



**Universidad  
Nacional de  
Cuyo**

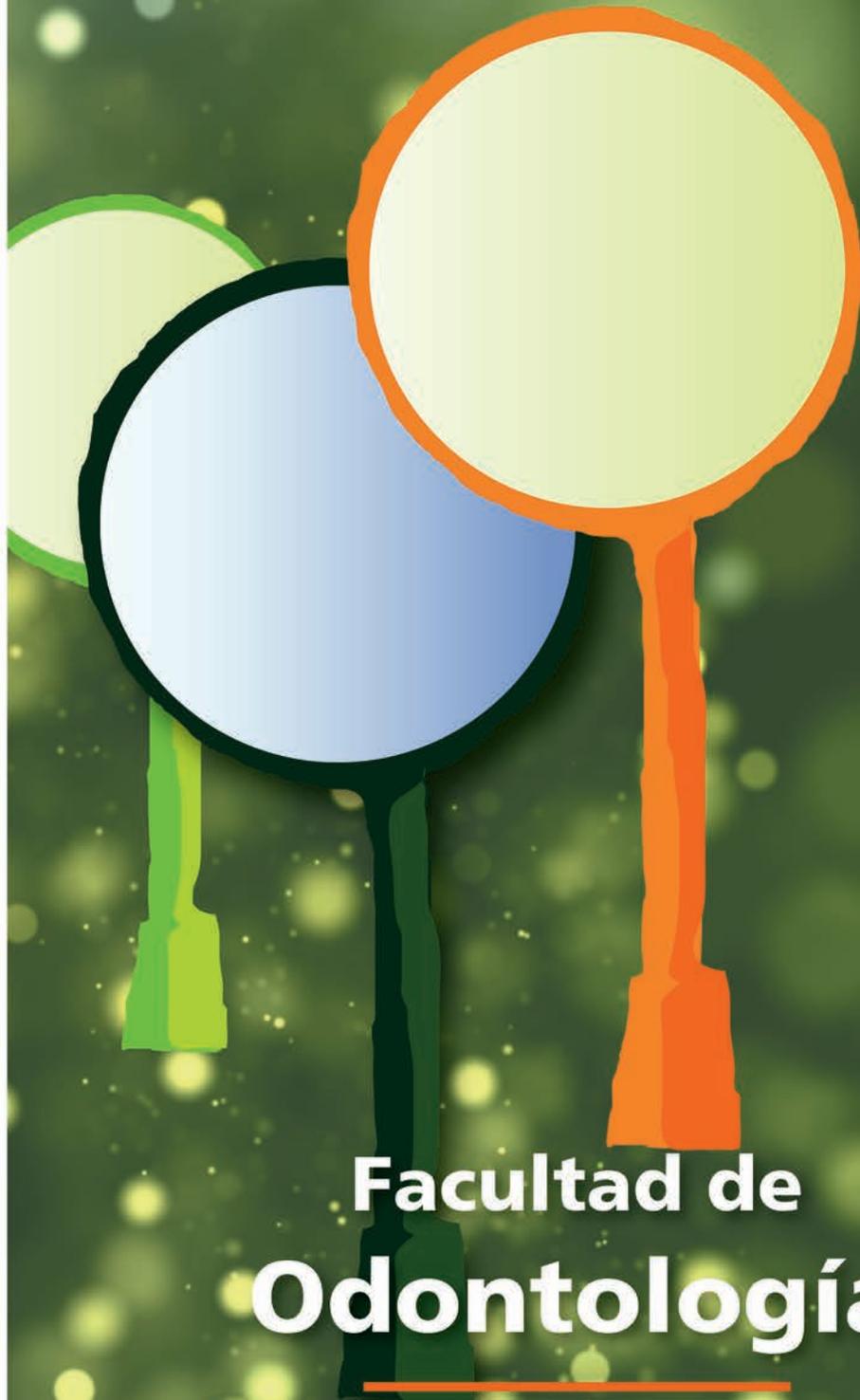
**Volumen 15  
número**

**2**

**2021**

ISSN-1667-4243  
ISSN-2428-538X  
ON LINE

**R E V I S T A**



**Facultad de  
Odontología**



**UNCUYO**  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE CUYO

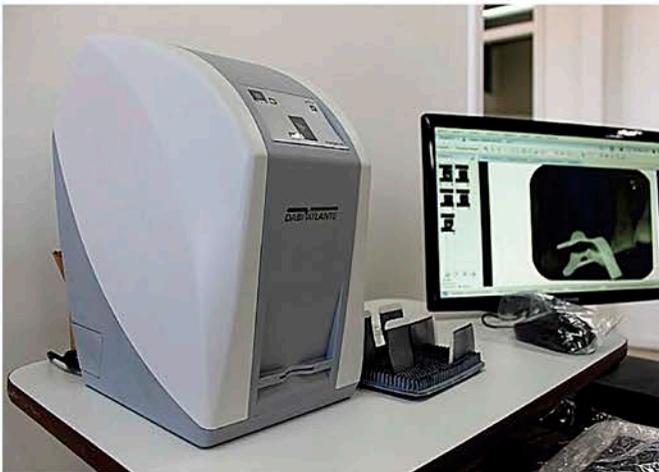


FACULTAD DE  
**ODONTOLOGÍA**

*Clínica 3.4*



*Inauguración de la Clínica  
de Posgrado 3.4, con tecnología  
de punta para la formación  
continua de nuestros profesionales*



**R E V I S T A**

# Facultad de Odontología

Volumen 15  
número

**2**

**2021**

ISSN-1667-4243

ISSN-2428-538X

ON LINE



Universidad Nacional de Cuyo

---

# Autoridades

---



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

Mendoza, Argentina

Ing. Agr. Daniel Ricardo PIZZI  
**Rector**

Dr. Prof. Jorge Horacio BARÓN  
**Vicerrector**

### FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Dra. María del Carmen Patricia DI NASSO

**Decana**

Prof. Od. Carlos BOSSHARDT

**Vicedecano**

Esp. Od. Patricia ECHAGARAY

**Secretaría Académica**

Od. Emiliano TORRES

**Secretaría de Asuntos Estudiantiles**

Esp. Od. Laura CALATAYUD

**Secretaría de Posgrado**

Esp. Od. Graciela GARCÍA CRIMI

**Secretaría de Extensión Universitaria**

Esp. Od. Rodrigo STOEHR

**Secretaría de Ciencia y Técnica**

Od. Nicolás IERVOLINO

**Secretaría de Graduados**

Esp. Od. Adriana MARRA

**Dirección Carrera de Odontología**

Od. Carolina TABERNARO

**Dirección Tecnicatura Universitaria en Asistencia Odontológica**

**Dirección Tecnicatura Universitaria en Prótesis Dental**

Mgter. Alejandra LÓPEZ

**Secretaría General de Administración**

---

### Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo

