



FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
CARRERA DE ESTOMATOLOGIA

“PREVALENCIA DE LESIONES PULPARES Y PERIAPICALES EN
PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA
DEL CAP III EL AGUSTINO RED ASISTENCIA ALMENARA
ESSALUD DE DICIEMBRE 2009 A JULIO DEL 2011”

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
EN CARIELOGIA Y ENDODONCIA

Presentado por:


Mónica Paola Quesada Andrade (0000-0002-8070-4299)

Asesora:

Carmen Rosa Garcia Rupaya (0000-0003-0657-6011)

Lima – Perú

2019

	Reglamento de Grados y Títulos	Código: SG-RE-001-V2	Emisión: Junio 2015	Vigencia 25/06/15
---	--------------------------------	-------------------------	---------------------------	----------------------

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Lima, a los **03** días del mes de **DICIEMBRE** del **2019**, siendo las...*12:00*...horas, con la asistencia del Jurado de Tesis, Presidido por el **MG. MIGUEL CABRERA IBERICO**, los miembros del Jurado **DR. LUIS ARRIOLA GUILLÉN** y **MG. ROCÍO AYARZA FLOREZ**; y la Asesora de la Tesis **Mg. CARMEN ROSA GARCÍA RUPAYA**. La **C.D. MONICA PAOLA QUESADA ANDRADE**, autora de la tesis Titulada: **“PREVALENCIA DE LESIONES PULPARES Y PERIAPICALES EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL CAP III EL AGUSTINO RED ASISTENCIA ALMENARA ESSALUD DE DICIEMBRE 2009 A JULIO DEL 2011”**, con el fin de optar el Título Profesional de Segunda Especialidad en **CARIELOGÍA Y ENDODONCIA**.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación y deliberación por parte del Jurado correspondiente, habiendo sido *Aprobado* con el calificativo de *15 (Quince)*.

Se extiende la presente acta en tres originales y siendo las...*13:00*... horas, se da por concluido el Acto Académico de Sustentación.


 Presidente
MG. MIGUEL CABRERA IBERICO
 DNI: 07968574


 Miembro
DR. LUIS ARRIOLA GUILLÉN
 DNI: 40990364


 Miembro
MG. ROCÍO AYARZA FLOREZ
 DNI: 10005434


 Asesor
MG. CARMEN ROSA GARCÍA RUPAYA
 DNI: 09075393

*A Dios por darme fortaleza,
sabiduría y amor cada día.*

*A mi Mamá Luz Elena, por ser mi
guía y apoyo incondicional.*

*A mi Papá Willy, por ser el ejemplo a
seguir y por la confianza depositada
en mí.*

*A mi esposo Rolando, por
acompañarme en esta etapa
alentando mi camino.*

*A mis hijos Matías y Rafaela, porque
son el motor que me da amor y fe.*

AGRADECIMIENTOS

A los Doctores de la Especialidad de Cariología y Endodoncia de la Universidad Científica del Sur, en especial al Dr. Juan Manuel Farah, Dr. Miguel Cabrera y Dr. Jesús Velando por sus enseñanzas en lo moral, científico e intelectual.

A mis compañeros de la I Promoción de la Especialidad de Cariología y Endodoncia, en especial Chio, Gisse, Shivi, Giovi y Santi por su ayuda, guía y aliento desde el inicio hasta el final de mi investigación.

Doctores (as) de las diferentes áreas de la Especialidad de Cariología y Endodoncia de la Universidad Científica del Sur, por su aprecio enseñanza y experiencia transmitidas durante estos dos años; en especial a la Dra. Carmen Rosa García por su paciencia y dedicación constante en cada una de las etapas de mi investigación.

Se agradece infinitamente la colaboración de las instituciones y el apoyo de todas aquellas personas que hicieron posible el desarrollo del presente estudio.

RESUMEN

Este trabajo se realizó para evaluar la continuidad de lesiones de la pulpa y del área periapical, ya que son patologías que van de la mano y en algunos casos son el motivo principal de la consulta. Su conocimiento permitirá realizar un mejor diagnóstico y tratamiento evitando cualquier complicación.

Con la finalidad de determinar la relación entre las lesiones de la pulpa y del área periapical según diversos factores se hizo un estudio observacional- transversal en 825 pacientes, 338 varones (41%) y 486 mujeres (58,9%), que fueron al servicio del centro odontológico del CAP III-EL Agustino durante el tiempo de diciembre del 2009 y julio del 2011, por medio de las historias clínicas de la institución. Se realizó la comparación según género, edad, procedencia, signos, síntomas, estado civil, nivel educativo, complicaciones, etiología y pieza dentaria. Para hacer el estudio de comparación de los grupos de las lesiones y cada sub grupo, se utilizó para cada variable la prueba de Chi-cuadrado ($p < 0,05$); encontrando diferencia altamente significativa entre las lesiones de la pulpa y del área periapical, y diversos factores. Se concluye que las lesiones de la pulpa y del área periapical tiene una alta prevalencia con un 34,7% y es de tipo multifactorial.

Palabras clave: Lesión pulpar, lesión periapical, prevalencia.

ABSTRACT

Prevalence of pulp and periapical condition in patients attending the service of dentistry of the CAP III-EL Agustino. period December 2009 - July 2011

The purpose of this work was to evaluate the continuity of pulp and periapical lesions, since they are pathologies that go hand in hand and in some cases are the main reason for the consultation. His knowledge will allow a better diagnosis and treatment avoiding any complications.

In order to evaluate the relationship between the pulp and periapical lesions according to various factors. A cross-sectional study was conducted in 825 patients, 338 men (41%) and 486 women (58.9%), who attended the service dentistry CAP III-EL Agustino during the period December 2009 and July 2011, through the medical records of the institution. Comparison by gender, age, origin, signs, symptoms, marital status, educational level, complications, etiology and tooth was performed. For comparative study between groups of lesions and each sub group was used for each variable Chi-square test ($p < 0.05$); finding highly significant difference between the pulp and periapical lesions, and various factors. We conclude that the pulp and periapical lesions has a high prevalence with 34.7% and is multifactorial.

Keywords: *pulp lesion, periapical lesion, prevalence.*

CONTENIDO

	Pág.
Resumen	
Abstract	
Contenido	
I. INTRODUCCIÓN	01
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	03
III. MARCO TEORICO/ANTECEDENTES	04
III. 1. ANTECEDENTES	17
IV. JUSTIFICACIÓN	22
V. OBJETIVOS	24
V.1. OBJETIVO GENERAL	24
V.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
VI. MATERIALES Y MÉTODO	25
VI.1. TIPO DE ESTUDIO	25
VI.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	25
VI.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	28
VI.4. MÉTODO Y TÉCNICAS	31
VI.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
VI.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	33
VII. RESULTADOS	34
VIII. DISCUSIÓN	46
IX. CONCLUSIONES	52
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
XI. ANEXOS	57

I. INTRODUCCIÓN

Son múltiples las patologías por las cuales los pacientes van a la consulta de la especialidad de odontología, donde encontramos que una gran mayoría de estas consultas corresponden a patologías del origen pulpar y del periápice de la pieza dentaria, debido a que la sintomatología que la caracteriza es intensa y muy dolorosa.

Es muy importante y requerido que en estos casos se establezca un diagnóstico preciso de la afección, para designar u ofrecer una correcta alternativa de tratamiento. De esta forma, el profesional tendrá que determinar la relación de los síntomas dolorosos con otras características clínicas, o buscar interpretar lo más cercano posible el aspecto fisiológico de la pulpa y los tejidos del área periapical de la pieza dentaria, lo que conlleva a un diagnóstico más certero y así ofrecer el aspecto terapéutico con mayor eficacia.

Las lesiones y condición pulpar y del periápice de la pieza dentaria son patologías que muchas veces van de la mano, por lo que en ocasiones, son el principal motivo o de mayor frecuencia en las consultas de urgencia odontológicas, y estas son atendidas o abordadas de forma muy general por los profesionales.

Sin embargo, tener o valorar mejor el conocimiento de la prevalencia de dichas condiciones o dolencias, nos permitirá asignar, determinar y optar por mejores alternativas de tratamiento, lo que favorecerá a mejorar el estado o la dolencia por la cual el paciente acudió a urgencia.

La presente investigación brinda información a los odontólogos generales y especialistas de EsSALUD sobre la condición en la que se encuentran los asegurados y sus derechohabientes en cuanto a la continuidad de las condiciones de la pulpa y del área periapical de la población que es atendida en el distrito de Agustino, por lo que se sugiere mayor énfasis en la prevención y tratamiento de estas condiciones, para, así brindar la capacitación adecuada y mejorar conocimientos y protocolos para el tratamiento. Asimismo, existen casos donde los pacientes, en muchas ocasiones acuden a urgencia médica por una afección que es netamente de origen dental, y no reciben el tratamiento, ni procedimiento adecuado, y menos a su debido tiempo, complicado algunas veces el estado de la pieza pulpar y el estado general del paciente.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestros días, la gran parte de los tratamientos que se realizan en el CAP III EL AGUSTINO ESSALUD, se deben a las características de la enfermedad que afectan al órgano pulpar y al periápice de la pieza dentaria. Aunque el órgano pulpar está ligado con otras características con otros tejidos conectivos del organismo, pero su ubicación hace que tenga características especiales.

Por lo tanto, que es de gran relevancia el estudio de la prevalencia de estas condiciones patológicas para poder brindar un mejor protocolo de atención sobre esta clase de dolencia y seguir trabajando y enfatizando en la importancia de la prevención. Asimismo, en el Centro de Atención Primaria III El Agustino se observan diariamente pacientes que acuden a consulta odontológica con diferentes patologías de la pulpa y del área periapical, presentan diferentes requerimientos de insumos según el grado de evolución de la enfermedad, y por ende mayor gasto; pudiendo evitar llegar a ese estado con educación y prevención.

Este estudio tiene el objetivo de evaluar la continuidad de la condición del órgano pulpar y tejidos del área periapical del diente, ya que son patologías que van de la mano y en algunos casos son el motivo principal de la consulta. Su conocimiento nos permitirá realizar un mejor diagnóstico y tratamiento, y así se podría evitar cualquier posible complicación. Asimismo, estas alteraciones

pueden repercutir en la relación intermaxilar, en el caso de edemas o abscesos, pudiendo originar problemas en la masticación, el habla y la estética del paciente.

Por tal motivo, el personal de EsSalud con las cifras obtenidas en esta investigación, con la frecuencia en sus diferentes etiologías debería promover su prevención. Además, debe tener conocimiento de la importancia de la Atención Primaria y el manejo durante el tratamiento odontológico a este nivel. Es por ello que nos planteamos ¿Cuál es la prevalencia de las condiciones de la pulpa y del área periapical en pacientes que acuden al Servicio de Odontología del CAP III, El Agustino Red Asistencial Almenara EsSALUD durante el periodo de diciembre del 2009 a julio del 2011?

