



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE TRATAMIENTOS
ENDODÓNTICOS EN DIENTES UNIRRADICULARES SUPERIORES
VITALES REALIZADOS POR LOS ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA
DEL VIII CICLO DE LA CLÍNICA DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ALAS
PERUANAS LIMA SEMESTRE 2016-II**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR

BACHILLER: PONCE CORASCO ROCIO

LIMA-PERÚ

2017

A Carlos Corasco Quino, siempre te recordaré
como una persona especial en mi vida

A los Docentes especialistas de la Universidad Alas Peruanas quienes siempre estuvieron en todo momento junto a mí brindándome su apoyo.

Al personal y a los estudiantes de la clínica estomatológica del adulto I, quienes sin su apoyo, no hubiese sido posible, la culminación del presente trabajo de investigación.

A todas las personas que de una u otra manera me brindaron su ayuda desinteresada, para la culminación de mi trabajo de investigación.

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo de investigación fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre tratamientos endodónticos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de Estomatología del VIII ciclo de la clínica docente de la Universidad Alas Peruanas Lima semestre 2016-II. El presente estudio fue descriptivo, de corte Transversal y Observacional. No es necesario formular hipótesis. Para llegar a los resultados se aplicaron encuestas personales y anónimas a 86 estudiantes del VIII ciclo, que realizaron prácticas en la clínica. Se encontró que un 27,9% de la muestra presentó un nivel alto de conocimientos, el 67,4% presentó un nivel regular y el 4,7%, un nivel bajo. Con respecto al nivel de actitudes, el 76,7% presentó un nivel adecuado y el 23,3%, un nivel inadecuado. Sobre las Prácticas, el 1,2% presentó un nivel bueno, 75,6% presentó un nivel regular y 23,3% presentó un nivel malo. El nivel de conocimiento con el género del estudiante se obtuvo un conocimiento regular con 68,8% femenino y 63,6% masculino. Obtuvieron una actitud adecuada de 89,7% masculino y 69,8% femenino, una práctica regular con 72,2% femenino y 69,7% masculino. En conocimiento y la edad del participante se obtuvo un conocimiento regular con una media de 26 años, una actitud adecuada con una media de 25 años y práctica regular en una media de 25 años.

Palabras claves: conocimiento; actitudes; práctica en salud; endodoncia, estomatología

ABSTRACT

The objective of the present research was to determine the knowledge, attitudes and practices on endodontic treatments in vital superior unirradicular teeth performed by the students of Stomatology of the VIII cycle of the teaching clinic of the University Alas Peruanas Lima semester 2016-II. The present study was descriptive, cross-sectional and observational. Although hypothesis is not necessary in this type of study. In order to arrive at my results, anonymous and personal surveys were applied to 86 students of the VIII cycle, who practiced in the clinic. It was found that 27.9% of the sample had a high level of knowledge, 67.4% had a regular level and 4.7%, a low level. With respect to the level of attitudes, 76.7% had an adequate level and 23.3%, an inadequate level. About the Practices, 1.2% presented a good level, 75.6% presented a regular level 23.3% presented a bad level. The level of knowledge with the gender of the student was obtained a regular knowledge with 68.8% female and 63.6% male. They obtained an adequate attitude of 89.7 males and 69.8% females, a regular practice with 72.2% female and 69.7% male. In knowledge and the age of the participant was obtained a regular knowledge with an average of 26 years, a suitable attitude with an average of 25 years and regular practice in an average of 25 years.

Keywords: knowledge; Attitudes; Health practice; Endodontics, Stomatology

	ÍNDICE	Pág.
DEDICATORIA		
AGRADECIMIENTO		
RESUMEN		
ABSTRAC		
ÍNDICE DE TABLAS		
ÍNDICE DE GRÁFICOS		
INTRODUCCIÓN		1
 CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		
1.1. Descripción de la realidad problemática		2
1.2. Formulación del problema		3
1.3. Objetivos de la investigación		5
1.4. Justificación del investigación		6
1.4.1. Importancia de la investigación		6
1.4.2. Viabilidad de la investigación		7
1.5 .Limitaciones del estudio		7
 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO		
2.1. Antecedentes de la investigación		8
2.2. Bases teóricas		13
2.2.1. Conocimientos, actitudes y práctica		13
2.2.2. Diagnostico en endodoncia		16

2.2.3	Alteraciones pulpares inflamatorias aguda	16
2.2.4.	Pruebas de sensibilidad pulpar	20
2.2.5.	Radiografía en endodoncia	21
2.2.5.1.	Técnica De Clark	22
2.2.6.	Aislamiento en endodoncia	22
2.2.6.1.	Aislamiento relativo	23
2.2.6.2	Aislamiento absoluto	24
2.2.7	Acceso al conducto radicular	25
2.2.7.1.	Penetración inicial	26
2.2.7.2	Limpieza de la cámara pulpar	26
2.2.8	.Técnica de preparación y obturación de conductos	28
2.2.8.1.	Biopulpectomia	28
2.2.8.2.	Necropulpectomía	29
2.2.8.3.	Preparación biomecánica	31
2.2.9	.Instrumentos manuales	31
2.2.10.	Obturación de conductos radicular	33
2.2.11.	Materiales obturadores	35
2.2.12.	Manejo farmacológico en endodoncia	41
2.3.	Definición de términos básicos	44

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.	Formulación de la hipótesis principal	45
3.2.	Variables, dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional	46

CAPÍTULO IV: METODOLOGIA

4.1. Diseño metodológico	47
4.2. Diseño muestral	49
4.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad	50
4.4. Técnicas de procesamiento de la información	51
4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	51

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, etc.	52
5.2. Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas	67
5.4. Discusión	68

Conclusiones	71
--------------	----

Recomendaciones	72
-----------------	----

Fuentes de información	73
------------------------	----

Anexos

Anexo 1: carta de presentación

Anexo 2: consentimiento informado

Anexo 3: instrumento de recolección de datos

Anexo 4: Matriz de consistencia

ÍNDICE DE LAS TABLAS

Pág.

Tabla 1. Cuadro de variables	46
Tabla 2. Matriz de consistencia	49
Tabla 3. Distribución de frecuencia del género de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados	47
Tabla 4. Medidas de tendencia central de la edad de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.	47
Tabla 5. Evaluación de las respuestas obtenidas del conocimiento sobre el tratamiento Endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.	62
Tabla 6. Conocimiento sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.	64
Tabla 7. Evaluación de las respuestas obtenidas sobre la actitud sobre el tratamiento Endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados	65
Tabla 8. Actitud sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.	67
Tabla 9. Evaluación de las respuestas obtenidas sobre la práctica del tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.	68

Tabla 10. Práctica del tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados 70

Tabla 11. Conocimiento sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores y el género de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados 71

Tabla 12. La actitud sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores y el género de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados 72

Tabla 13. La práctica del tratamiento Endodóntico de piezas unirradiculares superiores y el género de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados. 73

Tabla 14. Conocimiento sobre el tratamiento Endodóntico de piezas unirradiculares superiores y la edad de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados 74

Tabla 15. Actitud sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores y la edad de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados 75

Tabla 16. La práctica sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores y la edad de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados. 76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

- Gráfico 1.** de barras simples de las respuestas correctas obtenidas sobre el conocimiento sobre el tratamiento endodontico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados 53
- Gráfico 2.** de barras simples sobre el nivel de conocimiento sobre el tratamiento endodontico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados 54
- Gráficos 3.** de barras simples de las respuestas correctas sobre la actitud sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados 56
- Gráfico 4.** circular de la actitud sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados 57
- Gráfico 5.** de barras simples de las respuestas correctas sobre la práctica del tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados. 59
- Gráfico 7.** Barras simples de la práctica por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados. 60
- Gráfico 8.** Barras agrupadas del conocimiento sobre el tratamiento endodontico de piezas unirradiculares superiores y el género de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluado. 61

Gráfico 9. Barras agrupadas de la actitud sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores y el género de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluado. 62

Gráfico 10. Barras agrupadas de la práctica del tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores y el género de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del y VIII ciclo evaluados. 63

Gráfico 11. Cajas del conocimiento sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores y la edad de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados. 64

Gráfico 12. Cajas de la actitud sobre el tratamiento Endodóntico de piezas unirradiculares superiores y la edad de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados. 65

Gráfico 13. Cajas de la práctica sobre el tratamiento Endodóntico de piezas unirradiculares superiores y la edad de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados. 66

INTRODUCCIÓN

La Endodoncia es la especialidad odontológica que estudia la morfología de la cavidad pulpar, así como la prevención y el tratamiento de las alteraciones pulpares y sus repercusiones sobre los tejidos periapicales. El tratamiento de endodoncia es una intervención que tiene como objetivo eliminar la pulpa dental afectada y que se encuentra localizada en el conducto radicular. El éxito del tratamiento de conductos se ve influenciado por varios factores que van desde la misma pieza dentaria, el paciente o el clínico. El nivel de entrenamiento, los procedimientos de bioseguridad, la técnica de instrumentación, los tipos de irrigantes utilizados, el uso de medicación intraconducto, la técnica de obturación y la experiencia son factores relacionados al clínico. A su vez, contribuyen directamente al pronóstico favorable del caso clínico. El objetivo principal al que debe apuntar la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas es formar profesionales integrales con presencia crítica / diagnóstica y capaces de emprender transformaciones, a conquistar, a fomentar, a generar y a transmitir conocimientos con criterios de excelencia académica. Así como, el brindar el mejor servicios a los pacientes para prevenir, diagnosticar y dar tratamiento de las enfermedades buco-dentales más prevalentes. Es así pues, que un tratamiento muy común en la consulta odontológica, es la Endodoncia por lo que, resulta necesario evaluar al operador desde el inicio para conocer sus capacidades, determinando conocimientos, actitudes y prácticas en el área, de modo que sea posible generar nuevas estrategias para consolidar la formación educativa desde las aulas y garantizar la calidad de atención de los pacientes.

CÁPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas incluye en su malla curricular asignaturas en las áreas de pre-clínica y clínica, en las que los estudiantes desarrollan las capacidades y destrezas necesarias para la adecuada atención de los pacientes que concurren la Clínica Docente Estomatológica.

Antes de realizar un tratamiento endodóntico en un paciente, los estudiantes realizan sus prácticas pre clínicas en ciclos inferiores al actual, con ayuda de una maqueta simuladora para poder obtener las destrezas necesarias y afianzar los conocimientos sobre los protocolos que deben seguir. Sin embargo, una vez que estos estudiantes llegan a Clínica, en un afán por terminar el record académico solicitado por la universidad, se enfocan en mecanizar los procedimientos por terminar el tratamiento. Descuidando y olvidando así, los conocimientos en procedimientos básicos, desde el aislamiento absoluto hasta la obturación del diente tratado endodónticamente.

Sin tener el mínimo de cuidado al realizar la terapia endodóntica, específicamente durante la preparación biomecánica y la obturación del sistema de conductos radiculares, ya que pueden ocurrir accidentes que deben ser prevenidos considerando factores como la técnica e interpretación radiográfica, las consideraciones anatómicas del diente a tratar y las condiciones del instrumental. Uno de los objetivos principales del tratamiento endodóntico es lograr la desinfección completa de los conductos radiculares, factor que contribuye con el éxito del tratamiento.

La Clínica Estomatológica de la Universidad brinda diferentes servicios en el área de estomatología, en especialidades periodoncia, endodoncia y rehabilitación oral. Cuenta con salas clínicas, donde los estudiantes de pre-grado brindan tratamientos a los pacientes, bajo la supervisión y orientación continua de un docente especialista. Por ello, es necesario evaluar las capacidades de los

operadores, para determinar sus fortalezas y debilidades. Para así intervenir cuando sea necesario, con medidas que garanticen un mejor desempeño a nivel docente y estudiantil, con el único propósito final de brindar una atención odontológica de calidad que satisfaga las necesidades y expectativas de los pacientes.

El presente estudio tuvo como propósito determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que presentan los estudiantes de Estomatología del VIII Ciclo de la Clínica Docente de la Universidad Alas Peruanas al realizar un tratamiento endodóntico en dientes unirradiculares superiores vitales durante el semestre académico 2016-II.

1.2 Formulación del problema

La enseñanza de la profesión estomatológica en las universidades se ocupa de la preparación integral del estudiante, con el desarrollo de capacidades y destrezas necesarias para la adecuada atención de los pacientes que tratarán. El presente estudio está enfocado en el en el área de endodoncia y su enseñanza en pregrado.

- **Problema principal**

¿Cuál es el conocimientos, actitudes y prácticas respecto a tratamientos endodónticos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII Ciclo de la Clínica Docente de la Universidad Alas Peruanas- sede Lima, durante el semestre académico 2016-II?

- **Problemas secundarios**

1. ¿Cuáles son los conocimientos respecto a tratamientos endodóncicos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la clínica docente de la Universidad Alas Peruanas- sede Lima - semestre 2016-II?
2. ¿Cuáles son las actitudes respecto a tratamientos endodóncicos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la clínica docente de la Universidad Alas Peruanas- sede Lima, semestre 2016-II?
3. ¿Cuáles son las prácticas respecto a tratamientos endodóncicos de dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la clínica docente de la Universidad Alas Peruanas -sede Lima, semestre 2016-II?
4. ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a tratamientos endodóncicos de dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la clínica docente de la Universidad Alas Peruanas -sede Lima, semestre 2016-II de acuerdo al género del participante?
5. ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a tratamientos endodóncicos de dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la clínica docente de la Universidad Alas Peruanas -sede Lima, semestre 2016-II de acuerdo a la edad del participante?

1.3 Objetivo General

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre tratamientos endodónticos en dientes unirradiculares superiores vitales, realizados por los estudiantes de Estomatología del VIII Ciclo de la Clínica Docente de la Universidad Alas Peruanas- sede Lima, durante el semestre académico 2016-II.

• Objetivos Específicos

1. Determinar los conocimientos sobre tratamientos endodónticos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la Clínica Docente de la Universidad Alas Peruanas- sede Lima, durante el semestre académico 2016-II
2. Describir las actitudes sobre los tratamientos endodónticos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la Clínica Docente de la Universidad Alas Peruanas- sede Lima, durante el semestre académico 2016-II.
3. Evaluar las prácticas respecto a tratamientos endodónticos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la Clínica Docente de la Universidad Alas Peruanas -sede Lima, durante el Semestre académico 2016-II.
4. Contrastar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre tratamientos endodónticos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la Clínica Docente de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima, durante el Semestre académico 2016-II según el género de los participantes.

5. Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre tratamientos endodónticos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la Clínica Docente de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima, durante el Semestre académico 2016-II según la edad de los participantes.

1.4. Justificación

El resultado de este trabajo de investigación permitirá tener nociones sobre el conocimientos actitudes y práctica (CAP) sobre tratamientos endodontico en piezas unirradiculares en los estudiantes de la clínica docente estomatológica del adulto I, con la finalidad de tener un precedente para beneficiar a mi alma mater la Universidad Alas Peruanas, mediante su Escuela Profesional de Estomatología, para poner en autos en relación al nivel académico vigente que se suscita entre los estudiantes. Y así permitir en estudios similares y posteriores realizar mejoras en ellos, corrigiendo los puntos donde se presentó deficiencias, buscando nuevas estrategias para profundizar en sus capacidades y así lograr mejoras en las competencias adquiridas en su proceso de aprendizaje.

1.4.1. Importancia de la investigación

Siendo la caries dental una de las causas más frecuentes de extracción dental, es de importancia que el estudiante evalúe correctamente los síntomas y signos clínicos en la pieza dentaria afectada, para ello debe tener una base de conocimientos establecidos, en el presente trabajo de investigación se buscó evaluar el desempeño del estudiante al momento de realizar un tratamiento endodoncico, siendo la endodoncia un área de la estomatologia donde se requiere precisión.

Para mejorar la enseñanza a nivel de pregrado sobre tratamiento de conductos radiculares, pues dará alcances acerca de la efectividad de la transmisión de la información del docente a los estudiantes y reforzará la valoración del nivel de aprendizaje de los estudiantes.

Para mejorar el nivel de atención de los pacientes que requieren tratamientos de conductos radiculares partiendo de la premisa que un mejor conocimiento brinda una mejor práctica clínica.

Sobre la base de lo expuesto y habiendo pocos trabajos realizados sobre el desempeño de los estudiantes al momento de realizar un tratamiento endodónico, la presente investigación busca evaluar acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes del VIII ciclo de la Universidad Alas Peruanas.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

La presente investigación contó con el permiso correspondiente de la Universidad Alas Peruanas para llevarse a cabo en las instalaciones de la Clínica Docente Estomatológica, con el apoyo de los docentes encargados.

Los costos de la investigación no significaron una inversión importante y fueron cubiertos por la investigadora.