Indexada en Latindex, EBSCO y próximamente en BVS y DIALNE

Publicación sometida a arbitraje nacional y extranjero.

Distribución gratuita semestral.

# Comité Editorial

Departamento de Publicaciones de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina

Creado por resolución N°31/99

**Consejo Asesor presidido por la Prof. Dra. Patricia DI NASSO**  
Decana de la Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina

**Coordinación Editorial**  
Esp. Od. Rodrigo STOEHR

## COMITÉ ASESOR FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Dra. María del Carmen Patricia DI NASSO

Pacientes Especiales

Dr. Alberto José MARTÍN

Rehabilitación

Dr. Jorge PASCUCCI

Periodoncia

Dra. Adriana POLETO

Diagnóstico por Imágenes

Dra. Elena VUOTO

Odontopediatría

Dr. Walther ZAVALA

Ciencias básicas

Dra. Graciela PEÑA

Endodoncia

Dr. Juan Carlos ALBERA

Prostodoncia

Dra. Estela RIBOTTA

Periodoncia

## PROFESORES EMÉRITOS UNCUYO

Prof. Esp. Carlos PRIGIONE

Dra. Nélica PIZZI DE PARRA

## COMITÉ EDITORIAL

Dra. Noemí BORDONI

Universidad de Buenos Aires. Argentina

Dr. Jorge Gamonal ARAVENA

Universidad de Chile, Chile

Dra. Verónica AUSINA

Universidad Católica de Valencia, España

Dra. María del Carmen LÓPEZ JORDI

Universidad de la República, Uruguay

Dr. Roberto Beltrán NEIRA

Universidad Cayetano Heredia, Perú

Esp. Francisco ERASO

Universidad de Indiana, EEUU

## GESTIÓN EDITORIAL

Lic. Ester PERETTI

Directora de Biblioteca - Facultad de Odontología

Florencia BERENGUA

Traductora Pública de inglés

## Staff

**Publicación editada por la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo.**

Centro Universitario,  
Ciudad de Mendoza, Argentina  
prensa@fodonto.uncu.edu.ar  
Tels. +54 (261) 4135007- Int. 2814  
Fax. 4494142

