

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

“PREVALENCIA DE TRATAMIENTO DE CONDUCTOS
RADICULARES EN PIEZAS DENTARIAS ANTERIORES
PERMANENTES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ULADECH CATÓLICA. PERIODO ABRIL – JULIO, 2017”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA.

AUTOR

CABRERA SALCEDO INGRID MERLY

ASESOR

Mgr. RAMOS TORRES WILFREDO FIDEL

CHIMBOTE - PERU

2018

Título

**“PREVALENCIA DE TRATAMIENTO DE CONDUCTOS
RADICULARES EN PIEZAS DENTARIAS ANTERIORES
PERMANENTES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ULADECH CATÓLICA. PERIODO ABRIL – JULIO, 2017”**

HOJA DE FIRMA DEL JURADO Y ASESOR

Dr. ELIAS AGUIRRE SIANCAS

PRESIDENTE

Mgtr. SAN MIGUEL ADOLFO ARCE

MIEMBRO

Mgtr. SALLY CASTILLO BLAZ

MIEMBRO

Mgtr. WILFREDO RAMOS TORRES

ASESOR

AGRADECIMIENTO

Un enorme agradecimiento a Dios todopoderoso, por concederme la salud y la fortaleza, por iluminarme el camino y darme voluntad en los momentos más difíciles y permitirme cumplir con éxito mi sueño más anhelado.

A mis padres por su apoyo incondicional en mi lucha constante de querer cumplir mis sueños, que ahora se están cumpliendo.

A la Dra. Liliana Temoche, coordinadora de la Clínica Odontología ULADECH Católica por brindarme los datos necesarios para realizar mi proyecto, y a nuestro asesor por su apoyo constante y hacer posible que este trabajo de investigación se haga realidad.

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado **a Dios** por sobre todas las cosas, porque es el quien nos guía a tomar las buenas decisiones que se nos presenta.

A mi mamá Elena, por todo su apoyo incondicional, sin ti no hubiese sido posible terminar mi carrera. Por ser una mujer trabajadora y luchadora, que ha tenido la paciencia, la tolerancia de confiar en mí. Que Dios me le de mucha salud y me la cuide.

A mi papá Rubén, por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundido siempre, por el valor mostrado para salir adelante, por su amor y por enseñarme que todo es posible si se quiere.

A los doctores que me brindaron una mano amiga para mejorar día a día en el aspecto académico y mi formación profesional.

RESUMEN

Este trabajo de investigación tiene como objetivo general determinar la prevalencia de tratamiento de conductos radiculares de piezas dentarias anteriores permanentes en la Clínica Odontológica ULADECH Católica, en el periodo Abril- Julio 2017. Y como objetivos específicos determinar la prevalencia de pulpitis irreversible, la prevalencia de necrosis pulpar, la prevalencia de la pieza dental tratada endodónticamente, y la prevalencia de tratamiento de conductos según el género. Este estudio es de nivel descriptivo, de diseño epidemiológico de tipo transversal, retrospectivo y observacional. La población de trabajo estuvo constituida por 834 historias clínicas de la especialidad de Endodoncia de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica Chimbote del periodo Abril – Julio 2017. Siendo la muestra 200 historias clínicas de las cuales se sustrajo y recopiló la información. Como resultado la prevalencia de tratamiento de conductos radiculares en piezas dentarias anteriores permanentes fue de un 24%. La prevalencia de pulpitis irreversible en un 76%. La prevalencia de necrosis pulpar en un 24%. La pieza dental anterior permanente más prevalente tratada endodónticamente fueron los incisivos superiores presentando un porcentaje de 52%. En cuanto al género con mayor prevalencia de tratamiento de conductos se encontró el sexo femenino con un 72 %. Concluyendo que son las mujeres quienes presentan una mayor prevalencia en dientes tratados endodónticamente y se preocupan por conservar sus piezas dentales.

Palabras claves: Prevalencia, Pulpitis, Necrosis.

ABSTRACT

The general objective of this research is to determine the prevalence of root canal treatment of permanent anterior teeth at the ULADECH Catholic Dental Clinic, in the period April-July 2017. And as specific objectives to determine the prevalence of irreversible pulpitis, the prevalence of pulpal necrosis, the prevalence of the endodontically treated tooth, and the prevalence of root canal treatment according to gender. This study is of a descriptive level, with an epidemiological design of a transversal, retrospective and observational type. The working population consisted of 834 clinical histories of the specialty of Endodontics of the patients treated at the Dental Clinic ULADECH Católica Chimbote from the period April - July 2017. The sample being 200 clinical histories from which the information was extracted and compiled. As a result, the prevalence of treatment of root canals in permanent anterior teeth was 24%. The prevalence of irreversible pulpitis by 76%. The prevalence of pulpal necrosis in 24%. The most prevalent permanent anterior dental piece treated endodontically were the upper incisors presenting a percentage of 52%. Regarding the gender with the highest prevalence of root canal treatment, the female sex was found with 72%. Concluding that it is women who have a higher prevalence in teeth treated endodontically and are concerned about keeping their teeth.

Key words: Prevalence, Pulpitis, Necrosis.

CONTENIDO

1. Título de la tesis.....	ii
2. Hoja de firma del jurado y asesor.....	iii
3. Agradecimiento.....	iv
4. Resumen.....	vi
5. Contenido.....	viii
6. Índice de gráficos, tablas y cuadros.....	ix
I. Introducción.....	1
II. Revisión de literatura.....	3
III. Hipótesis.....	30
IV. Metodología.....	31
4.1. Diseño de la investigación.....	31
4.2. Población y muestra.....	31
4.3. Definición y Operacionalización de variables e indicadores.....	32
4.4. Técnica e instrumental de recolección de datos.....	34
4.5. Plan de análisis.....	34
4.6. Matriz de consistencia.....	35
4.7. Principio éticos.....	36
V. Resultados.....	37
5.1. Resultados.....	37
5.2. Análisis de resultados.....	42
VI. Conclusiones.....	44
Referencias bibliográficas.....	45
Anexos.....	48

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01:

“PREVALENCIA DE TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS RADICULARES EN PIEZAS DENTARIAS ANTERIORES PERMANENTES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA. DURANTE EL PERIODO ABRIL – JULIO, 2017”37

TABLA N° 02:

“PREVALENCIA DE PULPITIS IRREVERSIBLE EN PIEZAS DENTARIAS ANTERIORES PERMANENTES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA. DURANTE EL PERIODO ABRIL – JULIO, 2017”38

TABLA N° 03:

“PREVALENCIA DE NECROSIS PULPAR EN PIEZAS DENTARIAS ANTERIORES PERMANENTES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA. DURANTE EL PERIODO ABRIL – JULIO, 2017”39

TABLA N° 04:

“PREVALENCIA DE PIEZA DENTAL ANTERIOR PERMANENTE, TRATADA ENDODÓNICAMENTE EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA. DURANTE EL PERIODO ABRIL – JULIO, 2017”.....40

TABLA N° 05:

“PREVALENCIA DE TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS RADICULAES EN PIEZAS DENTARIAS ANTERIORES PERMANENTES SEGÚN GÉNERO EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA. DURANTE EL PERIODO ABRIL – JULIO, 2017”41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 01:

“PREVALENCIA DE TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS RADICULARES EN PIEZAS DENTARIAS ANTERIORES PERMANENTES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA. DURANTE EL PERIODO ABRIL – JULIO, 2017”.....37

GRÁFICO N° 02:

“PREVALENCIA DE PULPITIS IRREVERSIVLE EN PIEZAS DENTARIAS ANTERIORES PERMANENTES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA. DURANTE EL PERIODO ABRIL – JULIO, 2017”.....38

GRÁFICO N° 03:

“PREVALENCIA DE NECROSIS PULPAR EN PIEZAS DENTARIAS ANTERIORES PERMANENTES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA. DURANTE EL PERIODO ABRIL – JULIO, 2017”.....39

GRÁFICO N° 04:

“PREVALENCIA DE PIEZA DENTAL ANTERIOR PERMANENTE, TRATADA ENDODÓNICAMENTE EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA. DURANTE EL PERIODO ABRIL – JULIO, 2017”.....40

GRÁFICO N° 05:

“PREVALENCIA DE TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS RADICULAES EN PIEZAS DENTARIAS ANTERIORES PERMANENTES SEGÚN GÉNERO EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA. DURANTE EL PERIODO ABRIL – JULIO, 2017”41

I. INTRODUCCIÓN

El odontólogo frecuentemente se enfrenta con dolores agudos provenientes de estructuras dentarias o de sus tejidos adyacentes, siendo el dolor pulpar por sus características clínicas el que más lleva a los pacientes a acudir a una consulta de urgencia odontológica ^{1,2}

La endodoncia se ha convertido en un complemento total y fundamental de las restantes disciplinas dentales: de hecho es difícil imaginar la práctica de la periodoncia y de la odontología restauradora (prótesis, operatoria dental, etc.) sin el aporte de la endodoncia.³

Las infecciones producidas por microorganismos anaerobios y bacterias Gram negativas son una de las causas más importantes que pueden afectar a la pulpa. Esta infección puede llegar a ella a través de la corona (caries, fisuras, fracturas y defectos del desarrollo dentario) o de la raíz del diente (caries del cuello, bolsas periodontales y bacteremias) ⁴

Es fundamental demostrar la presencia o no de patología pulpar en el instante en el que finalizamos el examen, así precisar en qué etapa de evolución se halla la enfermedad. El nivel de éxito del tratamiento dependerá del correcto diagnóstico de la patología pulpar.