1.5 Limitaciones del estudio

- En el presente estudio no se observó a los estudiantes realizar tratamientos Endodónticos para evaluar los niveles de práctica, nos basamos en lo que ellos manifestaron sobre sus procedimientos clínicos diarios.
- Al tratarse de una encuesta, los resultados de la misma dependen de la disposición y sinceridad del estudiante participante.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

- **Antecedentes Nacionales**

Mejía L, Ordoñez F, Pérez A, Rosales K (2004) En un estudio sobre la elaboración de revisión bibliográfica, sobre las características físicas y mecánicas del instrumental manual y rotatorio utilizado en el Trabajo Biomecánico. El presente trabajo de investigación se enmarca en un diseño de tipo documental, iniciándose con la ubicación de libros especializados en instrumental de endodóncia, Journals y artículos en Internet, en los resultados tenemos a 39 Journals de endodoncia, 9 artículos de Internet y 7 capítulos de libros referentes a instrumental para trabajo biomecánico, fueron consultados, analizados y considerados para elaborar la investigación. Al finalizar la redacción del tema en investigación se elaboraron las conclusiones y se ordenó las referencias bibliográficas de acuerdo al Sistema Vancouver.²

La Roca, F (2013) realizo un trabajo de investigación que buscó evaluar la calidad de la obturación de conductos radiculares tratados endodónticamente por los estudiantes de pregrado de la Carrera de Estomatología de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas de Lima. La población estuvo conformada por todos los conductos obturados mediante la técnica de condensación lateral por estudiantes de pre grado de la escuela de estomatología, observados por medio de radiografías digitales en formato JPG, Previa a la recolección de todos los datos se realizó una calibración con el especialista en el área para determinar la correlación de los valores obtenidos para las variables longitud y densidad (calidad de la obturación). A partir de una prueba piloto se determinó el coeficiente de correlación de Kappa (0.91) En cuanto a la calidad, se encontró que un 62.67% de los conductos presentaron una calidad aceptables, No hubo asociación entre el género del alumno con la densidad de la obturación ($p=0,347$) y la longitud de la obturación ($p=0,269$). La longitud y densidad de la obturación fue aceptable en la mayoría de los casos.³

- **Antecedentes internacionales**

Sánchez, M (2014) realizó un estudio donde busca evaluar el desempeño académico de los estudiantes de cuarto año que realizan. Para esta investigación se utilizó el Método científico, de observación y técnicas de investigación como la encuesta. El 65% de encuestados respondió poco satisfactoria y totalmente insatisfactoria la relación entre los conocimientos teóricos y la práctica; El 76% de los encuestados, respondieron poco satisfactoria y totalmente insatisfactoria que los conocimientos adquiridos en las clases teóricas de endodoncia, El 88 % de los encuestados, contestaron haber han adquirido las destrezas de manera poca satisfactoria y totalmente insatisfactoria, 12% respondió que sí han adquirido destrezas de manera satisfactoria y totalmente satisfactoria. Más del 60% de los estudiantes están de acuerdo en la elaboración de una guía de apoyo de Endodoncia que beneficia el desarrollo de los diferentes procesos y desempeños de su práctica pre-profesional. Práctica endodóntico en la clínica. ¹

Romero R, Pacheco V, (2016) en el estudio que realizo “nivel de conocimiento sobre la medicación intraconducto en endodoncia por parte de los estudiantes de 7mo y 9no semestre de la Facultad de Estomatología de la Universidad Central del Ecuador”, el propósito de este estudio descriptivo de corte transversal fue determinar el nivel de conocimiento sobre la medicación intraconducto en Endodoncia en los estudiantes de 7mo y 9no semestre de la. Obteniendo como resultado un nivel de conocimiento bajo con un promedio global de 28,49%. Mediante este estudio se determinó que existe un nivel bajo de conocimiento sobre la medicación intraconducto en Endodoncia, de los estudiantes de 7mo y 9no semestre de la Facultad de Odontología ^{.4}

Marcano M. (2001) Al realizar la terapia Endodóntico, específicamente durante la preparación biomecánica y la obturación del sistema de conductos, pueden ocurrir accidentes que deben ser prevenidos El objetivo de esta revisión bibliográfica es describir los accidentes que pueden ocurrir durante la terapia endodóntico y analizar la prevención y el tratamiento. Como resultado se

encontró que el accidente muy común es la fractura de instrumentos dentro del sistema de conductos, ya sea durante el abordaje, la preparación biomecánica o la obturación; La prevención es el factor más importante para evitar los accidentes durante la terapia endodóntico.⁵

Shiva U, Ruchika N, Mohammed A, Sangeeta T, Mahesh B (2013) realizó un estudio donde el objetivo de este fue estudiar el nivel de conocimientos, el estado actual de conocimientos y opiniones hacia los tratamientos de endodoncia regenerativos entre los residentes de endodoncia de la India. Se diseñó una encuesta basada en cuestionarios. La encuesta mostró que la mitad de los participantes (50,6%) habían recibido educación continua en células madre, La mayoría de los participantes opinaron (86,6%) que la terapia regenerativa debería incorporarse a la odontología, y la mayoría de ellos (88%) estaban dispuestos a adquirir capacitación para aprender esta nueva estrategia de tratamiento. Estos resultados reflejan que los residentes de endodoncia son optimistas acerca de la utilización de procedimientos de endodoncia regenerativas; Sin embargo, se sintió la necesidad de más investigación y formación. ⁶

Arun A, Venugopal P, Jyothi K, Mythri H, Vaddi H (2014) Con el mundo entero mirando a la erradicación de las enfermedades infecciosas existentes y prevenir cualquier nueva infección, el objetivo fue evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la esterilización de limas de endodoncia por el postgrado (PG) estudiantes del Departamento de Estomatología Conservadora y Endodoncia en los colegios dentales en Bangalore. Un estudio transversal se llevó a cabo entre los estudiantes de PG conservadora y endodoncia en Bangalore utilizando un cuestionario previamente probado. Resultados: Un total de 88% limas de endodoncia aceptados necesitan ser esterilizado y el 60% informó de que los instrumentos de endodoncia se pueden utilizar cuatro o más veces, pero el 44% lo practicó. Curiosamente, el 74% informó que los asistentes dentales no están capacitados para los protocolos de esterilización. El estudio muestra que, aunque existe una gran conocimiento y la

actitud positiva con respecto a la esterilización de las limas de endodoncia, pero rara vez se practica la creación de lagunas en la motivación. Para llenar este vacío, se necesita refuerzo con frecuencia en el área crítica de la esterilización.⁷

Ercalik Y, Garip, Peker, FB Basturk (2014) En un estudio donde el objetivo de este estudio fue evaluar los conocimientos y actitudes de los endodoncistas turcos sobre las imágenes radiológicas digitales (DRI) y de tomografía computarizada de haz cónico. (CBCT). Los cuestionarios se aplicaron a una muestra de endodoncistas y estudiantes de doctorado en endodoncia Se pidió a los participantes que respondan a 28 preguntas de opción múltiple en relación con sus conocimientos y prácticas relativos a las técnicas de imagen recientes. La tasa de respuesta para este estudio fue del 74%. La edad media de los endodoncistas que participaron en este estudio fue de 32,74 ± 10,40 (rango 22,61 años). De los endodoncistas, el 76,6% utilizó técnicas de imagen digital (DUE) en sus clínicas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los DUEs y los endodoncistas que no utilizaban imágenes digitales (NDUE), en cuanto a edad, sexo, año de graduación y lugar de empleo ($P < 0,01$). Los endodoncistas de 40 años de edad y más tenían un conocimiento significativamente menor de CBCT en comparación con los grupos más jóvenes ($P = 0,001$). El número de endodoncistas que usan imágenes digitales ha aumentado en Turquía. Los hallazgos del presente estudio resaltaron la necesidad de adaptarse a las nuevas tecnologías a través de la educación continua.⁸

Tanalp J, Pamukçu E, Inci O (2013) realizó un estudio donde el objetivo de este estudio fue obtener información sobre las percepciones de los estudiantes de estomatología del último año y los niveles de autoconfianza con respecto a la práctica de endodoncia. Se formularon encuestas anónimas que fueron entregados a los estudiantes de nivel superior en la Universidad de Yeditepe, Facultad de Estomatología. La tasa de respuesta de la encuesta fue del 88%. El 11.9% expresó la endodoncia como la primera rama en términos de dificultad. La mayoría (90,5%) indicaron que realizar tratamientos de conductos dentro de

su límite de experiencia en el futuro sino que se refieren los casos difíciles a un endodoncista. Los estudiantes sintieron la confianza más baja en el tratamiento de los molares superiores seguido de molares mandibulares ($3,43 \pm 1,02$ y $3,93 \pm 0,97$, respectivamente). Los estudiantes también informaron la confianza más baja en reabsorciones radiculares, endo-perio lesiones, traumas, repetir el tratamiento y apexificación (2.93 ± 1.16 , 3.07 ± 0.89 , 3.24 ± 0.85 , $3.33 \pm 1,7$ y $3,36 \pm 1,1$, respectivamente). Los estudiantes también reportaron la menor confianza en reabsorción de raíz, lesiones endo-perio, traumas, retratamientos y apexificaciones (2.93 ± 1.16 , 3.07 ± 0.89 , 3.24 ± 0.85 , 3.33 ± 1.7 y 3.36 ± 1.1 , respectivamente) Los resultados que muestran la menor confianza de los estudiantes en aspectos más desafiantes de la odontología pueden estar relacionados con la actitud de las escuelas de odontología para referir estos casos a los estudiantes de posgrado e inculcar información sobre estos casos sobre una base teórica solamente. Aunque parece que hay una tendencia de los estudiantes a referir casos difíciles a un especialista en el futuro.⁹

Neha S, Aharda Y, Tanu N, Preetinder S, Manisha Y. (2015) realizó un estudio donde el objetivo de este estudio fue evaluar el nivel y fuentes de información sobre el tratamiento de conductos radiculares en pacientes que visitan un hospital de tercer nivel en Delhi, India, el conocimiento y la sensibilización de los pacientes sobre el tratamiento del conducto radicular como una opción para conservar los dientes fueron evaluados a través de un cuestionario estandarizado distribuido a los pacientes que visitan la OPD dental. Los resultados de este estudio indican que el (52%) de los sujetos sabía de conductos radiculares. Múltiples visitas, el alto costo fueron los factores principales que impiden a los pacientes desde la elección de un tratamiento de conducto para la gestión de un diente doloroso durante la extracción. Los resultados de este estudio mostró un moderado nivel de conocimiento sobre el tratamiento de conducto entre la muestra seleccionada de pacientes odontológicos.¹⁰

2.2 Bases teóricas

- **Estudio conocimientos, actitudes y practicas (C.A.P)**

Un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas constituye una investigación más amplia o actividad de evaluación que combina diversos métodos para obtener información y hacerse una idea sobre un tema. Los métodos que se utilizan en un estudio podrían ser cualitativos (grupos muestra, entrevistas), participativos y/o cuantitativos, dependiendo de las necesidades de información y los recursos, así como de la viabilidad de la recopilación de datos. Una encuesta CAP es sólo uno de los numerosos métodos de investigación que pueden utilizarse para realizar un estudio CAP. El primer paso es identificar las necesidades específicas y los usos que se pretenden dar a la información obtenida. Si la información se requiere a nivel interno para dar forma al diseño o la planificación de las actividades de un programa, los datos cualitativos pueden ser muy valiosos y con frecuencia más económicos que los datos cuantitativos. Sin embargo, si se planea usar la información en trabajo de incidencia, para asignar recursos o para contribuir al conjunto más amplio de pruebas sobre un tema, los datos cuantitativos tienen la ventaja de reflejar la escala y con frecuencia resultan más fáciles de comunicar e inspiran mayor confianza como información objetiva en públicos externos.¹¹

2.2.1 Conocimientos, actitudes y práctica

Las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas pueden reunir una valiosa información cuantitativa que puede servir para fortalecer la planificación y el diseño de programas, la incidencia, la movilización social, el análisis y la evaluación en el ámbito de la protección de la infancia. ¹¹

El análisis CAP es una herramienta de análisis de comportamientos. Se utiliza tanto en la fase de diagnóstico como en la fase de planificación de un proyecto. La utilidad del CAP radica en que:

Si se quiere promover el desarrollo en las comunidades, el enfoque en comportamientos debe ser un eje que acompañe todo el proceso, tanto en el diagnóstico como en la planificación,

- Permite analizar comportamientos que se “deberían” saber, actitudes que se “deberían” pensar y prácticas que se “deberían” realizar
- Permite entender porque la gente hace lo que hace,
- Permite evaluar la factibilidad del cambio de un comportamiento y si el comportamiento deseado ya existe
- Sirve para mejorar el impacto de las medidas del proyecto, p.ej. en el desarrollo productivo, el desarrollo de capacidades, el desarrollo organizacional de la comunidad y debe ser por ello un eje transversal del proyecto. ¹²

Una encuesta de conocimientos, actitudes y práctica. Constituye un método de investigación cuantitativo que se usa para medir la distribución de las características de una población en un momento específico. El propósito específico de una encuesta CAP es medir y comprender las actitudes, las creencias, los conocimientos y los comportamientos de una población objetivo. Una encuesta a menudo utiliza una herramienta estructurada, como un cuestionario, que contiene preguntas previamente definidas y que se plantean a las personas de la población objetivo, ya sea por medio de una entrevista (oral) o solicitando respuesta por escrito. Debido a que raramente se dispone de recursos para entrevistar a cada miembro de una población objetivo, una encuesta con frecuencia recopila los datos de una muestra representativa de la población objetivo, que más adelante se analizan estadísticamente, de modo que las conclusiones puedan generalizarse.

Una encuesta CAP es un estudio cuantitativo de una población específica que reúne información sobre lo que la gente sabe, cómo se siente y cómo se comporta con relación a un tema en concreto. ¹¹

Las encuestas CAP se utilizan comúnmente en salud pública para recoger datos sobre creencias y prácticas que podrían poner a las personas en peligro de

transmisión o mejorar la eficacia de los programas de prevención y cada vez se utilizan más en otros sectores.

Un estudio CAP podría ser útil para averiguar o analizar:

- **Los conocimientos**

Es aquella información o saber que una persona posee y que es necesaria para llevar a cabo una actividad. ¹² El nivel de concientización y comprensión que tienen estudiantes y personas adultas con relación a un tema específico. Por ejemplo: el nivel de concienciación de los estudiantes sobre los diversos aspectos en tratamientos odontológicos y protocolos para desarrollarlos, el conocimiento de los riesgos en dichos tratamientos. ¹¹

- **Las actitudes**

Una actitud es un predicado de un comportamiento futuro, por eso los esfuerzos deben estar destinados a inculcar o modificar actitudes. ¹² Qué sienten los estudiantes y/o personas adultas respecto a un tema en particular, así como ideas preconcebidas o creencias que puedan tener sobre ese tema. Por ejemplo, las perspectivas de la gente sobre amenazas específicas que enfrenta la infancia en su comunidad; actitudes frente al uso de castigos físicos para la disciplina; las creencias sobre la edad en que es adecuado que una niña o un niño trabaje; aprobación o reticencia frente al matrimonio a edad temprana. ¹¹

- **Las prácticas**

Las prácticas son una serie de comportamientos relacionados. Las maneras en que las personas adultas aplican sus conocimientos y actitudes con relación a un tema concreto por medio de sus acciones. Por ejemplo, el uso por parte de cuidadores/as del castigo físico para la disciplina; la práctica de dejar a los/as niños/as solos/as en casa; el trato que se les da a las niñas y los niños que no reciben el cuidado adecuado de la madre o el padre; si los/as cuidadores/as piden ayuda para una niña o un niño que se enferma y, si la piden, dónde lo hacen; las denuncias de abusos sexuales o violencia, etc. ¹¹

2.2.2 Diagnóstico en endodoncia

La endodóncia es la ciencia y el arte que comprende la etiología, prevención, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones patológicas de la pulpa dentaria, sus repercusiones en la región apical y periapical y sus consecuencias en todo el organismo.

Es por ello que el diagnóstico representa la base para establecer un plan de tratamiento adecuado; el segundo más común es el dolor relacionado con las lesiones e infecciones intrabucuales. Después de éstos, se ve reducido el campo para el dolor de tipo agudo, mismo que puede vincularse directamente con la práctica endodóncica y la cirugía bucal. ¹³

En lo que se refiere al diagnóstico y la identificación de estas patologías, se utilizaron métodos que pretenden establecer una correlación de alteraciones histopatológicas y de clasificación clínica de las enfermedades de la pulpa y de la periápice. Estos métodos no fueron exitosos por no ser posible, mediante el estudio de los signos y síntomas, establecer alteraciones histopatológicas claras con los métodos convencionales existentes. Los que podemos observar en la actualidad es que los conceptos más recientes se limitan a discutir la necesidad o no del tratamiento endodóncico, mediante clasificación de las patologías inflamatorias. ¹³

2.2.3 Alteraciones pulpares inflamatorias agudas

- **Hiperemia:** cuando la inflamación es leve y tolerable, clínicamente presenta dolor localizado, provocado y que cesa con la remoción del estímulo. También denominada pulpitis reversible, se caracteriza microscópicamente por la presencia de dilatación de los vasos pulpares. es posible encontrar un exudado, el cual proviene de los capilares a través de la extravasación de los hematíes y de la diapedesis de los leucocitos. Además, la reducción local del flujo sanguíneo y la hemoconcentración pueden llevar a un proceso de trombosis.

- **Pulpitis:** Esta condición pulpar se caracteriza histológicamente por un progreso de la condición anterior. Es evidente una dilatación vascular más pronunciada, en la que es posible notar una acumulación de exudado en el tejido conjuntivo alrededor de los pequeños vasos sanguíneos.

Estos vasos presentan en sus paredes una gran cantidad de leucocitos que extravasan rápidamente a través de la pared endotelial. Una gran cantidad de estos leucocitos pueden ser encontrados en el tejido de la región justo por debajo del proceso agresor. Es frecuente observar, en esta área agredida, la destrucción de la capa de odontoblastos¹³

2.2.4 Necrosis pulpar

La pulpitis no tratada dará como resultado la necrosis completa del tejido pulpar. Histopatológicamente, se verifica la ausencia del tejido y la presencia, simplemente, de restos tisulares y microorganismos. El diente, en estas condiciones funcionaria como un depósito de microorganismos que pueden ser los causantes de las alteraciones periapicales. Esto ocurre en función de sus condiciones locales, la presencia restringida del oxígeno y la luminosidad, además de la presencia de nutrientes abundantes debido a la existencia de tejidos en descomposición¹³

En el caso de necrosis pulpares asépticas (provocadas por traumatismos) el tejido necrótico puede permanecer estéril y no parece afectar por sí mismo a los tejidos periapicales mientras esté en ese estado. Sin embargo, si éste se infecta, la inflamación y las lesiones apicales son un hecho.²⁵

Cuando ocurre una necrosis pulpar, el número de bacterias presentes aumenta y esto debido principalmente a que los restos celulares desintegrados sirven de nutrientes a las bacterias. Además, los mecanismos de defensa teciduales y sanguíneos desaparecen del canal radicular. Por lo tanto, este hecho implica que existe un excelente ambiente para el desarrollo de los microorganismos²⁶

2.2.5 Patología periapical

Una vez involucrado el tejido pulpar y la pieza dentaria no tratada, el trauma ahora avanza sobre la región apical. Esto se debe a que, ya que la pulpa es atacada por el proceso patológico, una barrera linfo-plasmocitaria aísla y protege los tejidos vivos remanentes. Claro ésta que no podemos creer que la pulpa abajo continua viva en condiciones de normalidad, sin embargo, se descarta un cuadro de infección. Mientras tanto, con su necrosis, los agentes deletéreos pasan ahora para agredir directamente la región apical y a instalar allí alteraciones de orden patológico. Dentro de estas patologías, destacamos las agudas y crónicas.