### Edición y diagramación:

Teresa Salamunovic  
Patricia Calderón  
teresalamun@gmail.com

### Impresión:

Imprimcuyo

### Edición Diciembre 2021

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723.  
Impreso en Argentina  
ISSN 1667 - 4243  
ISSN- 2422 - 538X  
ON LINE

## Sumario / Normas para los autores

### EDITORIAL

5

### ACTUALIZACIÓN

#### Debates y tensiones en la agenda del dolor

Lic. Sergio Julián Sáenz; Lic. Sonia Domingo

7

### CASOS CLÍNICOS

#### Preservación alveolar con uso de injerto óseo y L-PRF

María Florencia Puebla; Mariana Pezzutti; Cristina Vega; Yanina Palazzolo

10

#### Relato de experiencia en el uso de prótesis de paladar

María Laura Fernández Salto; María Alicia Denegri; María Laura Monllor; Alejandra González Marotta; Daniel Díaz; Homero Carneiro Aferri; Jeniffer de Cássia Rillo Dutka

14

### INVESTIGACIÓN

#### La Práctica Profesional Supervisada (PPS) como espacio de Formación Clínica: Actividades clínicas períodos comprendidos entre los años 2011-2020

Elba Inaudi; Roxana Zabala; Yamila Quilici; Silvia Caggiax

22

#### Evaluación del nivel de satisfacción en relación al uso de prótesis total removible y los factores que influenciaron dicha condición, en pacientes que asistieron a la cátedra de Clínica de Prótesis Completa, Facultad de Odontología, UNCuyo

Graciela Lottero; Edgardo O. Boero López; Verónica Villegas; Guadalupe Jofre; Renato Lottero; Julio Ricardo Ciancia

27

### ESCRIBEN NUESTROS MAESTROS

#### He vivido, lo confieso

Dra. María del Rosario Moreno de Di Marco

33

### BIBLIOTECA

#### Novedades

35

### PUBLICACIÓN:

La revista de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, Argentina, es una publicación semestral y considera para su publicación comunicaciones originales de interés odontológico y/o áreas afines. Podrás publicar en ella autores nacionales o extranjeros teniendo en cuenta que los conceptos, juicios y opiniones son responsabilidad de los autores y que solo se aceptarán trabajos que no hayan sido publicados con anterioridad en otra revista.

**Proceso de revisión:** Todo artículo será revisado y evaluado por el comité editorial podrá aceptarlo, enviarlo a una nueva corrección o rechazarlo.

**Carácter de la publicación:** Se aceptarán artículos en las categorías:

- Investigación
- Actualización
- Casos clínicos
- Institucional.

**Aspectos bioéticos:** Todos los artículos que involucren estudios con seres humanos, órganos y/o tejidos, deben cumplir con las normas vigentes en el marco de la declaración de Helsinki. Deberán especificar en la metodología la obtención del consentimiento informado de los participantes en el estudio y la aprobación de comité de ética de la institución correspondiente.

**Presentación:** Los manuscritos serán enviados al departamento de publicaciones de la Facultad de Odontología UNCuyo en formato papel y una copia en CD o enviar por correo electrónico a [premsa@fodonto.uncu.edu.ar](mailto:premsa@fodonto.uncu.edu.ar), deben ser escritos en formato Word, hoja A4, márgenes de 25 ml. Letra Arial 11 o Times New Roman 12, interlineado de 1,5.

Debe contener:

- **Título:** Claro y conciso en Español e Inglés.
- **Autores:** Nombre completo de cada uno de los autores, institución donde se realizó el trabajo, dirección postal, correo electrónico y el grado académico o profesional. Si correspondiera aclarar la fuente de financiamiento y aprobación del comité de bioética. Si existieran coautores deberán consignarse los mismos datos.
- **Abstract o resumen:** No debe tener una extensión mayor a 150 palabras en Español e Inglés destacando objetivos, métodos y conclusiones.
- **Palabras claves:** En Español e inglés no mayor a 5 serán los términos más representativos del trabajo.
- **Estructura:** Los trabajos de investigación deben constar de: Introducción y antecedentes, métodos, resultados, discusión, conclusiones y referencias.

Los artículos de revisión bibliográfica o actualización constarán de: Introducción, revisión, método utilizados para la obtención de datos, desarrollo, discusión, conclusiones y referencias.

La presentación de casos clínicos constará de: Introducción, antecedentes, descripción del caso, discusión, conclusiones y referencias.

- **Ilustraciones:** Los esquemas, gráficos, tablas, dibujos o fotografías deben incluirse en el manuscrito y tener resolución 300 dpi. En formato jpg. O tiff. Deben ser numeradas en forma secuencial y estar citadas en el texto entre paréntesis.