III. MARCO TEÓRICO

El órgano de la pulpa dental es un tejido rico en vasos sanguíneos y nervios adyacentes a la dentina, con un área de acceso circulatorio de pequeño calibre y una circulación sanguínea terminal; esto significa que la pulpa dental tiene una defensa muy limitada frente a posibles agresiones. ¹ Dado que las lesiones del área periapical casi siempre preceden al efecto de la pulpa, primero describiré las razones de las enfermedades de la pulpa y luego, las razones de las enfermedades de la pulpa.²

La enfermedad de los órganos de la pulpa es la consecuencia de la pulpa dentaria en interacción con la presencia de los aspectos irritantes. Primero se adapta y se opone cuando es necesario. Se organiza para solucionar ventajosamente la lesión o problema menor causada por la agresión. Si es nivel dañino (como una afección pulpar o caries de forma muy profunda), la consecuencia pulpar es más intensa, porque no puede llegar a adaptarse a las nuevas condiciones, al menos trate de llevar a cabo una resistencia pasiva y a largo plazo a las enfermedades crónicas; si no tiene éxito, se producirá una necrosis rápida, incluso si alcanza un estado crónico, morirá completamente después de un cierto período de tiempo.³

La pulpa dental es un tejido de forma conectivo ubicado en un entorno imprescindible porque está encerrado en una cámara de dentina de forma mineral y dura. La composición y la parametrización de la pulpa dental difieren de la dentina, pero los dos tejidos se encuentran estrechamente relacionados en embriología y función; por lo tanto, se consideran un complejo funcional inseparable, a saber, el complejo dentina-pulpa.⁴

Durante el desarrollo, las células de la pulpa dental segregan dentina, nervios y vasos de forma sanguínea. A pesar de la dentina y la pulpa contienen cambios de las estructuras y de composición, una vez hechas, actúan como una unidad funcional para responder a los estímulos. La exposición de la dentina por abrasión, traumatismo o caries dental puede producir consecuencias de la pulpa de forma profunda, que decremento de la permeabilidad de la dentina y

estimulan la creación de dentina adicional. Estas consecuencias proceden de transformaciones en los fibroblastos, nervios, vasos sanguíneos, odontoblastos, glóbulos blancos y el sistema inmunológico. ⁵

La correlación de funciones entre la pulpa dental y la dentina se indica señalar desde aspectos diferentes:

- Los órganos de la pulpa pueden producir dentina fisiológicamente y responder a estímulos externos.
- Los órganos de la pulpa contienen nervios que proporcionan sensibilidad a la dentina.
- La pulpa y el tejido conjuntivo pueden responder a las lesiones de la dentina sin ser estimulados de forma directa.
- La forma de encapsulación de los órganos de la pulpa en la dentina forma un ambiente que afecta de forma negativa sus defensas.³

Las funciones de los órganos endodónticos son:

- La raíz de dentina se forma detrás de la corona. En su estructura y ápice indica la vaina de Herwig, que es la transferencia del epitelio con esmalte reducido. Cuando los odontoblastos crean dentina internamente, los fragmentos y componentes celulares de la vaina epitelial de Herwig del mesénquima del folículo dental crecen entre las células epiteliales y comienzan a yuxtaponerse.

Como causa de lesión pulpar tenemos:

-Infección: Las infecciones causadas por microorganismos de forma anaeróbica y bacterias gramnegativas ⁴, son las causas de mayor relevancia que afectan la pulpa dental. Kakehashi et al ⁴ señalaron la relevancia de estos microorganismos como aquellos que originaron las enfermedades. Esta patología puede entrar en la pulpa mediante la corona o la raíz del diente. La caries dental, las fisuras o fracturas y las consecuencias en el desenvolvimiento de los dientes son las razones más comunes de infección por coronas. Las raíces son cavidad cervical, bolsa periodontal y bacteriemia. Algunos autores ² citaron pulpitis en ayunas y explicaron que las bacterias pueden circular en la sangre y asentarse en áreas que favorecen la inflamación pulpar por irritantes físicos o mecánicos.

-Traumatismos: agudo, como dislocación, fisura y fractura; crónico, como rechinar y abrasión de dientes, o iatrogénico, como ejercicio de ortodoncia, caries o tallado dental.

-A medida que se genera calor, la temperatura cambia repentinamente. El uso de instrumentos rotativos que no estén suficientemente refrigerados, materiales como Godiva, gutaperchas calientes o resinas acrílicas generarán un calor excesivo y dañarán la pulpa. Las restauraciones metálicas a gran escala pueden transmitir variaciones de temperatura fuertemente, especialmente el frío, que pueden llegar de forma segura a la pulpa. No hay protección entre el relleno y

éste, provocando dolor; si el tiempo de estimulación es demasiado largo y fuerte, provocará pulpitis; moderada Los cambios de calor pueden generar estimulación la creación de dentina de restauración.⁴

-Toxicidad del material de relleno: debido a su mayor biocompatibilidad, se presenta cada vez menos. Mientras se produce daño en la pulpa debido a los materiales de relleno, se da principalmente a un sellado deficiente o fugas en los bordes.⁶

- Idiopática: No hay causa conocida.

La enfermedad periodontal se caracteriza por un traumatismo dental que interacciona con la corona y con la raíz del diente. De manera similar, las transformaciones oclusales como el bruxismo, la carga de mordida excesiva y la maloclusión pueden causar lesiones del área periapical. Además, la enfermedad endodóntica en forma de pulpitis y necrosis realizan cambios del área periapical, así como causas iatrogénicas por excesiva instrumentación o sobrellenado en el tratamiento del conducto radicular.⁶

Diferentes autores han publicado muchas clasificaciones patológicas de la pulpa y del área periapical diferentes basadas en etiología, anatomía de enfermiza o características clínicas, en cambio como confirmó Lasala, de tal manera, en su totalidad son clasificaciones histopatológicas, las cuales no son están adecuadas para la ejecución clínica y el lugar de una terapia de forma racional.⁷

Pumarola J, Canalda⁵ considera que, desde una idea más amplia, la pulpa dental se jerarquiza básicamente como enferma o sana, y de acuerdo con los estándares de tratamiento adecuados, se debe decidir si se debe extirpar.

Pumarola y Canalda⁷ establecerán una clasificación basada en Walton y Torabinejad⁷, en la que distinguiremos entre pulpitis, necrosis y procedimientos de degeneración pulpar. Debido a diversas causas de la enfermedad pulpar y periapical, el esquema patógeno primario que se produce es la inflamación. La pulpa reaccionará dando lugar a pulpitis, que es una inflamación que responde a mecanismos directos e inmunitarios.¹

El mecanismo directo es que los microorganismos se acercan a la pulpa dental a mediante los túbulos dentinarios que están expuestas, mediante caries dentales, traumatismos o factores estimulantes (productos bacterianos, bacterias, endotoxinas, etc.), cuando penetran en los túbulos dentro de los dientes, eliminando los odontoblastos y las células subyacentes células.¹ Las razones del complemento y las inmunoglobulinas actúan sobre los mecanismos inmunitarios.

La respuesta primaria a nivel de los vasos será una vasoconstricción rápida, Con una interacción de vasodilatación de forma inmediata, el flujo sanguíneo se ralentiza, los glóbulos rojos se acumulan en el centro del vaso sanguíneo, los glóbulos blancos migran a la periferia y se adhieren a la pared del vaso sanguíneo. Esto provocará muy angostas grietas en el endotelio vascular. La extravasación

de plasma hacia el espacio del tejido conectivo a través de las fisuras provoca edema, aumenta la presión local y hace que las terminaciones nerviosas se compriman y provoquen dolor.⁸ La consecuencia final de la inflamación será la infiltración de linfocitos, macrófagos y células plasmáticas.⁸

En la fase aguda de la inflamación, la exudación es la consecuencia de la pulpa dental y el tejido pericial a modo ataque, y el PMN de los neutrófilos es el componente principal. Después de entrar en la fase severa, la consecuencia del huésped Se prolifera, la pulpa dentaria y el tejido periapical intentan reparar la enfermedad y formar nuevas células, vasos sanguíneos y fibras, este es el llamado tejido de granulación.⁹

Dependiendo del tipo, la pulpitis y las lesiones del área periapical se desarrollan de diferentes formas.⁵ En la pulpitis de forma reversible, para las alergias, la pulpa dental es muy importante, pero es principalmente inflamación. Una vez eliminado el factor estimulante, la pulpa dental tiene la capacidad de repararse a sí misma.

⁵ Los cambios en la inflamación incluyen: vasodilatación, Congestión, estasis, trombosis, acumulación de glóbulos blancos en vasos sanguíneos, edema, rotura vascular y hemorragia de modo local.⁵ Además, lo anteriormente ocurre porque factores externos conducen a un proceso inflamatorio que va y viene en la pulpa dental, siempre que segregue estos casos agresivos. Por lo cual se encuentra esculturas dentales de uso común con fines de restauración, túbulos de dentina expuestos, heridas de la pulpa causadas por operaciones iatrogénicas,

microfiltración y caries poco profundas causadas por un mal sellado de los tipos de equipos de obturación.¹⁰ En la pulpitis irreversible, la pulpa es muy importante y se inflama, pero incluso si se elimina el estímulo externo que provocó la inflamación, no se puede recuperar.¹⁰

Suelen deberse a pulpitis de forma reversible que no ha sido tratada. Las bacterias llegan a la pulpa¹¹ y que, por lo tanto, se depositan, formando teniendo sintomáticas y sin síntomas. La respuesta inicial de la pulpa dental es liberar los mediadores de forma química de la inflamación. Entonces se formará un edema intersticial, que aumentará la presión en la pulpa, comprimirá las fibras nerviosas y causará un dolor espontáneo e inducido de forma muy intensa.⁶ Si el edema se descarga mediante los túbulos dentinarios, existirá sin síntomas, que será con síntomas en el caso del bloque de la cavidad, debido a la influencia de los alimentos o reparación sin un diagnóstico correcto.⁶

En la forma serosa, dominan los exudados inflamatorios, mientras que, en la forma purulenta, el pus aumenta debido a los glóbulos blancos cuya inflamación ha disminuido.¹²

Se realiza mediante la pulpitis sintomática no tratada, por la cual, la fase de forma aguda ha remitido, o la estimulación externa es leve o moderada, pero debido al equilibrio entre bacterias y defensa, se mantendrá en el tiempo por defensa. Las células pueden neutralizar la invasión de bacterias y mantenerlos asintomáticos.