Las patologías crónicas periapicales, a su vez, son asintomáticas, ya que las agudas, las pericementitis (periapicitis) primaria y secundaria y el absceso periapical agudo presentan cuadros altamente sintomáticos.

- **Granuloma periapical**

Esta patología periapical se caracteriza por ser una lesión eminentemente crónica. Empieza con una hiperemia y edema de la región periapical, con un infiltrado inflamatorio crónico, principalmente de linfocitos y plasmocitos.

Esta inflamación y el aumento de la vascularización local. Esta inflamación y el aumento de la vascularización local inducen a la reabsorción radicular microscópica así como macroscópica que constituye el hallazgo inicial. Con la reabsorción ósea, existe una proliferación de células endoteliales, fibroblastos y formación de pequeños canales vasculares, así como de numerosas fibrillas de tejido conjuntivo.

También se produce la infiltración de linfocitos y plasmocitos, así como la movilización de un número considerable de macrófagos mononucleares. Eventualmente, estos fagocitos pueden ingerir material lipídico y agruparse formando un aglomerado de células de espuma. Los cristales de colesterol también se acumulan en el tejido y parecen, microscópicamente, espacios claros semejantes a agudas. Este hecho es muy común en las lesiones que presentas

proliferación epitelial con formación de quistes. Invariablemente, estas regiones están asociadas con la presencia de células gigantes de cuerpo extraño que tratan de eliminar estos cristales.

El tejido de granulación está separado del hueso por un haz denso de fibras colágenas que rodea la lesión en una región en la que el tejido conjuntivo es más prominente.

- **Quiste periodontal apical**

Los quistes son lesiones que se caracterizan por estar envueltas por un tejido epitelial normalmente semejante al encontrado en la mucosa bucal, es decir, pavimentoso estratificado, pero que también puede, cuando está asociado con lesiones de dientes superiores, ser revestido por epitelio característico de las vías respiratorias del seno maxilar. El espesor del epitelio es variable, dando la impresión de ser más fino en las áreas de mayor inflamación.

- **Absceso periapical agudo**

Esta patología presenta una gran área de supuración compuesta principalmente por un área central de linfocitos polimorfos nucleares degenerados, rodeada de tejido vivos y linfocitos ocasionales. Existe dilatación de los vasos sanguíneos en el ligamento periodontal y en los espacios medulares del hueso adyacente. Estos espacios medulares también están infiltrados por células inflamatorias. El tejido alrededor del área de supuración contiene un exudado seroso.

- **Absceso periapical crónico**

Las características histológicas de absceso periapical crónico son bastantes semejantes a las encontradas en el absceso agudo en el que puede ser verificada una gran área de destrucción tisular. La diferencia está en la intensidad de la respuesta a la patología y, por consiguiente, en las células allí presentes. En el caso de los abscesos agudos debido a una progresión más rápida, las células principales a su alrededor son las de destrucción y fagocitosis, como neutrófilos, macrófagos y otras células presentadoras de antígeno. Asu vez, los

abscesos crónicos presentan células como linfocitos y plasmocitos a su alrededor. Estas células forman una línea de defensa en el intento de impedir que la contaminación se disemine. ¹³

2.2.6 Pruebas de sensibilidad pulpar

En las inflamaciones de la pulpa hay signos de vitalidad pulpar. El dolor es intenso, se exagera o alivia con el frío, y puede ser paroxístico. Cuando durante su evolución la pulpitis presenta repercusiones en los tejidos periapicales, el dolor es más pronunciado y el diente duele a la percusión. Con compromiso de tejidos periapicales, el dolor es más pronunciado y el diente duele a la percusión con compromiso de tejidos periapicales o sin él, las pulpitis irreversibles pueden tratarse de dos maneras. La elección dependerá casi siempre de la disponibilidad del profesional. ¹⁷

La respuesta a los estímulos utilizados en las pruebas de sensibilidad está determinada por el funcionamiento normal de la inervación pulpar y su actividad circulatoria, por lo tanto, actuando solo como indicativo de la vitalidad pulpar.

Actuar de forma determinante a las expectativas del paciente en relación con las pruebas de sensibilidad, ya que el dolor es subjetivo, presenta no solamente respuestas basadas en las sensaciones fisiológicas, sino también emocionales relacionadas con el miedo y la ansiedad, lo que puede dificultar la recolección de estos datos.

Las pruebas de sensibilidad pulpar por estimulación térmica o eléctrica no siempre reflejan el grado real de desarrollo pulpar. La prueba eléctrica presenta una serie de deficiencias de orden teórico y también está vinculada con varias limitaciones clínicas como: dientes portadores de aparatos ortodónticos fijos y la presencia de restauraciones metálicas.

Además se cree que si la estimulación eléctrica induce a respuestas poco confiables en dientes permanentes jóvenes, hecho justificado por la formación incompleta de la cadena odontoblastica y la unidad receptora sensorial.

Con relación a la aplicación de estímulo térmico por calor, se utiliza gutapercha caliente, pero, en función de la dificultad en el control de la temperatura con la que esta será aplicada en la superficie del diente modificando su temperatura de plastificación. Pueden producirse resultados poco confiables. Además existe la posibilidad de que se produzca falsos positivos cuando se utiliza en diente con compromiso pulpar necrótico. ¹³

2.2.7 Radiografía en endodoncia

La radiología representa un área importante dentro del campo médico y odontológico ya que es un componente básico dentro del diagnóstico y el área terapéutica. La toma de radiografías es de vital importancia durante las diferentes etapas del tratamiento, De esta manera, se han desarrollado equipos de alta tecnología en el área de la radiología que nos permiten tanto el almacenamiento, como la visualización digital de las radiografías intraorales mediante un dispositivos digitales.¹⁵

Las radiografías periapicales convencionales se consiguen con angulaciones y procedimientos estándares ya conocidos, tales como la técnica de la bisectriz y la técnica paralela. Estas técnicas permiten la obtención de radiografías con registros de imágenes que solo facilitan la evaluación dentaria y de la región periapical en dos dimensiones: alto y ancho. Cuando se presenta la necesidad de evaluar una patología en la que debemos considerar la profundidad, es necesario realizar variaciones a las técnicas radiográficas tradicionales conocidas como técnicas de localización radiográficas. En endodoncia las de mayor utilidad son la técnica de Clark o regla del objeto bucal y, una de más reciente descripción, la técnica de Rastreamiento Radiográfico Tri-angular, conocida también como Técnica de Bramante. Estas dos técnicas son indicadas en endodoncia en los siguientes casos:

- Disociación de imágenes superpuestas de raíces y conductos dentarios.
- Disociación de imágenes superpuestas de dientes con raíces y conductos supernumerarios.
- Ubicación de fracturas radiculares.

- Ubicación de reabsorciones radicales, tanto externas como internas.
- Localización de instrumentos fracturados, perforaciones, falsas vías y escalones.
- Dirección de curvaturas radicales.
- Relación de las raíces dentarias con respecto a estructuras anatómicas adyacentes. ¹⁴

2.2.7.1 Técnica de Clark

Descrita hace 100 años, esta técnica, también conocida como la Regla del Objeto Bucal y Técnica de las Proyecciones Excéntricas, se fundamenta en el cambio de las posiciones relativas de las imágenes radiográficas de los objetos cuando el ángulo de proyección del haz de radiación cambia.

Para esta técnica, se requiere la toma de dos radiografías periapicales de la zona a estudiar: una radiografía orto radial, la cual se logra con los valores de angulación horizontal y vertical correctos; y una radiografía mesiorradial, en la cual se varía la angulación horizontal colocando la base del cono de rayos X hacia mesial; o una radiografía distorradial, la cual se obtiene colocando la base del cono hacia distal. Siempre en todos los casos el punto de incidencia facial del haz de radiación debe permanecer en el mismo sitio

Esta técnica es útil durante el tratamiento endodóntico para:

- Disociar imágenes de raíces y conductos múltiples.
- Separar estructuras anatómicas y radio transparencias periapicales.
- Determinar la ubicación de curvaturas apicales que se encuentren hacia vestibular o palatino. ¹⁴

2.2.8 Aislamiento en endodoncia

La necesidad de realizar un buen aislamiento dental se debe a que la boca no reúne las condiciones idóneas para trabajar en ella, ya que tiene una población bacteriana muy variada que va a contaminar nuestro medio de trabajo. Además, para poder trabajar en las mejores condiciones posibles, hemos de aislar el

campo operatorio de la sangre y la saliva para que el trabajo sea de una calidad óptima, separar la lengua y las mejillas del paciente evitando lesiones en el mismo y conseguir la mejor visibilidad y acceso a la zona de trabajo

De este modo, los objetivos principales del aislamiento dental son los siguientes:

- Eliminar saliva y sangre
- Separar lengua y mejillas para evitar lesiones en el paciente.
- Evitar la contaminación bacteriana.
- Mejorar acceso y visibilidad al campo operatorio

Desarrollo:

Se diferencian dos tipos de aislamiento dental.

2.2.8.1 Aislamiento relativo

Se basa en utilizar fundamentalmente rollos de algodón para proporcionar un campo operatorio seco, se utiliza con frecuencia pero tiene limitaciones.

Instrumental necesario El material a preparar para su realización es el siguiente:

- Rollos de algodón.
- Pinzas.
- Espejo.
- Aspirador.

2.2.8.1.1 Técnica de realización maxilar superior

Se coloca un rollo de algodón en el fondo de vestíbulo a nivel del 1º molar superior para bloquear la salida del conducto de Stenon.

Si se trabaja en la zona anterior, se coloca un rollo de algodón en el fondo de vestíbulo entre el canino y el incisivo central superior del cuadrante donde se esté trabajando.

2.2.8.1.2 Técnica de realización maxilar inferior

Para dientes anteriores, se coloca un rollo de algodón en la zona lingual y en el vestíbulo anterior se coloca uno a cada lado del frenillo. Para el sector posterior

se necesitan tres rollos: uno por bucal, otro por lingual y otro a nivel de molares superiores para bloquear el conducto de Stenon. Inconvenientes que presenta el aislamiento relativo.

El aislamiento relativo de molares inferiores no es de gran duración debido a la gran cantidad de saliva que se acumula junto con el agua que proviene de la refrigeración. Esto requiere el cambio continuo de los rollos, por lo que se recomienda realizar un aislamiento absoluto siempre que sea posible. Asimismo, no se protegen las partes blandas completamente ni se garantiza un campo operatorio totalmente seco y se puede ver dificultada la visibilidad y acceso del profesional. ¹⁶

2.2.8.2 Aislamiento absoluto

Instrumental necesario El material a preparar para su realización será el siguiente:

- Dique de goma.
- Perforador de dique: pinza de tamaño grande que contiene un punzón de acero y una pequeña rueda con perforaciones de diversos tamaños para los diversos dientes.
- Portaclamps: Sirve para llevar el clamp a la boca
- Clamp: Sirve para sujetar el dique de goma. Abraza el diente por el cuello e impide que salga disparado. Existen diversos tipos según el diente donde se coloquen.
- Arco o sostenedor: Para tensar el dique de goma. Puede ser metálico o de plástico.
- Seda dental: Ayuda a pasar el dique a través del punto de contacto
- Espátula de boca: Para invertir el dique hacia dentro en todo el perímetro del diente produciendo un sellado completo ¹⁷

2.2.8.2.1 Técnica de realización

Para realizar un adecuado aislamiento absoluto se deben seguir una serie de pasos.

El protocolo a seguir es el siguiente:

- Realizar perforaciones en el dique de goma en función de los dientes a aislar (mínimo 2): Se pueden situar a ojo según la colocación de los dientes o utilizando una plantilla.
- Colocación del clamp: En el diente más posterior con la ayuda del portaclamp.
- Colocación del dique de goma.
- Con la seda dental pasar el dique de goma a través del punto de contacto.
- Colocación del arco tensando el dique de goma.
- Inversión del dique con la espátula. ¹⁶

2.2.9 Acceso al conducto radicular

La limpieza de la cavidad es una continuación del mismo procedimiento realizado en la corona, esto es, la limpieza meticulosa de las paredes de la preparación hasta que hayan quedado tan lisas como vidrio. La irrigación ayuda en gran medida a la limpieza de la cavidad, eliminando los residuos necróticos y dentinarios que resultan del limado. ¹⁸

La realización correcta de estos procedimientos permitiría la llegada de los instrumentos Endodonticos hasta la constricción apical con interferencias mínimas o nulas.

Los procedimientos relacionados con el acceso al conducto radicular son similares desde el punto de vista quirúrgico a los afectados por el médico cirujano cuando hace la divulsión de los tejidos en sus diversos planos. Una separación

correcta de los tejidos es a la cirugía general como un acceso correcto lo es para el tratamiento endodóncico.

Las dificultades inherentes al tratamiento endodóncico, en especial las relacionadas con la forma, las dimensiones y la imposibilidad de visualizar la cavidad pulpar, imponen el planeamiento y la ejecución cuidadosa del acceso al conducto.

El examen clínico evidenciará la posición, las dimensiones y la forma de la corona. Asimismo, la presencia de restauraciones, abrasiones, caries y enfermedad periodontal deben ser consideradas en la medida que son factores que pueden inducir alteraciones en las dimensiones de la cámara pulpar.

La evaluación minuciosa de la radiografía inicial permitirá observar la cavidad pulpar y detectar alteraciones dimensionales, de forma o posición. Ambos exámenes pueden registrar puntos críticos que recomiendan modificaciones en las técnicas de acceso. ¹³

2.2.9.1 Penetración inicial

Una fresa esférica n°2 (carburo, carburo tungsteno) o de tamaño compatible con las dimensiones de la cámara pulpar, montada en un contraángulo de alta rotación, se coloca en el punto inicial de modo que forme con el eje mayor del diente un ángulo de alrededor de 45°. En esta posición, siguiendo la dirección de apertura, se debe perforar el esmalte y la dentina hasta alcanzar la cámara pulpar. En ese momento, la ausencia repentina de resistencia al avance de la fresa dará la sensación de caer en el vacío. ¹³

2.2.9.2 Limpieza de la cámara pulpar

La limpieza de la cavidad es una continuación del mismo procedimiento realizado en la corona, esto es, la limpieza meticulosa de las paredes de la preparación hasta que hayan quedado tan lisas como vidrio. La irrigación ayuda en gran medida a la limpieza de la cavidad, eliminando los residuos necróticos y dentinarios que resultan del limado. ¹⁸

Una vez concluida la apertura coronaria, el uso de curetas de tamaño adecuado promoverá la remoción del contenido de la cámara pulpar, dejando libre el acceso a la entrada del conducto radicular.

En el tratamiento de dientes vitales, la pulpectomia busca remover el tejido pulpar, adheridos a las paredes de la cámara. Muchas veces es necesario repetir el uso de la cureta para conseguir la remoción del tejido. La existencia de un ángulo retentivo que aloje tejido, impone el uso de fresas con el objetivo de eliminarlo.

La extirpación de la pulpa determinará invariablemente que la cámara se llene de sangre, de restos tisulares que hayan podido quedar en la cámara, como también la antisepsia que ese segmento de la cámara pulpar, debe realizarse mediante irrigación y aspiración. Con el uso de una jeringa luer-lock con aguja hipodérmica, la cámara pulpar, se lava con agua oxigenada de 10 volúmenes o hipoclorito de sodio 2.5 % en cantidad suficiente para eliminar por completo los detritos y la sangre. La falta de observación de ese procedimiento podrá determinar futuros oscurecimientos de la corona dental.

La cámara pulpar se seca con torundas de algodón y se examina con cuidado, de ser necesario, se repite la conducta hasta que este vacía y limpia.

En los dientes con pulpa mortificada, la cámara contendrá restos pulpares, detritos, o ambos. En esos casos las curetas, con ayuda de irrigación copiosa con solución de hipoclorito de sodio al 2.5%, realizan la limpieza de la entrada del conducto.

La cureta pasada en diversas direcciones elimina la mayor cantidad posible de detritos de la cámara e irrigación completamente la limpieza.

Con la cámara pulpar seca, se observa con atención y de ser necesario, el procedimiento descrito se repite hasta constatar que este vacía y limpia. ¹³

2.2.10 Técnica de preparación y obturación de conductos

El tratamiento de conductos consiste en una serie de procedimientos que buscan la eliminación del paquete vasculo nervioso enfermo, microorganismos y sus productos, así como la conformación del tercio gingival, medio y apical. En este último respetar la anatomía radicular es de gran importancia. Las pautas del tratamiento dependerán del diagnóstico establecido en relación a la enfermedad del tejido pulpar y secuela periapical si ésta se presenta (periodontitis). El diagnóstico que debe basarse en cuanto a los hallazgos clínicos y no histológicos, ya que como lo manifiesta Langeland (Guldener, Langeland, 1995) es imposible lograr una correlación entre los hallazgos clínicos e histopatológicos, sin olvidar que durante el procesamiento de las muestras ciertos artefactos pueden ser causa de la mala interpretación de las mismas, además de carecer de aplicación clínica. En base al diagnóstico clínico el tratamiento a realizar puede ser de dos tipos: ¹⁴

1. Biopulpectomía.
2. Necropulpectomía

Biopulpectomía: Es un procedimiento que se realiza en los canales radiculares de los dientes que presentan vitalidad pulpar.

