLICACIÓN DE FLUORURO DE SODIO EN NIÑOS ESCOLARES Y SU RELACIÓN CON LA MORFOLOGÍA DE PIEZAS DENTARIAS.

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.

En los niños de edad escolar y preescolar, al igual que en los adolescentes y adultos existen numerosos factores que favorecen el riesgo¹ a tener caries, como alto grado de infección por *Streptococos mutans*, es el microorganismo mas relacionado con el inicio de la actividad de caries (1, 2, 9, 10) 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 esta asociada a disminución de las funciones protectoras de la saliva, lo que promueve la desmineralización y aumento del número de microorganismos cariogénicos; apiñamiento 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 cariostáticos.

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: 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- Factores de riesgo en la producción de enfermedades bucales en los niños. Rev. Cubana de Estomatología, 001; 39 (2): 111 – 119. 2001.

MÉTODO ATRAUMÁTICO MÍNIMAMENTE INVASIVO.

Lazo, S; Lazo, G; Alfaro G; Belloni, F; Merlo, D; Friso, N; Butler, T.; Escudero, E; Basal, R; Pollicina, L.

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata.

Desde sus inicios como técnica restaurativa atraumática¹ en la década del 80 en África y habiendo evolucionado a través del tiempo con la difusión de su uso en gran cantidad de países, hasta la actualidad, en la cual se le han ido agregando conceptos filosóficos y metodológicos hasta llegar al Prat modificado con el uso de agentes cariostáticos, es esta una de las técnicas que mejores resultados ha dado en los programas de salud en comunidades aisladas (barreras geográficas, económicos, sociales) así como también en los grandes centros urbanos con bajos recursos e inaccesibilidad a los sistemas de salud. El bajo costo, la sencillez de la técnica, su posibilidad de aplicación masiva y sin la necesidad de contar con equipamiento odontológico específico y el concepto de mínima invasión también son cualidades intrínsecas del Prat modificado. La caries dental es una infección bacteriana multifactorial que determina la destrucción localizada de los tejidos duros del diente y que afecta gran parte de la población mundial. Su tratamiento incluye el cambio de hábitos dietéticos, la educación y creación de hábitos saludables (cepillado dental diario), el fortalecimiento del huésped (aplicación de fluoruros tópicos) y el control de la infección mediante la aplicación de técnicas específicas (Prat modificado). En la Argentina las experiencias con el PRAT datan de 1995 habiéndose implementado inicialmente en el tratamiento de piezas dentarias temporarias como material de restauración y como sellador de fosas y fisuras en dientes permanentes jóvenes. Los resultados a 3 años publicados en RAOA y presentados en Reuniones Científicas del país y del exterior, confirmaron que este procedimiento es válido para la prevención e inactivación de caries dentro de un Programa Asistencial de Atención Primaria. El Prat modificado incluye en su protocolo de tratamiento tres acciones diferentes, las cuales tienen distinta aplicación dependiendo del diagnóstico que se realice de las piezas dentarias a tratar y las mismas son:

- Selladores de fosas y Fisuras: los mismos se realizan sobre piezas dentarias sanas puede utilizarse ionómeros vítreos multipropósitos modificados en la relación polvo-liquido de su preparación haciendo mas fluida su consistencia (2 de liquido/1 de polvo) o selladores a base de resina de curado químico o auto curado.
- Aplicación de Agentes Cariostáticos: el mas conocido y utilizado es el fluoruro diamino de plata², el cual se creó uniendo químicamente 2 compuestos de aplicación odontológica como lo eran el Nitrato de Plata y el Fluoruro de sodio. El nitrato de plata (AgNO_3) basa su acción en el Ion Plata (Ag^+) que posee propiedades Antienzimáticas y Bactericidas y el fluoruro de Sodio (NaF) remineralizantes de los tejidos duros del diente y

bacteriostáticas.

- TRA técnica restaurativa atraumática³ (agentes cariolíticos + remoción manual + restauración con Ionómeros Vítreos Multipropósitos) convencionales de alta densidad caracterizados por poseer las principales propiedades de los ionómero vítreos: adhesión química o específica a la estructura dentaria, sustancial liberación de flúor, biocompatibilidad y buen comportamiento físico y mecánico. Más aún, comparado con los I.V. tradicionales, estos ionómeros han mejorado algunas propiedades, especialmente su resistencia a la abrasión, tiempo de manipulación y trabajo y tiempo de fraguado.

La finalidad de este trabajo es brindar al profesional información sobre ésta técnica de la odontología comunitaria y social. La metodología utilizada en este trabajo es múltiple, debido a la variedad de técnicas empleadas, al igual que la diversidad de materiales. La Práctica restaurativa atraumática⁴ es una opción de trabajo en comunidades emergentes y rurales sin acceso a los sistemas de salud, que requiere una preparación mínima de las cavidades a tratar y conserva los tejidos dentarios sanos, además de remineralizarlos al sumar la utilización de cariostáticos. Es importante mencionar que esta técnica, no necesita anestesia, disminuyendo el dolor y el trauma psicológico de los niños generado por la situación odontológica y simplifica el control de la infección con los instrumentos de mano, porque pueden limpiarse fácilmente y esterilizarse. No hay equipamiento adicional, y es un procedimiento de bajo costo, ideal para la aplicación en programas masivos de Salud Bucal, ya que también es fácil de incorporar en la calibración de los grupos de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1- Atraumatic Restorative Treatment Approach to Control Dental Caries-Manual, WHO collaborating Centre for Oral Health Services Research, Groningen; 20: 337- 357. 1997.

2- Collina E da. Comparative study about the cariostatic effect of the fluoride barniz Duraphat Bioride (Diamine Silver Fluoride 12 percent), on salivary mutans streptococci counts, in children with deciduous dentition. Rev ABO Nac, 12- 32. 2000.

3- Ewoldsen N. Tratamiento restaurador no traumático usando mezcla de cementos de ionómero de vidrio. Rev ADM. 29-41. 1999.

4- Frencken JE et al , Atraumatic Restorative Treatment (ART): Rationale, Technique and Development , J Pub Health Dent; 03: 18- 24. 1996

COMPARACIÓN DE PRESCRIPCIONES DESAPROBADAS EN EXÁMENES FINALES DE FARMACOLOGÍA

Jotko CA, Butler TA, Gagliardi RV, Serrano VC, Cattaneo M, Gimenez GL, Pertino MR, Soilari E, Mele S, Degaetano S, Ameri C, Casariego ZJ
Farmacología y Terapéutica, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de La Plata

La receta o prescripción es un documento legal, a través del cual, el profesional médico u odontólogo, dirige un mensaje al paciente, al farmacéutico y la justicia. Es uno de los puntos clave en el programa de Farmacología y por ello sumamente importante en la evaluación de la asignatura que se desarrolla en dos cursos cuatrimestrales. En el primero de ellos se realiza el proceso enseñanza-aprendizaje de los tópicos básicos del programa de la materia mientras que en el segundo adquiere relevancia la aplicación clínica de los fármacos. Entre las consignas de los exámenes finales correspondientes al curso del primer cuatrimestre (Farmacología I), se encuentra la confección de una receta de algunos de los fármacos desarrollados durante el curso. En cambio, para examinar en forma definitiva el segundo curso (Farmacología II) se incluye la realización de dos recetas, una de las cuales corresponde al tratamiento farmacológico de un caso clínico. En esta consigna en particular el alumno debe aplicar no sólo los conocimientos de Farmacología sino también de otros adquiridos anteriormente en la currícula, especialmente de Microbiología y Patología. Se ha notado que al estudiante le cuesta realizar este tipo de prescripción. El propósito de este trabajo fue comparar el número de recetas desaprobadas en los exámenes finales de ambos cursos de Farmacología. Para ello, se analizaron 3319 Exámenes finales de Farmacología I y Farmacología II rendidos entre marzo del 2008 y octubre del 2012. Se observó cuantos alumnos tenían mal confeccionada la receta de la evaluación. Los datos fueron registrados primero en forma manuscrita en tablas preconfeccionadas e impresas para tal fin y posteriormente, se volcaron en planillas del programa Microsoft Excel 2003 en la computadora de la asignatura. Los resultados se sometieron a las pruebas de Chi cuadrado y Comparación de dos proporciones, utilizando para ello el programa SSPS. Se encontraron 1186 desaprobados en la confección de la receta de los cuales 440 correspondieron a Farmacología I (receta básica) y 746 a Farmacología II (receta con aplicación clínica).

La distribución de desaprobados por mesa es la siguiente: Marzo 52 en Farmacología I y 68 de Farmacología II; Abril 53 y 71; Mayo 88 y 119; Junio 43 y 87; Julio 47 y 84; Agosto 55 y 75; Septiembre 12 y 55; Octubre 48 y 104; Noviembre 15 y 36 y Diciembre 27 y 47. El primer número corresponde a recetas desaprobadas básica (Farmacología I) y el segundo a prescripciones clínicas incorrectas (Farmacología II) El resultado en las

pruebas fue que existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,005$ en Chi cuadrado y $0,000$ en Comparación de dos proporciones). Estos resultados se asemejan a los obtenidos por Velasco y colaboradores en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid. Estos autores encontraron mejores calificaciones en las pruebas teóricas que en la resolución de casos clínicos(1).