En ocasiones, el tubo de drenaje se abre al exterior a través de la conexión entre

la cavidad pulpar dentaria y la caries, y se genera el drenaje de forma rápida del exudado seroso, de esa manera se evita la creación de edema intrapulmonar.¹²

La geometría de úlceras puede verse en el fondo de la cavidad que está abierta al exterior y se caracteriza por la creación de úlceras en el área de la pulpa expuesta, cabe indicar que puede suceder a cualquier edad y puede tomar resistencias de procesos infecciosos de baja intensidad, pero de forma crónica grave, puede convertirse en necrosis sin presentar síntomas clínicos.¹³

La pulpitis proliferativa, también llamada pólipos de la pulpa, puede ocurrir en pacientes jóvenes con cavidades de la pulpa grandes y cavidades grandes. La pulpa dental crece a través de las cavidades formando masas de granuloma exofítico, que son de color rosado y de consistencia fibrosa¹⁴.

La necrosis pulpar es la ruptura séptica o no séptica (estéril) del tejido conectivo de la pulpa dental, que conduce a la destrucción de los capilares y el sistema linfático de las células y, de último enfoque, a la destrucción de las fibras nerviosas. La falta de circulación colateral y la rigidez de la pared dentinaria provocan un drenaje que no es suficiente del líquido inflamatorio, lo que provoca un crecimiento de la presión del tejido y una eliminación de forma progresiva, hasta que completamente está necrótica³. La necrosis pulpar tiende a ser causada por cualquier razón que peligre la pulpa dental, principalmente infecciones bacterianas (toxinas bacterianas)¹⁵.

La flora microbiana que existe en la pulpitis irreversible asintomática, acompañada de respiración aeróbica y anaeróbica facultativa, gradualmente se convierte en medio respiratorio de oxígeno. Estricto a medida que se disminuye la reducción de los óxidos tisulares, promueve el crecimiento y la reproducción de microorganismos, especialmente bacterias anaeróbicas, al dificultar el proceso de fagocitosis.¹⁶ Las bacterias gramnegativas estrictamente anaeróbicas tienen altas capacidades de proteólisis y solubilización del colágeno, por lo que en gran medida ayudan a destruir la pulpa y el tejido conectivo.

La calcificación de la pulpa (degeneración del calcio) se produce por el depósito de sales de calcio, que se acumulan con mayor frecuencia en la punta de la raíz en un tercio y la incidencia aumenta con la edad. Debe distinguirse entre las calcificaciones fisiológicas que disminuyen gradualmente el volumen pulpar a medida que envejecen los dientes y las calcificaciones patológicas que se producen como respuesta a traumatismos, procesos de caries o desgaste.¹⁷

También podemos encontrar flujo laminar o degeneración pulpar, y en la cavidad pulpar aparecen con mayor frecuencia desarrollos completamente delineados.¹⁷

La reabsorción interna de la dentina se produce por la acción de las células trituradoras de dientes, que se produce cuando la pulpa dental se inflama. Puede iniciarse en cualquier lugar de la cavidad pulpar o de la pulpa de forma radicular.

Las razones indican ser idiopáticas, de forma infecciosa y traumática (enfocándose en la pulpotomía). El trauma o la pulpitis crónica continua pueden

conducir a la creación de células dentinarias, que reabsorben la dentina alrededor de la pulpa. Mostrar imágenes radiolúcidas en rayos X. ⁷

En la grasa, la transparencia y la fibrosis, debido a cambios en el metabolismo y la permeabilidad del tejido de la pulpa dental, hay depósitos de tejido graso, amiloide y de forma fibrosa en la pulpa dental. ¹⁵ Una vez que se alcanza la etapa de necrosis pulpar, las bacterias y sus productos de degradación llegan a convertirse al tejido periapical mediante el ápice radicular, entonces cuando no exista absceso o periodontitis de forma serosa, el procedimiento puede darse sin síntomas por un tiempo prolongado¹¹.

En la periodontitis periapical serosa (aguda), la inflamación se produce en el tejido periapical, lo que lleva a hiperemia y vasodilatación, acompañada de exudación de líquido e infiltración de leucocitos, que incrementa la presión del tejido al estimular los osteoclastos que generan la resorción ósea. El exudado y las células se infiltran en las fibras que estiran el ligamento periodontal, provocando dolor. Si la patología de forma continúa desarrollándose, las bacterias y sus productos de degradación llegarán a la región periapical, provocando periodontitis periapical supurativa, que origina primero un absceso primario, y cuando se origina un absceso secundario por baja capacidad defensiva o la llegada de periodontitis. Nuevas bacterias ².

Si el proceso se da, se equilibrará con las defensas del huésped y establecerá una forma crónica. En la forma de granuloma, hay células inflamatorias crónicas, tejido de granulación y restos de tejido epitelial cubiertos por una envoltura periférica. Existe capacidad actividad de los osteoclastos que provoca la reabsorción ósea en la parte superior. Mediante del tejido de granulación, crea una cavidad enfoca líquido, encubrida con epitelio y quistes fibrosos, que se denominan quistes apicales.⁵

En forma de supuración, hay acumulación de pus, buscando una vía para drenar mediante de la fístula, tejido blando. Si la oclusión de la fístula se produce en un momento determinado, el proceso se agravará y aparecerá el llamado absceso fénix.¹¹ La esclerosis ósea apical es una periodontitis apical crónica asintomática, irreversible, la densidad ósea aumenta debido a la estimulación de los osteoclastos, y es común en pacientes jóvenes.⁷ Este estudio toma como referencia la clasificación de gestión institucional de la CIE10:

K04. Corresponde a patologías de la pulpa dental y del tejido periapical.

K04.0 corresponde a pulpitis

K04.1 Necrosis pulpar K04.² Desnaturalización de la pulpa

K04.3 Creación normal del tejido duro en la pulpa dental

K04.4 Periodontitis apical aguda orientada a la pulpa

K04.5 Periodontitis apical crónica.

K04.6 Absceso peripapical con fístula

K04.7 Absceso peripapical sin fístula

K04.8 Quiste de raíz

K04.9 Otras patologías y las no relacionadas de la pulpa y tejido periapical

III.1 ANTECEDENTES

Quiñones¹⁹ (2000), con el fin de ayudar a comprender las lesiones de la pulpa y del área periapical más comunes en el servicio de urgencias, se determinaron las lesiones de la pulpa agudas y las lesiones del área periapical agudas más comunes por grupos de edad, y se estudiaron 70 pacientes en los meses de marzo y abril. En el "Dr. Mario Clínicas dentales de Pozo Ochoa "y" Manuel Angulo Farrán ", llegué a urgencias por lesiones endodónticas y del área periapical. Al odontólogo que realizó estas consultas se le entregó un formulario en el que se recogieron el nombre del paciente, edad, sexo, historial médico, número de dientes afectados y condiciones patológicas; de igual manera, se seleccionó el grupo de edad mediante el cálculo de la duración de la clase. análisis estadístico. Finalmente, se observa que la patología aguda es la más común, incluyendo congestión y absceso alveolar agudo.

Betancourt y cols²⁰ (2009) realizaron un estudio observacional descriptivo para saber la incidencia y causas de las lesiones en la pulpa y del área periapical en estudiantes de primaria de la superficie del complejo docente de playa. La población del estudio fue de 1.137 estudiantes entre 4 y 12 años que fueron sometidos a exámenes orales para hallar la incidencia de lesiones de la pulpa y del área periapical y su relación con varias variables de forma clínica. El 5.2% de los sujetos fueron hallados por la afección por estas lesiones; igualmente, las lesiones del área periapical dominan la pulpa dentaria. Además, la posición

patológica obtenida fue principalmente en la mandíbula posterior (53,8%), las relevantes razones se indicaron: la caries dentaria representó el 64,6%, el mal llenado representó el 18,6% y los traumatismos el 16,8%.

Fernández, Valcárcel y Betancourt²¹ (2009) realizaron un estudio descriptivo y transversal a 270 trabajadores que participaron en los servicios odontológicos del Hospital Ramón Pando Ferrer entre septiembre de 2006 y junio de 2007. Fueron sometidos a exámenes bucales para determinar la presencia de enfermedad pulpar y enfermedad periapical; la frecuencia de obtención de pulpa enfermedades fue del 19,6% y en las enfermedades del área periapical fue del 4,8%. Asimismo, el grupo de edad más injuriados es el de 35 a 59 años, de los cuales el 52,8% son enfermedades endodónticas, el 61,5% son enfermedades del área periapical, el 79,2% de las mujeres son enfermedades endodónticas y el 76,9% son enfermedades del área periapical. La conclusión es que gran parte de la población que participa en el estudio está sana. Además, las enfermedades endodónticas se presentan principalmente en mujeres de entre 35 y 59 años. Finalmente, las lesiones endodónticas ocurrieron principalmente en el grupo de dientes posteriores, mientras que las lesiones del área periapical ocurrieron principalmente en el grupo de dientes anteriores.

Gaviria et al.²² (2012) determinaron la continuidad de lesiones endodónticas en pacientes de forma atendidas en las clínicas integradas de adultos I y II de Odontología de la Universidad del Valle. Se revisaron las historias clínicas

registradas durante el período 2005-2009 y finalmente se obtuvieron 302 historias clínicas que tenían los criterios para ser incluidos, encontrándose como patología más frecuente la periodontitis periapical crónica no supurativa, con un 38,1%. Asimismo, las edades con mayor número de lesiones son de 36 a 45 años, la frecuencia de lesiones de la pulpa o del área periapical en las mujeres es mayor, el grupo de dientes más incidentes son los molares y el menos lesionado son los caninos. La conclusión es que la lesión pulpa o periapical más común en la Clínica Dental Universidad del Valle es la inflamación periapical crónica no supurativa, que se da en los molares en el gran número de los casos y tiene mayor impacto en los dientes. El rango de edad para las mujeres y los consejeros generales es de 36 a 45 años.

Fernández y cols²³ (2012) De enero a diciembre de 2009 se realizó un análisis transversal en el área de salud del Policlínico "27 de noviembre" de Mariano, La Habana, incluyendo a todos los que participaron en los servicios de emergencia y que tuvieron lesiones del área periapical de forma agudas. Recolectar información sobre las variables edad, sexo, grupo dentario, causas de la patología, aspectos clínicas e higiene bucal, esta última se divide en categorías efectivas e inadecuadas con base en un índice de forma simplificado de higiene bucal. En el análisis estadístico se encontró que el 84,7% del grupo de edades de 35 a 59 años y varones presentaban predominantemente absceso periapical agudo, pese a que no se hallaron cambios significativos en estas variables ni en

los grupos dentales. De igual forma, los resultados de la higiene bucal se relacionan con las lesiones del área periapical, y se encontró que, a excepción de la enfermedad periodontal, todos los motivos investigados tienen cambios significativos en las lesiones del área periapical. Finalmente, en cuanto a las características clínicas, el aumento del volumen del fondo del surco de forma vestibular y el aumento de la movilización de los dientes son de gran importancia.