Necropulpectomía I: procedimiento endodoncico que se lleva a cabo en los canales radiculares de un órgano dentario necrótico, pero que radiográficamente no se observa lesión periapical crónica.

Necropulpectomía II: tratamiento de los conductos radiculares en dientes necrosados, con reacción periapical crónica observada radiográficamente, casos de alteraciones periapicales de larga duración.

2.2.10.1 Fundamentos y filosofía de tratamiento (biopulpectomía)

Es la técnica comúnmente empleada con el uso de anestesia local, ya que se la realiza en piezas dentales que presentan vitalidad pulpar y exclusivamente en caso de pulpitis aguda, fracaso del tratamiento de pulpotomía o sangrado

excesivo de color rojo oscuro en la realización de éste, reabsorción dentinaria interna y exposición pulpar al medio bucal entre 24/48 horas posteriores a un traumatismo. ¹⁵

Las soluciones irrigantes que no son irritantes y que se emplean en biopulpectomía son el detergente aniónico puro como el tergentol, suero fisiológico, agua estéril, agua de hidróxido de calcio y cuando se llegaran a tener ciertas dudas acerca de una posible contaminación del canal radicular, se empleará el hipoclorito de so-dio al 0.5%. En relación con la instrumentación, ésta deberá limitarse únicamente al conducto dentinario, zona conocida como el área de acción del endodoncista que es de 1 a 1.5 mm del ápice radicular, con la finalidad de no traumatizar el muñón pulpar. Éste es un remanente de pulpa viva en el canal radicular y que va a estimular la reparación periapical. Respecto a la obturación, ésta debe ser una “obturación biológica controlada” y según el Dr. Leonardo MR debe realizarse en la misma sesión y con materiales biológicamente compatibles al área periapical, uno de éstos son los cementos a base de hidróxido de calcio, que acompañados de gutapercha, material principal de la obturación de los Canales radiculares, permitirá un sellado adecuado de las tres dimensiones internas del órgano dentario. ¹⁶

2.2.10.2 Fundamentos y filosofía de tratamiento (necropulpectomía)

Este tratamiento puede ser de dos tipos: El primero no presenta lesión periapical visible radiográficamente, es decir existe necrosis pulpar o gangrena pulpar asociadas a periodontitis apical aguda de origen bacteriano o a un absceso dentoalveolar agudo, por tanto podrá tratarse incluso en una sola sesión sin la necesidad de dejar medicación intermedia.

La segunda instancia presenta también necrosis o gangrena pulpar con la única diferencia de estar acompañada por una lesión peri-apical crónica visible radiográficamente y compuesta predominantemente por microorganismos anaeróbicos especialmente Gram-negativos, por tanto su tratamiento sí requiere medicación intermedia la cual puede permanecer entre 21 y 30 días para la eliminación completa de la lesión. ¹⁹

Por lo expuesto anteriormente se determina que, en todos los casos de necrosis pulpar, el conducto radicular pasa a actuar como un verdadero tubo de cultivo microbiano con las condiciones ideales de sustrato orgánico, temperatura y humedad. Esta situación es muy propicia para la propagación bacteriana y, de acuerdo con su virulencia, microorganismos como los estreptococos pueden multiplicarse con una gran intensidad hasta el punto de dar origen a una nueva generación bacteriana cada 20 o 30 minutos.¹⁸ Las bacterias y sus toxinas, así como los productos generados por la des-integración del tejido pulpar, representan las principales y más frecuentes causas de reacciones periapicales, sea de carácter proliferativo (granulomas o quistes) o bien exudativo (abscesos).

Necropulpectomía I: tratamiento endodónico para dientes infectados sin lesión periapical crónica observada radiográficamente, en este grupo se clasifican: las necrosis pulpares, gangrenas pulpares, periodontitis apicales agudas y los abscesos alveolares agudos.

Necropulpectomía II: es el tratamiento endodónico para dientes sumamente infectados con reacción periapical crónica observada radiográficamente (zonas radiolúcidas), en este grupo se clasifican: abscesos alveolares crónicos, granulomas, quistes apicales. No queda la menor duda de que una de las finalidades del tratamiento endodónico, en estos casos, es neutralizar los productos tóxicos así como combatir el número y virulencia de microorganismos localizados en el conducto radicular y, cuando sea necesario, combatirlos en sus ramificaciones.^{1,15,20} Este objetivo se alcanza por medio de agentes bactericidas utilizados como coadyuvantes de la preparación biomecánica, en este sentido podemos mencionar los compuestos halogenados, como el hipoclorito de sodio al 1% para la necropulpectomía I y el hipoclorito de sodio al 2.5% para la necropulpectomía II.^{1,20} La aplicación tópica de antisépticos, durante la llamada fase de desinfección de los canales radiculares, nos obliga al empleo del hidróxido de calcio, o bien, el hidróxido de calcio con paraclorofenol alcanforado en las necropulpectomía I y II. ¹⁶

2.2.11 Preparación biomecánica del conducto radicular

Schiller definió el objetivo general de la preparación del conducto como sigue: “los sistemas de conductos radiculares se deben limpiar y preparar: limpiar de remanentes orgánicos y preparar para recibir una obturación hermética tridimensional en todo el espacio del conducto.

La preparación biomecánica consiste en tratar de obtener un acceso directo y franco a la unión cemento- dentina – conducto (límite cdc) preparándose para seguir el conducto dentinario “campos de acción del endodoncista “, para una completa desinfección o para recibir una fácil y perfecta obturación, o ambas cosas.

La preparación biomecánica del conducto radicular es el conjunto de procedimientos clínicos que tienen como objeto la limpieza, desinfección y conformación del conducto radicular. ¹⁶

2.2.11.1 Instrumentos Manuales

Son instrumentos destinados especialmente al alisado y ensanchamiento de los conductos radiculares. Las limas más útiles y, en consecuencia, las más usadas son las de tipo Kerr y las de tipo Hedstroem. ¹⁷

Un alambre retorcido para producir de un cuarto a media espira por milímetro de longitud produce un instrumento con 1.97 a 0.88 estrías cortantes por milímetro del extremo de trabajo, esto se denomina lima. Un alambre retorcido de modo tal que produzca menos de un décimo de espira por milímetro de longitud, según el tamaño, produce un instrumento que tendrá de 0.80 a 0,28 estrías de corte por milímetro del extremo de trabajo, se le denomina ensanchador.

Los ensanchadores se emplean para agrandar los conductos radiculares mediante movimientos de corte circular. Ejercen su acción cuando se les inserta dentro del conducto, se les hace describir un cuarto de vuelta en sentido horario para trabar sus hojas cortantes en la dentina, y se les retira. El corte se hace durante la retracción y el proceso se repite, penetrando cada vez más

profundamente en el conducto. Al llegar a la longitud de trabajo se utiliza el instrumento del tamaño que sigue y así sucesivamente.

Las limas pueden usarse como ensanchador, pero estos no funcionan bien como limas; sus hojas están demasiado separadas para raspar. ¹⁶

La lima tipo K es un instrumento flexible de acero inoxidable con una parte de trabajo que presenta una torsión apretada, la cual es utilizada para desgastar las paredes dentinarias del canal radicular por medio de movimientos de entrada y salida. Las limas tipo k se accionan en forma manual, con espirales apretadas.¹⁷

En el caso del movimiento del limado, el instrumento se coloca dentro del conducto a la longitud deseada, se ejerce presión contra la pared del conducto y manteniendo esta presión, el instrumento se retira sin girar. El ángulo de las hojas efectúa una acción cortante al ser retirado el instrumento. No se requiere que la lima este en contacto con todas las paredes a la vez.

Para utilizar una lima con acción de ensanchador, el movimiento es igual que en el caso de este último (penetración, giro y retracción). La lima tiende a trabarse en la dentina con mayor facilidad que el ensanchador, por lo que debe ser tratada con mayor cuidado. Al retirarse, la lima corta la dentina trabada.

Las limas y ensanchadores no se fracturan a menos que tengan un defecto de fabricación o si el instrumento se deforme o se fuerce más allá de su límite , esto es , que se rote sobre su eje una vez enganchados sus filos en la dentina . Una vez que el instrumento sufra una deformación no volverá a trabajar sino que seguirá deformándose hasta su fractura. Por lo tanto, un instrumento deformado debe ser descartado.

La lima Hedstrom es un instrumento de acero inoxidable con un área de trabajo en forma de espiral apretada que se utiliza para raspar o limar las paredes dentinarias del canal radicular por medio de movimientos de entrada y salida. Las limas tipo Hedstrom se fabrican por desgaste mecánico de las estrías de la lima en el vástago metálico del extremo cortante del instrumento para formar una serie de conos superpuestos de tamaño sucesivamente mayor desde la punta

hacia el mango. El ángulo helicoidal de los instrumentos habituales tipo H se acerca a 90° o sea aproximadamente perpendicular al eje central del instrumento. ¹⁶

Las limas Hedstrom cortan en un solo sentido, el de retracción, debido a la inclinación positiva del diseño de sus estrías. Las limas Hedstrom no deben utilizarse con acción de torsión. ¹⁷

2.2.12 Obturación del sistema de conductos radiculares

La obturación, en la excelencia, es un conjunto de procedimientos realizados con el fin de concluir clínicamente la terapia endodóncica en lo que respecta a la manipulación del conducto radicular. Es obvio que nunca podremos considerar un procedimiento quirúrgico concluido mientras no se observe un conjunto de situaciones que involucran la reparación operatoria relacionada con la restauración coronal que en conjunto, propiciaría el restablecimiento completo del diente en sus funciones en el sistema estomatognático. ¹³

En la actualidad, el éxito de la terapia endodóncica, se relaciona con el aumento de la permeabilidad dentaria, mediante acciones mecánicas y químicas, para que sea posible conseguir la descontaminación del sistema de conductos radiculares y la remoción de los subproductos bacterianos que estén allí presentes. Por lo tanto, las maniobras de obturación buscan el cierre del sistema de conductos radiculares abiertos con la preparación químico quirúrgica, aislando el medio interno del medio externo. De esta forma, es en el momento de la obturación, mediante el sellado realizado, que mantiene la condición de limpieza adquirida. Esto se hace tratando de perpetuar un cambio del ecosistema promoviendo condiciones locales que imponen el desarrollo de posibles colonias de bacterias sobrevivientes. De esta forma, se concluye el tratamiento, complementado por la restauración coronaria, manteniendo estos diferentes medios totalmente aislados. ¹³

2.2.12.1 Objetivos principales de la obturación

Con respecto a los objetivos de la obturación, merece ser destacado especialmente el mantenimiento de la desinfección, obtenida durante la preparación químico-quirúrgica, ya que, después de la realización, el número de bacterias presentes en el interior de los conductos disminuye considerablemente. Esta condición es obtenida con la acción de instrumentos endodónticos que actúan mecánicamente en la pared del conducto radicular. ¹⁷

1.1.12.2 Consideraciones con respecto al límite apical de la obturación

EL límite de la obturación debe ser el mismo utilizado para la preparación, es decir, aquel que fue establecido en la conductometría y que debe situarse cerca del límite entre el conducto radicular y el conducto cementario – límite CDC. De esta forma, lo importante es obturar en el mismo punto en el que el conducto fue instrumentado, no dejando áreas instrumentadas sin rellenar, lo que podría permitir la aparición de espacios vacíos comprometiendo así uno de los objetivos principales de la obturación.

Considerada un accidente, la sobreobtención tiene un pronóstico menos favorable, pudiendo en algunos casos ser catalogada como una de las causas de los fracasos de los tratamientos. Este hecho se basa en la presencia de un cuerpo extraño promoviendo agresión por mucho tiempo, desencadenando así una reacción inflamatoria con vista a la reabsorción del material extravasado.

La sobreobtención puede ser evidente mediante la observación de algunos factores de orden práctico y clínico.

Debe ser tomada en cuenta, por ejemplo, la presencia de dolor y sangrado en el momento del secado del conducto y de la prueba del cono. En ese caso, debemos considerar mediante la observación el límite preestablecido de trabajo. Esto puede ocurrir aunque la imagen presente un límite adecuado, debido a la presencia de reabsorciones y desvíos del cono dentinario, que muchas veces no pueden ser detectados clínicamente o radiográficamente.

✓ **Obtención del conducto radicular**

El momento de la obturación es de fundamental importancia, ya que el paciente necesita estar con la región periapical propicia para esta maniobra, es decir, sin procesos inflamatorios agudos. Esta condición puede ser constatada clínicamente por la ausencia de signos y síntomas. ¹³

Los signos principales son:

- Ausencia de movilidad
- Ausencia de edema
- Ausencia de olor
- Ausencia de exudado hemorrágico, seroso o purulento
- Ausencia de fistula

Los síntomas principales

- Ausencia de sintomatología dolorosa espontánea
- Ausencia de dolor intenso a la percusión tanto vertical como horizontal,
- Ausencia de dolor a la palpación

2.2.13 Materiales obturadores

• Requisitos

De los materiales a ser utilizados durante el procedimiento de obturación se exigen una serie de propiedades que pueden ser divididas en biología y químico-físicas.

El dominio y el conocimiento de estas propiedades son imprescindibles en la selección del material a ser utilizado, ya que en todo momento encontramos nuevos materiales y formulaciones. Debido a esto, el profesional debe desarrollar un espíritu crítico con base teórica.

2.2.13.1 Propiedades biológicas

Las principales propiedades biológicas exigidas son:

Buena tolerancia tisular, es decir, el material debe ser bien aceptado por el organismo no pudiendo desarrollar ningún tipo de reacción (inflamación o alergia)

El material debe ser reabsorbido en casos de extravasación accidental, lo que permite la remoción, por parte del organismo, del agente agresor, sea físico o químico, de la región apical.

Estimular o permitir la preparación de la región periapical: esta es una propiedad muy importante, ya que la sustancia no puede ser un agresor y dificultar la reparación, así como debe poseer una acción antiinflamatoria exacerbada que retardaría este proceso. En este sentido, los únicos materiales que ayudan en la reparación apical, mediante la inducción de formación ósea, son las virutas de la dentina.¹³

2.2.13.2 Propiedades físico químicas

Por una parte también se les exige propiedades físicos- químicas, como por ejemplo.

- Facilidades de inserción y de remoción cuando sea necesario.
- Buen tiempo de trabajo , para que podamos realizar una buena técnica de obturación
- Propiciar un buen sellado, impidiendo la acumulación de líquidos y la consecuente invasión bacteriana.
- Estabilidad dimensional, sin sufrir grandes expansiones y contracciones.
- Poseer un buen fluido , para que puede rellenar todo el sistema de conductos radiculares (canales laterales y accesorios)
- Poseer buena viscosidad y adherencia /adhesividad ,
- Radioopacidad , lo que permite controlar la obturación tanto en cuanto al control longitudinal , como su relleno del conducto en forma uniforme

- No manchar le diente
- Ser estéril o con posibilidad de esterilización, disminuyendo así la posibilidad de contaminación.¹⁰

2.2.13.3 Tipos De Materiales

Se encuentra a disposición del odontólogo una enorme gama de materiales que pueden ser utilizados en las maniobras de obturación. Para facilitar la descripción de estos productos será hecha una división entre materiales sólidos, pastas y cementos, discutidos a continuación.¹³

2.2.13.3.1 Sólidos

- **Conos de gutapercha**

La gutapercha es un material proveniente del coágulo del látex de un árbol de las familias de las sapotáceas. A este producto básico se le adiciona una serie de materiales, en diferentes cantidades, de acuerdo con el fabricante, a saber: óxido de zinc, resinas vegetales, sulfato de bario para atribuir radioopacidad, además de otras resinas que pueden alterar la coloración. La presencia de óxido de zinc y de las resinas mejora las propiedades de dureza y de compresión del material.

Hoy en día, se sabe que a mayor dureza de la gutapercha, mayor es su adhesividad y mayor su fluidez, pero menor es su estabilidad dimensional. Ya la presencia de aditivos, en especial el óxido de zinc, permite a este material una mayor estabilidad dimensional a costa de una menor adhesividad y fluidez.

La gutapercha posee excelentes propiedades para la obturación de los conductos radiculares. Por ejemplo presenta una excelente biocompatibilidad, siendo inerte a los tejidos periapicales y no susceptible al crecimiento y a la proliferación bacteriana, además de ser simple descontaminación.¹⁰

- **Conos de agentes antisépticos**

Con la idea de mejorar la desinfección obtenida durante la preparación y evitar una recontaminación posterior del sistema de conductos radiculares, algunas otras sustancias son incluidas en los conos. Además de la composición básica, otros agentes con propiedades antibacterianas pueden ser agregados, como el yodoformo, hidróxido de calcio, clorhexidrina y yodopolivinilpirrolidona. Todos estos ya fueron sometidos a una serie de evaluaciones que posibilitarían comprobar su acción antibacteriana.

Con relación a esta adición, sabemos que la acción de estos medicamentos solo se obtiene cuando se realiza un contacto directo con el área contaminada y con la consecuente disociación de los agentes antimicrobianos.