Para ello es importante conocer las diferentes patologías pulpares, tomando en cuenta las características clínicas que son particulares de cada una de ellas y la prevalencia que presentan en nuestra población para poder tener bases científicas que nos ayuden

a estar más cerca de la realidad y así poder orientar estrategias de salud que se acomoden a nuestra situación ⁶

En la zona norte del Perú, se encuentra la Ciudad de Chimbote, perteneciente a la Región de Ancash, también conocido por el sobrenombre de la “Ciudad de la pesca y el acero”; Debido a que son escasos los estudios en nuestro medio en el que se pueda conocer la prevalencia de tratamiento de conductos, se consideró oportuno realizar un el presente trabajo de investigación para plantearse: ¿Cuál es la prevalencia de tratamiento de conductos radiculares en piezas dentarias anteriores permanentes en la Clínica Odontológica ULADECH Católica. Durante el periodo Abril – Julio, 2017?. Que tiene como objetivo general determinar la prevalencia de tratamiento de conductos radiculares en piezas dentarias anteriores permanentes en la Clínica Odontológica ULADECH Católica; y como objetivos específicos determinar la prevalencia de pulpitis irreversible, necrosis pulpar, la pieza anterior tratada endodónticamente y la prevalencia según el género.

Teniendo en consideración que la clínica de la Escuela de Odontología de la Universidad ULADECH recibe un alto número de paciente al día, los cuales son evaluados para su respectivo diagnóstico, el aporte de los resultados de esta investigación es importante para poder conocer la prevalencia de las piezas dentarias anteriores permanentes más prevalentes y las causas más frecuentes de atención, esto permitirá a los profesionales y estudiantes de pre grado de odontología tener información actualizada que les permitirá ejercer de mejor manera su profesión.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Antecedentes

Calle C. (Ecuador-2017). Realizó un estudio denominada “Frecuencia de Patologías Pulpaes atendidas en una Clínica Docente de Ecuador”. Tuvo como Objetivo General determinar la frecuencia de patologías pulpaes en pacientes de 18 a 45 años de edad que acudieron a la Clínica de Odontología de la Unidad Académica de Ciencia Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca en el año lectivo 2013 – 2014. El estudio fue de tipo descriptivo transversal. Obteniendo como resultado que la patología pulpar más frecuente fue pulpitis irreversible (62 %), seguido de necrosis (38%). Los pacientes de entre 26 a 30 y 40 a 45 años presentaron una frecuencia de pulpitis irreversible de 70 y 75 % respectivamente. Mientras que la frecuencia de necrosis no superó el 50 % de los casos en ningún grupo etario, siendo mayor en los grupos de 36 a 40 años y 18 a 25 años. Concluyendo que no existe diferencia significativa entre ambos sexos. (11)

Tuesta N. (Perú – 2016). Realizó su tesis denominada “Prevalencia de tratamientos de conductos radiculares en piezas dentarias permanentes en la Clínica Estomatológica USS. Periodo 2013 I al 2015 I. Tuvo como Objetivo General determinar la prevalencia de tratamientos de conductos radiculares en piezas dentarias permanentes en la clínica Estomatológica USS. Durante el período 2013 I al 2015 I. A su vez tuvo como Objetivos Específicos conocer la causa frecuente según diagnóstico pulpar y periapical por las cual se realizó tratamiento de endodoncia, establecer el grupo dentario anterior con mayor prevalencia de tratamiento de endodoncia y establecer el grupo dentario

posterior con mayor prevalencia de tratamiento de endodoncia. El estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. Obteniendo como resultado según el diagnóstico pulpar un 48.0 % de piezas dentarias con tratamiento de conducto radicular que fueron causadas por pulpitis irreversible sintomática y 15.3% de pulpitis irreversible asintomática, seguida de necrosis pulpar con 23.1 %. El diente afectado con enfermedad periapical tratado endodónticamente presentó periodontitis apical sintomática con 41.6 %. Los incisivos centrales superiores fueron el grupo dentario anterior con mayor tratamiento de conductos radiculares presentando un mayor porcentaje con 39.2 %. En cuanto al grupo dentario anterior la mayor prevalencia de tratamiento de conductos se encontró en los incisivos centrales superiores presentaron el 39.2% y en el grupo dentario posterior con mayor prevalencia de tratamientos de conductos se encontró que los segundos premolares superiores presentaron el 26%. Concluyendo que la prevalencia de tratamiento de conductos radiculares en dientes permanentes fue de un 15%. (12)

Ruiz K. (Ecuador – 2016). Realizó su trabajo de investigación denominada “Prevalencia de piezas anteriores tratadas endodónticamente en la facultad de Odontología periodo 2015 – 2016”. Tuvo como Objetivo General determinar la prevalencia de casos endodónticos de piezas dentales anteriores atendidos en la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología en el periodo 2015 – 2016. A su vez tuvo como Objetivos Específicos identificar la frecuencia de pacientes atendidos por género y edad, identificar las causas más prevalentes de atención endodóntica y determinar cuál es la pieza dental tratada endodónticamente más prevalente. El estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. Obteniendo como resultado a los pacientes con

mayor frecuencia de atención endodóntica en el periodo investigado fueron de sexo femenino con un porcentaje del 64%, En cuanto a la edad son los más jóvenes los que acuden con mayor frecuencia ya que el 41% de los pacientes se encuentra en el rango de edad de 18 a 30 años, Entre los diagnósticos más frecuentes se encontró que la pulpitis es la mayor causa de atención endodóntica con el 32% de atenciones, siendo los incisivos centrales las piezas dentales anteriores con mayor recurrencia con el 39% de atenciones, seguidos por los incisivos laterales con el 35% de incidencia y los caninos con el 26% de incidencias. Concluyendo que las mujeres son quienes más se preocupan por conservar sus piezas dentales. (13)

Díaz H. (Perú – 2016). Realizó su tesis denominada “Patologías pulpares y tratamientos endodónticos y/o quirúrgicos en pacientes de 19 a 59 años, atendido en el Hospital Regional de Loreto, 2015”. Tuvo como Objetivo General determinar las Patologías Pulpares y Tratamientos Endodónticos y/o Quirúrgicos más frecuentes en pacientes de 19 a 59 años atendidos en el Hospital Regional de Loreto, 2015. A su vez tuvo como Objetivos Específicos identificar las patologías pulpares más frecuentes en pacientes de 19 a 59 años atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2015, identificar los tratamientos endodónticos realizados concordancia con las patologías pulpares diagnosticadas en pacientes de 19 a 59 años atendidos en el Hospital Regional de Loreto 2015 e identificar los tratamientos quirúrgicos realizados concordancia con las patologías pulpares diagnosticadas en pacientes de 19 a 59 años atendidos en el Hospital Regional de Loreto, 2015. El tipo de investigación fue cuantitativa, el diseño no es experimental, correlacional y transversal. Obteniendo como resultado, la patología pulpar que tuvo mayor porcentaje fue Necrosis Séptica con 66.5%. El grupo

dentario más afectado con patologías pulpares fueron los molares, con mayor porcentaje en el Primer Molar Superior Izquierdo (2.6) con el 12,5%; el tratamiento endodóntico con mayor prevalencia fue Pulpectomía con el 23%, del cual 49.10% fue diagnosticada como Necrosis Séptica, el 38.60% como Pulpitis aguda y el 12.30% como Pulpitis Crónica. El tratamiento quirúrgico con mayor prevalencia fue Exodoncia con el 71.4%, del cual 77.40% fueron diagnosticados como Necrosis Séptica, el 14.70% como Pulpitis Aguda, el 7.30% como Pulpitis Crónica. Concluyendo que el mayor porcentaje fueron del género femenino con 62.9% (14)

Sotelo. E (Ecuador 2015). Realizó su tesis denominada “Prevalencia de tratamientos de conducto en pacientes adultos de la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas”. Tuvo como Objetivo General identificar la prevalencia de tratamientos de conducto en pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la UDLA. A su vez tuvo como Objetivos Específicos conocer la prevalencia de pulpitis irreversible, conocer la prevalencia de necrosis pulpar, conocer la prevalencia de retratamientos endodónticos mencionados según el sexo e identificar el grupo de piezas con mayor prevalencia de necrosis pulpar, pulpitis irreversible y retratamientos endodónticos. El diseño de la investigación fue observacional y retrospectivo. Obteniendo como resultado la prevalencia de tratamientos de conductos fue de un 9.98% en pacientes adultos, según el género la mayor prevalencia fue del sexo femenino con un 52,66 %, y las piezas dentales con algún tipo de patología pulpar más prevalente fueron las piezas posteriores con un 72.58%, con mayor prevalencia patología pulpar en piezas corresponden a tratamiento de conducto de los cuales la mayor prevalencia fue en el género femenino, la patología pulpar que presentó más frecuencia fue la pulpitis

irreversible con un 47,85 %, el 41.4 % presento necrosis pulpar y un 10.75% presento retratamiento; los pacientes con tratamiento de conducto entre los 26 y 50 años presento mayor prevalencia con un 53,33%. Concluyendo que la patología que se presentó con mas frecuencia es la pulpitis irreversible en piezas posteriores en pacientes del género femenino. (15)