Ferrer Vilchez Diosky y cols²⁶, en 2017, observaron que los hombres y el grupo de edades de 35 a 59 eran dominantes. La necrosis pulpar es la patología más común y afecta al 40,73% de los pacientes. La exodoncia es el método de tratamiento utilizado en el gran número de los casos, de forma específica en personas de entre 20 y 34 años. Los iniciales molares inferiores son los más afectados por las enfermedades endodónticas. Concluyeron que la necrosis pulpar es la enfermedad dominante entre todas las patologías de la pulpa, por lo que es una de las consecuencias más comunes de visitas a la clínica.

Pita Labori L y cols²⁹ (2017), desde enero de 2016 a enero de 2017 se realizó un trabajo de tipo descriptiva, y de corte transversal en el servicio de urgencias de la Clínica Dental Ramón Guevara Montano de Baracoa, con el objetivo de identificar los comportamientos más comunes de inflamación pulpar. El mundo entero está compuesto por pacientes que acudieron al consultorio por dolor relacionado con la estructura del diente, y la muestra estuvo compuesta por 85 pacientes mayores de 15 años a los que se les indicó la inflamación pulpar. Abordan variables: edad, sexo, calidad, intensidad, apariencia, ubicación, tiempo de refracción y evolución dolorosa, evidencias clínicas y jerarquización

del estado de inflamación pulpar de forma diagnosticada. El estado de inflamación pulpar más común es la pulpitis aguda de forma no reversible y la caries dental es la relevante razón de inflamación.

Pereira, Andrea Cardoso y cols³⁰ (2018) realizaron un estudio retrospectivo, evaluaron el perfil demográfico de los pacientes y las características clínicas de las emergencias dentales en un ambulatorio universitario brasileño, en el período de junio de 2013 a mayo de 2014, recolectaron datos de 1.345 historias clínicas: motivo principal, sexo, edad, alteración sistémica, inspección clínica del diente afectado, diagnóstico pulpar y periapical, tipo de procedimiento realizado y necesidad de medicación sistémica postoperatoria. Los datos se analizaron mediante el software SAS y se utilizó el test de chi-cuadrado para verificar la presencia o ausencia de significación estadística a un nivel del 5%. Resultando que el dolor dental (53,3%) fue la relevante razón por el medio, las personas acudieron al servicio de urgencias, del sexo femenino (63,1%), de 29 a 48 años (42%), pacientes sin enfermedades sistémicas (75%) y pacientes con caries (25%). Además, la afectación de molares inferiores (29,81%) y el diagnóstico de pulpitis irreversible (30,42%) fueron los hallazgos más frecuentes. El tratamiento endodóntico de urgencia (45,8%) fue el procedimiento más realizado. La pulpitis irreversible (30,4%) y la necrosis pulpar asociada a periodontitis apical aguda (21,9%) fueron las condiciones más frecuentes que requirieron tratamiento endodóntico de urgencia y, en la gran participación de los casos, no hubo necesidad de medicación sistémica postoperatoria (95,7%). Concluyeron que la continuidad de emergencias endodónticas en el período de un año indica la necesidad de un diagnóstico más certero y la importancia de brindar este servicio a la población.

IV. JUSTIFICACIÓN

El diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades es un real desafío en la práctica clínica. Por lo general, la razón del malestar es obvia, pero en ocasiones, debido a la complejidad del aspecto del dolor, habrá acontecimientos que pongan a prueba la capacidad y los conocimientos del aspecto de forma clínica, independientemente de experiencia. Es posible que él sea capaz de obtener un diagnóstico preciso, o incluso que no lo sea. Como emergencia en la consulta, se necesita una atención inmediata para realizar un proceso de diagnóstico rápido y eficaz con el fin de tratar adecuadamente cada caso.

Al no existir investigaciones previas, este estudio permite caracterizar los procesos de la pulpa y apicales en el área Agustino de la Clínica General ESSALUD y obtener la información más actual sobre el tema. Las herramientas diseñadas para la investigación se pueden utilizar como referencia para esta dirección de investigación en otras regiones o provincias. Además, desarrollar un programa de prevención de atención primaria. El estudio tiene trascendencia teórica y clínica porque se evaluó la continuidad de pulpa dentaria y lesiones del área periapical en pacientes participantes del servicio CAP III El Agustino-ESSALUD. Asimismo, es de importancia social porque revelará efectos secundarios, que permitirán a los operadores elegir mejor las técnicas y procedimientos para manejar dichas patologías, y brindar más opciones de tratamiento, así como de mayor calidad. Además, debe ser de gran importancia para el conocimiento de los dentistas.

La inserción de esta investigación ayudará a desarrollar estrategias intervinientes, asignando recursos y planificando acciones para mejorar la salud bucal. Asimismo, ayudará a desarrollar estrategias que incidan en desarrollar la calidad de vida de los pobladores y la disminución de la mortalidad dental. Este trabajo tiene como propósito indicar la mejora de la salud bucal, asegurando así el mantenimiento del ecosistema bucal. También ayudará a comprender las diferentes variables que inciden en la salud bucal de CAP III El Agustino-ESSALUD, lo que facilitará la creación de otros estudios sobre este tema.

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de las condiciones de la pulpa y del área periapical en pacientes que acuden al servicio de odontología del CAP III EL Agustino EsSALUD durante el periodo de diciembre del 2009 al julio del 2011.

V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar la prevalencia de las condiciones de la pulpa y del área periapical en pacientes que acuden al servicio de odontología del CAP III EL Agustino EsSALUD durante el periodo de diciembre del 2009 al julio del 2011, según género.
2. Determinar la prevalencia de las condiciones de la pulpa y del área periapical en pacientes que acuden al servicio de odontología del CAP III EL Agustino EsSALUD durante el periodo de diciembre del 2009 al julio del 2011, según edad.
3. Determinar la prevalencia de las condiciones de la pulpa y del área periapical en pacientes que acuden al servicio de odontología del CAP III EL Agustino EsSALUD durante el periodo de diciembre del 2009 al julio del 2011, según su etiología.
4. Determinar la prevalencia de las condiciones de la pulpa y del área periapical en pacientes que acuden al servicio de odontología del CAP III EL Agustino EsSALUD durante el periodo de diciembre del 2009 al julio del 2011, según signos.

5. Determinar la prevalencia de las condiciones de la pulpa y del área periapical en pacientes que acuden al servicio de odontología del CAP III EL Agustino EsSALUD durante el periodo de diciembre del 2009 al julio del 2011, según síntomas

6. Determinar la prevalencia de las condiciones de la pulpa y del área periapical en pacientes que acuden al servicio de odontología del CAP III EL Agustino EsSALUD durante el periodo de diciembre del 2009 al julio del 2011, según pieza afectada.

VI. MATERIALES Y MÉTODO

VI.1 TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo.- Se describió las frecuencias y los aspectos más relevantes de las condiciones de la pulpa y del área periapical.

Observacional.- No hay manipulación de las variables.

Transversal.- Se realizó el estudio en un solo tiempo, en un momento determinado.

Retrospectivo.- Los datos sobre las condiciones de la pulpa y del área periapical se obtuvieron por medio de historias clínicas.

VI.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Las historias clínicas de los pacientes que fueron al Servicio de Odontología del CAP III El Agustino ESSALUD Red Asistencial Almenara durante el periodo de diciembre del 2009 a julio del 2011.

MUESTRA

Se determina la muestra mediante esta fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N=Total de la población

Z_α² = Nivel de confianza o seguridad

p = Proporción esperada

q = 1 - p

d = Precisión

$$n = \frac{14400 * 3.84 * 0.53 * 0.47}{0.5 * (14400 - 1) + 3.84 * 0.53 * 0.47} = 439$$

$$n = 439$$

En Donde:

Nivel de confianza al 95% = 1.96

P=0.53 (REF.25) Fernández, Pita

Q=0.6 es el complemento 0.47

d= 0.05 margen de error

El mínimo tamaño de muestra obtenido fue de 439 historias clínicas, sin embargo, para el presente estudio se trabajó con el total, 825 historias clínicas.

VI.2.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión:

Los criterios de inclusión en el estudio son:

- Las historias clínicas deben estar llenadas correctamente y legibles.
- Pacientes de ambos géneros, de 18 a 60 años de edad, que vivan en el distrito del Agustino.
- Sujetos que acudan al servicio de odontología.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con edades menores de 18 años
- Pacientes con edades mayores de 60 años
- Pacientes con problemas mentales que no tienen capacidad para poder ser partícipes de este trabajo.

VI.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición Operacional	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Condición pulpar	Lesión patológica de la pulpa dentaria presente en los pacientes atendidos	Historia clínica CIE 10	Cualitativa	Nominal	Sin lesión
					Hiperemia
					Pulpitis
					Necrosis pulpar
Condición periapical	Lesión patológica periapical del diente presente en los pacientes atendidos	Historia clínica CIE 10	Cualitativa	Nominal	Sin lesión
					Periodontitis apical aguda
					Absceso alveolar agudo
					Absceso alveolar crónico

Co-variables	Definición Operacional	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Género	Características genotípicas y fenotípicas de la persona	Historia clínica	Cualitativa	Nominal	-Femenino -Masculino
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la evaluación	Historia clínica	Cualitativa	Ordinal	-18 a los 40 años -40 a los 60 años
Síntomas	Dolor que refiere el paciente en el momento de la atención	Historia clínica	Cualitativa	Nominal	-Dolor leve, moderado, intenso (HIPEREMIA) -Dolor pasa cuando cesa lo que lo causa -Dolor espontáneo pulsátil -Dolor al frío o al calor
Signos	Característica Clínica observable	Historia clínica	Cualitativa	Nominal	-Extraoral -Intraoral

Etiología	Característica clínica presentes relacionada a la lesión y antecedente patológico	Historia clínica	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> -Caries dental -Enfermedad periodontal -Profilaxis -Fluorización -Trauma
Tipo de pieza	Pieza dentaria con presencia de la lesión a evaluar	Historia clínica	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> -Molar -Premolar -Anterior

VI.4 MÉTODO, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO

Método: Observación Indirecta.

Técnica: Revisión de historias clínicas del archivo del CAP III EL AGUSTINO

Procedimiento:

Las historias clínicas (ficha odontológica) fueron realizadas por los médicos dentistas que trabajan en la institución, siendo realizada en la primera consulta. Y tomando en cuenta el último diagnóstico. Cada operador que trabaja en la institución ha sido capacitado previamente en la revisión de enfermedades de la pulpa según la clasificación del CIE 10, lo cual asegura que la información registrada en la historia clínica (ficha odontológica) es verdadera.

Autorización

Se coordinó con la Jefatura médica, la cual a su vez coordinó con la dirección del centro para que autorice la evaluación de las Historias Clínicas del archivo. (Anexo 2 y 3)

Recolección de los datos

Se usó el Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH) utilizado por ESSALUD, y para consolidar la información se creó una ficha recolectora de datos, mediante la cual se incluye datos generales del paciente, número de historia clínica, motivo de consulta, patología pulpar, patología periapical, género, edad, grado de

instrucción, procedencia, signos, síntomas, etiología, complicaciones, tipo de pieza. (Anexo 1)

Se procedió a transcribir los datos necesarios en las fichas de recolección de los pacientes que acudan al CAP III El Agustino. Las informaciones a la revisión de la Historia Clínica del archivo se tuvieron de las estadísticas tomados en el examen clínico del paciente y los escritos en la historia clínica en una ficha realizada para este efecto.