Esto deja en evidencia que los alumnos presentan dificultades en el aprendizaje. Una de las posibles causas de este problema es la falta de integración de los conocimientos básicos adquiridos anteriormente con los más recientes(2). Hay que recordar que la farmacología es una materia de integración, que se apoya en conocimientos provenientes de otras disciplinas básicas y presenta además un gran volumen de información propia de la asignatura. Como ciencia aplicada busca que los conocimientos y principios derivados de esos estudios coadyuven a la solución de problemas específicos seleccionando aquellas sustancias químicas que poseen efectos útiles en el tratamiento de las enfermedades que aquejan al ser humano, y en aquellos productos que le son nocivos, Además, que el alumno obtenga la destreza de realizar correctas prescripciones en casos clínicos es esencial para el uso racional de medicamentos. Por lo general se asume que todo lo enseñado se repasan y expanden en los cursos clínicos y que los estudiantes están preparados para prescribir fármacos apropiadamente cuando se gradúan. Sin embargo, desde hace varios años se sabe que la educación farmacológica es insuficiente. Las dificultades que tienen los alumnos para resolver casos clínicos en cualquiera de las carreras del área de salud y la frecuente prescripción irracional de medicamentos en la práctica clínica, así lo demuestran(3). En conclusión, entre los dos tipos de receta, al alumno le cuesta más confeccionar una prescripción cuando se le solicita hacerlo en un caso clínico.

BIBLIOGRAFIA

1-Velasco A, Martín R, Pérez-Accino C M, Orbañanos L . Enseñanza de la Farmacología Clínica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid (1999-2003). MAPFRE MEDICINA, 2004; 15 (4): 75-77

2-Di Girolamo G. Métodos multimediales en la enseñanza de la Farmacología . Medicina (Buenos Aires) 2001; 61: 872-876

3-Rodríguez-Carranza R, Vidrio H, Campos-Sepúlveda E . La enseñanza de la farmacología en las escuelas de medicina. Situación actual y perspectivas. Gac Méd Méx, 2008; 144 (6) : 463-472

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS NIVELES DE ESTRÓGENOS Y PROGESTERONA EN SALIVA DE GESTANTES ADULTAS Y ADOLESCENTES EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD GINGIVAL

Baudo J*, Tosti S, Cecho A, Domínguez G, Allegretti P
Facultad de Odontología de la UNLP

El embarazo es un estado fisiológico especial, en el que se presentan una serie de cambios adaptativos temporales en las estructuras corporales de la mujer gestante, como resultado del incremento en la producción de estrógenos y progesterona, entre otras hormonas, la cavidad bucal no queda exenta de sufrir la influencia hormonal, pudiendo presentarse la gingivitis grávida. Esta situación empeora en los embarazos adolescentes (considerados de alto riesgo) y con el tiempo de gestación. En las mujeres embarazadas la gingivitis se manifiesta a partir del segundo mes de gestación y alcanza el máximo en el octavo. Se localiza con más frecuencia a nivel de los molares y en los dientes anteriores, aumentando la movilidad y la profundidad de las bolsas periodontales. Las manifestaciones clínicas se intensifican a partir del segundo mes de embarazo coincidentemente con el incremento de los niveles sanguíneos de estrógenos y progesterona. Por otra parte, la reducción de la concentración de estas hormonas, casi al final del embarazo, se acompaña de un mejoramiento importante del cuadro gingival, esto permite establecer la relación entre la respuesta gingival y la concentración de hormonas sexuales. Estudios in vitro demuestran que durante el embarazo, gracias a la influencia hormonal, se produce una alteración del equilibrio del sistema fibrinolítico, que influye en la aparición de la gingivitis del embarazo.(1) Este sistema regula la proteólisis pericelular que desempeña un papel importante en las reacciones inflamatorias, lo que puede facilitar el fracaso del tejido conectivo y propagar las lesiones. Es importante destacar que la variedad de aspectos diferenciales de las encías de las gestantes, además de ser producto de la respuesta hormonal, está asociada a la presencia de irritantes locales. Las madres con enfermedad periodontal significativa pueden tener más susceptibilidad a partos prematuros o dar a luz a bebés de bajo peso al nacer que las madres con un periodonto sano. Estos niños pueden ser susceptibles a perturbaciones de la calcificación dental, desarrollo dental y erupción posterior tardía. (2) (3) El sangrado gingival se ha evaluado cualitativa y cuantitativamente a través de distintos índices que establecen el grado de gravedad del mismo. La hemorragia gingival es una indicación temprana de gingivitis y de su secuela, la periodontitis. Entre los índices de inflamación gingival más utilizados se encuentra el índice de Sillnes y Løe que se utiliza para registrar la cantidad de placa bacteriana presente en la entrada del surco gingival; los grados varían según los siguientes criterios: 0 Cuando el área gingival de la superficie dentaria está libre de placa. Si no hay matriz suave que se adhiera a la punta del explorador, el área se considera limpia. 1: No se

puede observar placa a simple vista, pero se hace visible en la punta del explorador después de que éste ha recorrido la superficie dentaria en la entrada de la hendidura gingival. 2: El área gingival del diente está cubierta por una capa de placa blanda que va de delgada a moderada gruesa y ésta se observa a simple vista. 3: Hay densa acumulación de matriz blanda que llena el surco gingival; el área interdental está llena de residuos blando. Con el objetivo de determinar el índice de placa bacteriana entre el primer y tercer trimestre de gestación y correlacionar la enfermedad gingival con los niveles de estrógenos y progesterona en saliva, se realizó un estudio transversal con una muestra de 120 pacientes, 60 mujeres adolescentes (14 a 19 años) cursando el primer trimestre de embarazo y un grupo testigo de 60 mujeres adultas (20 a 30 años) en su primer trimestre de gestación a las que se les realizó índice de placa bacteriana, terapia básica profiláctica y medición de estrógenos y progesterona en saliva por radioinmunoanálisis. Al iniciarse el tercer trimestre se repitió la misma rutina. En el primer trimestre: el 100% de las mujeres presentaron placa bacteriana. En el grupo de las adultas el 70% (42) grado leve y 30% (18) moderado. En el grupo de las adolescentes el 43% (26) grado leve y el 57% (34) moderado. En las adultas los niveles de estradiol hallados fueron de 10 a 16 pg/ml de saliva, la progesterona de 14 a 45 ng/ml de saliva. En las adolescentes los niveles de estradiol fueron de 12 a 18 pg/ml de saliva y de progesterona de 14 a 48 ng/ml de saliva. En el tercer trimestre: el 100% de las mujeres presentaron placa bacteriana. En las adultas 53% (32) grado leve y 47% (28) moderado. En las adolescentes 48% (29) grado leve y 52% (31) moderado. En cuanto a los niveles de hormonas sexuales en fluido salival, en las adultas fueron: nivel de estradiol 98 a 255 pg/ml de saliva y la progesterona 53 a 200 ng/ml. En las adolescentes los niveles de estradiol hallados fueron de 110 a 270 pg/ml y los de progesterona 55 a 215 ng/ml. Estos resultados permiten concluir que el aumento de los niveles de estas dos hormonas inhibe la función de las células inflamatorias contra la placa bacteriana agravando el cuadro de la gingivitis del embarazo y que el nivel de inflamación gingival es mayor cuánto más jóvenes son las gestantes. Resaltamos la importancia de la higiene oral a través de una buena técnica de cepillado y la necesidad de controlar la placa bacteriana para disminuir los efectos hormonales que se producen en la gíngiva.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Ferreiro F. Embarazo y las encías. Rev Fed Odontol Colomb. 2003; 20 (3): 23
- 2- Rodríguez HE, López S. El embarazo. Su relación con la salud bucal. Rev. Cubana Estomatol. 2003; 40 (2)
- 3- Xiong X, Buekens P, Vastardis S, Yu SM. periodontal disease and pregnancy outcomes: state-of-the-science. Obstet Gynecol Surv. 2007; 62: 605-15

NIVELES DE HORMONAS SEXUALES EN GESTANTES ADULTAS Y ADOLESCENTES CURSANDO EL TERCER TRIMESTRE

Tosti S*, Baudo J, Domínguez G, Cecho A, Allegretti P.
Facultad de Odontología de la UNLP

La enfermedad gingival reconoce como factor localmente determinante a la placa bacteriana, la cual se instala en los márgenes gingivales y los espacios interdentarios, por la falta o deficiencia de la higiene bucal. Las medidas preventivas, (enseñanza de cepillado y educación para la salud oral) revierten esta situación. El embarazo es un periodo de grandes modificaciones hormonales en el que la producción de estrógenos y progesterona aumenta notablemente, de manera que al final del tercer trimestre alcanzan concentraciones plasmáticas que multiplican por diez los niveles alcanzados durante el ciclo menstrual. Si se controla la placa mediante las medidas preventivas, se descarta la instalación de enfermedad gingival grave, pero no la presencia de cuadros inflamatorios de encía.