- **Referencias, bibliografía:** Deben citarse a medida que aparecen en el texto con números arábigos entre paréntesis, se presentarán de la siguiente manera:

**Revistas:** Apellidos, iniciales del nombre, título del artículo, año, volumen, y número de fascículo entre paréntesis, número de página inicial y final.

**Libros:** Autores del título del libro, número de edición, lugar de edición, editorial, año de publicación.

**Capítulos de libro:** Autor del capítulo, títulos del capítulo, autores del libro, título del libro, número de edición, lugar de edición, editorial, año de publicación, página inicial y final del capítulo.

## Editorial

### ¿Empezando a transitar la pospandemia?

Han transcurrido más de 18 meses desde que conocimos los primeros casos de COVID-19, producidos por el nuevo coronavirus. Variantes como Manaos, Andina, Delta y en estos últimos días Omicrón nos sorprenden como así también los más de 100 mil fallecidos en Argentina.

La Facultad de Odontología forma profesionales universitarios y en especial efectores de salud. Nuestros Egresados deben formarse de manera integral, adecuados a todas las situaciones que se presenten, pertinentes y prontos a desempeñarse con solvencia y seguridad.

La formación de nuestros estudiantes en salud bucal es de excelencia. Ahora la pregunta es: están nuestros estudiantes siendo formados para enfrentar sanitariamente una pandemia? Cómo se han adaptado los espacios curriculares, los programas y las prácticas a esta nueva situación de salud mundial?

Nuestros Profesores han realizado un esfuerzo maravilloso, comprometido y no han bajado los brazos aún en los momentos más difíciles, Se ha mantenido la calidad del proceso de enseñanza-aprendizaje. Felicitaciones por ello!

La situación epidemiológica ha cambiado, quizás una relajación prematura, no lo sabemos. Estamos atentos a los datos estadísticos que nos informan la evolución de la pandemia.

Estamos seguros de nuestras necesidades institucionales. Burbujas de Profesores con menos Estudiantes, distanciamiento, elementos de protección personal, más consultorios odontológicos, bimodalidad presencialidad-virtualidad como estrategia de aprendizaje, concientización acerca de la vacunación como método preventivo necesario.

Estudiar odontología en pandemia fue un desafío y una oportunidad para nuestros estudiantes y un reto para nuestros profesores. También lo fue para autoridades y personal de apoyo.

Este 2021 va llegando a su fin. Agradecemos a nuestra comunidad educativa por todo el esfuerzo demostrado en este tiempo.

¡No nos detenemos, la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo en Mendoza, Argentina sigue adelante!

**Dra. Patricia DI NASSO**

Decana



## Editorial

### Beginning to transit the post-pandemic?

*More than 18 months have passed since we learned of the first cases of COVID-19, caused by the new coronavirus. Variants such as Manaus, Andina, Delta and in recent days Omicrón surprise us as well as the more than 100,000 deaths in Argentina.*

*The Faculty of Dentistry trains university professionals and especially health workers. Our Graduates must be trained in a comprehensive manner, appropriate to all situations that arise, pertinent and ready to perform with solvency and security.*

*The training of our students in oral health is of excellence. Now the question is: are our students being trained to face a pandemic in health? How have curricular spaces, programs and practices been adapted to this new global health situation?*

*Our Teachers have made a wonderful, committed effort and have not lowered their arms even in the most difficult moments. The quality of the teaching-learning process has been maintained. Congratulations on it!*

*The epidemiological situation has changed, perhaps premature relaxation, we do not know. We are attentive to the statistical data that inform us of the evolution of the pandemic.*

*We are sure of our institutional needs. Bubbles of Teachers with fewer Students, distancing, personal protection elements, more dental offices, bimodality face-to-face-virtuality as a learning strategy, awareness about vaccination as a necessary preventive method.*

*Studying dentistry in a pandemic was a challenge and an opportunity for our students and a challenge for our teachers. It was also for authorities and support personnel.*

*This 2021 is coming to an end. We thank our educational community for all the effort shown during this time.*

*We do not stop, the Faculty of Dentistry of the National University of Cuyo in Mendoza, Argentina is moving forward!*

**Dra. Patricia DI NASSO**  
Dean



## Actualización

# Debates y tensiones en la agenda del dolor

### *Debates and tensions in the pain schedule*

#### AUTORES

##### **LIC. SERGIO JULIÁN SAENZ**

Licenciado y Profesor de Filosofía. Especialista en Docencia Universitaria. Profesor Titular de Cátedra Antropología filosófica, Facultad de Odontología, UNCuyo.  
Email: [ssaenz@fodonto.uncu.edu.ar](mailto:ssaenz@fodonto.uncu.edu.ar)