Previo a su revisión se verifico que las historias Clínicas estén llenadas correctamente y legibles.

La ficha consta de los siguientes puntos: datos generales del paciente, numero de historia clínica, motivo de consulta, patología pulpar, patología periapical, genero, edad, grado de instrucción, procedencia, signos, síntomas, etiología, complicaciones, Tipo de pieza.

VI.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

- El presente protocolo de este trabajo fue recibido por el Comité de Ética en Investigación del CAP III EL AGUSTINO ESSALUD para su registro y aprobación.
(Anexo 3)

- El proyecto de trabajo fue revisado y aceptado por la Comisión de Revisión de Aspectos Metodológicos y Éticos de la Escuela de Estomatología de la Universidad Científica del Sur con el código de registro 008

- Se respetó la confidencialidad de la historia clínica no identificando los pacientes en la base de datos y utilizando solo códigos.
- Se utilizó una ficha anónima garantizando confidencialidad para el paciente.

VI.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento de análisis se llevó a cabo con el programa de estadística SPSS versión 20 y realizó en:

- Para el análisis univariado se hallaron frecuencias absolutas y relativas de las variables de estudio.
- Para el análisis de la información, se llegó a realizar una estadística de forma descriptiva.
- Se obtuvieron las medidas de prevalencia simple y en porcentaje de las variables de estudio.
- Se usó el test de χ^2 para asociar las variables de estudio.

VII. RESULTADOS

En la Tabla N° 1. Se observa la relación de la condición pulpar con el género del paciente que acude al Servicio de odontología CAP III El Agustino – 2011, encontrando que pacientes de género femenino acudieron en un 59,9%, a diferencia del género masculino que acudieron en un 41.0%. Asimismo, se obtuvo un resultado de pacientes sin lesión en género femenino 40.0% y género masculino de 24.5% de un 64.5% de la muestra; con Hiperemia se obtuvo un 0.4% en el género masculino y 1.0% en el género femenino de un 1% de la muestra; con Necrosis pulpar se obtuvo un 7.6% en el género masculino y 7.9% en el género femenino (14.9%). Al relacionar el tipo de lesión según género se obtuvo diferencia altamente significativa con un $p=0,00$.

En la Tabla N° 2 se observó la relación de la condición pulpar y periapical con la edad del paciente que acude al servicio de Odontología CAP III El Agustino – 2011, encontrando que pacientes de rango de edad de 18-40 acudieron en un 72,6%, a diferencia del rango de 40-60 años de edad con un 27.4%; a su vez se puede indicar que el grupo de edad de 18-40 años se encontró mayor porcentaje de pacientes sin lesión 48.1% en comparación con el aspecto de 40-60 años con un 17.0%., en contraste podemos observar que con pulpitis y necrosis se encontró un mayor porcentaje en el rango de 18-40 años 13.6% y 9.8 respectivamente. Al relacionar la condición pulpar según los rangos de edad, se encontró diferencia estadísticamente significativa, con un $p=0,014$. Con respecto a la condición

periapical con la edad del paciente, se encontró relación de lesión periapical con el rango de edad de 18-40 años en un 72.6%, considerando que de ese porcentaje el 62.6% no presentaron lesión, a diferencia del rango de 40-60 años con un 27.4%, considerando que de ese porcentaje el 21.9% no presentaron lesión; también se obtuvo que entre los 18 -40 años predominó los abscesos del área periapical crónicos con un 7.9% en comparación con el 3.8% en el rango de 40-60 años.

Al relacionar la lesión periapical con la edad del paciente, se observa $n p=0.02$, obteniendo que existe diferencia estadísticamente de forma significativa

En la tabla N°3 se observa la relación de condición de lesión pulpar con el motivo de consulta del paciente que acude al servicio de odontología CAP III El Agustino – 2011, se encontró mayor frecuencia presentan los registros que acuden por caries dental 63.9%, seguido profilaxis 18.8% y fluorización 16.2%; los que no registraron lesión el motivo de consulta caries dental obtuvo frecuencia de 44.7%, enfermedad periodontal 1.1%, profilaxis 17.1%, fluorización 2.3%, dando un total de 65.1%. Los que registraron hiperemia su principal motivo de consulta fue por caries dental con un 1.1% y 0.2% por fluorización dando un total de 1.3%. Los que registraron pulpitis su mayor motivo de consulta fue por caries dental con frecuencia de 13.6% y 4.0 por fluorización, dando un total de 18.6%. los que registraron necrosis su principal motivo de consulta fue por fluorización con un 9.7% seguido de caries dental 4.5%, dando un total de 14.9%. Al relacionar el tipo

de lesión pulpar con motivo de consulta se obtuvo un $p=0,00$ demostrando una diferencia altamente significativa.

En la tabla N°4 se observa la relación de la condición pulpar y periapical y los signos del paciente que acude al Servicio de Odontología del CAP III El Agustino – 2011 se observa que Sin signos se obtuvo una mayor frecuencia 10.2%, Pulpitis 2.7%, dando una total de 12.9%; Sin Signos se obtuvo una frecuencia Sin Lesión 57.6%, con Hiperemia 10.2%, Pulpitis 14.5%, Necrosis 2.6% dando un total de 84.8%; Signos intraorales, con pulpitis 2,7% y los que presentaron algún signo en necrosis fueron un 10,2%; Signos extraorales se obtuvo una mayor frecuencia en de Necrosis 2.1%, y 0.2 en pulpitis, dando un total de 2,3%. Al relacionar la condición pulpar de los signos presentes se obtuvo un $p=0,00$ demostrando una diferencia altamente significativa. En la condición periapical se obtuvo una frecuencia sin lesión 80.2%, con periodontitis apical aguda 0.2%, absceso alveolar agudo 0.0%, abscesos apicales 3.0 dando un total de 84.5%; Signos Intraorales se obtuvo una frecuencia sin lesión 3.4%, periodontitis apical aguda 1.7%, absceso alveolar agudo 0.5%, abscesos apicales crónico 8.8% dando un total de 14.4%, Signos Extraorales se obtuvo una frecuencia Sin lesión 0.2%, con periodontitis apical aguda 0.2%, con abscesos alveolar agudos 1.8% dando un total de 2.3%. Al relacionar la lesión periapical y los signos presentes se obtuvo un $p=0,00$ demostrando una diferencia altamente significativa.

En la Tabla N° 5 se observa la relación de condición pulpar y periapical de síntomas del paciente que acude al servicio de Odontología CAP III El Agustino – 2011 se observó que Sin Lesiones se obtuvo una frecuencia 65.0, dolor leve se obtuvo una mayor frecuencia en pulpitis 2,7 con Periodontitis apical Aguda se obtuvo una frecuencia de 0.0%, con Absceso Alveolar agudo se observa 0.6%, con abscesos apicales 0.0%, dando un total de 65.6%. Con Dolor Leve se obtuvo una frecuencia sin lesión 0.05%, con periodontitis apical aguda 0.4%, con Absceso alveolar 2.7%, dolor moderado también obtuvo mayor frecuencia en pulpitis 13,2% seguido de necrosis 6,4% dando un total de 19.6%. Dolor Intenso se obtuvo una frecuencia sin lesión 0.0%, hiperemia 0,0%, con pulpitis se obtuvo un 0,7% y en necrosis un 4.0%, dando un total de 4.7%; Dolor pasa cuando cesa el estímulo se obtuvo una frecuencia sin lesión 0.1% , con hiperemina 0.8%, pulpitis 1.0%, necrosis 0.0%, dando un total de 1.9% Dolor espontaneo se obtuvo una frecuencia Sin Lesión 0.0%, hoperemia 0,0%, pulpitis 0,4% y necrosis 1.7%, dando un total de 2.1%; Con dolor al frio y/o calor se obtuvo una frecuencia sin lesión 0.0%, hiperemia 0,1%, pulpitis 0.0% y necrosis 0.8% dando un total de 1% . Se obtuvo un $p=0,00$ demostrando una diferencia altamente significativa. En relación la condición periapical y síntomas, se observó que asintomático se obtuvo una frecuencia 64.2, con Periodontitis apical Aguda se obtuvo una frecuencia de 0.0%, con Absceso Alveolar agudo se observa 0.0%, con abscesos alveolar crónico 0.5%, dando un total de 65.6%. Con Dolor Leve se obtuvo una

frecuencia sin lesión 3,2%, con periodontitis apical aguda 0,2%, con Absceso alveolar agudo 0.1%, con abscesos alveolar crónico 1.6% dando un total de 5.1%. Con Dolor Moderado se obtuvo una frecuencia sin Lesión 13.0%, con periodontitis apical aguda 0.5%, con Absceso alveolar agudo 0.2%, absceso alveolar crónico 5.7% dando un total de 19.5%. con Dolor Intenso se obtuvo una frecuencia sin lesión 0.8%, con periodontitis apical aguda 0.2, con absceso alveolar agudo 1.8%, con abscesos alveolar crónico 1.8% dando un total de 4.7%; Dolor pasa cuando cesa el estímulo se obtuvo una frecuencia sin lesión 1.9% , con periodontitis apical aguda 0.0% , con absceso alveolar agudo 0.0%, absceso alveolar crónico 0.0%, dando un total 1.9%, Dolor espontaneo se obtuvo una frecuencia Sin Lesión 0.7%, periodontitis apical aguda 0.0%, absceso alveolar agudo 0.1%, abscesos alveolares crónicos 1.2, dando un total de 2.1%; Dolor al frio y/o calor se obtuvo una frecuencia sin lesión 0.2% periodontitis apical aguda 0.1%, absceso alveolar agudo 0.0, abscesos alveolar crónico 0.6% dando un total de 1.0%. Al relacionar la condición periapical y los síntomas presentes se obtuvo un $p=0,00$ demostrando una diferencia altamente significativa.