Ronald A. (Ecuador- 2016). Realizó su tesis denominada “Prevalencia de enfermedades pulpares en pacientes atendidos en la Clínica de Endodoncia Facultad Piloto de Odontología durante el periodo 2015 – 2016”. Tuvo como Objetivo General establecer la patología pulpar más frecuente en los pacientes atendidos en la Clínica de Endodoncia en la Facultad Piloto de Odontología periodo 2015-2016. A su vez tuvo como Objetivos Específicos determinar la prevalencia de enfermedad pulpar de los pacientes atendidos en la Clínica de Endodoncia durante el periodo académico 2015-2016 según el sexo, determinar la prevalencia de enfermedad pulpar de los pacientes atendidos en la Clínica de Endodoncia durante el periodo académico 2015-2016 según la edad y determinar la prevalencia de enfermedad pulpar de los pacientes atendidos en la Clínica de Endodoncia durante el periodo académico 2015-2016 según pieza dentaria afectada. El diseño de la investigación fue tipo descriptivo y transversal. Obteniendo como resultado que la prevalencia de atención endodóntica en la clínica de endodoncia es mayoritariamente femenina con el 58%, la mayor, en cuanto a la edad de los pacientes se los separo en 4 grupos siendo estos de 13 a 20, de 21 a 35, 36 a 50, de 51 a más de 60, siendo el grupo con mayor frecuencia el de 36 a 50 con el 30% de los tratamientos, los dientes más frecuentemente tratado fue el incisivo central con el 34% de atenciones, seguido de los incisivos laterales con el 27%, El mayor

número de atenciones se debió a caries profundas y exposición pulpar con el 65% seguido por los retratamientos con el 13%, la patología más frecuente fue la pulpitis irreversible con una incidencia del 49%, muy de cerca se encuentra la caries dental profunda con el 35%. (16)

Acuña J. (Perú - 2011). Realizó su tesis denominada “Prevalencia de Enfermedad Pulpar y su Necesidad de tratamiento en los pacientes atendidos en la clínica del adulto de la facultad de estomatología de la universidad Inca Garcilaso de la Vega en el Periodo Académico 2010 – I-II-III”. Tuvo como Objetivo General Determinar la prevalencia de enfermedad pulpar y su necesidad de tratamiento en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el periodo académico 2010 I –II-III según la edad, determinar la prevalencia de enfermedad pulpar de los pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el periodo académico 2010 I –II-III según la edad, determinar la prevalencia de enfermedad pulpar de los pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el periodo académico 2010 I –II-III según sexo, determinar la prevalencia de enfermedad pulpar de los pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el periodo académico 2010 I –II-III según pieza dentaria afectada, determinar el tipo de enfermedad pulpar más frecuente en los pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el periodo académico 2010 I-II-III y determinar la necesidad de tratamiento más frecuente en los paciente con enfermedad pulpar atendidos en la Clínica

Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el periodo académico 2010 I-II-III. El estudio fue de diseño transversal, retrospectivo de nivel descriptivo. Obteniendo como resultado que el 42.4% de los individuos fueron afectados por enfermedad pulpar, presentándose mayormente en el grupo etáreo de 20 a 39 años en un 47.3%, de los cuales el 43.9% correspondió al sexo femenino y el 39.7% al sexo masculino; el total de piezas dentarias con enfermedad pulpar la más afectada fue la primera molar inferior con un 17.8%; en segundo lugar la primera premolar superior con 14,6%, seguida por la segunda molar inferior con 13.4%. El diagnóstico pulpar más frecuentemente hallado correspondió a la pulpitis irreversible 75.8%; seguida de la Necrosis Pulpar con un 24.2%. Concluyendo que la prevalencia de enfermedad pulpar en el año 2010 fue alta (42,4%). En relación al sexo no se hallaron diferencias significativas. La pulpitis irreversible sintomática 75,8% fue la enfermedad pulpar más prevalente. La principal necesidad de tratamiento en las piezas dentarias afectadas con enfermedad pulpar fue la endodoncia (85%). (17)

Bases Teóricas

ENDODONCIA

Es el campo de la odontología que procura conservar los dientes cuya pulpa, por alguna razón, se encuentra alterada en forma irreversible o que perdió la capacidad de mantenerse con vitalidad.^{19, 20}

La pulpa

La pulpa es el tejido blando del diente. Se localiza en el centro de la cavidad que forman las estructuras mineralizadas y es por medio de la pulpa que el diente tiene vida. ²²

La pulpa dental es un tejido que responde a cualquier agresión mediante una reacción inflamatoria, la cual adquiere una característica especial en la pulpa debido al hecho de estar confinada en una cavidad de paredes mineralizada y con irrigación sanguínea terminal; la estimulación de sus fibras nerviosas mediante calor, frío acción mecánica o química produce dolor, es importante considerar que el tejido pulpar y periapical no experimenta una extinción o muerte repentina, sino que va sucumbiendo paulatinamente. ^{24, 25}

Enfermedad Pulpar

Es la respuesta de la pulpa ante la presencia de irritantes bacterianos, químicos o físicos. La lesión a la pulpa origina muerte celular que causa inflamación. La respuesta de la lesión de la pulpa empieza en una pulpitis reversible a una pulpitis irreversible y confluyendo a una necrosis pulpar. ²⁶

Causas:

Irritantes microbianos

Irritantes mecánicos

Irritantes Térmicos

Irritantes Químicos y eléctricos

Lesiones traumáticas

Enfermedad periodontal

Factores predisponentes:

Enfermedades sistémicas.

Carencias nutricionales.

Alteraciones hormonales.

Clasificación según Cohen: ²⁸

Pulpa Normal: Los dientes con pulpas normales no muestran síntomas espontáneos.

La pulpa responde a las pruebas complementarias, y los síntomas generados por las pruebas son leve, que no resultan molestos y dan lugar a una sensación transitoria que revierte en cuestión de segundos. Desde el punto de vista radiográfico, el grado de calcificación pulpar puede ser variable pero sin datos de reabsorción, caries o exposición pulpar mecánica. Estos dientes no precisan ningún tratamiento endodóntico. ³⁴

Pulpitis Reversible: Cuando la pulpa esta irritada de modo que su estimulación resultan incómoda para el paciente pero revierte rápidamente después de la irritación, se dice que existe una pulpitis reversible. Entre los factores etiológicos estas las caries, la dentina expuesta, los tratamientos dentales recientes y las restauración defectuosas. La eliminación conservadora del factor irritante resolverá los síntomas. Pueden surgir problemas cuando la dentina esta expuesta, sin signos de patología, que a veces puede generar un dolor agudo, rápidamente reversible cuando se somete a estímulos

térmicos, de exploración, táctiles, mecánicos, osmóticos o químicos. Esto se conoce como sensibilidad de la dentina. La dentina expuesta en el área cervical del diente explica la mayoría de casos diagnósticos de sensibilidad dentinaria.

Pulpitis Irreversible: Cuando la afección pulpar evoluciona hacia una pulpitis irreversible es necesario instaurar un tratamiento para eliminar el tejido enfermo.

Pulpitis Irreversible Sintomática: Los dientes que se caracterizan por una pulpitis irreversible sintomática muestran un dolor intermitente o espontáneo. La rápida exposición de los dientes de este grupo a drásticos cambios de temperatura (especialmente a estímulos fríos) aumentara y prolongara los episodios de dolor incluso después de eliminar el estímulo térmico. El dolor puede ser agudo o sordo, localizado o referido, típicamente, el aspecto radiográfico del hueso perirradicular muestra cambios mínimos. Al progresar, la pulpitis irreversible puede manifestarse por un ensanchamiento del ligamento periodontal en la radiografía y puede hacer indicios de irritación pulpar por una calcificación extensa de cámara pulpar y del espacio del conducto radicular. Entre los antecedentes puede haber obturación profundas, caries, exposición de la pulpa, o cualquier otra agresión directa o indirecta pulpar, reciente o antigua, y se puede apreciar radiográfica o clínicamente.

Pulpitis Irreversible Asintomática: En ocasiones una caries profunda no dará lugar a ningún síntoma incluso aunque clínicamente y radiográficamente la caries haya avanzado hasta la pulpa. Si no se trata, el diente puede empezar a desarrollar síntomas o la pulpa acabara necrosándose. En los casos de pulpitis irreversible asintomática debe

instaurarse un tratamiento endodóntico lo antes posible para que no se produzca una pulpitis irreversible sintomática y ocasione dolor intenso y molestias al paciente.

Necrosis pulpar: cuando se produce una necrosis pulpar (o pulpa desvitalizada), la vascularización pulpar es inexistente y los nervios pulpares no son funcionales. Es la única clasificación clínica que intenta describir directamente el estado histológico pulpar(o su ausencia). Esta afección es posterior a la pulpitis irreversible sintomática o asintomática. Cuando la pulpa esta totalmente necrosa, el diente suele ser asintomático hasta que aparecen síntomas por extensión de la enfermedad a los tejidos perirradiculares. Con necrosis pulpar, el diente no responderá a pruebas pulpares eléctrica ni a la estimulación con frio. Sin embargo, si el calor se prolonga más tiempo, el diente puede responder a estímulo. Esta respuesta podría estar relacionada con restos de líquido o gases en el espacio del conducto pulpar que se expanden y extienden a los tejidos periapicales.

Examen y Diagnóstico

Es indiscutible que para proporcionar al paciente una terapéutica adecuada es fundamental identificar el diente y hacer el diagnóstico de la enfermedad que lo afecta.

Para la obtención del conjunto de datos que ayudaran al diagnóstico, se debe utilizar:

La historia medica

La anamnesis

El examen clínico

Los exámenes complementarios

Historia Clínica Médica

El conocimiento referente al estado de salud del paciente, las enfermedades sistémicas y actuales o pasadas, así como los medicamentos perjudiciales durante el tratamiento o después.³⁵

Historia Clínica Odontológica

En la anamnesis, el paciente expone el motivo de la consulta, hace una retrospectiva de la historia clínica y describe sensaciones subjetivas (síntomas) como, por ejemplo, el dolor y la ansiedad.³⁶

Parte de la ficha para registro de síntomas:

Motivo de la consulta y características del dolor

Inicio del dolor

Origen e Intensidad (Espontaneo - Provocado) (Leve – Agudo) (frio, calor, dulce)

Duración fugaz pasajera o constante

Frecuencia ocasional, intermitente o continua

Localización puntual, irradiada o difusa

Tipo pulsátil o sordo.