Numerosos estudios han planteado papel modificador de las hormonas en la enfermedad gingival, en el tejido gingival existen receptores para estrógenos y progesterona, gracias a los cuales las hormonas sexuales femeninas pueden ejercer diversos efectos sobre el mismo, ya sea sobre el epitelio, el conjuntivo o los vasos sanguíneos. Los estrógenos modifican la queratinización del epitelio gingival, provocan hiperplasia en el estrato germinativo, alteran las elongaciones del tejido conectivo y producen degeneración nuclear de las células epiteliales con discreta inflamación en la lámina propia. La progesterona, por su parte, provoca dilatación de los capilares gingivales, aumento de la permeabilidad y exudado gingival. La placa bacteriana es el factor etiológico fundamental en la génesis de la gingivitis y se presentan cambios en su composición y control durante el embarazo. Los cambios microbianos se producen fundamentalmente en la placa subgingival asociados con el incremento de las hormonas. La bacteria anaerobia gramnegativa *Prevotella intermedia*, relacionada con la iniciación de la inflamación gingival, aumenta en la placa durante la gestación y utiliza a la progesterona y al estrógeno presentes en el fluido gingival como fuente de alimentos. Esta bacteria se caracteriza por requerir vitamina K para su crecimiento, sin embargo, es capaz de crecer en un medio suplementado con progesterona y estradiol que actúan como factores de crecimiento.

En cuanto a los cambios inmunológicos se ha observado una reducción en la respuesta inmune celular durante el embarazo probablemente para evitar un rechazo del cuerpo de la madre hacia el feto. Tanto el número como el porcentaje de linfocitos T-helper disminuyen durante el embarazo y sólo se normalizan el tercer mes tras el parto. Dichos linfocitos son importantes moduladores de la respuesta inmune ya que son una fuente importante de citoquinas.

Existen estudios que muestran que el nivel de la inflamación gingival es mayor cuanto más jóvenes son las gestantes debido quizás a una doble presencia hormonal (pubertad y embarazo). (1) (2) (3)

Con el objetivo de establecer si existe una correlación entre la concentración de estrógenos y progesterona en saliva y la severidad de la gingivitis grávida, se realizó un estudio transversal en la Unidad Sanitaria 44 Ramón Carrillo, sita en la calle 19 e/ 122 bis y 123 localidad de Berisso, con una muestra de 120 pacientes, 60 mujeres adolescentes (14 a 19 años) cursando el tercer trimestre de embarazo y un grupo testigo de 60 mujeres adultas (20 a 30 años) en su tercer trimestre de gestación. Se caracterizó la muestra de acuerdo a las variables: cantidad de placa bacteriana y aspecto clínico de la encía. Se realizó el índice de placa bacteriana de Sillnes y Löe, terapia básica profiláctica y medición de estrógenos y progesterona en saliva por radioinmunoanálisis (RIA). Previo a la recolección de la muestra se les hizo realizar un enjuague bucal para desechar contaminación de la saliva con sangre, restos de alimentos o fluido gingival, luego de 5 minutos se tomó la muestra en tubos de poliestireno, y los mismos se acondicionaron en bolsas sellables de modo que no se vuelquen ni se rompan. No se emplearon estimulantes de secreción salival para evitar posible reacción cruzada con las hormonas. Los tubos se pueden conservar a temperatura ambiente sin riesgo, con el agregado de un biocida para prevenir contaminación y/o crecimiento bacteriano. El volumen de saliva recogido en cada tubo fue de 5 ml.

El 100% de las mujeres presentaron placa bacteriana. En las adultas 53% (32) grado leve y 47% (28) moderado. En las adolescentes 48% (29) grado leve y 52% (31) moderado.

En cuanto a los niveles de hormonas sexuales en fluido salival, en las adultas fueron: nivel de estradiol 98 a 255 pg/ml de saliva y progesterona 53 a 200 ng/ml. En las adolescentes los niveles de estradiol hallados en saliva fueron de 110 a 270 pg/ml y los de progesterona 55 a 215 ng/ml.

Los resultados obtenidos para la muestra estudiada, en ausencia de irritantes, permiten concluir que las manifestaciones gingivales coinciden con los incrementos de los niveles de hormonas sexuales en el fluido salival siendo más marcadas en adolescentes que en adultas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Ferreiro F. Embarazo y las encías. Rev Fed Odontol Colomb 2003; 20(3): 23
- 2- Rodríguez HE, López S. El embarazo. Su relación con la salud bucal. Rev Cubana Estomatol 2003; 40 (2)
- 3- Xiong X, Buekens P, Vastardis S, Yu SM. Periodontal disease and pregnancy outcomes: state-of-the-science. Obstet Gynecol Surv 2007; 62: 605-15.

Medición de estrógenos y progesterona en saliva de gestantes adultas y adolescentes cursando el primer trimestre.

MEDICIÓN DE ESTRÓGENOS Y PROGESTERONA EN SALIVA DE GESTANTES ADULTAS Y ADOLESCENTES CURSANDO EL PRIMER TRIMESTRE.

Allegretti P, Tosti S, Baudo J, Cecho A*, Domínguez G.

Facultad de Odontología de la UNLP

La gingivitis gravídica es una inflamación proliferativa, vascular e inespecífica con un amplio infiltrado inflamatorio celular. Clínicamente se caracteriza por una encía intensamente enrojecida que sangra fácilmente, por un engrosamiento del margen gingival y por hiperplasia de las papilas interdentales que pueden dar lugar a la aparición de pseudobolsas. La prevalencia varía entre el 35 y el 100% de las embarazadas con gingivitis previa. Aunque parece que durante el embarazo la susceptibilidad de los tejidos gingivales a la inflamación está relacionada con los cambios hormonales propios del mismo, el mecanismo exacto por el cual estas hormonas incrementan la inflamación gingival es desconocido. El cambio hormonal más significativo es el incremento en la producción de estrógenos y progesterona. La respuesta de los tejidos a las hormonas sexuales femeninas va a depender del tipo de hormona circulante, de la proporción de estrógeno/progesterona, así como de la concentración tisular de la hormona. Sus efectos a nivel del tejido gingival son variados y tienden a ser clasificados en cuatro grandes grupos: cambios vasculares, cambios celulares, cambios microbiológicos y cambios inmunológicos. Los efectos de los esteroides a nivel vascular pueden servir para explicar la clínica de edema, eritema, sangrado e incremento de fluido crevicular gingival observada durante el embarazo. Aunque a nivel general los estrógenos son las principales hormonas responsables de las alteraciones de los vasos sanguíneos en los tejidos diana de las mujeres, en el caso de la encía, parece que es la progesterona la principal responsable de los cambios vasculares. La progesterona induce la dilatación de los capilares gingivales; es responsable de la clínica de eritema y edema, del aumento del exudado capilar y la permeabilidad capilar. Un análisis de los cambios celulares asociados refleja una disminución en la queratinización del epitelio gingival, un aumento del glucógeno epitelial, una proliferación de los fibroblastos y un bloqueo en la degradación del colágeno así como una disminución en la polimerización de la capa basal. Todo ello conduce a una disminución en la barrera epitelial y por tanto a una mayor respuesta frente a los irritantes de la placa. Por otro lado, tanto la progesterona como los estrógenos aumentan el metabolismo celular de los folatos lo que contribuye a determinados cambios microbiológicos, un aumento en la proporción de bacterias anaerobias/aerobias durante el embarazo.(1)(2)(3)(4) Para determinar los niveles salivales de estrógenos y progesterona y establecer la relación entre los mismos y el grado de severidad de la enfermedad gingival en gestantes

adultas y adolescentes cursando el primer trimestre, se realizó un estudio transversal en la Unidad Sanitaria 44 Ramón Carrillo, sita en la calle 19 entre 122 bis y 123 localidad de Berisso, con una muestra de 120 pacientes, 60 mujeres adolescentes (14 a 19 años) cursando el primer trimestre de embarazo y un grupo testigo de 60 mujeres adultas (20 a 30 años) en su primer trimestre de gestación. Se caracterizó la muestra de acuerdo a las variables: cantidad de placa bacteriana y aspecto clínico de la encía. Se les realizó índice de placa de Sillnes y Löe, terapia profiláctica y medición de estrógenos y progesterona en saliva por radioinmunoanálisis (RIA). Previamente a la recolección de la muestra se les hizo realizar un enjuague bucal para desechar contaminación de la saliva con sangre, restos de alimentos o fluido gingival, luego de 5 minutos se tomó la muestra en tubos de poliestireno, y los mismos se acondicionaron en bolsas sellables dispuestos de modo que no se vuelquen ni se rompan. No se emplearon estimulantes de secreción salival para evitar posible reacción cruzada con las hormonas. Los tubos se pueden conservar a temperatura ambiente sin riesgo, con el agregado de un biocida para prevenir contaminación y/o crecimiento bacteriano. El volumen de saliva recogido en cada tubo fue de 5 ml. El 100% de las mujeres presentaron placa bacteriana. En el grupo de las adultas el 70% (42) grado leve y 30% (18) moderado. En el grupo de las adolescentes 43% (26) grado leve y 57% (34) moderado. En las adultas los niveles de estradiol hallados fueron de 10 a 16 pg/ml de saliva, la progesterona de 14 a 45 ng/ml de saliva. En las adolescentes los niveles de estradiol fueron 12 a 18 pg/ml de saliva y de progesterona 14 a 48 ng/ml de saliva. A la vista de los resultados podemos concluir que, para la muestra estudiada, en ausencia de irritantes locales y con una correcta higiene y dieta adecuada, las manifestaciones gingivales son coincidentes con el incremento de los niveles de estrógeno y progesterona en fluido salival, siendo más manifiestas en adolescentes que en adultas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Laine MA. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontol Scand* 2002; 60: 257-64.
- 2- Ferreiro F. Embarazo y las encías. *Rev Fed Odontol Colomb* 2003; 20(3): 23
- 3- Rodríguez HE, López S. El embarazo. Su relación con la salud bucal. *Rev Cubana Estomatol* 2003; 40 (2)
- 4- Xiong X, Buekens P, Vastardis S, Yu SM. Periodontal disease and pregnancy outcomes: state-of-the-science. *Obstet Gynecol Surv* 2007; 62: 605-15.