En la Tabla N° 6 se observa la relación de tipo de lesión pulpar con tipo de pieza del paciente que acude al servicio de Odontología CAP III El Agustino – 2011 se observó que las piezas con mayor frecuencia fueron la molares con 70.6%, premolares 24.1% y anteriores 5.3%, lo que se desgloso de la siguiente manera: los que no registraron lesión pulpar con mayor frecuencia fueron los molares

42.6%, premolares 17,7% y anteriores 5.4%, dando un total de 65.3%. Los que registraron hiperemia con mayor frecuencia molares con 0.8% y premolares con 0.5%, dando un total de 1.3%. Los que registraron pulpitis con mayor frecuencia fueron molares 14.9% seguido de premolares 3.4% y anteriores 0.4%, dando un total de 18.5%. Los que registraron necrosis con mayor frecuencia fueron las molares 12,3%, premolares 12,5% y anteriores 0.1%, dando un total de 14.9%. Al relacionar el tipo de lesión pulpar con el tipo de pieza del paciente se obtuvo un $p=0,00$ demostrando una diferencia altamente significativa. Con respecto a la condición periapical con tipo de pieza, se observó que las piezas con mayor frecuencia fueron la molares con 57.6%, premolares 28.5% y anteriores 13.9% lo que se desglosa de la siguiente manera: los que no registraron lesión con mayor frecuencia fueron los molares 44.8%, premolares 25.2 y anteriores 13.7%, dando un total de 83.7%. Los que registraron periodontitis apical aguda con mayor frecuencia molares con 0.7% y premolares con 0.4%, dando un total de 1.1%. Los que registraron absceso alveolar agudo con mayor frecuencia fueron molares 1.8% seguido de premolares 0.5%, dando un total de 2.3%. Los que registraron absceso alveolar crónico con mayor frecuencia fueron las molares 10.3%, premolares 2.4% y anteriores 0.2%, dando un total de 12.9%. Al relacionar la condición periapical con el tipo de pieza del paciente se obtuvo un $p=0,00$ demostrando una diferencia altamente significativa.

Tabla N° 1. Relación de la condición pulpar según el género del paciente que acude al Servicio de Odontología CAP III El Agustino – 2011

Género	Condición Pulpar								p
	Sin lesión		Hiperemia		Pulpitis		Necrosis pulpar		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Masculino	203	24,5	3	0,4	75	9,1	58	7,6	0,00
Femenino	335	40	8	1	78	9.5	65	7.9	
Total	538	64,5	11	1,4	153	18,6	123	15,5	

Prueba de Chi-cuadrado $p < 0,05$

Tabla 2 Relación de tipo de condición pulpar y periapical con la Edad del Paciente que acude al servicio de Odontología CAP III El Agustino – 2011

		Condición pulpar					P	
		Sin lesión	Hiperemia	Pulpitis	Necrosis	TOTAL		
Rango de edad	18-40	N	397	9	112	81	599	0,01
		%	48,1	1,1	13,6	9,8	72,6	
	40-60	N	140	2	41	42	225	
		%	17,0	,2	5,0	5,1	27,3	
Total		N	537	11	153	123	825	
		%	65,1	1,3	18,5	14,9	100,0	

Prueba de Chi-cuadrado $p < 0,05$

		Condición Periapical					P	
		Sin lesión	Periodontitis apical aguda	Absceso alveolar agudo	Abscesos alveolar cronico	Total		
Rango de edad	18-40	N	519	4	13	65	601	0,02
		%	62,6	,2	1,9	7,9	72,6	
	41-60	N	182	7	6	29	224	
		%	21,9	,9	,8	3,8	27,3	
Total		N	701	11	19	94	825	
		%	84,5	1,1	2,7	11,7	100,0	

Prueba de Chi-cuadrado $p < 0,05$

Tabla 3 Relación de tipo de condición pulpar y periapical con Motivo de consulta del Paciente que acude al servicio de Odontología CAP III El Agustino – 2011

		Motivo de consulta					Total	P	
		Caries dental	Enfermedad periodontal	Profilaxis	Fluorización	Traumatismo			
Condición	Sin lesión	N	369	9	143	17	1	537	0,05
		%	44,7	1,1	17,1	2,3	,1	65,1	
	Hiperemia	N	9	0	0	2	0	11	
		%	1,1	,0	,0	,2	,0	1,3	
	Pulpitis	N	112	0	8	33	0	153	
		%	13,6	,0	1,0	4,0	,0	18,6	
	Necrosis	N	37	0	6	80	0	123	
		%	4,5	,0	,7	9,7	,0	14,9	
	Total	N	527	9	155	132	1	825	
		%	63,9	1,1	18,8	16,2	,1	100,0	

*Prueba de Chi cuadrado
p<0,05*

Tabla 4 Relación de tipo de condición pulpar y periapical con Signos del Paciente que acude al servicio de Odontología CAP III El Agustino – 2011

		Condicion Pulpar					Total	P
		Sin condicion	hiperemia	pulpitis	necrosis			
Signos	Sin signos	N	0	0	22	30	52	0.00
		%	,0	,0	2,7	10,2	12,9	
	Intraorales	N	525	98	109	22	756	
		%	57,6	10,2	14,5	2,6	84,8	
	Extraorales	N	0	0	2	17	19	
		%	,0	,0	,2	2,1	2,3	
Total		N	525	98	133	69	825	
		%	57,6	10,2	18,5	14,5	100	

Prueba de Chi-cuadrado p<0,05

		Condicion Periapical				Total	P	
		Sin lesión	Periodontitis apical aguda	Absceso alveolar agudo	Abscesos Alveolar crónico			
Signos	Sin Signos	N	662	2	0	25	697	0.00
		%	80,2	0,2	0,0	3,0	84,5	
	Intraorales	N	29	14	5	69	117	
		%	3,4	1,7	,5	8,8	14,4	
	Extraorales	N	2	2	15	0	19	
		%	,2%	,2%	1,8%	,0%	2,3%	
Total		N	693	18	20	94	825	
		%	83.1	2,1	2,3	11,8	100,0%	

Prueba de Chi-cuadrado p<0,05

Tabla 5 Relación de tipo de lesión pulpar y periapical según Síntomas del Paciente que acude al servicio de Odontología CAP III El Agustino – 2011

		Condicion Pulpar				Total	P	
		Sin lesión	Hiperemia	Pulpitis	Necrosis			
Síntomas	Sin Síntomas	N	536	0	5	0	541	0,00
		%	65,0	,0	,6	,0	65,6	
	Dolor Leve	N	0	3	22	17	42	
		%	,0	,4	2,7	2,3	5,3	
	Dolor Moderado	N	0	0	109	53	162	
		%	,0	,0	13,2	6,4	19,6	
	Dolor Intenso	N	0	0	6	33	39	
		%	,0	,0	,7	4,	4,7	
	Dolor pasa cuando cesa	N	1	7	8	0	16	
		%	,1	,8	1,0	,0	1,9	
	Dolor Espontaneo	N	0	0	3	14	17	
		%	,0	,0	,4	1,7	2,1	
	Dolor al frio y/o al calor	N	0	1	0	7	8	
		%	,0	,1	,0	,8	1,0	
Total	N	537	11	153	123	825		
	%	65,1	1,3	18,6	15	100,0		

Prueba de Chi-cuadrado $p < 0,05$

		Condicion periapical				Total	P	
		Sin lesión	Periodontitis apical aguda	Absceso alveolar agudo	Abscesos alveolar crónico			
Síntomas	Sin sintomas	N	537	0	0	4	541	0,00
		%	64,2	,0	,0	,5	65,6	
	Dolor leve	N	26	2	1	13	42	
		%	3,2	,2	,1	1,6	5,1	
	Dolor Moderado	N	107	4	2	47	161	
		%	13,0	,5	,2	5,7	19,5	
	Dolor intenso	N	7	2	15	15	39	
		%	,8	,2	1,8	1,8	4,7	
	Dolor pasa cuando cesa el	N	16	0	0	0	16	
		%	1,9	,0	,0	,0	1,9	
	Dolor espontaneo	N	6	0	1	10	17	
		%	,7	,0	,1	1,2	2,1	
	Dolor al frio y/o calor	N	2	1	0	6	9	
		%	,2	,1	,0	,6	1,0	
síntomas	N	0	0	0	0	1		
	%	,0	,0	,0	,0	,1		
Total	N	701	9	19	95	825		
	%	84,1	1,1	2,3	11,4	100,0		

Tabla N° 6 Relación de la condición pulpar y periapical según el tipo de pieza del paciente que acude al servicio de Odontología CAP III El Agustino – 2011

			Tipo de pieza			Total	P
			Molar	Premolar	Anterior		
Condición Pulpar	Sin lesión	N	348	154	36	538	0,00
		%	42,6	17,7	5,4	65,3	
	Hiperemia	N	7	4	0	11	
		%	,8	,5	,0	1,3	
	Pulpitis	N	122	28	3	153	
		%	14,9	3,4	,4	18,5	
	Necrosis	N	101	21	1	123	
		%	12,3	2,5	,1	14,9	
	Total	N	578	207	40	825	
		%	70,6	24,1	5,3	100,0	

Prueba de Chi-cuadrado $p < 0,05$

			Tipo de pieza			Total	P
			Molar	Premolar	Anterior		
Condición periapical	Sin lesión	N	370	234	99	694	0,00
		%	44,8	25,2	13,7	83,7	
	Periodontitis apical	N	6	3	0	9	
		%	,7	,4	,0	1,1	
	Absceso alveolar	N	15	4	0	19	
		%	1,8	,5	,0	2,3	
	Abscesos alveolar crónico	N	77	15	2	94	
		%	10,3	2,4	,2	12,9	
	Total	N	468	256	101	825	
		%	57,6	28,5	13,9	100	

Prueba de Chi-cuadrado $p < 0,05$

VIII. DISCUSIÓN

El conocimiento de la prevalencia de estas patologías es importante ya que van de la mano y son el motivo principal con gran frecuencia en la consulta externa o de urgencia, es abordada de forma muy general y un mejor conocimiento nos va permitir realizar un mejor diagnóstico y tratamiento, lo que favorecerá un crecimiento a medida y sin llegar a estar complicados o disminuyendo la permanencia del proceso.

En este trabajo observacional, que obtuvo como finalidad determinar la continuidad de las condiciones de la pulpa y del área periapical en 825 pacientes se encontró 338 varones (41%) y 486 mujeres (58,9%) que fueron al servicio de odontología del CAP III-EL Agustino. Asimismo, se encontró un 18.5% de pacientes con alguna condición pulpar, similar a lo obtenido por Fernández y cols²² en el 2006-2007 en el Instituto cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer, de la Habana Cuba; con un 19,6% de enfermedades de la pulpa en una muestra de 270 trabajadores. También se halló que la frecuencia de necrosis pulpar en grupo etario de 18 a 40 años fue de 14.9%, lo contrario discrepa al estudio realizado por Ferrer Vílchez y cols²⁶ en el 2017 en la Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cuba; encuentran que la necrosis pulpar es la más frecuente 40.73% en el grupo de 35-39 años de 329 pacientes.

Además, se observó una mayor prevalencia en paciente que acudieron con pulpitis y necrosis pulpar tanto en femenino como en masculino, obteniéndose una diferencia altamente significativa ($p=0,00$) demostrando que existe relación en la presencia de lesiones de la pulpa según el sexo.