Examen clínico

Es el fulcro del diagnóstico. Con los datos sobre como comenzó, como evoluciono la enfermedad y características del dolor.

La **Inspección**, la **exploración** y la **palpación** son importantes para visualizar, localizar y evidenciar signos o comprobar síntomas que contribuirán al diagnóstico. Realizadas con cuidado y sensibilidad, detectan indicios importantes.

La **inspección**, por ejemplo, podrá identificar (incluso antes de iniciada la consulta) una asimetría facial, un traumatismo labial, etc.

La **palpación** podrá identificar áreas de edema, fluctuación o endurecimiento y, asimismo, comprobar la presencia de dolor. Aunque sean de simple ejecución, exigen buena iluminación, buena visibilidad y atención.

Durante la inspección, la exploración y la palpación de los labios, mucosa, el piso de boca, el paladar, la encía y los dientes, es posible percibir ciertas manifestaciones objetivas (signos), sobre todo en las coronas o en los tejidos peridentarios que deben merecer especial atención.

Pruebas Diagnosticas

Prueba Eléctrica

El dolor es la única modalidad sensorial que reconoce el diente. La prueba eléctrica y las pruebas térmicas, que son capaces de provocarlo, son las más usadas con el objetivo de evaluar la sensibilidad de la pulpa

En los aparatos utilizados para la prueba eléctrica, una corriente eléctrica de alta frecuencia y bajo voltaje aplicada sobre el esmalte o, de preferencia, sobre la dentina estimulara una reacción de los componentes sensibles de la pulpa: las fibras nerviosas.

El uso de una pequeña cantidad de crema dental entre el electrodo y el tejido dentario podrá mejorar las condiciones del paso de la corriente y, por consiguiente, las respuestas.

Pruebas de sensibilidad al frío y al calor

Al igual que la prueba térmica, las pruebas térmicas que utilizan frío y calor no ofrecen datos cuantitativos, sino respuestas positivas o negativas que son auxiliares confiables para identificar el diente con odontalgia y sugerir la gravedad de la lesión pulpar.

La prueba del frío se puede realizar con cloruro de etilo, gas refrigerante (tetrafluoroetano o diclorodifluorometano) o con dióxido de carbono (nieve carbónica), que se caracterizan por presentar temperaturas entre $-31\text{ }^{\circ}\text{C}$ y $-55\text{ }^{\circ}\text{C}$. Aplicado con delicadez mediante una bolita de algodón sobre la superficie coronaria por 1 o 2 segundos, el frío provocará reacciones que podrán ayudar a diagnosticar.

La prueba de calor se puede realizar con una barra de gutapercha, cuyo extremo se calienta ligeramente aplicada en la superficie del diente aislado y lubricado con vaselina. Como la acción del calor puede provocar daños irreversibles en la pulpa, se le debe usar con cuidado y retirarlo al cabo de 3 a 4 segundos.

Examen Radiográfico

El diagnóstico no debe solo basarse en es una imagen, el examen es solo es una ayuda imagenológica.

Por ser la radiografía una imagen bidimensional de una realidad tridimensional, en muchos casos y para facilitar la obtención de información, es necesario tomar varias radiografías con diferente incidencia, tanto con disociaciones de la angulación horizontal como la angulación vertical.

La interpretación radiográfica se realiza observando:

Corona

Raíz

Conductos Radiculares

Zona periapical

Dientes cercanos

Diagnostico Pulpar

Pulpa Clínicamente Sana

Signos y síntomas:

Es asintomática

Examen Clínico:

No se halla evidencia de caries

No se observa coloración del diente

Hallazgos radiográficos:

Radiográficamente no se notan cambios periapicales.³⁸

Tratamiento:

Por causas restaurativas prostodónticas puede estar indicado el tratamiento endodóntico.

Pulpitis Reversible**Signos y síntomas:**

No hay antecedentes de dolor espontáneo

Respuesta rápida y aguda al frío, que cesa al retirar el estímulo.

Examen clínico:

Obturaciones fracturadas o mal adaptadas respuesta hipersensible a las pruebas de sensibilidad pulpar.³⁷

Tratamiento de restauración reciente con sensibilidad postoperatoria, caries primaria o secundaria, abrasión, trauma, retracciones gingivales o cualquiera de los factores etiológicos de patología pulpar.

Hallazgos radiográficos:

Radiográficamente no hay evidencias de cambios.

Caries y restauraciones profundas

Tratamiento:

Recubrimiento Pulpar Indirecto

Pulpitis Irreversible Aguda

Signos y síntomas:

Inicia con dolor espontáneo de moderado a severo, irradiado, varía con los cambios térmicos que provocan dolor prolongado que persiste después de retirar el estímulo

Avanzando con un dolor constante, persistente, intenso, localizado por el paciente.

Aumenta con el calor, y disminuye al aplicar frío.³⁶

Examen clínico:

Pruebas de sensibilidad pulpar positiva, puede haber dolor a la percusión

Caries activa secundaria, obturaciones desadaptadas, extensas o profundas.

Enfermedades endoperiodontales, antecedentes de trauma oclusal como atrición.

Causas iatrogénicas como desecación de la cavidad.

Materiales irritantes y restauración mal adaptadas.

Hallazgos radiográficos

Se observan cambios periapicales

Caries y restauraciones profundas

Tratamiento:

Endodoncia Convencional

Pulpitis irreversible crónica

Signos y síntomas:

Dolor ocasional localizado de leve ha moderado, de corta duración que aumento con cambios térmicos o presión sobre el tejido pulpar expuesto

Examen clínico:

Se observa caries de gran evolución

Exposición pulpar por caries

Pruebas de sensibilidad pulpar positiva que puede desencadenar dolor sordo severo.

Trauma

Restauraciones profundas

Ortodoncia

Caries profundas sin exposición pulpar aparente

Evolución de pulpitis reversible, con persistencia de una agresión de baja intensidad y larga duración.

Hallazgos radiográficos:

No se observan cambios en el periápice.

Tratamiento:

Endodoncia Convencional

Necrosis Pulpar

Signos y síntomas:

No evidencia dolor o leve dolor a la masticación, el motivo de consulta del paciente mayormente es por estética.

Examen clínico:

Pruebas de sensibilidad pulpar negativas con posibilidad de falsos positivos en dientes multirradiculares en los que no hay necrosis coincidente de todos los conducto.

Cambio de color coronal.

No hay dolor o leve la percusión

Se puede observar caries profunda, restauración desadaptadas o el conducto puede estar expuesto al medio oral.

La etología puede ser bacteriana (caries), traumática o iatrogénica.

Hallazgos radiográficos:

Se pueden evidenciar restauración profundas, caries profundas, se puede evidenciar o no ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal

Tratamiento:

Endodoncia convencional ⁴²

Forma de cavidades de Acceso

La pulpa está protegido por los tejidos duros del diente, la cual presentan diferentes formas anatómicas que se deben conocer antes de empezar un tratamiento.

Como en todas las cirugías, el tratamiento endodóntico no se puede realizar sin conocimientos de la anatomía.

Para realizar con éxito el acceso al conducto radicular, es importante saber:

Dientes Superiores Anteriores

Incisivo Central Superior

El acceso endodóntico se hace por palatino, a no ser que exista alguna condición específica del caso requiera la apertura por vestibular.

Se localiza en el tercio medio; el límite incisal del acceso debe estar a aproximadamente 3 milímetros del borde incisal.

El tamaño de la apertura está directamente relacionado con el tamaño de la cámara pulpar.

Siempre se debe finalizar primero el bosquejo externo (en esmalte de la apertura antes de penetrar a cámara pulpar).

El bosquejo o forma externa del acceso se inicia con broca de diamante en forma perpendicular sobre el esmalte, al llegar a dentina se cambia a broca de carbide y se cambia también a una dirección paralela para penetrar a la cámara pulpar y localizar la entrada del conducto.

Al penetrar la cámara pulpar se localizan y exploran la entrada del conducto.

Se elimina retenciones y se bisela el borde incisal de la apertura.

Debe ampliarse la entrada del conducto o los conductos con broca Gates Glidden o con limas

Con limas de calibre pequeño, explorar el conducto en su totalidad (conociendo ya la longitud estimada en la radiografía inicial) sin hacer presión apical si se encuentra resistencia. En este momento el conducto de estar “inundado” con solución irrigante.³⁶

Incisivo Lateral Superior

El acceso endodóntico se hace por palatino, a no ser que exista alguna condición específica del caso requiera la apertura por vestibular.

Se localiza en el tercio medio; el límite incisal del acceso debe estar a aproximadamente 3 milímetros del borde incisal.

El tamaño de la apertura está directamente relacionado con el tamaño de la cámara pulpar.

Siempre se debe finalizar primero el bosquejo externo (en esmalte de la apertura antes de penetrar a cámara pulpar).

El bosquejo o forma externa del acceso se inicia con broca de diamante en forma perpendicular sobre el esmalte, al llegar a dentina se cambia a broca de carbide y se cambia también a una dirección paralela para penetrar a la cámara pulpar y localizar la entrada del conducto.

Al penetrar la cámara pulpar se localizan y exploran la entrada del conducto.

Se eliminan retenciones y se bisela el borde incisal de la apertura.

Debe ampliarse la entrada del conducto o los conductos con broca Gates Glidden o con limas

Con limas de calibre pequeño, explorar el conducto en su totalidad (conociendo ya la longitud estimada en la radiografía inicial) sin hacer presión apical si se encuentra resistencia. En este momento el conducto de estar “inundado” con solución irrigante.³⁶

Canino Superior

El acceso endodóntico se hace por palatino, a no ser que exista alguna condición específica del caso requiera la apertura por vestibular.