Factores de riesgo biológico modificables de los hábitos lesivos y su incidencia en las maloclusiones

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO MODIFICABLES DE LOS HÁBITOS LESIVOS Y SU INCIDENCIA EN LAS MALOCLUSIONES. ODONTOLOGÍA INTEGRAL NIÑOS. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNLP

Oviedo Arévalo, J. J.; Iriquín, S. M.; Rancich, L.; Rimoldi, M.; Mendes, C.; Lancón, C.; Amaro, E.; Lazo, V.
Facultad de Odontología UNLP.

La presente labor investigativa estudió la asociación de los riesgos biológicos, la actividad sociocultural y su relación con las maloclusiones en niños de ambos sexos con dentición mixta, atendidos en los servicios asistenciales de la Asignatura Integral Niños de la Facultad de Odontología de la UNLP: tomando como criterio de estudio la dentición mixta desde la erupción del primer molar permanente hasta el final del recambio dental. Los factores de riesgo pueden ser causa o indicadores y su importancia radica en que son observables o identificables antes de que ocurra el hecho que predicen. Los factores de riesgo son los que pueden caracterizar al individuo, la familia, el grupo, el ambiente o la comunidad. Estos factores pueden ser: biológicos, ambientales, económicos, socioculturales, de comportamiento y de aquellos que tienen relación con la accesibilidad a los servicios de salud. Tomamos como riesgo a la posibilidad de que un hecho ocurra. La presencia de un hábito bucal en los niños con dentición mixta es un dato de sumo valor en el examen clínico. Hay que tener presente que un hábito es una costumbre o práctica adquirida por la frecuente repetición de un mismo acto(1). La succión será en un principio funcional, la persistencia del uso del chupete o la succión digital le tornará lesivo y pernicioso, pudiendo ser reemplazado por él o los dedos, la lengua, el labio o carrillos(2) La intensidad, frecuencia y duración del hábito, son los indicadores de las maloclusiones(3). La succión del pulgar o más dedos, del labio o carrillos son los más frecuentes y con deformaciones características. La succión del pulgar con la yema del dedo hacia arriba y en íntimo contacto con el paladar, parte anterior, causa una introversión y protrusión de los incisivos superiores, con elevación del paladar y una retrusión de los inferiores. Generalmente esta succión se combina con el apoyo del dedo índice en la nariz estableciendo una presión constante y fuerte generalmente con duración de horas, originando en algunos niños deformaciones de la nariz. La succión del labio superior o inferior produce la retrusión del segmento incisivo correspondiente. La succión de los carrillos ocasiona un aplastamiento lateral de las arcadas. Generalmente se acompaña con el hábito de morderlos, que acarrea la introversión de los sectores dentarios correspondientes. La mordida abierta dentaria se presenta habitualmente asociada con los trastornos de interposición lingual, succión de dedo, chupete, interposición labial. Estas relaciones de

interposición demuestran la plasticidad del sector anterior, ante la causa física que frena la agresión natural de las piezas dentarias. Estas piezas dentarias tendrían que haber llegado a la oclusión, pero hay una causa física que se interpone. Ese es el origen desde el punto de vista etiopatogénico. Por lo tanto, al eliminar el hábito se resuelve el problema de la anomalía, aunque está condicionado a la capacidad de equilibrio que demuestre el paciente y al momento en que se realiza. Cuanto más temprano se elimina el hábito más rápidamente se rehabilita la forma. El aspecto facial suele mostrar incompetencia oral anterior y falta de acción muscular. Los efectos de la succión no nutritiva en el desarrollo dentofacial puede ser investigada por la observación y medición de diversas relaciones esqueléticas y dentarias. Hay que tener presente que en el desarrollo fetal se pueden apreciar movimientos de succión y deglución desde las semanas trece a dieciséis de la gestación. Estos movimientos son precursores en la vida posnatal de la respiración y la deglución. Entre los signos mas comunes del hábito activo, se destacan, la mordida abierta anterior, movimiento vestibular de los incisivos superiores y desplazamiento lingual de los inferiores y en última instancia se produce un colapso maxilar (4). El objetivo de este estudio es determinar cuales son los factores de riesgo biológico de los hábitos deformantes en la oclusión dental, como son: la succión no nutritiva en una población de 100 niños con dentición mixta. Dentro de los materiales y métodos se recolectaron los datos y se confeccionaron 100 Historias Clínicas de la Asignatura, con datos de encuestas preparadas para este fin, que deben responder: la madre, el padre o tutor de los niños, sobre actividades sociales, riesgos biológicos y hábitos deformantes que inciden en la oclusión; el uso del chupete mas allá de los tres años, la succión del dedo pulgar o más dedos, el uso del biberón más allá de los tres años. Los resultados nos indica que el 75% de los niños usa frecuentemente el chupete más allá de los tres años; el 15% practica la succión no nutritiva del dedo pulgar y el 10% el uso reiterado del biberón después de los tres años de edad. Podemos concluir que estos hábitos se mantienen con mayor frecuencia en ausencia de los progenitores. De allí la importancia de reforzar la información para lograr disminuir estos hábitos lesivos y en consecuencia evitar futuras alteraciones.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Graber, T. M. Ortodoncia. Teoría y Práctica. Ed. Interamericana. México. 3° Ed. 1974. 892 p.
- 2.- Guardo, A.; Guardo, C. Ortodoncia. Ed. Mundi. 1981. 798 p.
- 3.- Medina, M. M.; Iriquín, S. M. Diagnóstico en Ortodoncia. U.N.L.P. 1997. 226 p.
- 4.- Pinkham, J. R. Odontología

ÁNGULO FACIAL INFERIOR. CORRELACIÓN CON LA ALTURA Y PROFUNDIDAD DE LA CARA EN LA DETERMINACIÓN DE LA DIMENSIÓN VERTICAL.

Vigo, F.M; Rossi, R.A; Merlo, L.I

Carrera de Magíster en Implantología Oral - Facultad de Odontología. UNLP

En Odontología se denomina dimensión vertical al espacio intermaxilar de un individuo en el plano frontal. El término mismo ha sido definido, desde el punto de vista protésico, como aquella medición de la altura facial anterior, tomada entre dos puntos arbitrariamente seleccionados y convencionalmente localizados, uno en el maxilar superior y otro en la mandíbula. Los primeros que utilizaron este término fueron los completistas, que conocían la necesidad de dejar un espacio interoclusal que permitiera que los músculos estriados del sistema gnático pudieran trabajar con períodos de actividad y reposo.(1) La pérdida de la altura facial inferior, sea cual fuese su causa, trae consigo un alto número de trastornos ya sean psíquicos o físicos. Al producirse la disminución de la dimensión vertical se observan varios cambios en los rasgos por pérdida de la tonicidad muscular, debido a la falta de apoyo dentario y óseo. Se aprecia la acentuación del surco naseogeniano, surco nasolabial protrusión del labio inferior, adelantamiento del mentón con aparición de la "barbilla de bruja". Todo esto trae una serie de alteraciones estéticas que dan al paciente un aspecto de tristeza y facies avejentada, muchas veces no relacionada con la edad del mismo. Esto trae por lo tanto trastornos desde el punto de vista psíquico y social. La mayoría de los pacientes con pérdida de dimensión vertical sufren trastornos físicos y estéticos que consciente o inconscientemente lo llevan a autoexcluirse de sus vínculos sociales y sentirse muchas veces rechazado, lo que puede relacionarse con muchas patologías, entre ellas la depresión. El registro de la dimensión vertical en el paciente totalmente desdentado ha sido por años un tema controvertido. Estamos de acuerdo en que la dimensión vertical está determinada por la longitud óptima de contracción de los músculos elevadores, fijando de esa manera una distancia intermaxilar constante dentro de la cual hacen erupción las piezas dentarias, lográndose así la dimensión vertical oclusiva. También estamos de acuerdo, que es de suma importancia en el desdentado total registrar correctamente dicha dimensión vertical oclusiva para poder devolver mediante las prótesis las estructuras perdidas, en armonía con la articulación temporomandibular, el sistema neuromuscular y la estética. Sin embargo, no estamos de acuerdo en los métodos para lograrlo, puesto que se han postulado diversos, pero ninguno ha probado, hoy por hoy, ser el correcto, sino que solo constituyen aproximaciones. La estética, si bien