##### **LIC. SONIA DOMINGO**

Licenciada en Psicología. Profesora de Nivel Superior. JTP Cátedra Antropología filosófica, Facultad de Odontología, UNCuyo.  
Email: [asoniadomingo@gmail.com](mailto:asoniadomingo@gmail.com)

#### **RESUMEN**

En el ámbito de la Odontología, el tema del dolor adquiere una relevancia destacable. Asistimos al debate entre las orientaciones que proponen la integración del dolor a la estructura de significados del paciente en su percepción de la salud, y la orientación que desde un diagnóstico social, niega la posibilidad de incorporar sentidos a la experiencia del dolor, limitado a una experiencia somática. Nuestro trabajo propone una introducción al panorama de tensión entre diferentes perspectivas que caracterizan al dolor en la relación odontólogo-paciente.  
Palabras clave: dolor, paciente, odontólogo, enfoque.

#### **ABSTRACT**

*In the field of Dentistry, the subject of pain acquires a remarkable relevance. We are witnessing the debate between the orientations that propose the integration of pain into the structure of meanings of the patient in their perception of health, and the orientation that, from a social diagnosis, denies the possibility of incorporating meanings into the experience of pain, limited to a somatic experience. Our work proposes an introduction to the panorama of tension between different perspectives that characterize pain in the dentist-patient relationship.*  
Keywords: pain, patient, dentist, focus.

#### **EL ENFOQUE COMPRENSIVO-SEMÁNTICO**

Esta propuesta tiene como coordenadas al dolor como un evento que se vive en la intimidad (evento privado), y el contexto socio-cultural de la persona, que se materializa en la vida cotidiana. La perspectiva que presentamos se opone al dualismo antropológico. En dicha orientación el paciente se divide en alma-mente y cuerpo. El cuerpo se

reduce a una entidad reducida al organismo lesionado y una psiquis sufriente. Una de las mayores críticas al modelo biomédico tradicional se basa en haber enfocado el diagnóstico y la terapéutica en los aspectos somáticos, de modo que si no hay una queja o señal explícita del dolor, no se considera real el estado patológico.

Desde una perspectiva psicológica hay pacientes en los que el dolor impregna

la propia existencia. Se trata del dolor psicógeno, que expresa los vínculos enfermos con el mundo. En este caso, se puede producir la disminución del dolor cuando el mismo paciente reconoce el significado de su dolor inserto en una trama de vivencias. Podemos añadir los acontecimientos que han incidido negativamente en la biografía del paciente, que resuenan o se amplían en el cuerpo. Nos referimos a las personas

## Debates y tensiones en la agenda del dolor

Lic. Sergio Julián Sáenz; Lic. Sonia Domingo

que solamente cuentan con su cuerpo en el mercado laboral, con lo que el dolor pasa a un segundo término. Es más, la resistencia al sufrimiento es una prueba, un testimonio de la fortaleza ante la adversidad. Nos situamos, en este caso, no ante la perspectiva somática (corporal), sino frente a la perspectiva semántica: en la biografía del sufrimiento (dolor crónico), el dolor puede ayudar a elaborar un vínculo que resguarda de un entorno negativo. Si bien esta relación expresa una situación paradójica, puede tener el significado de proponer un resguardo de la propia identidad.

Estos ejemplos se oponen a las afirmaciones del modelo dualista, en el que el dolor solo tiene una base orgánica. Nos refieren a una persona que no está dividida, sino que entreteje lazos, vínculos diferentes con la sociedad y la cultura.

### EL ENFOQUE ENACTIVO

Se refiere a las acciones de orden cognitivo de un organismo en un determinado contexto. La enacción es un modo de interactuar, en el que un organismo se involucra directamente en un contexto. La enacción es un modo de conocimiento inseparable de la percepción y la acción en un contexto socio-cultural específico.

El modelo enactivo es una respuesta superadora al modelo dualista cartesiano (mente-cuerpo), que se divide en los enfoques que priorizan las experiencias corporales y su influencia en la mente, y los enfoques que afirman el protagonismo a nivel cognitivo en las sensaciones y emociones.

Se puede afirmar que asistimos a un cambio de paradigma, en el cual dos personas no ven o sienten lo mismo. La percepción no es pasiva. El sujeto tiene un rol activo en la construcción del objeto que percibe. El dolor se encuadra en la actividad cerebral, la re-

cepción corporal y los estímulos del mundo (contexto). No hay neutralidad en la captación del estímulo doloroso. La respuesta es integral, involucra el significado de la biografía del paciente, sus expectativas y valoraciones.