Se localiza en el tercio medio; el límite incisal del acceso debe estar a aproximadamente 3 milímetros del borde incisal.

El tamaño de la apertura está directamente relacionado con el tamaño de la cámara pulpar.

Siempre se debe finalizar primero el bosquejo externo (en esmalte de la apertura antes de penetrar a cámara pulpar).

El bosquejo o forma externa del acceso se inicia con broca de diamante en forma perpendicular sobre el esmalte, al llegar a dentina se cambia a broca de carbide y se cambia también a una dirección paralela para penetrar a la cámara pulpar y localizar la entrada del conducto.

Al penetrar la cámara pulpar se localizan y exploran la entrada del conducto.

Se elimina retenciones y se bisela el borde incisal de la apertura.

Debe ampliarse la entrada del conducto o los conductos con broca Gates Glidden o con limas

Con limas de calibre pequeño, explorar el conducto en su totalidad (conociendo ya la longitud estimada en la radiografía inicial) sin hacer presión apical si se encuentra resistencia. En este momento el conducto de estar “inundado” con solución irrigante.

Dientes inferiores

Incisivo central inferior

El acceso endodóntico se hace por lingual, a no ser que exista alguna condición específica del caso requiera la apertura por vestibular.

Se localiza en el tercio medio; el límite incisal del acceso debe estar a aproximadamente 3 milímetros del borde incisal.

El tamaño de la apertura está directamente relacionado con el tamaño de la cámara pulpar.

Siempre se debe finalizar primero el bosquejo externo (en esmalte de la apertura antes de penetrar a cámara pulpar).

El bosquejo o forma externa del acceso se inicia con broca de diamante en forma perpendicular sobre el esmalte, al llegar a dentina se cambia a broca de carbide y se

cambia también a una dirección paralela para penetrar a la cámara pulpar y localizar la entrada del conducto.

Al penetrar la cámara pulpar se localizan y exploran la entrada del conducto.

Se elimina retenciones y se bisela el borde incisal de la apertura.

Debe ampliarse la entrada del conducto o los conductos con broca Gates Glidden o con limas

Con limas de calibre pequeño, explorar el conducto en su totalidad (conociendo ya la longitud estimada en la radiografía inicial) sin hacer presión apical si se encuentra resistencia. En este momento el conducto de estar “inundado” con solución irrigante..³⁶

Incisivo lateral inferior

El acceso endodóntico se hace por lingual, a no ser que exista alguna condición específica del caso requiera la apertura por vestibular.

Se localiza en el tercio medio; el límite incisal del acceso debe estar a aproximadamente 3 milímetros del borde incisal.

El tamaño de la apertura está directamente relacionado con el tamaño de la cámara pulpar.

Siempre se debe finalizar primero el bosquejo externo (en esmalte de la apertura antes de penetrar a cámara pulpar).

El bosquejo o forma externa del acceso se inicia con broca de diamante en forma perpendicular sobre el esmalte, al llegar a dentina se cambia a broca de carbide y se

cambia también a una dirección paralela para penetrar a la cámara pulpar y localizar la entrada del conducto.

Al penetrar la cámara pulpar se localizan y exploran la entrada del conducto.

Se elimina retenciones y se bisela el borde incisal de la apertura.

Debe ampliarse la entrada del conducto o los conductos con broca Gates Glidden o con limas

Con limas de calibre pequeño, explorar el conducto en su totalidad (conociendo ya la longitud estimada en la radiografía inicial) sin hacer presión apical si se encuentra resistencia. En este momento el conducto de estar “inundado” con solución irrigante.

Canino inferior

El acceso endodóntico se hace por lingual, a no ser que exista alguna condición específica del caso requiera la apertura por vestibular.

Se localiza en el tercio medio; el límite incisal del acceso debe estar a aproximadamente 3 milímetros del borde incisal.

El tamaño de la apertura está directamente relacionado con el tamaño de la cámara pulpar.

Siempre se debe finalizar primero el bosquejo externo (en esmalte de la apertura antes de penetrar a cámara pulpar).

El bosquejo o forma externa del acceso se inicia con broca de diamante en forma perpendicular sobre el esmalte, al llegar a dentina se cambia a broca de carbide y se

cambia también a una dirección paralela para penetrar a la cámara pulpar y localizar la entrada del conducto.

Al penetrar la cámara pulpar se localizan y exploran la entrada del conducto.

Se elimina retenciones y se bisela el borde incisal de la apertura.

Debe ampliarse la entrada del conducto o los conductos con broca Gates Glidden o con limas

Con limas de calibre pequeño, explorar el conducto en su totalidad (conociendo ya la longitud estimada en la radiografía inicial) sin hacer presión apical si se encuentra resistencia. En este momento el conducto de estar “inundado” con solución irrigante.³⁶

Tratamiento endodóntico:

Radiografía inicial.

Anestesia local.

Apertura cameral, retiro de caries y restauración defectuosas.

Aislamiento absoluto del campo operatorio con tela de caucho. Previene la contaminación bacteriana y la inhalación e ingestión de instrumentos así como de las soluciones irritantes que puedan filtrarse desde la cavidad oral.

Exploración del conducto: con ayuda de un explorador de conductos determinar la dirección y calibre del conducto, realizar una exploración profunda del conducto con instrumentos delgados (0,8 – 10), el instrumento de calibre delgado no realizara efecto de embolo por lo que no impulsara detritos al ápice.

Para evitar lastimar el tejido periodontal durante esta exploración y considerando la posible distorsión, se debe tomar la radiografía inicial determinando puntos de referencia claros. Se debe medir con un dentímetro sobre la radiografía inicial la longitud del diente.

Determinación de la longitud real del diente y determinar la longitud de trabajo

Preparación biomecánica del conducto radicular

Irrigación y aspiración, en resumen, con la irrigación se busca limpieza, desinfección y lubricación

Finalizando obturación del conducto radicular.³⁸

III. HIPÓTESIS

Este trabajo de investigación no presenta hipótesis por ser de tipo descriptivo.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la Investigación

El presente trabajo es una investigación tipo Transversal, retrospectivo y observacional, de nivel descriptivo y de diseño epidemiológico.

4.2 Población y muestra

La población está compuesta por 834 Historias clínicas de la Especialidad de Endodoncia de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica Chimbote del Periodo Abril - Julio 2017. Se trabajó con las 834 Historias Clínicas.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Historias clínicas completa con su anexo de la especialidad de Endodoncia completa y contar el diagnostico pulpar y firma del docente evaluador.

Criterios de exclusión:

Historias clínicas incompletas

Historias clínicas cuyo diagnóstico pulpar no se encuentre dentro de la ficha de recolección.

4.3 Definición y Operacionalización de variables e indicadores

Definición de variable:

Prevalencia: La prevalencia describe la proporción de la población que padece la enfermedad que queremos estudiar en un momento determinado, es decir es como una foto fija.^{9, 32}

Tratamiento de conductos: Es un procedimiento dental para remover bacterias y tejido nervioso muerto o en descomposición del interior de un diente.

Pulpitis Irreversible: Es una alteración clínica que produce signos objetivos y subjetivos que indican que hay una inflamación grave del tejido pulpar.

Necrosis Pulpar: Es un estado patológico que indica la muerte del tejido **pulpar** del diente, es decir, las células que la forman han dejado de recibir inervación y vascularización

Género: Es el conjunto de características psicológicas, sociales y culturales, socialmente asignadas a las personas.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN
Prevalencia de tratamiento de conductos radiculares en piezas anteriores permanentes	Frecuencia de procedimiento para extirpar la pulpa afectada del conducto radicular.	Incisivos Caninos	Ficha de Recolección de tratamiento de conductos	Cualitativo	Si No
Covariables	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Tipo	Escala de Medición
Prevalencia de Pulpitis Irreversible	Frecuencia de inflamación severa de la pulpa dental sin capacidad de recuperación	Incisivos Caninos	Superior Inferior	Cualitativo	Si No
Prevalencia de Necrosis Pulpar	Frecuencia de la muerte del nervio del diente consecuencia de la aparición de una inflamación aguda y crónica	Incisivos Caninos	Superior Inferior	Cualitativo	Si No
Prevalencia de tratamiento de conductos radiculares en piezas anteriores permanentes según género	Es el conjunto de características físicas, biológicas y corporales con las que nacen los hombres y las mujeres. Se considerará para el estudio como masculino y femenino.	Masculino Femenino	Superior Inferior	Cualitativo	Si No

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: Se empleó para la recolección de datos la técnica Observacional.

Instrumento: Se usó el siguiente Instrumento:

Ficha de recolección de datos de tratamientos de conductos radiculares de las historias clínicas de la Clínica Odontológica ULADECH Católica (Anexo N° 04)

Procedimientos de recolección de datos:

Se solicitó permiso a la oficina de la Clínica Odontológica ULADECH Católica para la realización del trabajo de investigación (Anexo N°03). En las cuales se registró su género, número de piezas tratadas endodónticamente, pieza tratada por pulpitis irreversible o necrosis pulpar, pasando los datos obtenidos a la ficha de recolección. Se estimó un promedio de 5 minutos por cada historia clínica de la clínica odontológica ULADECH Católica. Los datos obtenidos de la ficha de recolección fueron trasladados a una base de datos del programa Microsoft Excel 2013

4.5 Plan de Análisis

Para realizar el análisis estadístico se utilizó la estadística descriptiva, ordenando y tabulando los datos obtenidos de la variable de estudio. La información fue procesada y analizada con el programa de Microsoft Excel 2013 y los resultados obtenidos fueron presentados en cuadros y gráficos de acuerdo a los objetivos señalados.