debe ser valorada, no sirve a los fines de un correcto registro, puesto que puede ser aceptable dentro de un amplio rango de variación de dimensión vertical; otro tanto sucede con la posición de reposo, debido a que la misma no es constante, y varía dentro de un mismo individuo según diversos factores. Debemos prestar atención entonces a la función, ya que solo de esta manera lograremos construir prótesis que no interfieran con la longitud óptima de contracción muscular, ni con la posición centrada de las articulaciones. No obstante, las formas más usadas registran la posición de reposo, las cuales son chequeadas luego por otros métodos, como por ejemplo los fonéticos, registros previos, etc. Dado que en la clínica de Implantología Oral se realizan rehabilitaciones complejas, resulta de gran interés determinar de manera precisa, la dimensión vertical, sobre todo teniendo en cuenta que tales resoluciones incluyen implantes(4). Luego de la revisión bibliográfica se encontró que varios trabajos refieren 49° como medida promedio del ángulo facial inferior(2). Sin embargo, dicho ángulo no es una medida absoluta, sino que puede estar condicionada por la altura y la profundidad de la cara. Se evaluó el ángulo facial inferior y la profundidad y altura de la cara, con el fin de aportar elementos a la determinación de la dimensión vertical(3), con fines diagnósticos y terapéuticos. Se seleccionaron al azar 30 pacientes atendidos en la clínica del Magister en Implantología Oral. Se tomaron medidas extraorales (ángulo ext. del ojo-comisura #M1 y base de la nariz-mentón #M2) y medidas cefalométricas sobre telerradiografías de perfil (ángulo facial inferior, profundidad y altura de la cara). Se buscó correlacionar la variable ángulo con altura y profundidad de la cara. Las medidas extraorales fueron en M1 de 6,989 cm (0,445) y en M2 de 6,744 cm (0,477). El ángulo facial inferior fue de 49,989 (4,556) grados. La altura de la cara fue de 6,416 cm (1,131). La profundidad de la cara fue de 6,389 cm (0,832). Mediante Regresión Lineal Múltiple, la variable dependiente ángulo pudo ser precedida por las variables independientes altura, con una relación directa ($p < 0,001$) y profundidad, con una relación inversa. ($p < 0,001$). Las variables M1 y M2 no mostraron valor predictivo para el ángulo. Dados los resultados observados, y dentro de los límites del presente trabajo, podríamos decir que un ángulo de 49 grados podría ser un punto de partida, y que puede aumentar, conforme aumenta la altura de la cara o puede disminuir, a medida que aumenta la profundidad. El análisis de la dimensión vertical, utilizando la altura y la profundidad del ángulo facial inferior podría resultar un método de mayor exactitud clínica.

1.Winkler S. Prostodoncia total 1a Edición, México:Editorial Limusa S.A.,2004.

2.Cannut. Cefalometría. En Ortodoncia Clínica y Terapéutica. Barcelona: Editorial Masson, 2001:179-202.

ESTUDIO DE LAS ALTERACIONES EN LA ERUPCIÓN DEL 1ER MOLAR PERMANENTE.

Capece, M; Rimoldi, M.; Beti, M; Molinari ,E; Bustichi ,G ; Ruiz, M.
Facultad de Odontología Universidad Nacional de La Plata.

El presente trabajo tiene como objetivo conocer o determinar estadísticamente los casos de las alteraciones en la secuencia de erupción del primer molar permanente superior en pacientes de 5 a 8 años, de ambos sexos que asisten a la Asignatura Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología de La Plata, durante el año 2011. Erupción ectópica es un término empleado para describir una trayectoria de erupción anómala, según la cual la pieza dentaria en erupción se inclina hasta presionar con su corona en la pieza dentaria contigua. Si el problema no se soluciona a tiempo provoca reabsorción radicular atípica de una parte o de todo el diente adyacente(1). Se describen los dientes cuya erupción ectópica constituyen más frecuentemente un problema clínico, Caninos superiores, Incisivos inferiores, Primer molar permanente. Bjerklin y Kurol consideran que la erupción ectópica del primer molar permanente. El primer molar definitivo contacta con la zona apical de la prominencia de la superficie distal del segundo molar deciduo y causa reabsorción atípica de esta área. Se ha observado una cierta tendencia familiar que apunta hacia una etiología hereditaria(2). El primer signo clínico de esta alteración es la rotura del plano oclusal a partir del segundo molar temporal (3). Young clasificó esta anomalía de la erupción en dos grandes grupos: casos reversibles: el molar permanente causa una destrucción variable de las raíces y corona del segundo molar deciduo quedando bloqueado en esa posición. Este bloqueo extemporal; transcurrido un período, el molar definitivo rectifica de modo espontáneo su trayectoria y erupciona en posición normal. Casos irreversibles: molar definitivo, transcurrido un período determinado, no auto corrige su posición, permaneciendo impactado contra el segundo molar temporal. Al estar bloqueado, no puede erupcionar en su posición dentro del arco y será necesario llevarlo a su posición normal de oclusión. Han sido considerados como causantes de erupción ectópica los siguientes factores: tamaño mayor de lo normal de todos los dientes temporales y permanentes, tamaño mayor de lo normal de los primeros molares y definitivos y segundos molares deciduos, tamaño del maxilar menor de lo normal, balance incorrecto entre las fuerzas de crecimiento y erupción; si el crecimiento del maxilar superior en la región de la tuberosidad, no se produce antes o durante la erupción de los molares definitivos, la fuerza de la erupción se dirigirá mesialmente, siendo bloqueado por las raíces del segundo molar temporal. La mayoría de los estudios se centran y hacen referencia a la erupción ectópica de los primeros molares permanentes

maxilares, en los que la prevalencia oscila entre el 1,6% y el 6%, sin que exista diferencia de género. Esta patología suele ser asintomática, incluso cuando el molar permanente reabsorbe al temporal, hasta el punto de penetrar en la cámara pulpar. Para el siguiente estudio se utilizó una población de 50 pacientes no tratados ortodóncicamente en edades entre 5 y 8 años que ingresaron en el año 2011 a la Asignatura Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología de la U.N.L.P. El criterio de admisión fue: no haber recibido tratamiento de ortodoncia previo. Se examinaron en las radiografías panorámicas de cada paciente la erupción del primer molar permanente superior. La radiografía panorámica es también de ayuda a la hora de determinar la orientación eruptiva del molar permanente, así como el grado de reabsorción radicular del diente temporal. Algunos signos clínicos que puede presentar esta patología son las asimetrías en la erupción, comparado con los contra laterales(1) y la erupción en primer lugar de las cúspides distales, sin que sean visibles las mesiales(2). En la población estudiada sobre 50 pacientes de los cuales 27 pertenecen al sexo femenino y 23 al sexo masculino. Se encontraron 8 casos de alteración en el eje de erupción del primer molar permanente superior, 3 varones y 5 mujeres, representando un 4% de la población estudiada. Siendo la pieza 16 (superior derecha) la más afectada. Con el mismo porcentaje se encontraron con mayor reabsorción las raíces distales de las piezas temporarias 55 y 65. Por tanto, como conclusión, es fundamental un conocimiento por parte del profesional de los factores de diagnóstico, consecuencias clínicas y opciones terapéuticas ante la erupción ectópica de molares permanentes, ya que, aunque su prevalencia es relativamente baja, sus efectos pueden ser graves a mediano y largo plazos estableciendo anomalías de oclusión a edades tempranas.

BIBLIOGRAFÍA

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

ANSIEDAD EN CIRUGÍA BUCAL.

Sparacino S.E.; Ricciardi A. V.; Sala Espiell, A. R.; Bogo H.P.; Ricciardi N.; Capraro M.C.; Capraro C. G.; Capraro, M.E.; Goldberg D.F.; Mattano, C. A. Asignatura de Cirugía "A". Facultad de Odontología Universidad de La Plata

La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, incompleto, indefinido. El miedo es temor con objeto, mientras que la ansiedad, es temor impreciso, carente de objeto exterior (4). El problema es la ambigüedad terminológica, en muchas ocasiones se han utilizado diferentes términos referidos a la ansiedad: angustia, miedo, estrés, temor, tensión, amenaza, nerviosismo. La ansiedad se manifiesta de diferentes maneras: Sistema Cognitivos Del Estado De Ansiedad: Se refieren a pensamientos, ideas o imágenes de carácter subjetivo, así como a su influencia sobre las funciones superiores: preocupación, miedo o temor, inseguridad. Si los síntomas de ansiedad se mantienen en el tiempo, pasarían a ser trastornos y ya no habría una conducta adaptativa(3). Síntomas Fisiológicos Del Estado De Ansiedad: Son consecuencia de la actividad de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano. Síntomas Motores del Estado de Ansiedad: hiperactividad, movimientos torpes, desorganización.... Ansiedad Y Estrés:(1). Mientras que la ansiedad va a ser una emoción, el estrés es un proceso adaptativo que genera emociones pero en si mismo no es una emoción. La ansiedad se desencadena ante situaciones muy específicas, mientras que el estrés se desencadena ante cualquier cambio que cambie las rutinas cotidianas. El impacto de la ansiedad sobre la salud dental de los pacientes es uno de los principales problemas odontológicos de interés para la psicología(2) internos, y estables. Existen diversas teorías una es la Teoría de Spielberger el proceso comienza por una valoración por parte del individuo. Cuando los estímulos valorados no sean amenazantes no se producirá reacciones de ansiedad. Si la valoración es positiva ese individuo mostrará un incremento de ansiedad o intentará reducir el estado de ansiedad. Estos mecanismos defensivos son entendidos como respuestas adaptativas que el individuo ha desarrollado al enfrentarse frecuentemente a situaciones o estímulos similares. El comportamiento de los individuos afecta positiva o negativamente a su salud dental del mismo modo que ciertas enfermedades o problemas dentales afectan al comportamiento de aquellos que la padecen. Entre las conductas de riesgo para la salud bucodental, se encuentran los hábitos orales perjudiciales, las conductas relacionadas con la dieta alimenticia, bruxismo, ansiedad comportamientos disruptivos y la evitación de tratamientos dentales(4) En la situación dental el miedo y la ansiedad son prácticamente indistinguibles; pero predomina el termino ansiedad dental(4).Se ha constatado la existencia de áreas