Con respecto a la prevalencia del tipo de condición pulpar, se obtuvo que un 65,1% no presento lesión alguna a diferencia de lo obtenido por Fernández y cols²² con un 94,8% sanos y un 5,2% con lesión presente. Asimismo, la mayor prevalencia de condición pulpar obtenido en este estudio, fue la pulpitis con un 18,5%, seguido por la necrosis pulpar con un 14,9%; a diferencia de lo obtenido por Quiñones²⁰ en el 2000, con una mayor prevalencia de la Hiperemia pulpar con un 45,7% de su muestra. Sin embargo, esto puede deberse a la gran diferencia de tamaño muestral con un total de 35 pacientes para su estudio, además de las características de la población siendo esta cubana a diferencia de los pacientes que participaron en este estudio, que fueron peruanos.

Para las condiciones del área periapical se encontró un 15.3%, a diferencia de lo obtenido por Fernández y cols²² realizado en el Instituto cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer, de la Habana Cuba que fue de 4,8%. Sin embargo, esto difiere a los resultados obtenidos por Betancourt y cols²¹ y Gaviria y cols²³ que encontraron mayor prevalencia en lesiones del área periapical en comparación con las lesiones de la pulpa.

Fernández y cols²² obtuvieron en el 2009 una prevalencia de lesiones del área periapical en el sector anterior a diferencia de las lesiones de la pulpa que predominaron en el sector posterior. Asimismo, Gaviria²³ obtuvo que la lesión con mayor prevalencia fue la periodontitis apical crónica no supurativa con un 38,1%, a diferencia de lo obtenido por Fernández²⁴ y cols en el 2012 con una prioridad del absceso periapical agudo (84,7%) del grupo de edad de 35 a 59 años y del sexo varonil.

Con respecto al grupo de edad más afectado con lesiones de la pulpa fue de 18 a 40 años con 72,6%, a diferencia de las lesiones del área periapical que fue de mayor prevalencia del grupo de edad de 40 a 60 años, con un 61,5%. En comparación al estudio antes mencionado realizado por Fernández y cols²² se obtuvo un de 35 a 59 años con 52,8% para las enfermedades de la pulpa y un 61,5% para las del área periapical, observándose mayor similitud en las lesiones del área periapical. Asimismo, Gaviria²³ y Fernández²⁴ obtuvieron resultados similares con una mayor prevalencia de presencia de lesiones en los grupos de edad de 36 a 45 años y 35 a 59 años edad, respectivamente.

Al realizar el análisis comparativo entre las condiciones del órgano pulpar y del periápice según los rangos de edad, ya expuestos, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en ambos análisis con un $p=0,014$ y un $p=0,02$, respectivamente; demostrando que si existe relación de la presencia de lesión pulpar o periapical según la edad. Además, se observa que a menor edad (18 a

40 años) mayor frecuencia sin lesión pulpar con un 48,1%, a diferencia de mayor edad (40 a 60 años) menor frecuencia sin lesión pulpar con un 17,0%.

Betancourt y cols²¹ en el 2009 realizaron un estudio en 1 137 alumnos en niños de 4 a 12 años del Policlínico Docente de Playa, en el cual evaluaron las lesiones de la pulpa y del área periapical presentes al examen clínico, y lo relacionaron con diversos factores, encontrando mayor predisposición de presentar alguna lesión en la mandíbula en la zona posterior con un 53,8%, lo cual puede relacionarse debido a la mayor posibilidad de la ubicación de los alimentos, a causa de la gravedad, y esta posibilidad aumenta en las zonas posteriores, la cual es de mayor dificultad de acceso para la adecuada higiene bucal.

En caso de las piezas más afectadas con lesiones de la pulpa se obtuvo las molares con 57,6%, teniendo mayor frecuencia pulpitis 14.5% y en general lesiones del área periapical 39.3% (228); al igual las piezas más afectadas con mayor frecuencia de lesiones del área periapical fueron las molares con un 11.8% (98), absceso alveolar crónico 9.3%. Similar al obtenido en el estudio de Balcázar Nájera y cols²⁷ en el 2013, revisaron 322 expedientes clínicos, encontrando que la pieza dentaria que presento mayor frecuencia de enfermedad periapical es el 1er molar inferior izquierdo con 11.6%, seguido de primer molar superior derecho 10%. Al realizar el análisis comparativo entre las piezas dentarias y las lesiones del área periapical y de la pulpa se indicó una variación significativa ($p=0,00$), demostrando que

existe relación entre la presencia de lesiones de la pulpa y del área periapical según el tipo de pieza dental.

Pita y cols²⁹ en el 2017, realizaron un estudio en el Servicio de Urgencias de la Clínica Estomatológica Ramón Guerra Montano, Baracoa desde enero 2016 a enero 2017, para determinar el comportamiento de los estados inflamatorios de la pulpa más frecuentes, fueron 85 pacientes, mayores de 15 años. Se trabajó con síntoma de dolor, pulpitis irreversible aguda, caries dental. Resultando que el proceso inflamatorio pulpar predominó en el sexo masculino 65% en el rango de edad de 25 a 44 años, también se obtuvo mayor prevalencia en el dolor moderado 33.0% y si principal causa fue la caries dental 51%; este estudio concuerda con los resultados en este trabajo.

Otro estudio realizado por Beltrán y Rosales³² (2014) donde evaluaron a pacientes de 19 a 59 años, que acudieron a la consulta de Urgencia Estomatológica de la Clínica "Felipe Soto", del municipio de Boyeros en febrero 2010 a junio 2011, encontraron que el grupo más perjudicado eran los molares con 42,8%, y el principal motivo de consulta era por caries dental 58,5%, con predominio de sexo femenino 59.0%

En lo recogido por este estudio, se realizaron en su mayoría comparaciones con trabajos de investigación internacional en la cual se observan que difieren en

algunos aspectos; debido a diversos factores como el tipo de población, edades, entre otras características.

Los resultados encontrados, en general, aportan hallazgos como una primera línea de investigación que argumenta que las lesiones de la pulpa y del área periapical tienen relación no sólo por factores predisponentes a la caries dental y a la higiene bucal, sino también por factores sociales, entre ellos la edad, la procedencia, y el género. En tal sentido es vital la realización de nuevas investigaciones para fortalecer los conocimientos y formas de comportamiento de la población con respecto a la relevancia y prevención de las lesiones del área periapical y de la pulpa para la población y el odontólogo general.

IX. CONCLUSIONES

1. En la presente investigación las condiciones de la pulpa y del área periapical más prevalentes son pulpitis y abscesos alveolares crónicos, respectivamente.
2. En la presente investigación la prevalencia lesiones de la pulpa y del área periapical tienen relación según el género, siendo el de mayor prevalencia el sexo femenino.
2. En la presente investigación la prevalencia de lesiones de la pulpa y del área periapical tienen relación altamente significativa según el rango de edad, siendo el de mayor prevalencia de 18 a 40 años en lesiones de la pulpa y lesiones del área periapical.
3. En la presente investigación la prevalencia lesiones de la pulpa y del área periapical tienen relación altamente significativa según el grado de instrucción, siendo el de mayor prevalencia el nivel secundario.
4. En la presente investigación las condiciones de la pulpa y del área periapical tienen relación según signos y síntomas, se obtuvo mayor prevalencia en los registros con dolor moderado.
5. Se halló que en las condiciones de la pulpa y del área periapical hay una mayor continuidad de signos y síntomas intraorales, presentándose con mayor frecuencia en necrosis y abscesos alveolares crónicos.
6. En la presente investigación la prevalencia lesiones de la pulpa y del área periapical tienen relación altamente significativa según la pieza dentaria, siendo el de mayor prevalencia las molares.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. García JA. Infecciones de origen odontogeno. En: Bascones A, Perea EJ. Infecciones orofaciales. Madrid: Trigo S.A; 2003. P. 165-81. Ediciones Avances Médicos Dentales. Madrid. 1994
2. Walton RE, Torabinejad M. Principles and practice of endodontics. Philadelphia: Ed. Wb Saunders: 1996. Cap. 16.
3. Kuriyama T, Karasawa T, Nakagawa K, Saiki Y, Yamamoto E, Nakamura S. Bacteriologic features and antimicrobial susceptibility in isolates from orofacial odontogenic infections. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000; 90:600-8.
4. Cohen S, Burns RC. Vías de la pulpa. Madrid: Ed. Harcourt-Mosby; 1999, p. 17-9.
5. Pumarola J, Canalda C. Patología de la pulpa y del periapice. En: Canalda C, Brau E, eds. Endodoncia. Madrid: Ed. Masson: 2001. Cap. 6.
6. Colectivo de Autores. Cirugía Tomo I. Dpto. de Cirugía. Escuela de Medicina Universidad de la Habana. Instituto del Libro 1969
7. Patología oral y maxilo facial contemporánea. [en Internet]. [citado 28 enero 2011]. [aprox. 5 pág.] Disponible en: <http://books.google.com/books?id=quNVwwFOmfgC&pg=PA80&lpg=PA80&dq=bacteria>
8. Lasala A. Endodoncia. Madrid. Ed. Masson-Salvat Odontología; 1992. p. 69-104
9. Gill Y Schully C. Orofacial Odontogenic Infection: review of microbiology and current treatment. Oral surg-oral Med-oral Pathol; Aug:70(20) 1990 155-8
10. Simon J. Patología Periapical. En: Cohen S, Burns RC. Vías de la pulpa. Madrid: Ed. Harcourt-Mosby; 1999. P. 410-38.
11. Manual de endodoncia. Parte 4. Patología Pulpar y periapical [en Internet]. [citado 25 enero 2011]. [aprox, 7 pág.]. Disponible en: http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=85&Itemid
12. Cohen S, Hargreaves K. Morfología del diente y preparación de acceso. En: Vías de la pulpa. Editorial Elsevier, 9na edición, España, 2008: 529, 530-531.
13. Cohen S, Hargreaves K. Morfología del diente y preparación de acceso. En: Vías de la pulpa. Editorial Elsevier, 9na edición, España, 2008: 722-723.
14. Factor predisponente de colonización orofaríngea con bacilo gram negativo. [En Internet]. [Citado 10 enero 2011]. [aprox. 3 pág.]. Disponible en: <http://books.google.com/books?id=QuDWt3CEepcC&pg=PA95&dq=Valenti+WM.+Factors+predisposing+to+oropharyngeal+colonization+with+gram+negative+bacilli>
15. DENTAL PULP / pathology. [en Internet]. [Citado 28 enero 2011]. [aprox. 4 pág.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.\(1\)_02/p2.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.(1)_02/p2.html)