De esta forma, pareciera ser un riesgo la colocación de los mismos en el momento de la obturación, tomando en cuenta que el aislamiento del medio interno quedara comprometido a partir del momento en el que se produciría una disociación del medicamento, que llevara a la aparición de los de los espacios vacíos en el interior de la obturación.¹⁷

- **Pastas medicamentosas**

Las pastas, en forma general, no son ya utilizadas como materiales obturadores, por el simple hecho de ser reabsorbibles, además de poseer como características que las diferencian de otros cementos, el hecho de no fraguar. Las más conocidas son las pastas con base de yodoformo, de hidróxido de calcio y de asociaciones de antibióticos.¹⁷

2.2.13.4 Cementos

Los cementos obturadores son materiales que se diferencian de las pastas por fraguar y, junto con los conos de gutapercha, son los materiales más utilizados para la obturación del conducto radicular. Ayudan a los conos en el cumplimiento de las propiedades ideales de los materiales obturadores. De esa forma, son los responsables de la fluidez, adhesividad, poseyendo en algunos casos

propiedades bactericidas o bacteriostáticas. Al mismo tiempo no pueden interferir con las propiedades de los conos, en especial con lo que respecta a la tolerancia tisular. ¹³

2.2 13.4.1 Tipo de cementos

• Con base de óxido de zinc

Con el fin de ordenarlos didácticamente, los selladores endodóncicos pueden agruparse de acuerdo con sus componentes químicos:

- Selladores endodóncicos en base a óxido de cinc-eugenol.
 - Resinas plásticas.
 - Selladores endodóncicos en base a hidróxido de calcio
 - Selladores endodóncicos de ionomero de vitrio
- **Sellador de Grossman (polvo – líquido)**

Posee un tiempo de trabajo adecuado, buen corrimiento, buena adhesividad a las paredes dentinarias y radioopacidad aceptable.

Durante su preparación debe espatularse con lentitud con el fin de incorporar al líquido la cantidad de polvo necesaria.

- **Endomethasone (septodont) polvo – líquido**

Debido al pequeño tamaño de sus partículas permite una mayor incorporación de polvo- líquido, lo cual le confiere mayor consistencia. Posee una importante y duradera acción antibacteriana por su contenido de trioximetileno, que es un potente antiséptico. Como consecuencia de la presencia de corticosteroides en su fórmula, Le son atribuidas propiedades antiinflamatorias. ¹³

- **Sellados de rickert (Sybron/kerr)**

Conocido como (pulp canal sealer), es un sellador tradicional. Por la presencia de plata en su composición tiene gran radioopacidad.

Su tiempo de trabajo es breve. En la actualidad hay una versión con tiempo de trabajo prolongado, conocido como pulp canal sealer

- **Resinas Plásticas**

- **AH 26 polvo – gel**

Es una resina epoxica que posee un tiempo de trabajo prolongado y se endurece entre las 24 y 48 horas desde su preparación , lo que torna ideal para la obturación de piezas dentarias multirradiculares o con dificultades anatómicas , en que el procedimiento pueda resultar más complicado o requerir correcciones.

- **AH plus pasta – pasta**

Este sellador es una epoxi- amina. Posee composición química diferente a la del AH26 y su tiempo de trabajo y su endurecimiento con algo menores 4-8 horas respectivamente.

- **Diaket polvo – gel**

Es una resina polivinilica que tiene un tiempo de trabajo breve , dado que algunos minutos después de su preparación adquiere una consistencia filamentosa que dificulta su manipulación. La proporción adecuada se obtiene al combinar dos gotas de gel por una medida de polvo.¹⁷

- **Hidróxido De Calcio**

Para prepararlos se usan porciones iguales de la base y el catalizador. Es un sellador con tiempo de trabajo y de endurecimiento muy prolongados, que se endurece en el conducto radicular en presencia de humedad.

Su plasticidad y corrimiento son adecuados, mientras que su radioopacidad es escasa. Tiene alta solubilidad, por lo tanto poca estabilidad. Esa solubilidad es la que le permite liberar el hidróxido de calcio en el medio en que se encuentra.¹⁷

- **A base de ionomero de vidrio**

Su manipulación es difícil debido a la necesidad de implementos especiales para prepararlos. Sus componentes están contenidos en una capsula, que debe someterse a un vibrador con el fin de realizar la mezcla

Su tiempo de trabajo es apenas satisfactorio. Los fabricantes sugieren para usarlo la técnica del cono único de gutapercha. Estudios realizados por los autores mostraron una alta solubilidad de este sellador en las primeras horas después del endurecimiento. ¹³

2.2.14 Manejo farmacológico coadyuvante al tratamiento endodóntico

El dolor es definido como “una sensación y experiencia sensorial desagradable asociada con un daño tisular real o potencial o descrita en términos de tal daño”.¹ El dolor es un mecanismo muy complejo que está determinado por dos componentes; un componente discriminativo-sensorial (nocicepción), que se refiere a la percepción y la detección de estímulos nocivos per se, e incluye la intensidad, localización, duración, patrón temporal y calidad del dolor. El segundo componente es el afectivo-emocional, que es la relación entre el dolor y el estado de ánimo, la atención y el aprendizaje al dolor, la capacidad para hacer frente y tolerar el dolor, así como su racionalización. Cada uno de estos componentes está mediado por mecanismos cerebrales separados pero interactivos. ¹⁹

El uso de fármacos en Endodóncia es un tema importante y controversial. Algunas escuelas promueven el uso de sólo medicación tópica, otras escuelas justifican la medicación sistémica e incluso existen las cuales no indican ni medicación sistémica ni tópica Para toda prescripción de un fármaco se debe evaluar completamente al paciente, teniendo en cuenta su historia clínica médica general y estomatológica donde se observará sus signos y síntomas (6-8), lo que nos permitirá arribar al origen del dolor e inflamación y por lo tanto a la farmacoterapia adecuada. Hay diferencia en la farmacoterapia para el dolor e inflamación por un trauma, infección o neuralgia. Como endodoncistas nos

enfrentamos a diferentes casos de pulpitis irreversibles, necrosis pulpaes e infecciones, por ello el objetivo de nuestro tratamiento endodóntico es el de eliminar el factor etiológico (la causa) del dolor e inflamación, basándonos en desinfección, conformación y sellado de los conductos radiculares.²³

2.2.14.1 Inflamación en endodoncia

Una inflamación pulpar o denominada pulpitis irreversible puede ser aguda, subaguda (exacerbación leve de una pulpitis crónica) o crónica. La inflamación aguda es sintomática de respuesta brusca y de corta duración, donde existe presencia de neutrófilos y polimorfos nucleares. Debemos tener en cuenta que la inflamación es una reacción fisiológica, cuyo pico máximo se alcanza de 48 a 72hrs. La inflamación crónica es una respuesta que dura varios días, en la que existe proliferación de fibroblastos y del endotelio vascular así como un influjo de las llamadas células inflamatorias crónicas (linfocitos, células plasmáticas y macrófagos) generalmente es asintomática. Una inflamación pulpar progresiva y cada vez más intensa puede dar lugar a una lesión perirradicular (alrededor de la raíz) inicial, como consecuencia de la interacción de las bacterias y sus productos con los mecanismos de defensa del tejido pulpar.

2.2.14.2 Manejo farmacológico de la Inflamación en endodoncia

El manejo de dolor e inflamación en estomatología tiene características muy particulares. El dolor, no sólo se relaciona con los tejidos dañados; sino también impide la mayoría de los procedimientos dentales. Mientras que el dolor durante el tratamiento es adecuadamente controlado por anestesia local, el control del dolor postoperatorio es con relativa frecuencia inadecuado. Este pobre control del dolor durante el periodo postoperatorio puede contribuir al desarrollo de dolor crónico.²⁰

En casos de inflamación de origen pulpar tanto aguda como crónica es recomendable básicamente el tratamiento de conductos, que puede ir acompañado de algún antiinflamatorio (AINES) como el IBUPROFENO, mencionado anteriormente refieren que los corticoides han sido ampliamente

usados en tratamientos de pulpitis irreversible. Holland (1996) demostró que la dexametasona de forma sistémica, redujo el grado de inflamación periapical con más eficacia, pero no eliminó la inflamación por lo cual el estudio nos indica que la eliminación de la inflamación se da por el tratamiento de conductos propiamente dicho. En casos con inflamación aguda, reagudización o una periodontitis apical aguda donde se produce una inflamación de los tejidos periapicales dando lugar a una hiperemia y vasodilatación con exudado de líquido e infiltración leucocitaria, aumenta la presión tisular, el exudado y la infiltración celular, ocasionan la distensión de las fibras del ligamento periodontal originando dolor e inflamación, se puede administrar un corticoesteroide como: dexametasona de 4mg c/8hrs x 12 días. (VO), con dosis máxima de 8mg/día. ¹⁹

2.2.14.3 Manejo antimicrobiano de las infecciones de origen pulpar

Dentro de la terapia endodóntica utilizada en el manejo de la infecciones pulpares y periapicales, se tiene como premisa fundamental la la limpieza, desinfección y contorneo de los conductos radiculares y la medicación antibiótica como coadyuvante. El tiempo de tratamiento farmacológico depende de la evolución clínica El propósito principal de la administración de un antibiótico en estos casos es el de contribuir con la respuesta defensiva del hospedero, limitando la diseminación de la infección, localizándola para ayudar a la resolución de los síntomas.

Los antibióticos más utilizados en el manejo de las infecciones de origen endodóntico son: la Penicilina Natural, Amoxicilina, Amoxicilina/Ácido Clavulánico, Clindamicina, Cefalosporina de primera generación, Quinolonas y Macrólidos. El tiempo de administración de ATB dependerá de la evolución del paciente, no excediendo generalmente de los 5 a 7 días, de lo contrario se debe reevaluar el caso. ²³

2.3. Definición de términos básicos

- ✓ **Endodoncia:** Especialidad dentaria que se preocupa del mantenimiento de la pulpa dental en un estado de salud y del tratamiento de la cavidad de la pulpa (cámara y canal de la pulpa). ²⁹

- ✓ **Conocimiento:** Alteraciones en los procesos mentales relacionados con el aprendizaje, pensamiento, razonamiento y juicio.²⁹

- ✓ **Actitud:** Una predisposición adquirida y duradera a comportarse de modo consistente en relación con una determinada clase de objetos, o un estado mental y/o neural persistente de preparación para reaccionar ante una determinada clase de objetos, no como ellos realmente son sino como son concebidos.²⁹

- ✓ **Prácticas en salud:** Cualquier grupo de tres o más dentistas trabajando en período integral, en una entidad reconocida y legalizada de atención odontológica, compartiendo espacio, equipo, personal y registros para la atención de pacientes.²⁹

- ✓ **Estomatología:** Parte de la medicina que se ocupa de la anatomía, la fisiología y las enfermedades de la boca y sus estructuras, como los dientes, la lengua, los labios. ²⁹

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de hipótesis

El diseño de investigación del presente trabajo es de tipo descriptivo de corte transversal y Observacional, por lo que no se formuló hipótesis.

3.2. Variables

Variables	Dimensión	CONCEPTOS	Escala de medición	Valores	Criterios de medición
Conocimiento	Conocimiento sobre tratamiento endodoncico en piezas unirradiculares	Principio según el cual el aprendizaje se facilita cuando el que aprende recibe la evaluación inmediata de su desempeño.	Ordinal	Adecuado Intermedio básico	Si obtuvo un puntaje de: 6-8 puntos 3-5 puntos 0-2 puntos
Actitudes	Actitud sobre tratamiento endodoncico en piezas unirradiculares	Actitudes del personal de salud hacia sus pacientes, otros profesionales, el sistema de atención médica	Nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Si obtuvo un puntaje de: 5-8 puntos 0-4 puntos
Practica	Práctica sobre tratamiento endodoncico en piezas unirradiculares	Cualquier grupo de tres o más médicos trabajando en período integral, en una entidad reconocida y legalizada de atención médica.	Ordinal	Adecuado Intermedio Mínimo	Si obtuvo un puntaje de: 6-8 puntos 3-5 puntos 0-2 puntos
Edad	Sociodemográfica	Tiempo de vida del participante	Razón discreta	Años	Edad en el momento de la encuesta
Genéro	Sociodemográfica	Condición biológica del genero	Nominal dicotómica	Masculino Femenino	Género determinado desde el nacimiento

Elaborado por Rocio Ponce Corasco

CÁPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño Metodológico

- Descriptivo: Según la comparación de las poblaciones
- Transversal: Porque se recolecta datos en un mismo tiempo.
- Observacional: Según la interferencia del investigador en el estudio.

Según Sampieri los diseños de investigación de corte transversal recolectan datos en un tiempo único, su propósito es describir variables, y analizar su incidencia en un momento dado. ²⁴

4.2. Diseño muestral

La población del estudio estuvo constituida por estudiantes de la Clínica Docente del VIII ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión que requiere el estudio. Se evaluó a la población total llegando a la cantidad de 86 estudiantes que realizaban atención a pacientes, durante el período en que se realizó la investigación. Motivo por el cual, el presente trabajo de investigación, no tiene cálculo muestral ni tamaño de muestra.

Tabla N°2

Distribución de frecuencia del género de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

	F	%
Genero Femenino	53	61,6%
Genero Masculino	33	38,4%

Tabla N°3

Medidas de tendencia central de la edad de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

Edad	Media	25,71
	DE	4,63
	Mediana	24,50
	Moda	24,00
	Mínimo	20,00
	Máximo	50,00

4.3 Criterios de inclusión:

- Estudiantes de Clínica Docente pertenecientes al VIII Ciclo de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas Lima y que se encuentren matriculados en el ciclo vigente.
- Estudiantes que den su consentimiento escrito para participar en este trabajo de Investigación.

4.4 Criterios de exclusión:

- Estudiantes de ciclos inferiores.
- Estudiantes que no dieron su consentimiento para participar en este trabajo de Investigación.

4.2. Matriz de consistencia

TEMA	PROBLEMA	OBJETIVO
<p>Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tratamientos endodónticos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la clínica docente de la Universidad Alas Peruanas sede Lima , semestre 2016-II</p>	<p>Problema principal</p> <p>¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a tratamientos endodónticos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la clínica docente de la Universidad Alas Peruanas- sede Lima, semestre 2016 -II?</p> <p>problemas secundarios</p> <p>Cuál es el conocimiento respecto a tratamientos endodónticos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la clínica docente de la Universidad Alas Peruanas- sede Lima - semestre 2016-II?</p> <p>¿Cuáles son las actitudes respecto a tratamientos endodónticos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la clínica docente de la Universidad Alas Peruanas- sede Lima, semestre 2016-II?</p> <p>¿Cuáles son las prácticas respecto a tratamientos endodónticos de dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la clínica docente de la Universidad Alas Peruanas -sede Lima, semestre 2016-II?</p> <p>¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a tratamientos endodónticos de dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la clínica docente de la Universidad Alas Peruanas -sede Lima, semestre 2016-II de acuerdo al género del participante?</p> <p>¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a tratamientos endodónticos de dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la clínica docente de la Universidad Alas Peruanas -sede Lima, semestre 2016-II de acuerdo a la edad del participante?</p>	<p>Objetivo Principal</p> <p>Determinar los Conocimientos, actitudes y prácticas respecto a tratamientos endodónticos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la clínica docente de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima , semestre 2016-II</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Determinar el conocimiento sobre tratamientos endodónticos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la Clínica Docente de la Universidad Alas Peruanas- sede Lima, durante el semestre académico 2016-II</p> <p>Describir las actitudes sobre los tratamientos endodónticos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la Clínica Docente de la Universidad Alas Peruanas- sede Lima, durante el semestre académico 2016-II.</p> <p>Evaluar las prácticas respecto a tratamientos endodónticos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la Clínica Docente de la Universidad Alas Peruanas -sede Lima, durante el Semestre académico 2016-II</p> <p>Contrastar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre tratamientos endodónticos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la Clínica Docente de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima, durante el Semestre académico 2016-II según el género de los participante.</p> <p>Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre tratamientos endodónticos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la Clínica Docente de la Universidad Alas Peruanas - sede Lima, durante el Semestre académico 2016-II según la edad de los participantes.</p>

Elaborado por Rocio Ponce Corasco

4.3. Instrumento de recolección de datos

Se solicitó los permisos correspondientes a las autoridades respectivas para evaluar a los estudiantes con el cuestionario previamente aprobado por juicio de expertos. Se coordinó con el área de la Clínica Docente Estomatológica de la U.A.P para la repartición de las encuestas.

Antes de iniciar la encuesta, se les explicó a los estudiantes la finalidad del estudio, el consentimiento informado y cómo realizar el correcto llenado de los documentos. Una vez firmado el consentimiento informado, se les brindó los documentos y los estudiantes procedieron al desarrollo de la misma.

Se empleó un cuestionario estructurado, de manera anónima. El instrumento fue validado previamente por 5 juicios de expertos y estuvo compuesto por 24 preguntas de alternativa múltiple y dividida en tres secciones de 8 preguntas de conocimientos, actitudes y prácticas cada una.

El cuestionario consto de 4 partes delimitadas donde se quiso identificar:

a) Datos generales, que incluyen edad y género del participante

b) Conocimientos acerca de los instrumentos para la conformación de conductos estrechos y curvos, concentración de irrigantes dentinarios y otros como alteraciones pulpares y su tratamiento. (Preguntas del 1 – 8) donde la escala de valores y criterios de medición fue de: adecuado 6-8 puntos; intermedio 3-5 puntos; básico 0-2 puntos.

c) Actitudes frente a la bioseguridad del paciente que incluye por ejemplo, los instrumentos a utilizar son esterilizados adecuadamente. (Preguntas 9 -16) donde la escala y criterios de medición fue de: adecuado 5-8 puntos; inadecuado 0-4 puntos.

d) Prácticas en el momento de realizar una endodoncia, partiendo desde el diagnostico. Estas preguntas incluyen: pruebas de vitalidad pulpar, técnicas de obturación en endodoncia utilizadas y que tipo de material se emplea para la medicación intraconducto. (Preguntas 17-24) donde la escala criterios de medición fue de: adecuado 6-8 puntos; intermedio 3-5 puntos; mínimo 0-2 puntos.

4.4. Análisis de confiabilidad y validez del instrumento

El instrumento se sometió a revisión por juicio de expertos fueron consultados 2 Doctores en Estomatología y 5 Especialistas del área de Endodoncia. Para el procedimiento, se les entregó ejemplares de la encuesta, ficha de escala de calificación y matriz del proyecto. La aprobación del instrumento garantiza la validez de los datos obtenidos.