situacionales ligadas a las diferencias individuales en cuanto a la propensión a reaccionar de forma ansiosa que pueden ser entendidas como rasgos específicos de ansiedad. Es decir, con indiferencia de la tendencia a reaccionar de forma ansiosa ante un tipo u otro de situaciones. Los trabajos de Endler han puesto de manifiesto cinco de estas áreas situacionales: ansiedad interpersonal, ansiedad ante situaciones de peligro físico (cirugía odontológica), ansiedad ante situaciones novedosas, ansiedad ante la evaluación social, ansiedad ante la rutina cotidiana. En nuestro país Tobal y Undel han detectado en la población clínica cuatro rasgos coincidentes con Endler. Desde la psicología se sugiere la aplicación de una odontología conductual, es un área de colaboración interdisciplinaria que produce una mejora cualitativa en las relaciones psicología de la salud y odontología. Estudiar la incidencia del contexto social sobre la ansiedad del paciente durante el acto quirúrgico. Población: Compuesta por pacientes de ambos sexos que concurren a Cirugía "A" de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Muestra: Este estudio se desarrollará en pacientes que concurren a la atención odontológica, llevada a cabo por los alumnos de 4° y 5° año de la Asignatura Cirugía "A" de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, durante los años 2010-2013. Dichos pacientes comprendidos en un rango de 21 a 60 años de edad, se le proporcionara un cuestionario que será de carácter anónimo y auto administrable, el mismo estará destinado a medir su grado de ansiedad antes y después del tratamiento. Al finalizar el acto quirúrgico cada alumno recibirá un cuestionario que deberán contestar en forma anónima, el mismo será complementario de los cuestionarios entregados a su paciente. Como dijimos anteriormente el cuestionario que se le entregara al paciente esta basado en los criterios de diagnostico de la Asociación Americana de Psiquiatría, con este test, mediremos los niveles de ansiedad que sufre el paciente al ser tratado quirúrgicamente. Este test se denomina Test de Ansiedad Generalizada (T.A.G). También al alumno se le entregara el test de Hamilton y así estudiaremos en él el grado de ansiedad sufrido, que puede ser o no percibido por el paciente y ocasionarle mayor temor y angustia. Los datos obtenidos, serán volcados en distintos planillas para su interpretación estadística. Se realizara el estudio estadístico por métodos informáticos. Este estudio se realizó a 280 pacientes Por la Escala de Hamilton los resultados parciales son: 18 no presentan ansiedad, 77 ligera, 87 moderada, 68 marcada, 30 muy marcada. La aparición de trastornos de Ansiedad en el paciente odontológico ha motivado a los docentes a realizar un estudio de la misma antes y después del acto quirúrgico. Se utilizarán Test Psicológicos y Técnicas Motivacionales.

BIBLIOGRAFIA:

1. Fernández Abascar Ansiedad y stress (1997).
2. Fernández, A; Gil, J. Odontología Conductual. Barcelona. Martinez Roca. (1994).

ESTRÉS

Mattanó C., Goldberg D. Bogo H.; Ricciardi N.; Capraro M.C.; Capraro M.E. Capraro C.; Sparacino S.; Sala Espiell, A.R.; Ricciardi A.V
Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Cirugía A

Una de las dificultades frecuentemente reportadas por los odontólogos durante los tratamientos odontológicos y con gran impacto en la salud oral, es el incumplimiento a citas y la negación a la intervención del odontólogo, como resultado del Estrés que genera el acto quirúrgico. La alta incidencia reportada por diferentes estudios ha llamado la atención de psicólogos y odontólogos por las consecuencias directas en la salud oral y en el bienestar de los pacientes(1) En las últimas décadas ha habido gran interés en la investigación de estrés traumático en niños, adolescentes y adultos. Eventos catastróficos, guerras, enfermedades graves, pobreza crónica, violencia, abusos, duelos por pérdidas de seres queridos, separaciones conyugales, exámenes, representan situaciones que los individuos deben enfrentar. El crecimiento de la investigación en este campo refleja la exposición de los individuos a adversidades y hostilidades en los hogares y en la sociedad. Definir “Estrés” es difícil aunque su prevalencia es alta. Medirlo también es dificultoso. Si se ha podido ver que existe relación entre la vida estresante y las enfermedades físicas y psicológicas. Existe relación entre ciertos estresores y déficit de salud. Actualmente el estrés es estudiado desde lo biológico, psicológico y sociocultural. El aumento de trastornos psicológicos (depresiones), las rupturas familiares, los problemas económicos, han provocado alteraciones en la salud ocasionadas por los estresores. El Estrés ante el tratamiento odontológico no sólo tiene impacto en la salud oral sino que además genera desajustes en otras áreas de la vida, tal como se reporta en un estudio(2) dirigido a identificar las consecuencias en la vida diaria de la ansiedad dental en un grupo de pacientes. Los resultados de este estudio permitieron concluir que la presentación de ansiedad al tratamiento odontológico afecta las actividades sociales, relaciones familiares y el trabajo. A su vez, la investigación reportó que las áreas menos afectadas eran las relacionadas con los pasatiempos y los deberes domésticos. En referencia a los desencadenantes de estrés vividos por los alumnos ante el tratamiento odontológico, se han reportado las siguientes situaciones: extracción de una pieza dental, perforación o fresado de un diente y presentación de instrumentos punzantes frente al paciente. Estas situaciones se ven incrementadas cuando la práctica requiere de la utilización de instrumental punzocortante frente a las primeras experiencias odontológicas, y el riesgo que existe entre el accidente laboral y las enfermedades transmisibles que puedan poner en riesgo la salud del operador.(3) Este trabajo tiene como finalidad mostrar el impacto que el acto quirúrgico tiene sobre el desarrollo y el funcionamiento del individuo y a partir de eso definir el rol del odontólogo en la prevención, tratamiento y

orientación del paciente en situaciones de estrés. Realizar una psicoprofilaxis en relación a la problemática que causa el estrés buscando disminuir la potencialidad de la consulta odontológica (acto quirúrgico). En este trabajo de investigación de la asignatura Cirugía A de la Facultad de odontología de La Plata, se realizó una evaluación del estado emocional que portaron pacientes de ambos géneros y en un rango de 21 a 60 años de edad,(150 en total), que fueron asistidos en este servicio en el segundo semestre del año 2011 por alumnos de tercer año de la carrera, siendo para ellos su primera experiencia odontológica. Para dicho propósito se utilizó la "Escala de Hámilton", elemento que se utiliza para medir la ansiedad. Se realizan 15 preguntas dirigidas a evaluar la intensidad de la sintomatología; la misma puede oscilar entre 0 cero y 4 cuatro. A cada respuesta se le asigna un puntaje, preestablecido por el mismo test. Se realiza la suma total obteniendo un número que indica el nivel de ansiedad que tuvo el paciente en el acto quirúrgico. Los resultados que hemos obtenido fueron los siguientes: sobre un total de 150 pacientes, 3(tres) no manifestaron ansiedad, 34 (treinta y cuatro) manifestaron ansiedad ligera, 65(sesenta y cinco) ansiedad moderada, 21 (veintiuno) ansiedad marcada y 27(veintisiete) ansiedad muy marcada Hemos observado que los pacientes aumentan su ansiedad y consecuentemente el Estrés, cuando: * son tímidos,* tienen problemas de salud,* poca confianza en el profesional,* hipersensibilidad al dolor. Podemos disminuir estas situaciones no deseadas ni por el paciente ni por el profesional con técnicas de relajación, terapias cognitivas o terapias medicamentosas. Nosotros los profesionales debemos conocer técnicas de comunicación que introduzcan gradualmente de menor a mayor complejidad, los procedimientos en técnicas de distracción para alejar a los pacientes de estímulos que provoquen ansiedad. Se ha comprobado que experiencias estresantes como el acto quirúrgico influyen sobre el desarrollo y el funcionamiento psicológico y físico de los pacientes; por ello es muy importante definir el rol del odontólogo en la prevención orientación y tratamiento del paciente.(4)

BIBLIOGRAFÍA

1. Cummings S., Hulley S. Diseño de la Investigación clínica. Ed. Doyma. España 1993
2. Grimes K. Psiquiatría del niño y el adolescente Ed España 1998
3. Melillo Aldo. Resiliencia y subjetividad .Ed. Paidós 2004
4. Óliver Mónica. Estrés en la infancia Ed. Fundasap Agosto 2009

PATOLOGIAS ASOCIADAS AL SACO PERICORONARIO. (QUISTE DENTIGERO)

Ricciardi, A.V.; Bogo P.A. Di Franco P.L., Cacciola S.E. Celis Z.E. Prada G. B., Ressia E.A. Santángelo G. V. Texeira Pocas M.A.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Asignatura Cirugía A.