En el campo de los modelos que se pronuncian a favor de la elaboración de significados en el dolor, el mundo no está allí afuera, esperando a que un organismo lo conozca. Cada paciente toma contacto con el dolor, que pasa a ser su dolor, un dolor relativo a su propia situación vivencial. La respuesta individual al dolor implica la construcción de un sentido.

El modelo enactivo es una orientación reciente de orden cognitivo, que propone enmarcar al dolor como fenómeno que supera la simple caracterización corporal-somática. Como construcción teórica, puede fundamentar una teoría del dolor en tanto conjunto de acciones que responden al esfuerzo del paciente por atribuir diferentes significados a las situaciones de dolor crónicas o temporales.

Uno de los motivos que dieron origen a este modelo en las Ciencias de la Salud, es la necesidad de contar con nuevas herramientas para afrontar el dolor, mediante enfoques integrales, orientados a las acciones que implican la participación activa del paciente. Las principales estrategias son: la empatía del odontólogo y su acompañamiento en la construcción de un espacio en el que las experiencias, la biografía, el modo de relatar la experiencia del dolor, las costumbres y los patrones de respuesta aprendidos se reconozcan como una totalidad que el propio paciente ha incorporado, algunas veces sin tener plena conciencia de ello. Este contexto puede limitar las respuestas del paciente y su modo de asumir el dolor, por lo cual actúa como una estructura que restringe las posibilidades de superación de esas limitaciones.

### HEDONISMO COMO REFERENCIA, LA TENSION ENTRE EL CONSUMO Y LA NEGACIÓN DEL SUFRIMIENTO

En el conjunto de las caracterizaciones de las sociedades que han alcanzado mayores desarrollos de orden tecnológico-científicos, nos referimos a la que enfoca el consumo como referente y criterio para asignar el lugar que ocupa el individuo en la escala social. Sin desmerecer lo que significó la apertura a la adquisición de bienes y servicios a partir de la segunda mitad del siglo XX y su repercusión en la calidad de vida, se presenta un nuevo ideal en la vida cotidiana. Los medios, la publicidad, el tiempo libre se integran en un sistema que propicia la satisfacción inmediata, el goce como validación de una vida que no se direcciona en el aplazamiento del placer como requisito de la inversión en proyectos a futuro. Se trata de la maximización de un presente continuo, con dispositivos de orden ideológico y material que justifican una vida donde el eje lo constituye las experiencias placenteras. Nos referimos a la llamada sociedad del entretenimiento, facilitada por las tecnologías audiovisuales que permiten el acceso individual a contenidos emocionales y confirman afinidades y sesgos ideológicos.

En el siglo que atravesamos, hay sociedades que han logrado un cambio en la percepción corporal. Los progresos de las Ciencias de la Salud y la tecnología han facilitado una nueva perspectiva sobre el dolor en la vida cotidiana. Nos referimos a una época en la que el cuerpo se separa del dolor y sus secuelas: enfermedades y muerte. Sin embargo, la existencia libre de dolor impone un costo. En las sociedades con altos niveles de consumo, la propia salud deviene una constante preocupación. Se trata del fenómeno de la medicalización de la vida cotidiana. La medicina ha pasado, de un estadio curativo a un estadio

## Debates y tensiones en la agenda del dolor

Lic. Sergio Julián Sáenz; Lic. Sonia Domingo

preventivo, que satura la vida cotidiana. Se imponen controles permanentes, registros preventivos y una actitud de vigilancia sanitaria, facilitado por los dispositivos tecnológicos adaptados a cada individuo. Se paga el precio, paradójicamente, de contar con experiencias placenteras a favor de minimizar los sesgos sanitarios. Cabe la posibilidad de aumentar el tiempo de vida, pero se paga el precio de la ansiedad y la atención constante ante los índices de salud. Surge, entonces, la pregunta ante las crecientes expresiones de angustia, depresiones, acompañado por elevados índices de consumo de psicofármacos. Aparece una situación contradictoria: el malestar individual y la euforia momentánea de las satisfacciones materiales. El placer inmediato y la exigencia imperativa de momentos de bienestar, choca con el afrontamiento del dolor. La maximización de experiencias de bienestar en la cotidianidad justifican el olvido y la atenuación progresiva del dolor, que favorecen el narcisismo y la pérdida del valor de los vínculos sociales.