4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

Los datos recolectados fueron ingresados a una hoja de cálculo en Excel 2013, para ser procesados con paquete estadístico SPSS versión 23.

Se realizó el análisis univariado de conocimientos, actitudes y prácticas, expresado mediante una distribución de frecuencias y porcentajes (%).

4.6. Aspectos éticos contemplados

El presente estudio no presentó implicancias éticas, ya que evaluó el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en endodoncia mediante un cuestionario escrito y no se realizó ninguna intervención a los participantes.

El presente estudio no presentó conflicto de interés alguno, ya que no involucro a pacientes y se cubrió la confidencialidad de la información.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia

Tabla N°5

Evaluación de las respuestas obtenidas del conocimiento sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

	Incorrecto		Correcto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
p1	8	9,3%	78	90,7%
p2	28	32,6%	58	67,4%
p3	40	46,5%	46	53,5%
p4	56	65,1%	30	34,9%
p5	38	44,2%	48	55,8%
p6	70	81,4%	16	18,6%
p7	18	20,9%	68	79,1%
p8	25	29,1%	61	70,9%

En la Tabla N°5 se observa la evaluación de las respuestas obtenidas del conocimiento sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

La pregunta N°1 “En la conformación de conductos estrechos y curvos los instrumentos indicados son las limas tipo K, flexo-file”, 90,7% respondieron correctamente.

En la pregunta N°2 “La concentración de hisol en 0.5% y al 1% corresponde: solución Dakin y solución Milton ,67.4 %respondieron correctamente.

En la pregunta N°3 “según la clasificación de las alteraciones pulpares nombradas. Marque la resp. Incorrecta ,53.5% marco correctamente la pregunta.

En la pregunta N°4 “La irrigación con EDTA está indicada durante y al finalizar la conformación del conducto, debido a que aumenta la permeabilidad dentinaria?”, 34.9 % respondieron correctamente.

La pregunta N°5 “En la conformación del tercio apical los instrumentos a utilizar en esta fase de recapitulación deberán ser calibrados 1mm más corto que su antecesor “, 55.8% marcaron correctamente.

En la pregunta N°6 “Resulta cierto que la realización de la rotación de los instrumentos en el interior del conducto produce un riesgo inherente a la cinemática misma: fractura “, 18.6 % marco correctamente.

En la pregunta N°7 “El tratamiento de herida pulpar es: “79.1 % marco correctamente.

En la pregunta N°8 “El dolor de tipo pulpar se caracteriza por ser “, 70.9 % marco correctamente

Gráfico N°3

Gráfico de barras simples de las respuestas correctas obtenidas sobre el conocimiento sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

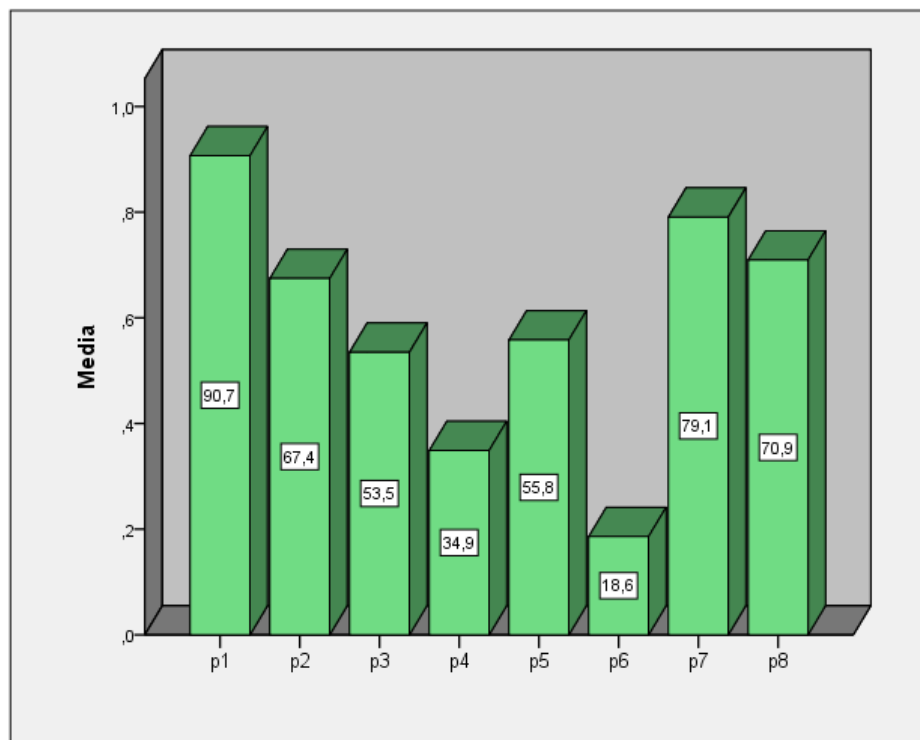


Tabla N°6

Conocimiento sobre el tratamiento endodontico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

		<i>f</i>	%
Conocimiento	Alto	24	27,9%
Sobre Tratamiento	Regular	58	67,4%
endodontico	Bajo	4	4,7%

En la Tabla N°6 se observa el conocimiento sobre el tratamiento endodontico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados, donde 24 (27,9%) presentaron un nivel alto de conocimiento, 58 (67,4%) presentaron un nivel regular y 4 (4,7%) presentaron un nivel bajo.

Gráfico N°4

Gráfico de barras simples sobre el conocimiento sobre el tratamiento endodontico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.



Tabla N°7

Evaluación de las respuestas obtenidas sobre la actitud sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

	Incorrecto		Correcto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
p1	14	16,3%	72	83,7%
p2	9	10,5%	77	89,5%
p3	9	10,5%	77	89,5%
p4	28	32,6%	58	67,4%
p5	33	38,4%	53	61,6%
p6	38	44,2%	48	55,8%
p7	21	24,4%	65	75,6%
p8	16	18,6%	70	81,4%

En la Tabla N°7 Se observa la evaluación de las respuestas obtenidas sobre actitud sobre el tratamiento Endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

La pregunta N°1 “Toma en cuenta como verdadero lo manifestado por el paciente en la Historia clínica sobre las enfermedades infectocontagiosa que padece”, 83.7 % respondieron correctamente

La pregunta N°2 “Tiene mucha predisposición a desinfectar el instrumental antes de esterilizarlo” .89, 5 % respondieron correctamente.

La pregunta N°3 “Le interesa mucho utilizar las principales barreras de protección (guantes, mascarillas, gorro, lentes, mandil, etc.)”, 89,5 % respondieron correctamente

La pregunta N° 4 “Le toma importancia a la esterilización del instrumental con el que va realizar el tratamiento” 67,4 % respondieron correctamente

La pregunta N°5 “Se siente profesionalmente comprometido al realizar un tratamiento endodóntico”, 61.6 % respondieron correctamente

La pregunta N°6 “. Muestra interés en revisar casos clínicos semejantes al tratamiento de endodóncia que va realizar, 55,8 % respondieron correctamente

La pregunta N°7 “Se preocupa de desinfectar los lentes de protección entre paciente y paciente”, 75,6 respondieron correctamente

La pregunta N°8 “Se preocupa en leer la historia clínica completa de su paciente antes de realizar el tratamiento endodóncicos”,81.4 respondieron correctamente.

Gráfico N°5

Gráficos de barras simples de las respuestas correctas sobre la actitud sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

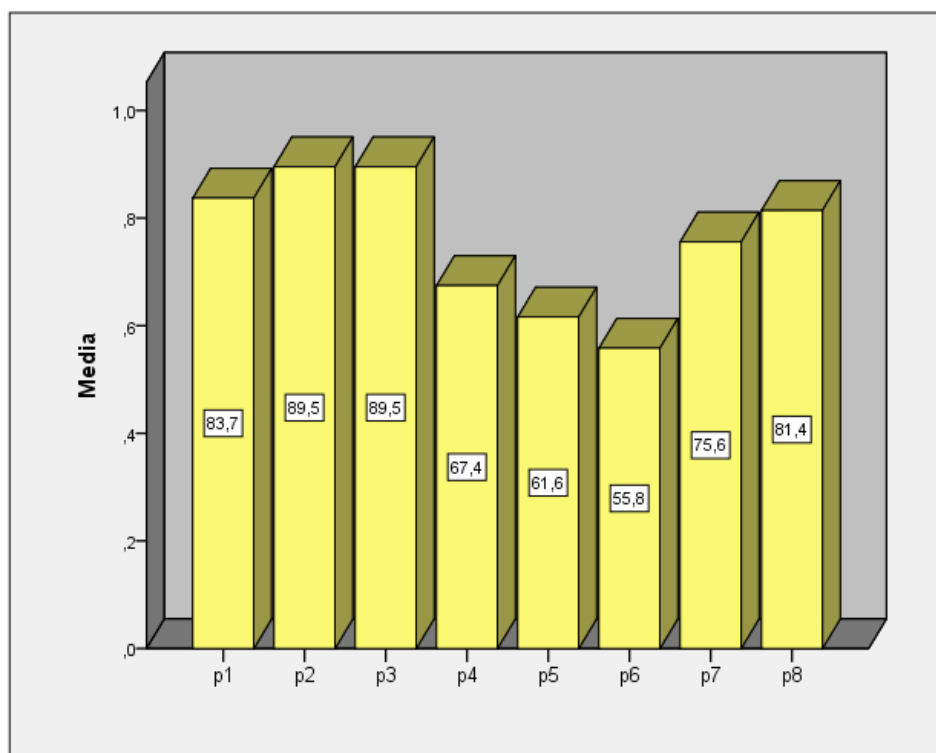


Tabla N°8

Actitud sobre el tratamiento endodontico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

		f	%
Actitud sobre tratamiento endodontico	Adecuada	66	76,7%
	Inadecuada	20	23,3%

En la Tabla N°8 se observa la actitud sobre el tratamiento endodontico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados, donde 66 (76,7%) presentaron un nivel adecuado en actitud, 20 (23,3%) presentaron un nivel inadecuado en actitud.

Gráfico N°6

Gráfico circular de la actitud sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

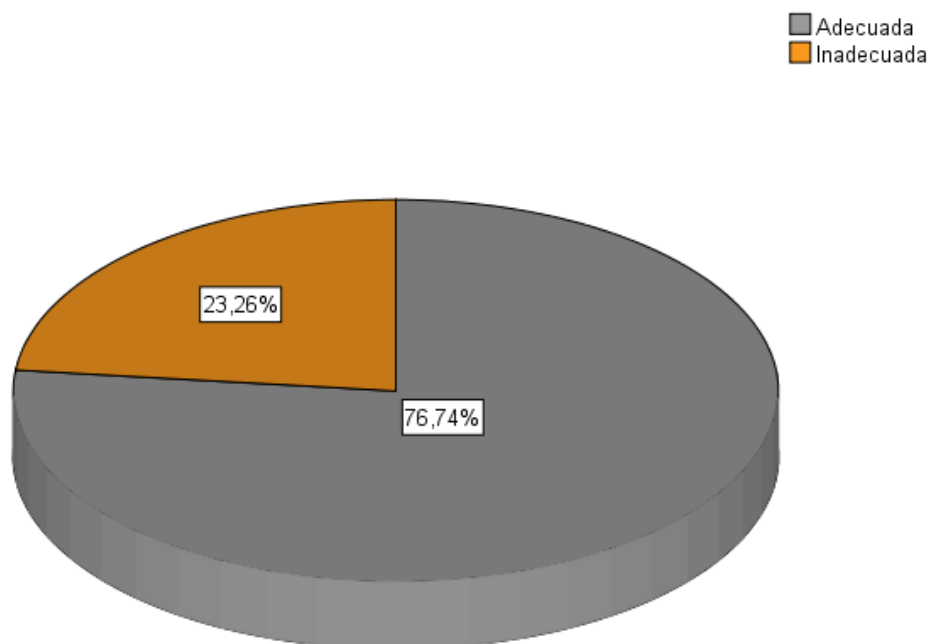


Tabla N°9

Evaluación de las respuestas obtenidas sobre la práctica del tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

	Incorrecto		Correcto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
p1	36	41,9%	50	58,1%
p2	78	90,7%	8	9,3%
p3	65	75,6%	21	24,4%
p4	60	69,8%	26	30,2%
p5	33	38,4%	53	61,6%
p6	17	19,8%	69	80,2%
p7	51	59,3%	35	40,7%
p8	51	59,3%	35	40,7%

En la Tabla N°9 se observa la evaluación de las respuestas obtenidas de la práctica sobre el tratamiento Endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

La pregunta N°1, "¿Qué pruebas de vitalidad realiza con más frecuencia?", 58,1% respondieron correctamente.

La pregunta N°2 "¿Qué tipo de limas utiliza mayormente en la instrumentación de conductos?", 9,3 % respondieron correctamente.

La pregunta N°3 "¿Qué elementos nunca utiliza para realizar el aislamiento absoluto de una pieza dentaria?, 24,4 % respondieron correctamente

La pregunta N°4 "¿Qué sustancia utiliza más como medicación intraconducto?", 30,2% respondieron correctamente

La pregunta N°5 "¿Qué tipo de técnica de obturación utiliza más en la práctica endodóntica? 61,6% respondieron correctamente

La pregunta N°6 "¿En qué casos no se remueve dentina cariada?, 80,2 % respondieron correctamente.

La pregunta N°7 “¿Qué hace si un paciente presenta alergia al látex del dique de goma?, 40,7 % respondieron correctamente

La pregunta N°8 “¿Etapa de extirpación del tejido pulpar que tipos de lima utiliza?“, 40,7 % respondieron correctamente.

Gráfico N°7

Gráfico de barras simples de las respuestas correctas sobre la práctica del tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

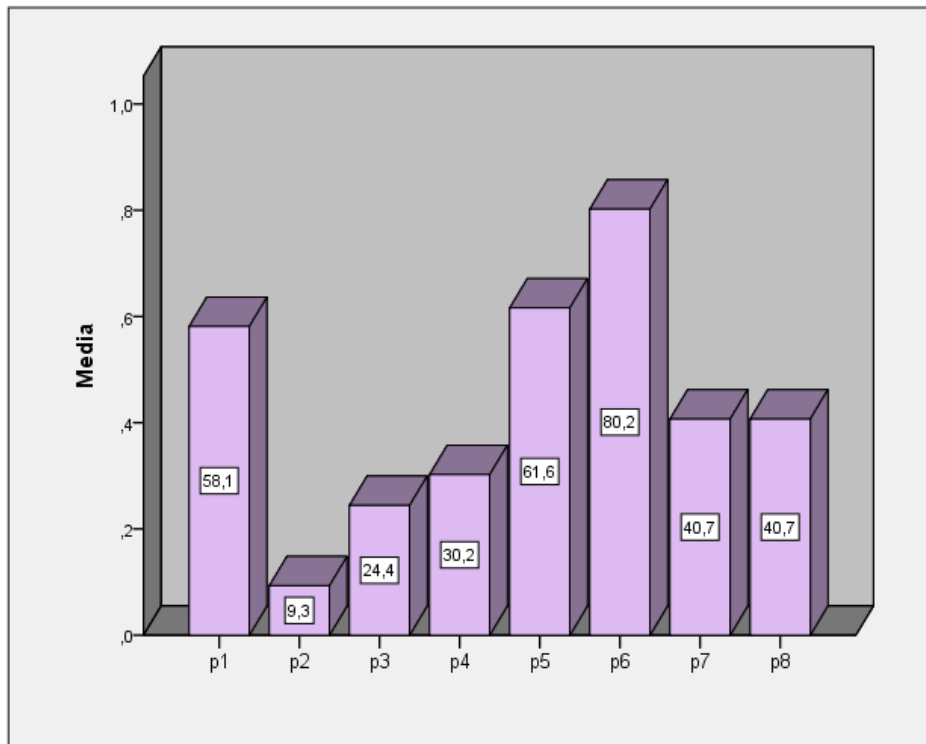


Tabla N°10

Práctica del tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

		<i>f</i>	%
Práctica del tratamiento endodóntico	Buena	1	1,2%
	Regular	65	75,6%
	Mala	20	23,3%

En la Tabla N°10 se observa la práctica sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados, donde 1(1.2%) presentaron un nivel bueno en práctica, 65 (75,6%) presentaron un nivel regular y 20 (23.3%) presentaron un nivel malo con referente a la evaluación en práctica.