Los huesos maxilares son, muchas veces, asiento de una gran variedad de patologías, por lo general, de tipo quísticas y neoplásicas. La mayoría de ellas, de difícil diagnóstico, sobre todo en lo que se refiere al diagnóstico diferencial. Tal vez de entre todos los procesos tumorales que se dan en el territorio Maxilofacial, los quistes maxilares son los mas importantes en lo que se refiere a la frecuencia con que se presentan(1). Gorlin define un quiste verdadero(2) como una cavidad tapizada por epitelio. También se define como una cavidad patológica, revestida de epitelio que contiene material líquido o semisólido. Dicha entidad patológica está formada por tres estructuras fundamentales: a) Una cavidad central (luz), que suele contener material líquido o semisólido, por ejemplo, residuos celulares, queratina o moco. b) Un revestimiento epitelial que de acuerdo a los diferentes tipos de quistes puede ser plano estratificado queratinizado, no queratinizado, pseudoestratificado, cilíndrico o cuboide. c) Una pared exterior (cápsula) formada por tejido conjuntivo que contiene fibroblastos y vasos sanguíneos. Los quistes suelen presentar grados variables de inflamación que pueden alterar su morfología fundamental (2). Su crecimiento es de forma centrifuga (3), siempre lento, expansivo y no infiltrante. Una adecuada exploración clínica y radiográfica, por parte del estomatólogo general, suele ser suficiente para arribar a un diagnostico presuntivo, no obstante, el diagnostico definitivo, lo dará el estudio anatomopatológico. Los quistes maxilares tienen distinto origen y comportamiento clínico. No se consideran neoplasias, pero ocasionalmente pueden malignizarse. La OMS, en su ultima clasificación, distingue dentro de los quistes epiteliales, a los quistes del desarrollo odontogénicos (quistes dentigero, de erupción, odontogénico calcificante, primordial, etc.) y no odontogénicos (quistes del conducto nasopalatino, nasoalveolar y globulomaxilar). Dentro de los quistes maxilares inflamatorios se incluyen los quistes apical, lateral y residual (1).El quiste dentigero rodea a la corona de un diente incluido o no erupcionado de la dentición permanente o supernumeraria. Probablemente tiene su origen en el epitelio reducido del esmalte una vez que se ha formado completamente la corona. La luz del quiste está ocupada por la corona, mientras que la raíz o raíces permanecen fuera de ella. Es necesario distinguir entre el saco folicular engrosado y el quiste dentigero. Normalmente se considera como requisito mínimo un espesor de 2,5 mm o mas para ser considerado como probable quiste dentigero. La mayoría de los casos están relacionados con la corona de un tercer molar inferior, con

el canino y tercer molar superiores, y con el segundo premolar inferior. Se han encontrado en todas las edades pero especialmente en la segunda, tercera y cuarta década de la vida. El objetivo de este trabajo es conocer la frecuencia de las lesiones con diagnóstico histopatológico de quiste dentigero y se realizó un estudio epidemiológico, observacional descriptivo de dichos quistes. La investigación se llevó a cabo en la Asignatura Cirugía A de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, en una población de individuos mayores de 14 años (los pacientes menores de esa edad fueron derivados a la Asignatura de Odontopediatría), concurrentes a la Asignatura Cirugía A durante los años 2006 al 2010. Para ello se revisaron los archivos de registro de resultados de biopsias correspondientes a los años antes mencionados. Muestra: Pacientes (189) con diagnóstico histopatológico de patología quística, de los archivos de la Asignatura Cirugía A de la Facultad de Odontología de La Plata. Recolección de datos: se obtuvo del registro de informes de biopsias de la Asignatura Cirugía A. Los informes de los estudios histopatológicos o diagnósticos definitivos o de certeza fueron volcados en planillas excel junto con los demás datos necesarios para este estudio epidemiológico (frecuencia y prevalencia relacionada con las variables, como el sexo). A partir de esa base de datos se realizaron los estudios estadísticos correspondientes. Este trabajo es la segunda parte de una investigación (años 2006 al 2010) continuando en los años 2011, 2012 y 2013. Del total de quistes (189), el 52,5% corresponde a hombres, el 47% a mujeres y el 0,5% no se identificó sexo debido a error de registro. El 56,9% de los pacientes con quiste dentigero y el 58,7% de los afectados por queratoquiste, corresponden a pacientes de sexo masculino ($p < 0,01$). Por el contrario, el quiste radicular, se presentó con mayor frecuencia en el segmento mujeres (55,8%) en comparación con el de hombres ($p < 0,01$). El resultado indicó que el sexo tuvo una asociación importante en la presencia de quiste dentigero y radicular ($p < 0,01$). El resto de entidades no mostró diferencias significativas en cuanto a su distribución por sexo. Los quistes de tipo radiculares fueron las lesiones con mayor prevalencia diagnosticadas a nivel general y se presentaron con mayor frecuencia en mujeres con respecto a hombres. Las referencias de este trabajo se encuentran en: Quiste Dentigero, Nuestra Agronomía. Diagnóstico y tratamiento de dientes retenidos. Comunicación de 2 casos con disostosis cleido-cranio-facial. 2010.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Donado Rodríguez M, Donado Azcarate A. Quistes odontógenos de los maxilares. En: Bermudo Añido L. Atlas de Cirugía Oral. Barcelona: LACER; 2001.
- 2) Gorlin RJ. Quistes de los maxilares, suelo de la boca y cuello. En: Gorlin RJ, Goldman HM. Thoma Patología Oral. Barcelona: Salvat Editores; 1973.p.487-93.

APRENDIZAJE ENTRE PARES: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autores: Ramírez S M, Sala A, Peñalva M A*, Blotto B, Rimoldi M.
Facultad de Odontología de La Plata

La propuesta se lleva a cabo en dos asignaturas del plan de estudios de la nuestra facultad (Materiales Dentales y Bioquímica Estomatológica) y se caracteriza por la interacción entre iguales que comparten espacios de estudio en pos de apropiarse de conocimientos, habilidades y actitudes para lograr el desarrollo profesional necesario para actuar en el siglo XXI. En la historia de la humanidad el trabajar y aprender juntos es algo bastamente difundido, pese a que recién a mediados del siglo XX surge la investigación sobre el uso de esta dinámica de aprendizaje, transformándose en un tema de estudio en el que se ha teorizado bastante. Mientras que Piaget pone de relieve los aspectos estructurales y las leyes de carácter universal del desarrollo, Vigotsky destaca los aportes de la cultura, la interacción social y la dimensión histórica del desarrollo mental. En pensamiento de Prescott, el aprendizaje colaborativo busca propiciar espacios en los cuales se genere el desarrollo de habilidades individuales y grupales, a partir de la discusión entre los integrantes, al momento de explorar los conceptos seleccionados. Estos ambientes ricos en posibilidades propician el crecimiento colectivo como así también el de cada uno de sus miembros(1)(2) Esto implica una ayuda mutua en el aprender, en el compartir ideas y recursos, en planificar cooperativamente qué y cómo estudiar con el compromiso y la responsabilidad de cada uno de los integrantes. Delval(3) afirma que si bien el aprendizaje es un proceso intrínseco a todo individuo, los otros sujetos pueden facilitar su construcción y se puede afirmar que esa construcción no sería posible sin la existencia de los otros. La conformación de un grupo genera un sentimiento de pertenencia e identificación entre sus miembros. Si bien es muy difícil lograr unión y armonía entre los distintos miembros de un grupo, es labor del docente generar un ámbito de respeto mutuo y solidaridad, estableciendo acciones de mediación y negociación Siguiendo la perspectiva de Ormrod (4) conviene señalar la importancia que tiene para los estudiantes el trabajar juntos para construir significados, para explorar, explicar, interactuar, debatir sobre las temáticas de clase, tanto en grupos pequeños como en la clase entera, adquiriendo nuevos conocimientos, pero también habilidades para ser autónomo, para buscar información, establecer relaciones entre los diferentes aprendizajes, resolver cuestiones y poner en juego la metacognición. Es evidente que esta metodología no se logra simplemente cuando el profesor agrupa a los alumnos. La estrategia requiere motivación e interés por parte de los actores como así también una labor de seguimiento. Se realiza una observación de grupos de pares en Materiales Dentales (grupo A) y en Bioquímica Estomatológica II (grupo B). Como denominador en común y a partir de la consulta bibliográfica,

definimos un instrumento con dos dimensiones de análisis: Académica y Social integradas por diferentes categorías para ser utilizada por un observador no participante. Se enuncian una serie de categorías y se define una escala del 1 al 5. Los valores asignados serán: 1: Nunca o Casi nunca; 2: Muy poco; 3.- Medianamente; 4: Frecuentemente y 5: Siempre. Para la Dimensión Académica, los Indicadores de valoración a nivel grupal son: se establece un contrato de trabajo; se asignan roles diferentes; se leen las consignas entregadas; se organiza el plan de tareas; se comenta la situación planteada; se registran intervenciones de los participantes; se realizan registros escritos de los acontecimientos; se realizan síntesis de lo conversado; se evidencia comprensión de conceptos, fenómenos, funciones; hay inferencias; hay confrontación; hay negociaciones, se promueve una actitud positiva hacia la temática; se da respuesta desde los saberes previos; se da respuesta desde conocimientos aprendidos con anterioridad; se establecen relaciones pertinentes; se facilita la asistencia regular a las clases; se observan decisiones que provienen de todos los participantes; se facilita el aprendizaje de procedimientos necesarios para conformar un buen equipo de trabajo y hay progresos en el grupo.. Para la Dimensión Social, los indicadores de valoración a nivel grupal son: se observa comunicación interpersonal; hay interacción entre pares; ayuda a construir relaciones positivas; hay un buen clima de trabajo; se perciben destrezas de liderazgo; existe crítica a las ideas más que a las personas; se construye un sentimiento grupal; se percibe un clima de apoyo social; mejora la comprensión de la diversidad y se incrementan las relaciones sociales. La conclusión es que las categorías presentes en ambos indicadores con las escalas establecidas, son posibles de aplicar en el registro de observación, por lo tanto, dicho instrumento será implementado durante el ciclo lectivo 2013 para obtener las metas establecidas en el proyecto.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Prescott, A (1993) Trabajo colaborativo asistido por computador referencial virtual del Instituto Tecnológico de Monterrey. México disponible en <http://campus.gda.itesm.mx> cit
- 2- Vigotsky, L (1996) El desarrollo de los procesos psicológicos superiores Barcelona Grijalbo, págs 3,35, 133 y 135.
- 3- Delval, J (2002) Tesis sobre el constructivismo. En L. Hirschfeld y S.
- 4- Ormrod J (2005) Aprendizaje humano Madrid: Pearson