### ANESTESIA SOCIAL: AUTOEXIGENCIA Y EXILIO DEL DOLOR

La asignación de roles y el lugar que ocupan los individuos en la escala social son factores que favorecen la comprensión de diferentes problemáticas de orden sanitario. Asistimos a un cambio en el eje de los comportamientos que legitiman el reconocimiento social. De

modo creciente, ya no se trata de la adquisición de bienes suntuarios, sino del desarrollo de actividades productivas: el trabajo como factor de prestigio, lo que aumenta su valor en una época de transformaciones laborales y disminución de la oferta laboral.

La necesidad de mostrarse productivo y eficaz se traduce en individuos preocupados por el rendimiento y la productividad a costa de la propia salud. Nos encontramos ante la sociedad del agotamiento, en la que el propio individuo se autoexige para alcanzar el máximo rendimiento. Aparece la hiperactividad, la permanente conectividad, que culminan en el estrés y trastornos de la atención. Se trata de un escenario alejado de las actividades que permiten elaborar significados en la cotidianidad, una estructura que separa a la persona de experiencias con sentido. La realidad viene preformada en las plataformas digitales, que exigen una atención permanente y el consentimiento sin actitud crítica.

¿Cuál es el lugar del dolor? Un enfoque comprensivo refiere a la fobia al dolor, un rechazo generalizado al dolor, un estado de anestesia constante y la disminución creciente a la tolerancia ante el dolor. La sociedad del rendimiento es contraria al dolor: el dolor es el obstáculo a eliminar en la búsqueda de la productividad.

En las culturas y sociedades de antaño, el dolor aparecía como una referencia a

los significados que lo ubicaban como coordenada orientativa de los grupos. El sacrificio, el asumir una determinada situación dolorosa o estados de dolor crónico, le permitían al individuo insertarse y ser reconocido en una trama de vínculos sociales. Pero la reducción del dolor al ámbito somático y al plano individual han desembocado en un progresivo distanciamiento del dolor. La sociedad que disminuye y minimiza el dolor mediante fármacos y una oferta cada vez mayor de entretenimiento logra el efecto de anestesiar el dolor. Se refuerza el dispositivo de la felicidad individual, porque el dolor es la consecuencia del fracaso personal a nivel de la productividad y las exigencias del mercado. Asistimos a la situación en la que la perspectiva social del dolor se reemplaza por la privatización del dolor.

### CONCLUSIONES

Propusimos una recorrida inicial de diferentes caracterizaciones de la sociedad que contextualiza a los pacientes. De la sociedad de consumo a la sociedad que acepta la hiperactividad y la conectividad permanente, encontramos un denominador común: el olvido o atenuación del dolor. Ello nos autoriza para afirmar que el dolor es un síntoma que sintetiza un estado general de la sociedad. Esperamos haber contribuido en la construcción de un enfoque profesional acorde a las demandas de los pacientes y su diversidad.

### BIBLIOGRAFÍA

1. HAN B. *La sociedad del cansancio*. 1ª ed. Bs. As: Herder, 2012, p. 71-78.
2. HAN B. *La sociedad paliativa*. 1ª ed. Bs. As: Herder, 2021, p. 11-28.
3. LE BRETON D. *Experiencias del dolor*. 1ª ed. Bs. As: Topía Editorial, 2020, p. 67-68, 101-106.
4. LIPOVETSKY G. *De la ligereza*. 1ª ed. Barcelona: Anagrama, 2016, p. 34-37, 77-82.
5. MELAMED A. Y PEREZ, D. *Un análisis filosófico de las emociones en las ciencias de la mente. ¿Dónde viven los monstruos?*. Bs. As: UBA, Facultad de Filosofía y Letras, 2017, p. 195-207.

# Preservación alveolar con uso de injerto óseo y L-PRF

## *Alveolar preservation with use of bone graft and L-PRF*

AUTORA

### **MARÍA FLORENCIA PUEBLA**

Odontóloga. Residente de 2° año de Odontología General. Hospital Central (Alem S/N).

*E-mail: mfpuebla93@gmail.com/ odontologiahospital-central@gmail.com*

COAUTORAS

### **MARIANA PEZZUTTI**

Odontóloga. Especialista en Periodoncia y Odontología Preventiva Social y Comunitaria. Hospital Central (Alem S/N)

*E-mail: pezzuttimariana@gmail.com/ odontologiahospitalcentral@gmail.com*

### **CRISTINA VEGA**

Odontóloga. Especialista en Periodoncia. Hospital Central (Alem S/N).

*E-mail: cristyvega86@gmail.com/ odontologiahospital-central@gmail.com*

### **YANINA PALAZZOLO**

Odontóloga. Hospital Central (Alem S/N).