Gráfico N°8

Gráfico de barras simples de la práctica por parte de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

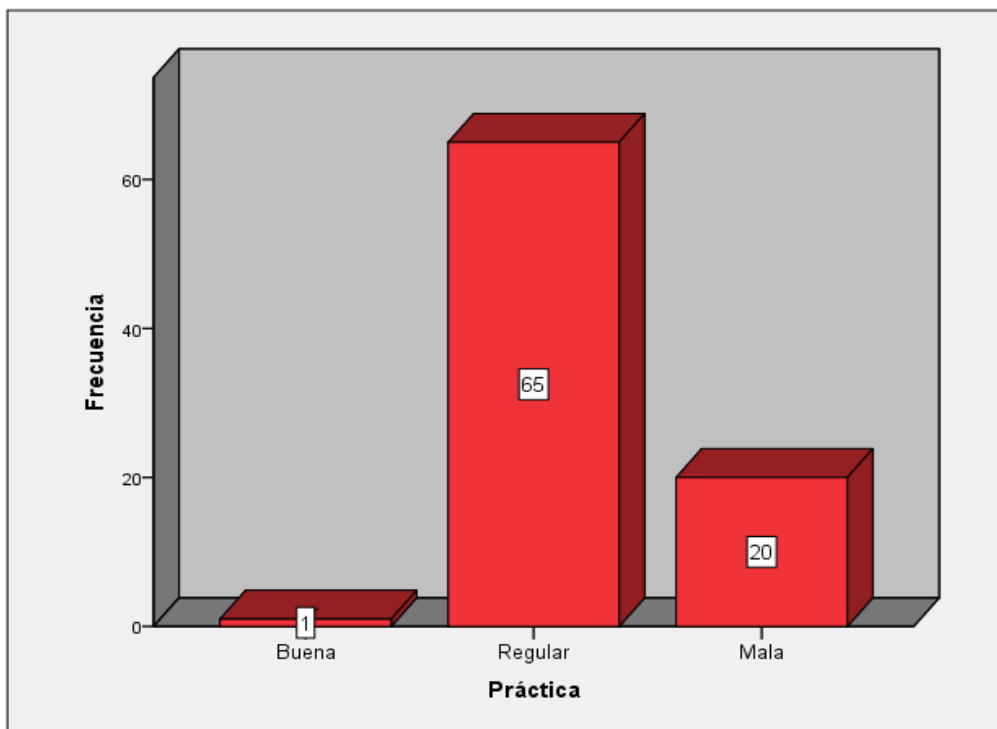


Tabla N°11

Conocimiento sobre el tratamiento endodontico de piezas unirradiculares superiores y el género de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

		Género			
		Femenino		Masculino	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Conocimiento	Alto	14	26,4%	10	30,3%
Según el género	Regular	37	69,8%	21	63,6%
del estudiante	Bajo	2	3,8%	2	6,1%

En la Tabla N°11 se observa el conocimiento sobre el tratamiento endodontico de piezas unirradiculares superiores y el género de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

Gráfico N°9

Gráfico de barras agrupadas de la relación del conocimiento sobre el tratamiento endodontico de piezas unirradiculares superiores y el género de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

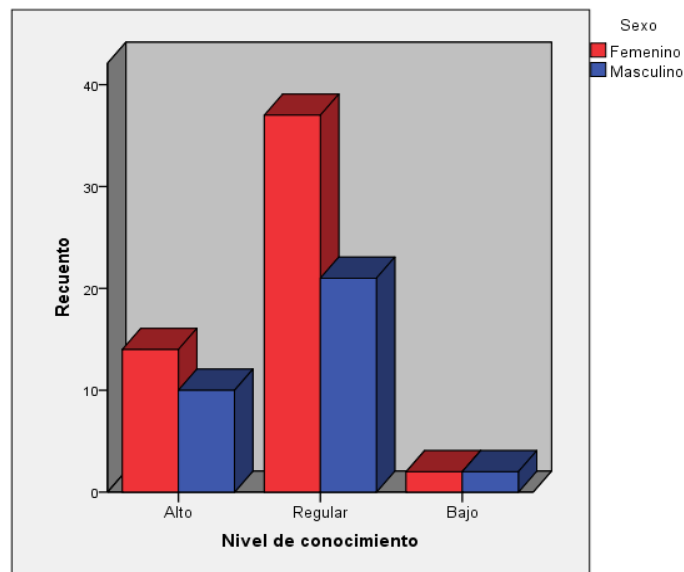


Tabla N°12

La actitud sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores y el género de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

		Género			
		Femenino		Masculino	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Actitud y el género del estudiante	Adecuada	37	69,8%	29	87,9%
	Inadecuada	16	30,2%	4	12,1%

En la Tabla N°12 se observa la actitud sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores y el género de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

Gráfico N°10

Gráfico de barras agrupadas de la actitud sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores y el género de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

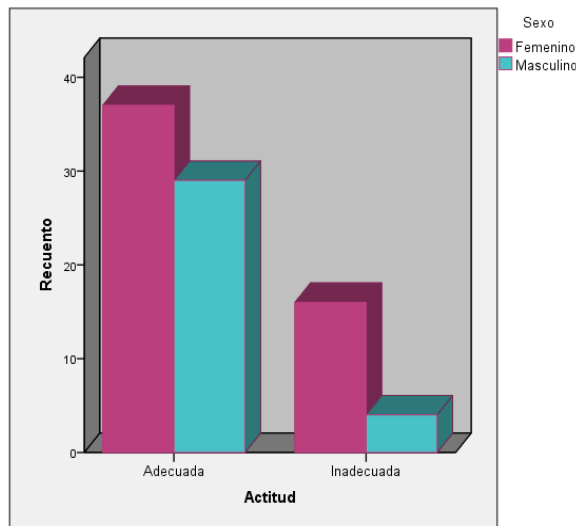


Tabla N°13

La práctica del tratamiento Endodóntico de piezas unirradiculares superiores y el género de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

		Género			
		Femenino		Masculino	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Práctica y el género del estudiante	Buena	1	1,9%	0	,0%
	Regular	42	79,2%	23	69,7%
	Mala	10	18,9%	10	30,3%

En la Tabla N°13 se observa la práctica del tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores y el género de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

Gráfico N°11

Gráfico de barras agrupadas de la relación de la práctica del tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores y el género de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

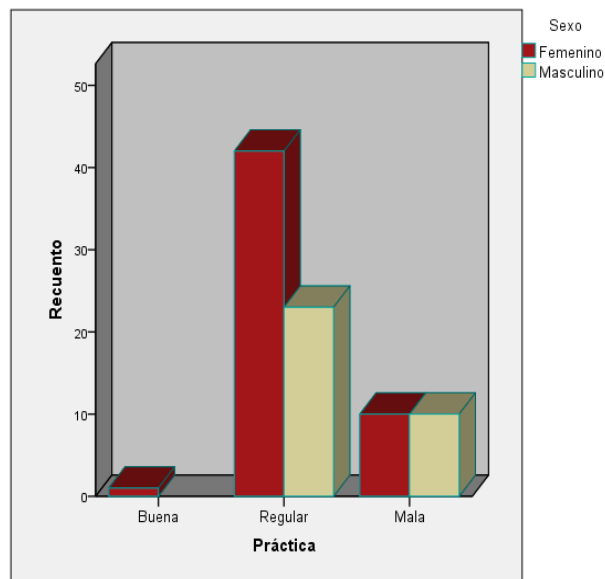


Tabla N°14

El conocimiento sobre el tratamiento Endodóntico de piezas unirradiculares superiores y la edad de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

		Edad	
		Media	DE
Conocimiento y la edad del estudiante	Alto	24,54	2,84
	Regular	26,29	5,23
	Bajo	24,25	2,22

En la Tabla N°14 se observa el conocimiento sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores y la edad de los estudiantes evaluados.

Gráfico N°12

Gráfico de cajas del conocimiento sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores y la edad de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

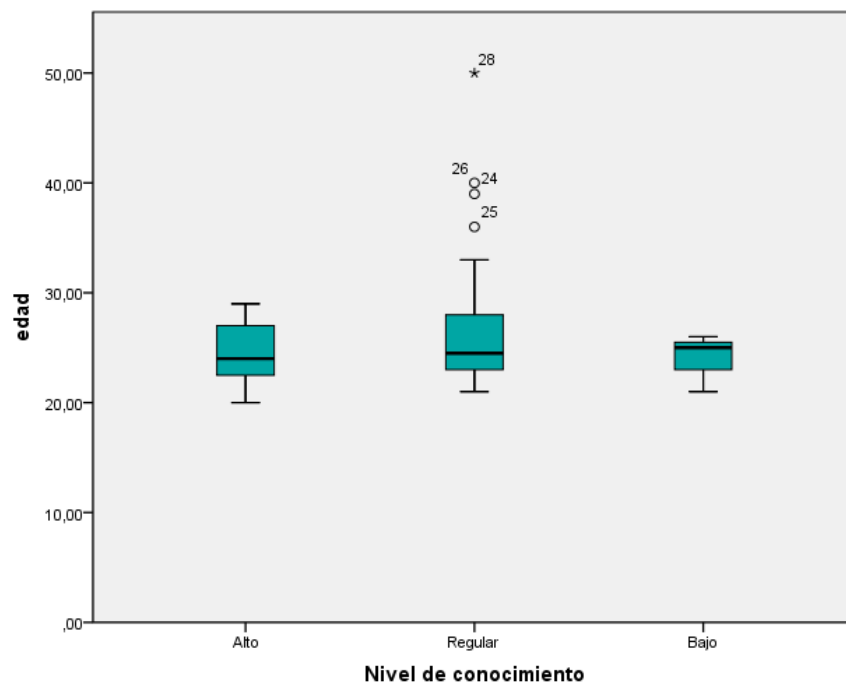


Tabla N°15

La actitud sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores y la edad de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

		Edad	
		Media	DE
Actitud y la edad del estudiante	Adecuada	25,92	5,03
	Inadecuada	25,00	2,92

En la Tabla N°15 se observa la relación de la actitud ante el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores y la edad de los estudiantes evaluados.

Gráfico N°13

Gráfico de cajas de la actitud sobre el tratamiento Endodóntico de piezas unirradiculares superiores y la edad de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

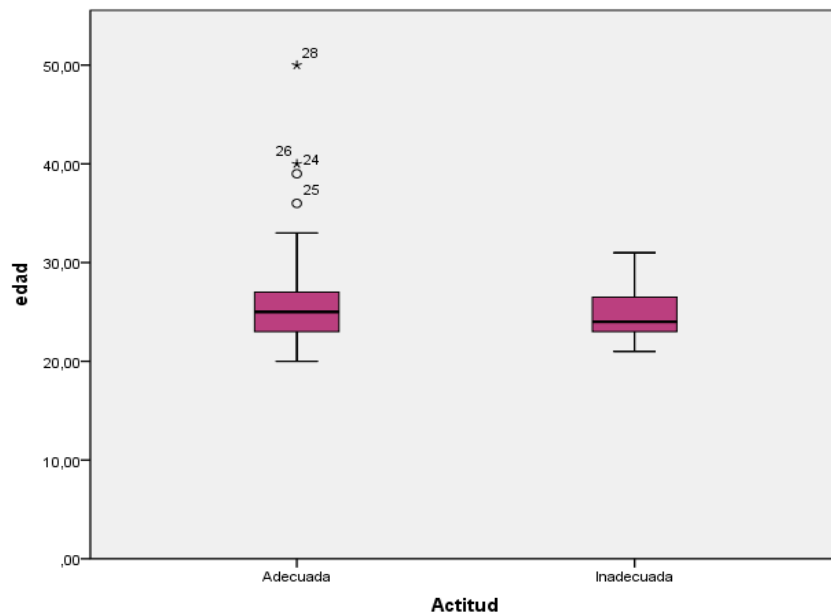


Tabla N°16

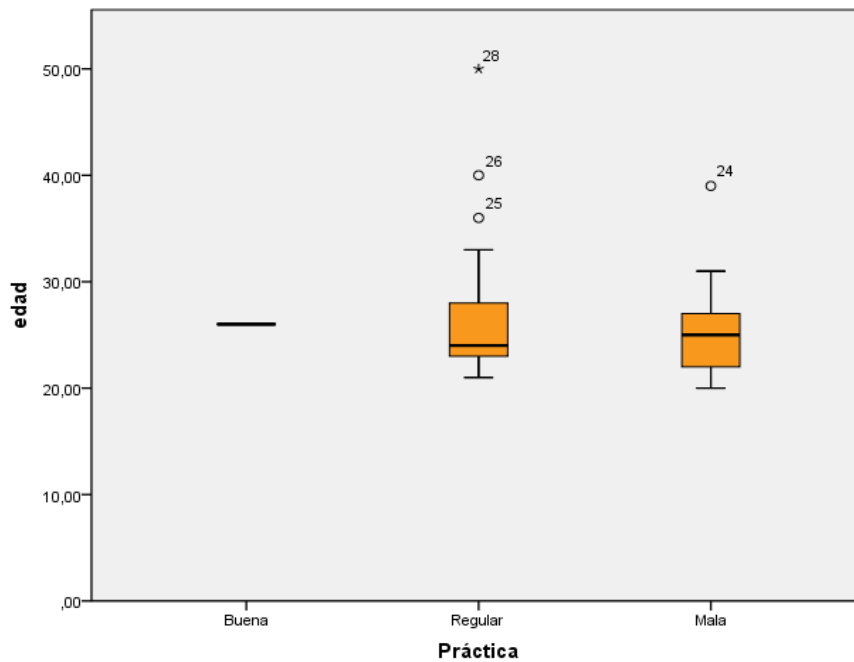
La práctica sobre el tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores y la edad de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.

		Edad	
		Media	DE
Práctica y la edad del estudiante	Buena	26,00	.
	Regular	25,82	4,78
	Mala	25,35	4,34

En la Tabla N°16 se observa la práctica del tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares superiores y la edad de los estudiantes evaluados.

Gráfico N°14

Gráfico de cajas de la práctica sobre el tratamiento Endodóntico de piezas unirradiculares superiores y la edad de los estudiantes de la Clínica Docente Estomatológica del VIII ciclo evaluados.



5.3. Técnicas Estadísticas Utilizadas

Para el trabajo de investigación se utilizó tabla de frecuencia estadísticas que nos mostraron en porcentajes los resultados obtenidos.

5.4 Discusión

Para Sánchez M ¹ hace referencia que, Ausubel máximo exponente del aprendizaje significativo, comprender es sinónimo de aprender. Ahí la importancia para la práctica clínica de Endodoncia el aprender a aprender. Siempre y cuando esta vaya de la mano de la teoría con la guía del docente en el logro de las competencias.

Romero R, Pacheco V, en su estudio “nivel de conocimiento sobre la medicación intraconducto en endodoncia por parte de los estudiantes de 7mo y 9no semestre de la Facultad de Estomatología de la Universidad Central del Ecuador”, ha encontrado un nivel bajo de conocimiento (28,49%) sobre medicación intraconducto. ⁴. En mi caso, no coincido con estos resultados ya que en mi caso me muestra un Nivel de conocimiento regular, estos resultados nos muestran que se debe poner intereses en la información que el estudiante adquiere, ya que si no tiene un adecuado conocimiento de lo que está realizando el resultado del tratamiento será deficiente.

Arun A, Venugopal P, Jyothi K, Mythri H, Vaddi H en su estudio “nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la esterilización de limas de endodoncia por el postgrado “sus resultados mostraron que el 60% de los encuestados refirió que los instrumentos de endodóncia pueden ser reutilizados 4 o más veces” ⁷. No coincido con estos resultados, ya que en mi estudio, se observó una adecuada actitud con un 76.7% en relación a las variables observadas. Estos resultados nos demuestran que la actitud depende de la concientización del estudiante al momento de realizar sus tratamientos y que tengan conciencia al momento de realizar la práctica odontológica.

Tanalp J, Pamukçu E, Inci O estudió las “percepciones de los estudiantes de estomatología del último año y los niveles de autoconfianza con respecto a la práctica de endodoncia.”, sus resultados fueron que el 11,9 % expresó a la endodoncia como la primera rama en términos de dificultad y el 90.5 refiere derivar los casos a especialistas en el área”.⁹ concuerdo con estos resultados, ya que en mi estudio, se evidencio una práctica regular de 75.6%. Estos resultados reflejan la inseguridad que tiene el profesional odontólogo y el estudiante al momento de realizar un tratamiento endodontico y esto se puede deber a que no hay una práctica pre-profesional adecuada.

La Roca Chiappe F en su estudio sobre “Evaluación de la calidad de obturación de los conductos radiculares realizados por los estudiantes de pre grado de la carrera de estomatología de la UPC 2013”, no encontró asociación entre el género del estudiante y su habilidad para la práctica ($p=0,347$).³ Concuero con él, ya que en mi estudio, se observó un conocimiento regular en el género femenino 69.8% y el género masculino con 63,6%. En estos resultados podemos observar que no existe una diferencia entre el género y su habilidad en la práctica.

Sánchez, M realizó un estudio donde busco “evaluar el desempeño académico de los estudiantes de cuarto año que realizan” Para esta investigación se utilizó el Método científico, de observación y técnicas de investigación como la encuesta. El 65% de encuestados respondió poco satisfactoria y totalmente insatisfactoria, en mi trabajo de investigación encontré un conocimiento alto en estudiantes de 24 años y un conocimiento regular en estudiantes de 26 años de edad.

Ercalik Y, Garip, Peker, FB Basturk realizaron un estudio “conocimientos y actitudes de los endodoncistas turcos sobre las imágenes radiológicas digitales (DRI) y de tomografía computarizada de haz cónico “sus resultados mostraron que los endodoncistas de 40 años de edad a más tenían un conocimiento significativamente menor de tomografía computarizada en comparación con los grupos más jóvenes (P = 0,001)”.⁸ no concuerdo con estos resultados ya que en mi estudio obtuve una actitud adecuada e inadecuada en el mismo rango de edad de 25 años, y la edad no es un factor decisivo que nos pueda indicar la actitud

CONCLUSIONES

- El conocimiento con respecto a tratamientos endodónticos en dientes unirradiculares superiores fue en su mayor porcentaje regular (67,4%), ya que muchos de los participantes no tienen conocimiento de las posibles complicaciones durante la preparación del conducto radicular.
- Las actitudes frente al tratamiento endodóntico fueron adecuadas (76,7%) ya que el estudiante mostró interés en mantener la bioseguridad durante el tratamiento endodóntico.
- En prácticas sobre endodóncia fue regular (75,6%), lo que demuestra que el estudiante tiene una tendencia a mecanizar el tratamiento de endodóncia.
- En cuanto al conocimiento, actitudes y prácticas con respecto al género del estudiante se encontró un conocimiento regular en el género femenino de 69,8%, actitud adecuada del género masculino de 87,9% y por último una práctica regular por el género femenino con 79,2%.
- En conocimiento, actitudes y práctica y la edad del estudiante, en la investigación se halló un conocimiento regular en estudiantes de 26 años de edad, una actitud adecuada e inadecuada en estudiantes de 25 años, y una práctica buena y regular en estudiantes de 25 años de edad y mala en 26 años de edad.