4.6 Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	METODOLOGIA	POBLACION Y MUESTRA
<p>¿Cuál es la prevalencia de tratamiento de conductos radiculares de piezas anteriores permanentes en la Clínica Odontológica ULADECH Católica. Periodo Abril – Julio 2017?</p>	<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la Prevalencia de tratamientos de conductos radiculares en piezas dentarias anteriores permanentes en la clínica Odontológica ULADECH Católica. Durante el período Abril – Julio 2017. <p>Objetivo específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la prevalencia de pulpitis irreversible en piezas dentarias anteriores permanentes en la clínica Odontológica ULADECH Católica. Durante el periodo Abril – Julio, 2017. • Determinar la prevalencia de Necrosis Pulpar en piezas dentarias anteriores permanentes en la clínica Odontológica ULADECH Católica. Durante el periodo Abril – Julio, 2017. • Determinar la prevalencia de la pieza dental anterior permanente, tratada endodónticamente en la clínica Odontológica ULADECH Católica. Durante el periodo Abril – Julio, 2017. • Determinar la prevalencia de tratamientos de conductos radiculares en piezas dentarias anteriores permanentes según género en la clínica Odontológica ULADECH Católica. Durante el periodo Abril – Julio, 2017. 	<p>El presente trabajo fue una Investigación tipo Transversal, Retrospectivo y Observacional.</p> <p>Método</p> <p>El método de Investigación fue Descriptivo.</p> <p>Diseño de la investigación</p> <p>El siguiente trabajo fue un diseño Epidemiológico.</p>	<p>La población está constituida por 834 historias clínicas y se trabajó todas las historias Clínicas de la Especialidad de Endodoncia de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica ULADECH Católica Chimbote del Periodo Abril - Julio 2017.</p>

4.7 Principio Éticos

Esta investigación se regirá bajo la Declaración de Helsinki que establece el respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar de los sujetos en investigación; salvaguardando su integridad física y mental, así como su intimidad y la protección de sus datos; así como también identificando que la persona en estudio no posea dificultades psicológicas u otro problema que pueda interferir en el proceso del desarrollo del trabajo de investigación. ³²

V. RESULTADOS

a. Resultados:

TABLA N° 01:

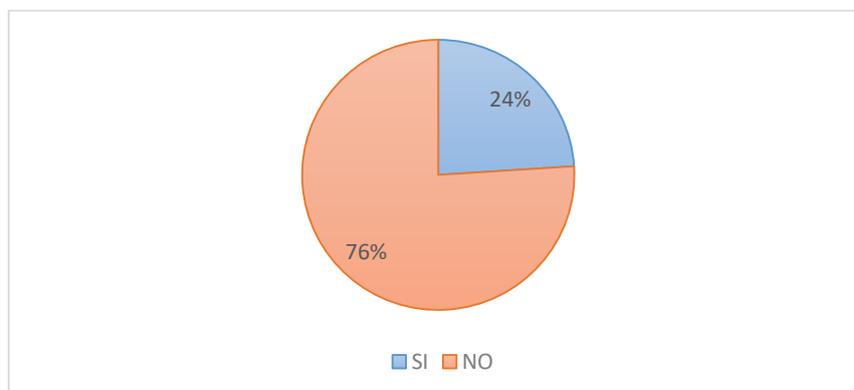
“PREVALENCIA DE TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS RADICULARES EN PIEZAS DENTARIAS ANTERIORES PERMANENTES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA. DURANTE EL PERÍODO ABRIL – JULIO, 2017”

	N°	%
SI	200	24%
NO	634	76%
TOTAL	834	100%

Fuente: Ficha de recolección.

GRAFICO N° 01:

“PREVALENCIA DE TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS RADICULARES EN PIEZAS DENTARIAS ANTERIORES PERMANENTES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA. DURANTE EL PERÍODO ABRIL – JULIO, 2017”



Fuente: Tabla N° 01

TABLA N° 02:

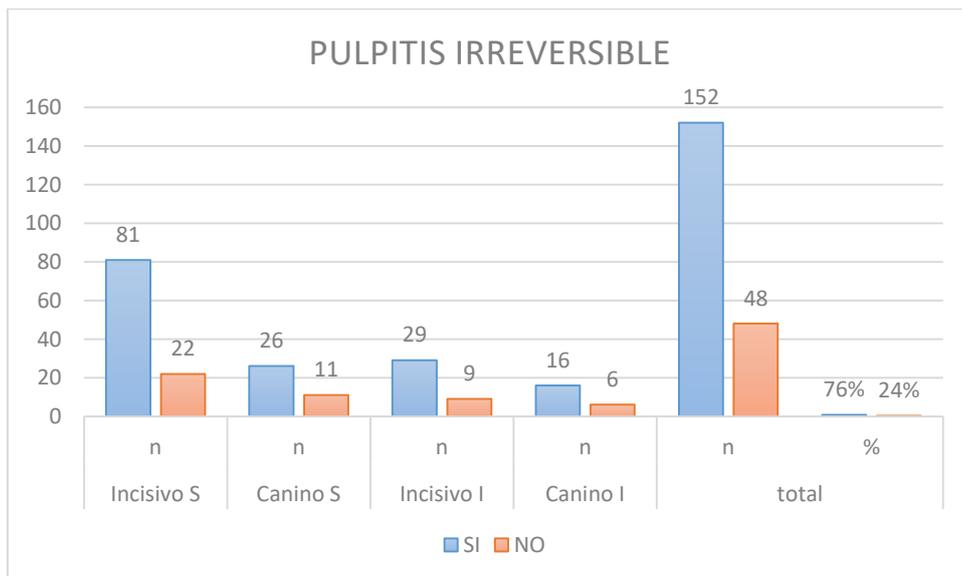
“PREVALENCIA DE PULPITIS IRREVERSIBLE EN PIEZAS DENTARIAS ANTERIORES PERMANENTES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA. DURANTE EL PERIODO ABRIL – JULIO, 2017”

PULPITIS IRREVERSIBLE	Incisivo S N°	Canino S N°	Incisivo I N°	Canino I N°	total N°	%
SI	81	26	29	16	152	76%
NO	22	11	9	6	48	24%
TOTAL	103	37	38	22	200	100%

Fuente: Ficha de Recolección.

GRAFICO N° 02:

“PREVALENCIA DE PULPITIS IRREVERSIBLE EN PIEZAS DENTARIAS ANTERIORES PERMANENTES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA. DURANTE EL PERIODO ABRIL – JULIO, 2017”



Fuente: Tabla N° 02.

TABLA N° 03:

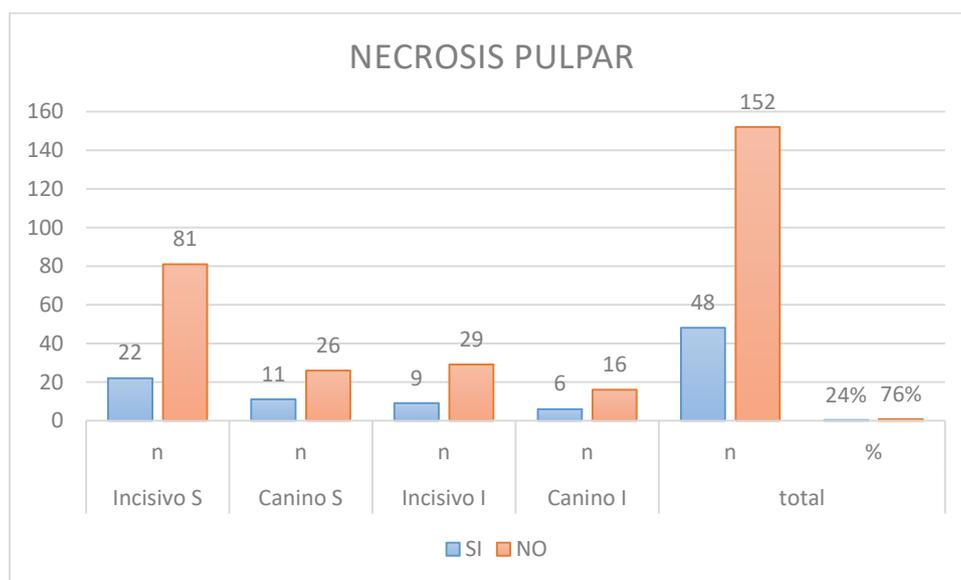
“PREVALENCIA DE NECROSIS PULPAR EN PIEZAS DENTARIAS ANTERIORES PERMANENTES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA. DURANTE EL PERIODO ABRIL – JULIO, 2017”

NECROSIS PULPAR	Incisivo S N°	Canino S N°	Incisivo I N°	Canino I N°	total N°	%
SI	22	11	9	6	48	24%
NO	81	26	29	16	152	76%
TOTAL	103	37	38	22	200	100%

Fuente: Ficha de Recolección

GRAFICO N° 03:

“PREVALENCIA DE NECROSIS PULPAR EN PIEZAS DENTARIAS ANTERIORES PERMANENTES EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA. DURANTE EL PERIODO ABRIL – JULIO, 2017”



Fuente: Tabla N° 03

TABLA N° 04:

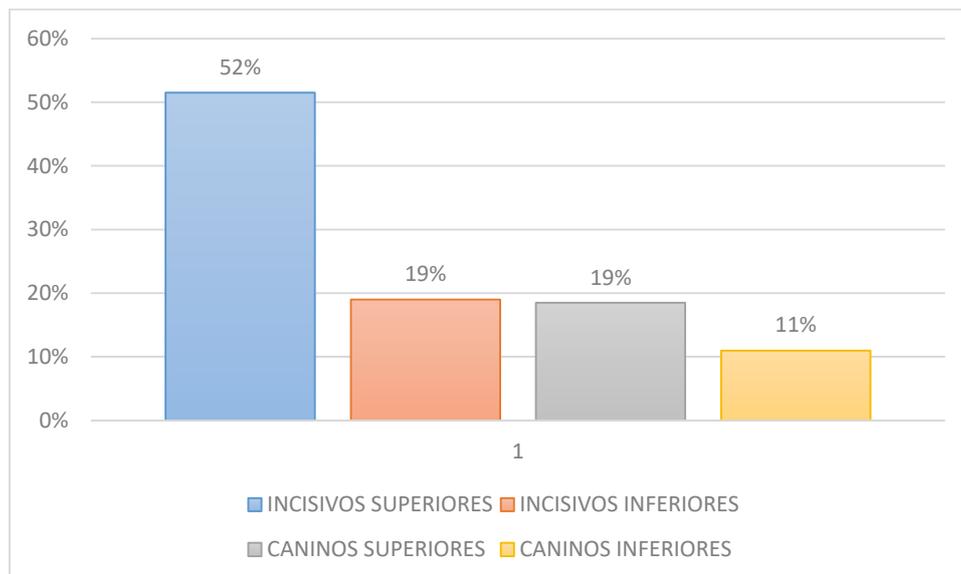
“PREVALENCIA DE PIEZA DENTAL ANTERIOR PERMANENTE, TRATADA ENDODÓNICAMENTE EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA. DURANTE EL PERIODO ABRIL – JULIO, 2017”

	N°	%
INCISIVOS SUPERIORES	103	52%
INCISIVOS INFERIORES	38	19%
CANINOS SUPERIORES	37	19%
CANINOS INFERIORES	22	11%
TOTAL	200	100%

Fuente: Ficha de Recolección.

GRAFICO N° 04:

“PREVALENCIA DE PIEZA DENTAL ANTERIOR PERMANENTE, TRATADA ENDODÓNICAMENTE EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA. DURANTE EL PERIODO ABRIL – JULIO, 2017”



Fuente: Tabla N° 04

TABLA N° 05:

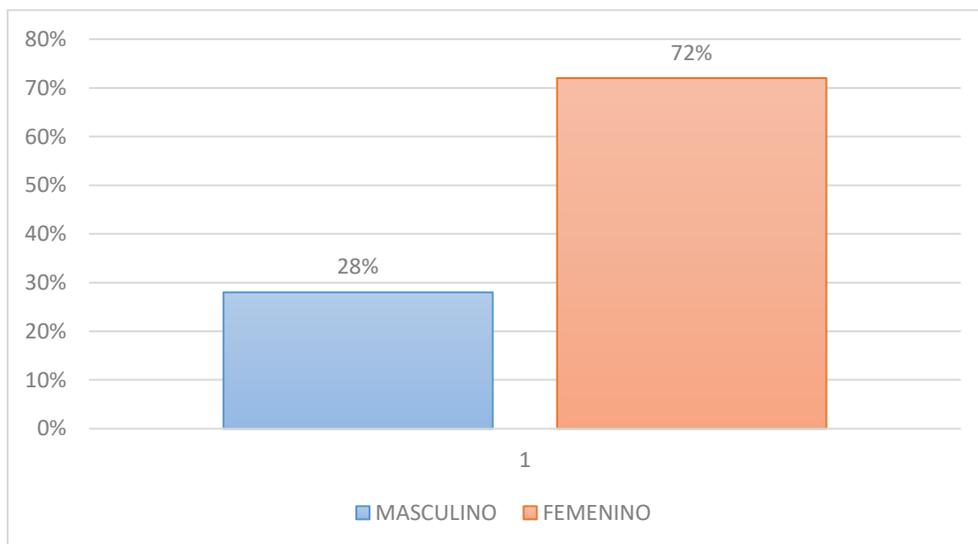
“PREVALENCIA DE TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS RADICULARES EN PIEZAS DENTARIAS ANTERIORES PERMANENTES SEGÚN GÉNERO EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA. DURANTE EL PERIODO ABRIL – JULIO, 2017”

GENERO	N°	%
MASCULINO	56	28%
FEMENINO	144	72%
TOTAL	200	100%

Fuente: Ficha de Recolección.

GRAFICO N° 05:

“PREVALENCIA DE TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS RADICULARES EN PIEZAS DENTARIAS ANTERIORES PERMANENTES SEGÚN GÉNERO EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA. DURANTE EL PERIODO ABRIL – JULIO, 2017”



Fuente: Tabla N° 05.

b. Análisis de resultados

El estudio realizado sobre prevalencia de tratamientos de conductos radiculares en piezas dentarias anteriores permanentes, mostro la prevalencia con 24%; en la cual se encuentra en similitud con **Díaz H.** siendo el tratamiento endodóntico con mayor prevalencia de 23 %; **Tuesta N.** siendo la prevalencia de tratamiento de conductos en piezas dentarias permanentes con 15%, la prevalencia de tratamiento de conductos de pacientes adultos con 9.98 % de **Sotelo E;** de **Acuña J.** con la prevalencia de enfermedad Pulpar en un 42.4%.

En cuanto la prevalencia de pulpitis irreversible en piezas dentarias anteriores permanentes, mostro la prevalencia con 76%; en la cual se encuentra en relación con **Acuña J.** teniendo como diagnostico pulpar a la pulpitis irreversible con 75.8% seguida de **Tuesta N.** teniendo como resultado la enfermedad pulpar con prevalencia de la pulpitis irreversible con 63%; seguida de **Calle C.** que obtuvo la prevalencia de pulpitis Irreversible con un 62%; **Ronald A.** en lo que la patología más frecuente fue la pulpitis irreversible con una incidencia del 49%; a diferencia del estudio de **Sotelo E.** presentando pulpitis irreversible en 47,85 %; seguido de **Ruiz K.** que obtuvo la prevalencia de pulpitis irreversible con 32%.

La prevalencia de necrosis pulpar en piezas dentarias anteriores permanentes, en la cual mostro prevalencia con 24%, siendo muy parecido al estudio de **Acuña J.** mostrando la prevalencia de necrosis pulpar con 24.2%, seguida de **Tuesta N.** se encontró la prevalencia de necrosis pulpar con 23.1%, similar también al estudio de **Ruiz K.** presentando prevalencia de necrosis pulpar en un 20%; **Sotelo. E** presentando

necrosis pulpar en un 41.0%; distinto al trabajo de **Díaz H.** sobre necrosis pulpar con 49.10%, algo similar también fue el de **Calle C.** su prevalencia de Necrosis pulpar con 38%; y **Ronald A.** presentando su prevalencia de necrosis pulpar con 49%.

La prevalencia de la pieza dental anterior permanente, tratada endodónticamente; mostro la prevalencia en los incisivos superiores con 52%, muy parecido al de **Tuesta N.** el grupo dentario anterior con más prevalencia de tratamiento de conductos fue los incisivos centrales superiores con 39.2%; **Ruiz K.** siendo los incisivos centrales las piezas dentales anteriores con mayor prevalencia con el 39%, a comparación de **Díaz H.** que tiene mayor prevalencia en la primera molar superior con 12.5% y 4.4% en incisivo central superior; al igual que **Acuña J.** el grupo de dientes más afectado fueron los molares con un 17.8% en la primera molar inferior y 7.6% en incisivo lateral superior; **Sotelo E.** presentando prevalencia de necrosis pulpar con un 72.58% en piezas posteriores y 27.42% en piezas anteriores; seguido de **Ronald A.** con prevalencia de necrosis pulpar en un 34% en incisivos centrales.

La prevalencia de tratamientos de conductos radiculares en piezas dentarias anteriores permanentes según género, mostró la prevalencia género femenino con 72% y del género masculino con 28%, **Sotelo E.** la prevalencia del género femenino con 52.66% y del género masculino con 47.33%, Seguida de la prevalencia de **Ruiz K.** en el género femenino con 64% y el masculino con 36%, **Natividad. H.** con la prevalencia del género femenino con el 62.9% y el masculino con 37.1%; **Acuña J.** con la prevalencia del género femenino con 43.9% y el masculino con 39.7%, seguida de **Calle C.** con la prevalencia del género femenino con 70% y el masculino con 30% y finalizando **Ronald A.** con la prevalencia de 58% en el femenino y 42% en el masculino.

VI. CONCLUSIONES

La prevalencia de tratamiento de conductos radiculares de piezas dentarias anteriores permanentes fue de un 24%.

La prevalencia de tratamiento de conductos radiculares de piezas dentarias anteriores permanentes tratadas por Pulpitis Irreversible, fue de un 76%.

La prevalencia de tratamiento de conductos radiculares de piezas dentarias anteriores permanentes tratadas por Necrosis Pulpar, fue de un 24%.

La prevalencia de la pieza dental anterior .tratada endodóticamente fueron los incisivos superiores con un 52%.

La prevalencia de tratamiento de conductos radiculares de piezas dentarias anteriores permanentes según el género del sexo femenino fue de un 72 %, y del género masculino con un 28%, lo que indica que son las mujeres quienes más se preocupan por conservar sus piezas dentales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez A, Cartaya L, Rodríguez J, Grau L. Nuevo enfoque de interpretación del dolor en la pulpitis aguda. Rev Cubana Estomatol, 2000;37(1): 62-66.
2. Quiñonez D. Patologías pulpares y periapicales más frecuentes en urgencias en 2 clínicas estomatológicas. Rev Cubana Estomatol, 2000;37 (2): 84-88.
3. UNAM México. Estado actual de la endodoncia [Internet]. Iztacala: Facultad de Estudios superiores; ©2000[citado 24 de abril 2000; actualizado 22 mayo 2013]. Disponible en:
<http://www.iztacala.unam.mx/rrivas/introduccion3.html#bibliografia>
4. Joaquín F., López M. Etiología, clasificación y patogenia de la patología cular y periapical. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004; 9 Supl: 52-62.
5. Rodríguez P, Calero J. Microbiología pulpar de dientes íntegros con lesiones apicales de origen idiopático. Colomb Med. 2008; 39 Supl 1: 5-10.
6. Sommer RF. Endodoncia Clínica: Manual de Endodoncia Científica. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1978:313-5.
7. Pérez AM. Estomatología conservadora. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1990; 3:455-603.