EXPERIENCIA CON TRABAJO ENTRE PARES EN LA ENSEÑANZA SUPERIOR

Autores: Peñalva MA, Blotto B, Sala A*, Rimoldi M, Ramírez S.M
Bioquímica Estomatológica – Facultad de Odontología de La Plata

Los aspectos que comunicamos se relacionan con la utilización de la dinámica de trabajo entre pares cuando se enseñan y aprenden contenidos en la formación odontológica. La utilización del trabajo entre pares es una temática en la que se ha teorizado bastante desde la segunda mitad del siglo XX, sin embargo profesionales e investigadores (1) están reconociendo de forma creciente el valor de que los estudiantes trabajen juntos para construir significados. Pinilla Palacios y González Benavides (2) definen al grupo de pares como “una conformación social que se caracteriza porque todos sus integrantes se encuentran en la misma etapa del desarrollo. Además, tienen intereses comunes que fomentan su integración para alcanzar sus objetivos”. Si bien es muy difícil lograr unión y armonía entre los diferentes miembros de un grupo de pares, los docentes intentan generar un ámbito de respeto mutuo para lograr mejores climas y solidaridad en el mismo. Las relaciones entre pares se caracterizan por la simetría y la reciprocidad. Son importantes para la socialización, para aprender a cooperar, compartir y controlar los impulsos agresivos. El trabajo en grupo de pares permite que los alumnos se unan, se apoyen mutuamente, que tengan mayor voluntad, consiguiendo crear más y cansándose menos, ya que los esfuerzos individuales articulados entre sí cobran más entusiasmo. Para concretar la propuesta se recurre a la resolución de problemas para facilitar la adquisición y puesta en práctica de habilidades profesionales y el trabajo en colaboración entre pares. El empleo de situaciones problemáticas próximas al escenario profesional, como estímulo que desencadene el proceso de aprendizaje representa una perspectiva innovadora que implica a los estudiantes en una dinámica activa, con cierto nivel de complejidad. Requiere el conocimiento de un contexto referencial que garantice la integración de conceptos, habilidades y actitudes propias del quehacer científico. En síntesis, una problemática emerge cuando un aspecto de la realidad se conforma por efecto de la atención y la interrogación a la que es sometida por un grupo o sector de la sociedad Palamidessi (3). El objetivo es configurar recíprocamente un espacio de intercambio de ideas, donde los estudiantes realicen lecturas, reflexionen, debatan, se apropien de conceptos, apliquen conocimientos a diferentes cuestiones y puedan llegar a resolver situaciones problemáticas vinculadas con contenidos de Bioquímica Estomatológica II. La actividad se concreta en una clase semanal de dicha asignatura. Se realiza la introducción al tema a través de una breve presentación, se plantea el siguiente enunciado: “Las personas necesitan nutrientes como fuentes de

materia y energía para cumplir las funciones vitales. ¿Con ello bastará para tener una vida saludable? Frente al intercambio de ideas de la totalidad de los participante y a la explicitación de algunas aproximaciones, como ser la presencia de compuestos o principios que ayuden a mantener la salud.” A continuación, se formulan cuatro situaciones problemáticas: 1-Se presenta al consultorio un niño con importantes anomalías de forma y pobre desarrollo de los dientes que además, a través del interrogatorio puede manifestar debilidad muscular y dolores óseos. 2-Se presenta al consultorio un adulto con encías inflamadas y sangrantes. También existe movilidad en algunas piezas dentarias. 3-Se presenta al consultorio un adulto con la lengua inflamada y una lesión en la comisura labial. 4-Se presenta al consultorio un adulto con una mancha blanquizca en el carrillo izquierdo. En todos los casos se indicó investigar con el grupo cuál sería la causa de la alteración presentada en el paciente ¿Cómo suele caracterizarse? ¿Qué otras anomalías acompañan esta presentación? ¿Cuál será el mecanismo de regulación? Finalizada la actividad, se elabora un informe escrito con las conclusiones del trabajo para ser comunicado a la totalidad de la clase durante la puesta en común.

Alrededor de estas cuestiones comienzan a transitar discursos, valores, supuestos que ocasionan la desnaturalización de la cuestión e instalan la incertidumbre. Es allí donde los estudiantes recurren a la búsqueda bibliográfica necesaria para resolver el problema. El trabajo entre pares resulta altamente colaborativo. Así los conocimientos y estrategias empleadas por unos estudiantes enriquecen las de los otros compañeros. El intercambio de diferentes puntos de vista, la capacidad de negociar, el consenso y contrastación de ideas son mecanismos destinados a atender a la diversidad, donde los tiempos y los recorridos son diferentes pero están destinados a la concreción de logros similares. Estos referentes conforman la base para construir una propuesta de intervención donde se presentan situaciones problemáticas vinculadas con el desarrollo profesional deseable, orientadas a la aplicación de estrategias para la comprensión y de resolución grupal, que logren una mejora de la práctica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Ormrod (2005) Aprendizaje humano Madrid: Pearson
- 2- Pinilla Palacios A y Gonzalez Benavides E (2007) “Dinámicas grupales y factores asociados al liderazgo y al rechazo de los individuos de los ciclos formal y precategorial” Instituto Alberto Merani .Bogotá
- 3- Palamidessi, M. (2000) “Curriculum y problematizaciones”, en Gvirtz, “Textos para repensar el día a día escolar”, Santillana; pág. 213)

CAPACIDAD CARIOGÉNICA DE LOS ALIMENTOS, EN LA FUNCIÓN DE LA FRECUENCIA, Y PH SALIVAL.

Sala Espiell, R.; Obiols, C.; Mastrancioli, M; Armendano, A. Crimaldi, D.; Raseé, N.; Paleo, M.

Facultad de Odontología de La Plata.

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, esta 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)(1). 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(2).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(3). En los últimos años se ha utilizado el recuento de *St. mutans* y *lactobacillus* presentes en la saliva como indicador de susceptibilidad de caries(4).Se estudiaron en el periodo de 2 años a una población de 100 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, en función de la consistencia, frecuencia de los mismos y su incidencia sobre los tejidos duros dentarios. Otro objetivo a tener en cuenta es la racionalización del consumo de hidratos de carbono, dado que todo diagnóstico de salud bucal debe incluir el recuento 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 dietéticos. 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 y la consistencia de los mismos. Se procedió a la toma de saliva

determinando por el Test de Snyder, la susceptibilidad de acuerdo al viraje de color.

-Paciente muy susceptible: 36, con más de 5 momentos de azúcar.

-Pacientes susceptibles: 29, con más de 4 momentos de azúcar.

-Pacientes levemente susceptibles: 22, con menos de 3 momentos de Azúcar.

-Pacientes sin viraje: 13, 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; El estudio de Vipeholm demostró que la adhesividad, la frecuencia y el tiempo de despeje son más importantes que la cantidad de carbohidratos consumidos; en nuestro caso coincidimos en que la ingesta de alimentos basados en hidratos de carbono facilitan la adhesividad sobre la superficie dentaria pero sin importar la cantidad de estos hidratos consumidos y si el tiempo en que ellos actúen, coincidimos en que el aumento de los hidratos de carbono en la dieta incrementa notablemente la actividad de caries, y concluimos en que: a- el riesgo de caries era mayor si el azúcar era consumida en forma tal que se retuviera sobre la superficie dentaria, b- el máximo riesgo se registro entre con el consumo de azúcar entre comidas, c- existieron grandes variaciones individuales, d- las caries desarrolladas durante la experiencia continuaban su evolución al restringirse la ingesta de hidratos de carbono, e- al anularse el consumo de azúcar, también desaparecían el incremento de nuevas caries, f- el tiempo de despeje del azúcar en la boca se correlaciono estrechamente con la cariogenicidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1-.Negróni, Marta: Microbiología Estomatológica Fundamentos y guía practica. Año 1999. Editorial Médica Panamericana. Bs. As. Argentina.
- 2-. Laurich, L. El análisis microbiológico de la saliva. Quintessence. (ed. esp.) 2000; 13 (8) Ed. Española.
- 3-. Bordoni, N. Curso 1 Odontología preventiva. Modulo 2 de Medidas Preventivas y sub. módulo 1 2008
- 4-- Liebana, Ureña J. Microbiología Oral. Mac Graw- Hill. Interamericana. 1997. México.

Se terminó de imprimir
el 1 de diciembre de 2012.

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