16. Comportamiento de las patologías pulpares agudas. ASIC Santa Cruz del Este Municipio Baruta. Caracas. Venezuela: año 2007 – 2008. [en Internet]. [Citado 28 enero 2011]. [aprox. 4 pág.] Disponible en: <http://odontologia-estomatologia.blogspot.com/2010/08/comportamiento-de-las-patologias.html>
17. Patología oral y maxilo facial contemporánea. [en Internet]. [citado 28 enero 2011]. [aprox. 5 pág.] Disponible en: <http://books.google.com/books?id=quNVwwFOmfgC&pg=PA80&lpg=PA80&dq=bacteria>
18. Revista Habanera de Ciencias Médicas. Rev haban cienc méd v.8 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2009 [en Internet] [citado 24 noviembre 2010] [aprox 5 pág.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000200008&script=sci_arttext
19. Quiñones D. Patologías pulpares y periapicales más frecuentes en urgencias en 2 clínicas estomatológicas. Rev Cubana Estomatol. 2000; 37(2): 84-8.
21. Betancourt M, Fernández MC, Valcarcel J. Lesiones pulpares y periapicales en escolares del área de atención del policlínico docente de playa. Ciudad de la habana. Rev haban cienc méd La Habana. 2009; 8 (2).
22. Fernández MC, Valcárcel , Betancourt M. Enfermedades pulpares y periapicales en trabajadores del Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2009 Nov [citado 2014 Nov 11]; 8(4):
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400015&lng=es.
23. Gaviria A, Quintero M, Zúñiga A, Rodríguez P, Jaramillo A. Prevalencia de lesiones pulpares en pacientes tratados con endodoncia escuela de odontología universidad del Valle. Rev Colomb investiga odontol. 2012; 3 (7): 49-54.
24. Fernández M, Morales V, Rodríguez A, Mesa L, Pérez N. Lesiones periapicales agudas en pacientes adultos. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2014 Nov 11]; 49(2): 107-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-5072012000200004&lng=es.
25. Fernández P, Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2019 Jul 12]: CAD ATEN PRIMARIA 1996;3:138-14. Disponible en: <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp>
26. Ferrer Vilches Diosky, Hernández Millán Ana, García Álvarez Olga, Rodríguez Alonso Yenly, Pérez Morales Miguel, Liriano García Rosa. Caracterización de las enfermedades pulpares en pacientes pertenecientes al Área II del municipio

Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2017 Jun [citado 2019 Jul 12] ; 15(3): 327-332. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000300007&lng=es.

27. Balcázar-Nájera Carlos Alberto, Isidro-Olan Laura Beatriz, Nájera-Castro Armando, Hernández-Ramírez Griselda, Rueda-Ventura Marco Antonio, Garrido-Pérez Silvia María Guadalupe. Factores de riesgo asociados a la patología periapical y pulpar. Horiz. sanitario [revista en la Internet]. 2017 Ago [citado 2019 Jul 12] ; 16(2): 111-119. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592017000200111&lng=es. <http://dx.doi.org/10.19136/hs.v16i2.1450>.

28. Fernández Collazo María Elena, Vila Morales Dadonim, Rodríguez Soto Agustín, Mesa González Dania Lucrecia, Pérez Clemente Norma Guadalupe. Lesiones periapicales agudas en pacientes adultos. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2012 Jun [citado 2019 Nov 18] ; 49(2): 107-116. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000200004&lng=es.

29. Pita Labori L, Matos Cantillo D, Tabera García M, Martínez A, Morejón Correa D. Estados inflamatorios pulpares más frecuentes en servicios de urgencia. Rev. inf. cient. [Internet]. 2017 [citado 2019 Nov 18];96(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1184>

30. PEREIRA Andrea Cardoso, CERQUEIRA NETO Ana Carolina Correia Laurindo de, ZAIA Alexandre Augusto, GOMES Brenda Paula Figueiredo de Almeida, ALMEIDA José Flávio Affonso de, SOARES Adriana de Jesus. Demographic profile of patients and clinical characteristics of dental emergencies at the outpatient clinic of a Brazilian Dental School. RGO, Rev. Gaúch. Odontol. [Internet]. 2018 Dec [cited 2019 Nov 28] ; 66(4): 345-351. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372018000400345&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-863720180004000083530>.

31. Martínez Asanza Dachel, Álvarez Rodríguez Javier, Clavera Vázquez Teresita de J, Montenegro Ojeda Yadira. Caracterización de las urgencias estomatológicas atendidas en dos policlínicos docentes del municipio Playa. Rev haban cienc méd [Internet]. 2015 Ago [citado 2019 Nov 28] ; 14(4): 488-495. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000400012&lng=es.

32. Bertrán Herrero Grethell, Rosales Alonso José Luis. Lesiones pulpares y periapicales en la consulta de Urgencia Estomatológica. Clínica "Felipe Soto". 2010-2011. Rev haban cienc méd [Internet]. 2014 Feb [citado 2019 Nov 28] ; 13(1): 94-100. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000100011&lng=es.

33. Mendiburu Zavala Celia Elena del Perpetuo Socorro, Arce Cen Daniel Josué, Medina-Peralta Salvador, Carrillo Mendiburu Josué. Prevalencia de enfermedades pulpares o periapicales como factores de riesgo de la uveítis secundaria. Rev. Odont. Mex [revista en la Internet]. 2016 Mar [citado 2019 Nov 28] ; 20(1): 22-28. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2016000100022&lng=es. http://dx.doi.org/10.1016/j.rod_mex.2016.02.003.

XI. ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

SEDE: CAP III EL AGUSTINO-ESSALUD-RED ASISTENCIAL ALMENARA

INSTRUCCIONES: El llenado de la encuesta de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas de cada paciente; el llenado debe ser correctamente tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos.

Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera algún inconveniente.

DATOS GENERALES:

FICHA N° _____

FECHA Y HORA DE LLENADO: _____

HC N° _____

RESPONSABLE DEL LLENADO: _____

EDAD: ____ Años

1. MOTIVO DE CONSULTA:

1. Caries Dental: _____

2. Enfermedad Periodontal: _____

3. Profilaxis: _____

4. Exodoncia: _____

5. Fluorización: _____

6. Traumatismos: _____

2. GÉNERO:

1. Masculino: ____

2. Femenino: ____

3. ESTADO CIVIL :

1. Soltera: ____

2. Casada: ____

3. Conviviente: ____

4. Divorciada: ____

5. Viuda: ____

4. NIVEL EDUCATIVO:

1. Primaria: _____

2. Secundaria: _____

3. Superior: _____

4. Analfabeta: _____

5. Técnico: _____

5. PROCEDENCIA :

1. Santa Anita: _____

2. La Victoria: _____

3. El Agustino: _____

4. Otro: _____

6. ETIOLOGIA:

1. Caries dental _____

2. Enfermedad Periodontal: _____

3. Traumatismos: _____

4. Otros. _____

7. SIGNOS:

1. Intraorales: _____

2. Extraorales: _____

8. SINTOMAS

1. Dolor leve: _____

2. Dolor Moderado: _____

3. Dolor Intenso: _____
4. Dolor pasa cuando cesa el estímulo: _____
5. Dolor espontáneo pulsátil: _____
6. Dolor al Frío y/o Calor: _____

9. COMPLICACIONES

1. Celulitis facial: _____
2. Angina de Ludwig: _____
3. Sinusitis: _____
4. Linfadenopatía: _____

10. TIPO DE LESIÓN:

1. HIPEREMIA: _____
2. PULPITIS: _____
3. PULPITIS IRREVERSIBLE: _____
4. NECROSIS PULPAR: _____

11. TIPO DE PIEZA:

1. Molar: _____
2. Premolar: _____
3. Anteriores: _____

ANEXO 2

Permiso para realizar el trabajo en el CAP III El Agustino Essalud-2011

De: monica quesada andrade <monica78@hotmail.com>

Fecha: 12 de setiembre de 2011, 10:40:56 PET

Para: "roberto.ramosm@essalud.gob.pe" <roberto.ramosm@essalud.gob.pe>

Asunto: RE: RV: Permiso para realizar estudio para la tesis de Especialidad de Universidad Científica del sur

Buenos días Mi estimado Dr. Ramos

Le escribo para agradecerle de ante mano la consideración y el apoyo a mi persona.

Espero que este estudio pueda aportar una base sobre el estado de salud bucal de esta población. Y así poder tener nuestro protocolo de atención de acuerdo a la realidad y necesidad del distrito.

Nuevamente mil gracias.

Espero que se encuentre bien y le mando mis cordiales saludos!!!

Atentamente

Dra. Mónica Quesada Andrade
Coord. Servicio de Odontología
CAP III EL AGUSTINO ESSALUD

From: roberto.ramosm@essalud.gob.pe

To: monica.quezada@essalud.gob.pe; monica78@hotmail.com

CC: Jairo.sanchez@essalud.gob.pe

Subject: RV: Permiso para realizar estudio para la tesis de Especialidad de Universidad Científica del sur

Date: Mon, 12 Set 2011 09:33:00 -0500

Buenos días Dra. Quesada

No hay problema en cuanto pueda realizar el estudio en el centro y las historias clínicas no salgan del nosocomio.

Espero que ese estudio nos aporte mucho para esta población adscrita. Y muchos éxitos en su carrera. A seguir estudiando y capacitándose.

Atte.

Dr. ROBERTO RAMOS MENESES*DIRECTOR CAP III EL AGUSTINO**RED ASISTENCIAL ALMENARA**TELF 3275109 RPM #790156**ESSALUD*email: roberto.ramosm@essalud.gob.peweb: www.essalud.gob.pe**De:** Monica Quesada [mailto:monica.quezada@essalud.gob.pe]**Enviado el:** viernes, 9 de setiembre de 2011 9:10**Para:** 'Roberto Ramos'**CC:** 'Jose Chavarria'; 'Jairo Sanchez'**Asunto:** Permiso para realizar estudio para la tesis de Especialidad de Universidad Científica del sur

Estimado Dr. Roberto Ramos

Lo saludo muy cordialmente y aprovecho la oportunidad para solicitar permiso para realizar un estudio de tesis para mi especialidad, la cual la estoy realizando en la universidad Científica del sur como es de su conocimiento.

Hare solo revisión de las historias clínicas para anotar los datos que necesito en una ficha que he confeccionado, no utilizare los recursos del centro, lo realizare en horas no laborables, por lo que pido autorice para que archivo me brinde las historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos en el periodo de diciembre 2009 a julio 2011.

Es todo cuanto tengo que solicitar,

Quedo en espera de su pronta respuesta

Dra. Mónica Quesada Andrade
Coord. Servicio de Odontología
CAP III EL AGUSTINO ESSALUD

ANEXO 3

CARTA-No.051-ODON-CAPIIIIEA-RAA-ESSALUD-2016

Lima, 31 de octubre del 2016

DR. ROBERTO RAMOS MENESES

Director del CAP III EL AGUSTINO

Presente.-

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez regularizar mediante esta carta la solicitud de hacer la investigación para mi tesis de especialidad, la cual, ya está concluida gracias a la facilidad que me otorgaron para la realización de la misma.

Realmente los resultados nos indican cual es el horizonte que tenemos que marcar para la atención a la población del Agustino.



Por todo ello, le agradezco por acceder a mi solicitud.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,



Dra. Mónica Quesada Andrade
Coord. Servicio de Odontología
CAP III EL AGUSTINO