RECOMENDACIONES

- Fomentar el hábito de la lectura a los estudiantes, mejorando y actualizando sus conocimientos sobre todo en relación al tratamiento que va realizar.
- Promover la práctica endodóncica, para que el estudiante sienta interés por el área mejorando sus actitudes al momento de realizar el tratamiento. Se propone dedicar más horas a las prácticas de pre-clínica ya que desde ahí empieza el estudiante a desarrollar sus destrezas.
- Mejorar su nivel práctico haciendo que el estudiante tenga conocimiento de los instrumentos, materiales y accesorios que está utilizando y no este mecanizado.
- Sería excelente evaluar la necesidad de aumentar la cantidad de tratamientos endodónticos en la clínica integral del VIII ciclo con la finalidad de mejorar las destrezas aprendidas.
- Se propone aumentar que durante el semestre académico se evalúen casos clínicos endodónticos y así fomentar mayor interés del estudiante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Sánchez M, La práctica de endodóncia en los estudiantes de cuarto año de la Facultad Piloto de Estomatología para conocer su nivel de suficiencia académica, Agosto 2014 Universidad de Guayaquil. Unidad de Post-Grado Investigación y Desarrollo. Maestría en Docencia y Gerencia en Educación Superior
2. Mejía L, Ordoñez F, Pérez A, Rosales K, instrumental utilizado en el trabajo biomecánico en endodóncia. Investigación bibliográfica, Marzo 2004,
3. La Roca Chiappe F Evaluación de la calidad de obturación de los conductos radiculares realizados por los estudiantes de pregrado de la carrera de estomatología de una universidad privada de Lima,- Perú en el año 2013, Universidad Peruana De Ciencias Aplicadas
4. Romero R, Pacheco V, nivel de conocimiento sobre la medicación intraconducto en endodóncia por parte de los estudiantes de 7mo y 9no semestre de la facultad de estomatología de la universidad central del ecuador, período académico 2015-2016, , Año 2016, Quito UCE .
5. Marcano M, Prevención y Tratamiento de los Accidentes Durante la Terapia Endodóntica, Mayo 2001, Carlos Bóveda Z.
6. Shiva U, Ruchika R, Mohammed I, Sangeeta T, Mahesh B, A survey of attitude and opinions of endodontic residents towards regenerative Endodóntica , J Conserv Dent. 2013 Jul-Aug; 16(4): 314–318
7. Venugopal P; Kashi N, Halappa Knowledge and attitude of endodontic postgraduate students toward sterilization of endodontic files: A cross-sectional study. Jan-Apr 2014, revista Endodóntica saudí, Vol. 4

8. Ercalik G, Peker B, Knowledge and attitudes of Turkish endodontists towards digital radiology and cone beam computed tomography, Junio 2014, Nigeria Journal Of Clinical Practice. Volumen 17 – Pag: 471-478
9. Jale T, Esra G Evaluation of dental students' perception and self-confidence levels regarding endodontic treatment, 2013, Inci O, European Journal of dentistry, Eur J Dent. Apr-Jun; 7(2): 218–224.
10. Neha S, Aharda Y, Tanu N, Preetinder S , Manisha Y,. Dental Patients' Knowledge and Attitude towards Endodontics – A Survey
11. Holman A, encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas en el ámbito de la protección de la infancia, año 2012, iniciativa de protección de la infancia, save the children
12. Gutiérrez, A, el análisis CAP (conocimientos, actitudes y prácticas), año 2011, pg.1-5
13. Machado M, Endodóncia de la biología a la técnica, año 2009, actualidades medicas odontologicas latinomericana (amolca) 2009.
14. Court P, Martínez J, técnicas de localización radiográfica en endodóncia: revisión bibliográfica. Volumen 50 nº 4 / 2012, acta odontológica venezolana citada en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/4/art20.asp>.
15. Ramírez L, Visión actualizada de la radiología en endodóncia, Rev. El odontólogo invitado, enero 2002.
16. casillas Á, Técnicas de aislamiento absoluto y relativo, publicaciones didacticas, n ° 19, 2011 – (1-5) ubicado en :
17. <http://www.seindor.com/publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/019039/articulo-pdf>.
18. Soares Jose y fernando golberg, endodóncia: técnica y fundamentos, buenos aires: editorial medica panamericana ,2007
19. Rivas R, trepanación y accesos a la cámara pulpar, notas para el estudio de endodóncia, año 2103, unidad 3.
20. Valencia A, Valencia S, Revista de actualización clínica investiga, Año 2012, Med. V23.

21. Ramos P, Rosales G, limpieza y obturación del sistema de conductos: biopulpectomía, necropulpectomía y técnica de condensación lateral modificada, lacandonia, vol 1, nume 1, 2007 citado en:
<http://cuid.unicach.mx/revistas/index.php/lacandonia/article/view/29>
22. Norberto B, filosofía de tratamiento en la preparación de conductos radiculares med oral, vol.iii, julio-septiembre 2001, no. 3, pág. 138-143 citado en: <http://documents.mx/documents/articulo-bio-y-necropulpectomia.html>
23. Norberto B, filosofía de tratamiento en la preparación de conductos radiculares med oral, vol.iii, julio-septiembre 2001, no. 3, pág. 138-143 citado en: <http://documents.mx/documents/articulo-bio-y-necropulpectomia.html>
24. Huaman J. Comparación de la técnica manual con la técnica rotatoria del sistema k3 y del sistema profile gt en la preparación biomecánica de conductos curvos, programa de ciber tesis, Peru, universidad nacional Mayor de San Marcos , 2003.
25. Bobbio A s, miranda G, Hernández A, Manejo farmacológico coadyuvante al tratamiento endodóntico. Rev estomatol herediana. 2011; 21(1):110-115
26. Hernández, Metodología de la Investigación, 1991, Mcgraw - Hill Interamericana De México
27. De Lorenzo L. Microbiología para estudiantes de Estomatología. Edit. Ateneo, Sao paulo, Brasil. 2004
28. Liébana Ureña. Microbiología oral. 2da. ed. Edit Mc Graw Hill Interamericana. Mexico. 1997.
29. <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

ANEXO 1: PERMISO A LA UNIVERSIDAD UAP



Surco 16 de Noviembre del 2016

Responsables Área de los Laboratorios de Estomatología 1,2 3 4

De mi Consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y a su vez brindarle la Autorización a la alumna PONCE CORASCO, Rocio, con código 2008151260, de la Escuela Profesional de Estomatología – Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud – Universidad Alas Peruanas, quien solicita recopilar información de las áreas de los Laboratorios 1,2 3 y 4, para la realización de trabajo de investigación (Tesis).

TÍTULO: “CONOCIMIENTO, ACTIVIDADES Y PRACTICAS SOBRE TRATAMIENTOS ENDODONTICOS EN PIEZAS DENTARIAS UNIRRADICULARES SUPERIORES VITALES REALIZADOS POR LOS ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA DEL VII CICLO DE LA CLINICA DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS SEDE LIMA SEMESTRE ACADEMICO 2016”

Se expide el presente documento para fines del interesado.

Atentamente,



UAP UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS
C.D. BENISSE CAMPOS FAJARDO
ADMINISTRADORA GENERAL
CLINICA DOCENTE ESTOMATOLOGICA

ANEXOS 2: Consentimiento Informado

ANEXOS 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Consentimiento informado

Investigador: Rocio Ponce Corasco

identificado, con DNI N°

Autorizo a la señorita Rocio Ponce Corasco, egresada de la escuela profesional de estomatología, que se encuentra realizando un estudio en los estudiantes de estomatología titulado: "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tratamientos endodóncicos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la clínica docente de la Universidad Alas Peruanas Lima semestre 2016-II, con la finalidad que este consentimiento sirva para entidades encargadas evaluadoras .

Se requerirá que mi persona conteste las preguntas de una encuesta, que tomara 10 minutos y que tienen carácter anónimo, pues los datos obtenidos se mantendrán en total confiabilidad, y no se registrara mi nombre en la encuesta.

Todos los datos se utilizaran para fines de estudio en el informe de estudio en ningún caso se mencionara mi nombre.

Mi participación en este estudio no significa riesgo ni incomodidad para mí y no me demandara ningún tipo de gasto.

.....

ANEXO 3: Encuesta

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Buenos días, soy la bachiller Rocío Porco Corasco solicito su colaboración con el llenado de la siguiente encuesta, que es parte de mi tesis para recibir mi titulación como Cirujano Dentista, el cual lleva el título: "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tratamientos endodónticos en dientes unirradiculares superiores vitales realizados por los estudiantes de estomatología del VIII ciclo de la clínica docente de la Universidad Alas Peruanas Lima 2016"

Encuesta
Edad: Género: femenino () masculino ()
Marcar con una X la alternativa que Ud. considere correcta según el enunciado.

CONOCIMIENTO SOBRE TRATAMIENTO ENDODONCO EN PIEZAS UNIRRADICULARES

1. En la conformación de conductos estrechos y curvos los instrumentos indicados:
A. Solo las limas tipo K B) Solo flexo-file c) Limas tipo H

2. La concentración de hiscol en 0.5% y al 1% corresponde: solución Dakin y solución Milton
Marque la resp. Correcta
A) Solución dakin al 1% y solución Milton al 0.5 %
B) Solución dakin al 0.5% y solución Milton al 1 %
C) Solución dakin y Milton al 1%

3. según la clasificación de las alteraciones pulpares nombradas.
Marque la resp. Incorrecta
A. Peridontitis apical aguda
B. Reabsorción dentaria interna
C. absceso alveolar agudo

4. La irrigación con EDTA está indicada durante y al finalizar la conformación del conducto, debido a que aumenta la permeabilidad dentaria?
A) Inicialo el tratamiento B) finalizado el tratamiento C) A. Iniciar y finalizar el tratamiento

5. En la conformación del tercio apical los instrumentos a utilizar en esta fase de recapitulación deberán ser calibrados 1mm más corto que su antecesor
A) se utiliza la misma medida de conductometría hasta terminar el tratamiento
B) solo se utiliza de acuerdo a la técnica de obturación que se va realizar
C) En la recapitulación deberán ser calibrados 1mm más corto que su antecesor

6. Resulta cierto que la realización de la rotación de los instrumentos en el interior del conducto produce un riesgo inherente a la química misma: fractura
A. Fractura de la pieza dentaria B. Fractura del instrumento C. falsa Via

7. El tratamiento de herida pulpar es:
A) Pulpotomía parcial B) Recubrimiento pulpar directo C) Recubrimiento pulpar indirecto

8. El dolor de tipo pulpar se caracteriza por ser:
A) Provocado, agudo y continuo
B) espontáneo, continuo, pulsátil, irradiado
C) Pulsátil, continuo y provocado

ACTITUDES SOBRE TRATAMIENTO ENDODONTICOS EN PIEZAS UNIRRADICULARES

1. Toma en cuenta como verdadero lo manifestado por el paciente en la Historia clínica sobre las enfermedades infectocontagiosas que padece
A) Algunas veces
B) Si el paciente esta lucido en espacio persona y tiempo (LOTEP)
C) Siempre es necesario revisar la HC antes de realizar un tratamiento

2. Tiene mucha predisposición a desinfectar el instrumental antes de esterilizarlo
A) Solo en instrumental que ha sido utilizado en cirugía
B) En todo instrumental que haya sido utilizado con fluidos
c) No es necesario desinfectar

3. Le interesa mucho utilizar las principales barreras de protección (guantes, mascarillas, gorro, lentes, mandil, etc.)

- A) si el paciente tiene alguna enfermedad infecciosa
- B) Solo algunas barreras de protección (guantes, mascarilla, gorro)
- C) En todo procedimiento es necesario utilizar todas las barreras de protección

4. Le toma importancia a la esterilización del instrumental con el que va realizar el tratamiento

- A) Es necesario realizar la esterilización con autoclave
- B) No siempre es necesario esterilizar todo el instrumental (turbina, fresero)
- C) Solo se esteriliza los instrumentales de acero y/o metal

5. Se siente profesionalmente comprometido al realizar un tratamiento endodóncicos

- A) Solo si es un caso de interés
- B) Es necesario realizar todo tratamiento lo mejor posible
- C) Todo tratamiento endodóncicos es importante

6. Muestra interés en revisar casos clínicos semejantes al tratamiento de endodoncia que va realizar

- A) Siempre y cuando sean tratamientos complejos
- B) Si se ha complicado el caso de mi paciente
- C) Siempre es necesario revisar casos clínicos del área de odontología

7. Se preocupa de desinfectar los lentes de protección entre paciente y paciente

- A) No es necesario que el paciente utilice lentes de protección
- B) Siempre es necesario la desinfección de barretas de protección del paciente y el operador
- C) Los lentes de protección se desinfectan siempre y cuando estén contaminados

8. Se preocupa en leer la historia clínica completa de su paciente antes de realizar el tratamiento endodóncicos.

- A) Solo cuando se va realizar tratamientos donde implique fluidos y sangre
- B) Siempre es necesario revisar la HC antes de realizar un tratamiento
- C) Solo es necesario realizar si existe una enfermedad sistémica o infectocontagiosa.

PRACTICA SOBRE TRATAMIENTO ENDODÓNICO EN PIEZAS UNIRADICULARES

1. ¿Qué pruebas de vitalidad realiza con más frecuencia?

- A) Térmicas
- B) Palpación
- C) Percusión

2. ¿Qué tipo de limas utiliza mayormente en la instrumentación de conductos?

- A) K-File
- B) Flexo file
- C) Hedstroem

3. ¿Qué elementos nunca utiliza para realizar el aislamiento absoluto de una pieza dentaria?

- A) Dique de goma
- B) Rollos de algodón
- C) Hilo retractor

4. ¿Qué sustancia utiliza más frecuencia como medicación intraconducto?

- A) Hidróxido de calcio
- B) Paramonodrofenol alcanforado
- C) óxuro de sodio

5. ¿Qué tipo de técnica de obturación utiliza más en la práctica endodoncia?

- A) Técnica de condensación lateral
- B) Técnica de condensación vertical
- C) Técnica de cono único de gutapercha

6. ¿En qué casos no se remueve dentina cariada?

- A) Cuando no tengo a la mano piedras diamantadas o cureta de dentina
- B) Cuando el remanente del tejido dentinario es insuficiente para retener el clamp
- C) Siempre remuevo dentina cariada

7. ¿Qué hace si un paciente presenta alergia al látex del dique de goma?

- A) Utiliza rollos de algodón
- B) Utiliza dique de silicona
- C) No alía

8. ¿En la tapa de extracción del tejido pulpar que tipo de lima utiliza?

- A. Limas tipo H
- B. Tira de nervios
- C. Limas tipo k #15 y #25

ANEXO 4: FICHAS DE JURADO APROBADOR

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

DATOS GENERALES:
 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO: Zúñiga Ramos Miguel Angel
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA: Universidad Alas Peruanas
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION:

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE					ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado															X
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos															X
3. ACTUALIZACION	Esta adecuadoa los objetivos y las necesidades reales de la investigacion.															X
4. ORGANIZACION	Existe una organizacion logica.															X
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.															X
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipotesis.															X
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos tecnicos y/o cientificos.															X
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipotesis, variables, dimensiones, indicadores con los sistemas.															X
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodologia y diseño aplicados para lograr las hipotesis.															X
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relacion entre los componentes de la investigacion y su adecuacion															X

III. OPINION DE APLICABILIDAD:
 a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicacion
 b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicacion

IV. PROMEDIO DE VALORACION:
 FECHA: 12/10/16 DNI: 10702557
 FIRMA DEL EXPERTO: [Firma]
 C.D. Miguel Angel Zúñiga Ramos
 C.O.P. 15056
 Especialista en Carlotologia y Endodoncia
 R.N.E. 1553

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

DATOS GENERALES:

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO : *Alonso Montalvan Armijo*
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA : *UAP - Secc. Higien. VPHSJB*
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION :
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO :

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE					ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado														X	
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos														X	
3. ACTUALIZACION	Esta adecuada los objetivos y las necesidades reales de la investigacion.														X	
4. ORGANIZACION	Existe una organizacion logica.														X	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.														X	
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipotesis.														X	
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos tecnicos y/o cientificos.														X	
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipotesis, variables, dimensiones, indicadores con los sistemas.														X	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodologia y disenio aplicados para lograr las hipotesis.														X	
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relacion entre los componentes de la investigacion y su adecuacion														X	

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicacion
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicacion

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

FECHA: *15/10/16*

DNI: *10976234*

FIRMA DEL EXPERTO: *[Firma]*

Cop 1390
Esp. Caracologia y Entomologia

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO : LUZA MONTERO SILVA C.
1.2. INSTITUCION DONDE LABORA : UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION : CUESTIONARIO
1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO :

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE							MINIMAMENTE ACEPTABLE					
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado													X
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos													X
3. ACTUALIZACION	Esta adecuados los objetivos y las necesidades reales de la investigación.													X
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica. Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													X
5. SUFICIENCIA	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis.													X
6. INTENCIONALIDAD	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													X
7. CONSISTENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los sítems.													X
8. COHERENCIA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.													X
9. METODOLOGIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación													X
10. PERTINENCIA														X

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación Si
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación No

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

FECHA: 14/10/16 DNI: 060882213 FIRMA DEL EXPERTO: 

Mg. C.D. Silvia C. Luza Montero
C.O.P. 5912
R.N.E. 1702

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

DATOS GENERALES:

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO : Alonso Montalvan Armijo
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA : UAP - Sect. Higiene y Prev. B
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION :
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO :

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE					ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado													X		
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos													X		
3. ACTUALIZACION	Esta adecuada los objetivos y las necesidades reales de la investigacion.													X		
4. ORGANIZACION	Existe una organizacion logica.													X		
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													X		
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipotesis.													X		
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos tecnicos y/o cientificos.													X		
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipotesis, variables, dimensiones, indicadores con los sistemas.													X		
9. METODOLOGIA	La estrategia responde a una metodologia y disenio aplicados para lograr las hipotesis.													X		
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relacion entre los componentes de la investigacion y su adecuacion													X		

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicacion
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicacion

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

FECHA: 15/10/16 DNI: 10976234 FIRMA DEL EXPERTO: [Firma]
 cop 15740
 Esp. Carciologia y Endocrinia