8. Montoro YF, cols. Urgencias estomatológicas por lesiones pulpares. 2012
9. Rojas A, Pachas F. Perfil epidemiológico de salud oral e indicadores de riesgo en escolares adolescentes de la localidad de Cartavio (La Libertad, Perú). Rev. Estomatol Herediana. 2010; 20(3):127-36.
10. Dirección General de la Salud de las Personas (Internet). Perú: MINSA.2012. (citado 05 nov 2015) disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13
11. Calle C. Frecuencia de Patologías pulpares atendidas en una Clínica Docente de Ecuador”. Rev Evid Odontol Clinic.2017; 3(2): 8- 9.
12. Tuesta N. Prevalencia de tratamiento de conductos radiculares en piezas dentarias permanentes en la clínica estomatológica USS periodo 2013 I al 2015 I. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Pimentel. USS. Escuela académico profesional de Estomatología. 2016.
13. Sotelo E. Prevalencia de tratamientos de conducto en pacientes adultos de la clínica odontológica de la universidad de las américas en el periodo septiembre 2013 – junio 2014. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Ecuador. UDLA. Facultad de odontología.2015.

14. Díaz H. Patologías pulpares y tratamientos endodónticos y/o quirúrgicos en pacientes de 19 a 59 año atendidos en el hospital regional de Loreto 2015. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Iquitos. Facultad de odontología de la amazonia peruana. 2016.
15. Ruiz K. Prevalencia de piezas anteriores tratadas endodónticamente en pacientes atendidos en la clínica de endodoncia en la facultad de odontología periodo 2015-2016. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2016.
16. Ronald A. Prevalencia de enfermedades pulpares en pacientes atendidos en la Clínica de Endodoncia Facultad Piloto de Odontología durante el periodo 2015 – 2016. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2016.
17. Acuña J. Prevalencia de enfermedad pulpar y su necesidad de tratamiento en los pacientes atendidos en la clínica del adulto de la facultad de estomatología de la universidad Inca Garcilaso de la Vega en el periodo académico 2010-I-II-III. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Lima, Perú. Universidad Inca Garcilaso de la Vega.2011.
18. Soares I. Golberg F. Endodoncia: Técnica y fundamentos. 2 ed. Buenos Aires, Médica Panamericana; 2012.

19. Canalda C. Brau E. Endodoncia Técnicas Clínicas y Bases Científicas. 3a ed. Barcelona. Elsevier Masson; 2014.
20. James L. Gutmann P. Solución de problemas de endodoncia. 5a ed. España. Elsevier; 2012.
21. Dentix [Internet]. Madrid: Qué es una endodoncia y cuáles son sus causas; ©2016 [actualizado 23 marzo 2013; citado 23 marzo 2017]. Disponible en: <https://www.dentix.com/es-es/blog/que-es-una-endodoncia-y-cuales-son-sus-causas>
22. Urla J. Interiano A. Pulpa Dental. [base de datos en internet]. Scribd. ©2018 [citado 25 may 2018]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/268667652/Pulpa>
23. García JA. Infecciones de origen odontógeno. En: Bascones A, Perea EJ. Infecciones orofaciales. Madrid: Ed. Denstisnet.com; 2003. p. 165-81.
24. Azabal M. Patología pulpar y periapical. En: García Barbero J. Patología y terapéutica dental. Madrid: Ed. Síntesis; 2000. p. 240-1.
25. Castillo D. Pulpa Dental. [base de datos en internet]. Cuenca: Datos PDF. ©2017 – [citado 8 Junio 2015. Disponible en: https://datospdf.com/download/pulpa-dental-_5a44e5bbb7d7bc422b990d37_pdf

26. Montoro Y. Fernández M. Vila D. Rodríguez A. Mesa L. Urgencias estomatológicas por lesiones pulpares. Rev. cubana Estomatol. 2012; 49 (4): 286-294.
27. Interpretación fisiopatológica de los diferentes estadios de una pulpitis [Internet]. [Citado el 23 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol42_2_05/est07205.htm
28. Cohen S. Burns R. Vías de la pulpa. 7ª edición. Editorial Harcourt. España. Cap 1.1999.
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/morales_ag/cap2.pdf
29. Pérez A. Roseñada R. Grau I. González R. Interpretación de los diferentes estadios de una pulpitis. Rev cubana Estomatol [Revista en línea]. 2005 May [citado 5 Jul 2004];20(2):Disponible
en:http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol42_2_05/est07205.htm#autor
30. Robello J. Cevallos V. Chauca E. Obeso Y. Pongo B. Frecuencia de Enfermedades Bucales en pacientes atendidos en una clínica especializadas en Odontología en Lima, Perú. KIRU. 2014;11(1):50-5.
31. Castilla L, Diez M. Clasificación clínica de patología pulpar y periapical en la propuesta de la asociación Americana de Endodoncia de diciembre del 2009.

Publicado el 21 de marzo de 2014. Revisado el 20 de septiembre del 2015.

Disponible en: <http://es.slideshare.net/curinarqui/clasificacion-aae>

32. Declaración de Helsinki. Asociación médica mundial – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2016. Disponible en: <http://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principioseticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
33. Pumarola J. Canalda C. Segura J. Cap. 6: Patología de la pulpa y del periápice. En: Endodoncia técnicas clínicas y bases científicas. 3a ed. Barcelona: Elsevier Masson;2014.p.58–62. https://www.academia.edu/14955166/Carlos_Canalda_-_Endodoncia_Tecnicas_Clinicas_y_Bases_Cientificas_3ra_Ed?ends_sutd_reg_path=true
34. James L. Gutmann P. Cap.1: Solución de problemas en el diagnóstico del dolor odontógeno. Solución de problemas de endodoncia. 5a ed. España. Elseiver; 2012.p.17-19. <https://www.academia.edu/33232099/Solucion.de.Problemas.en.Endodoncia.5a.Edicion>.
35. Ingle, Backland. Endodoncia, 5a ed. Mc. GrawHill; 2002. Cáp.6.
36. Cohen S. Burns R. Las vías de la pulpa. 7ª ed. Harcourt; 1999. Cáp.1.

37. Daniel E. Luis A. Pruebas de vitalidad pulpar. *IntraMed*. 2007; (1) 5- 6.
38. Grajales Y. Ardila C. Mejía J. González M. Guías de Práctica Clínica basadas en la Evidencia: Patología Pulpar y Periapical. Proyecto ISS – ACFO. Editorial Gráficas JES, Manizales 1998.
39. Weine F. Tratamiento Endodóntico. 5a ed. Liv. ed. Santos: Sao Paulo, 2002. pg.66.
40. Walton, Richard. Endodoncia. Principios y práctica clínica. Ed. Interamericana. Mc. Graw – Hill. México 1990. pp. 57–74
41. Weine, Franklin. Terapéutica endodóntica. 2ª ed. Alvat Barcelona, España 1991. pp. 27-47
42. Caicedo R. Baquero M. Díaz J. Clasificación Clínica de enfermedad pulpar y periapical en diagnostico endodóntico. *El Odontológico* 2:5-6.
43. Weine F. Tratamiento endodóntico. 5a ed. Harcourt Brave; 1997. pp 202 – 237.
44. Torabinejab M. Walton R. Lesiones perirradiculares. Endodoncia. 4a ed. Mc GrawHill. México; 1996.
45. Torabinejab M. Walton R. Endodoncia. Principios y práctica. 2a ed. Mc GrawEndash Hill. Interamericana. Cap. Urgencias endodónticas; 1997.

ANEXOS

ANEXO N° 01

Mapa geográfico



ANEXO N° 02

Clínica Odontológica ULADECH Católica



ANEXO N° 03

Carta de presentación a la Dra. Liliana Temoche Palacios, coordinadora de Clínica ULADECH Católica


UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA
"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

CARGO


Chimbote, 04 de Agosto del 2018

CARTA N° 129-2018- DIR-EPOD-FCCS-ULADECH Católica

Sra.:

Dra. Liliana Temoche Palacios

Coordinadora de Clínica ULADECH Católica.

Presente

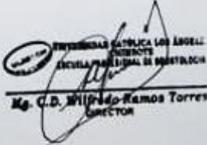
A través del presente, reciba Ud. el cordial saludo en nombre de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, en esta ocasión en mi calidad de director de la Escuela Profesional de Odontología, para solicitarle lo siguiente:

En cumplimiento del Plan Curricular del programa de Odontología, la estudiante viene desarrollando un taller de titulación a través de un trabajo de investigación denominado "PREVALENCIA DE TRATAMIENTO DE CONDUCTOS RADICULARES EN PIEZAS DENTARIAS ANTERIORES PERMANENTES EN LA CLINICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA, PERIODO ABRIL – JULIO, 2017"

Para ejecutar su investigación, la alumna ha seleccionado la institución que Ud. dirige, por lo cual solicito brindarle las facilidades del caso a la **Srta. Ingrid Merly Cabrera Salcedo**; a fin de realizar el presente trabajo.

Es propicia la oportunidad, para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,


Mg. C.D. Wilfredo Ramos Torres
DIRECTOR


10-08-2018

Av. Pardo N° 4045 - Chimbote - Perú
Teléfono: (043) 350411 - (043) 209131
E-mail: uladech.odontologia@hotmail.com
Web Site: www.uladech.edu.pe

ANEXO N° 05

Fotos de la recopilación de datos