*Email: yaninapalazzolo@gmail.com / odontologiahospitalcentral@gmail.com*

### **RESUMEN**

Las modificaciones y alteraciones dimensionales y biológicas del hueso y los tejidos blandos tras la extracción de una pieza dentaria, en la zona anterior de los maxilares, tienen un impacto significativo en el resultado estético de la futura restauración protética. Aunque los intentos de preservar la cresta alveolar no logren detener el inevitable proceso biológico de remodelado después de una extracción dentaria, estudios de investigación han demostrado que una técnica quirúrgica simple y mínimamente invasiva, el uso de injertos óseos con biomateriales, el uso de membranas de barrera, y la utilización de L-PRF (fibrina rica en plaquetas y leucocitos), obtenido de la sangre autóloga del paciente, son capaces de reducir el grado de los cambios dimensionales, favoreciendo al mantenimiento de un volumen de cresta estable para optimizar los resultados funcionales y estéticos de la restauración protética.

Palabras claves: modelado óseo, injerto óseo, L-PRF, estética, perfil gingival y óseo.

### **ABSTRACT**

*The dimensional and biological modifications and alterations of the bone and soft tissues after tooth extraction in the anterior maxillae have a significant impact on the esthetic outcome of the future prosthetic restoration. Although attempts to preserve the alveolar ridge fail to stop the inevitable biological remodeling process after tooth extraction, research studies have shown that a simple, minimally invasive surgical technique, the use of bone grafting with biomaterials, the use of barrier membranes, and the use of L-PRF (platelet- and leukocyte-rich fibrin), obtained from the patient's autologous blood, are able to reduce the degree of dimensional changes, favoring the maintenance of a stable ridge volume to optimize the functional and esthetic results of the prosthetic restoration.*

*Key words: bone modeling, bone grafting, L-PRF, esthetics, gingival and bone profile.*

## Preservación alveolar con uso de injerto óseo y L-PRF

Maria Florencia Puebla; Mariana Pezzutti; Cristina Vega; Yanina Palazzolo



**Figura 1 A, 1 B y 1 C:** Registro fotográfico y radiográfico del caso clínico.

## INTRODUCCIÓN

Las alteraciones dimensionales post-extracción se producen inevitablemente debido a la reabsorción del hueso como estructura dependiente del diente, y a factores relacionados como la falta de estímulo funcional y la ausencia de suministro sanguíneo vascular debido a la falta de ligamento periodontal. (1)

El modelado óseo se localiza principalmente en la cara central de la pared vestibular del alvéolo, mientras que los ligamentos periodontales de los dientes adyacentes mantienen el volumen de las crestas proximales. Como la extracción dentaria es un procedimiento invasivo que daña estructuras vasculares, tejido blando y al ligamento periodontal, es

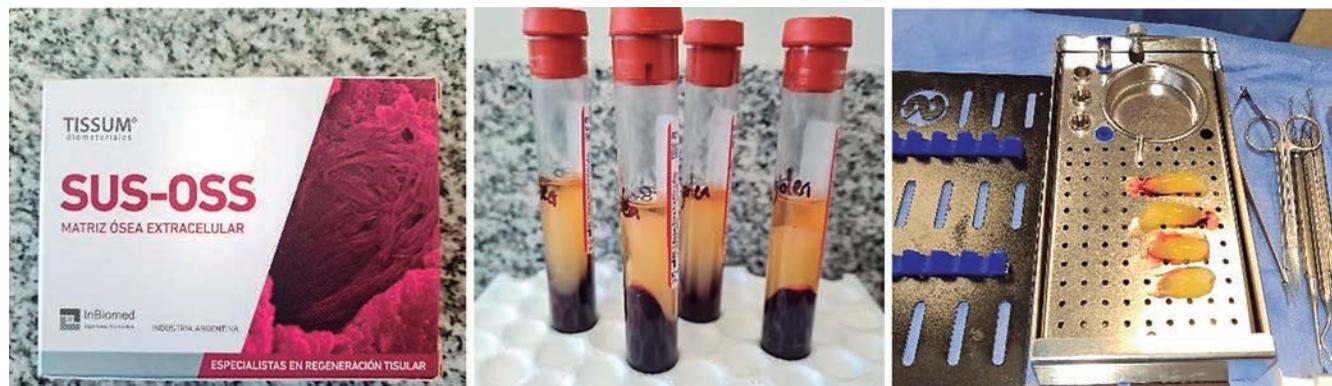
importante que sea realizada de manera simple y cuidadosa sin aplicar fuerza hacia la pared delgada del hueso facial. (1,2)

Se ha demostrado que luego de 6 meses posteriores a la extracción ocurre una reducción horizontal del ancho de la cresta alveolar de 3,8mm y una reducción vertical en altura de 1,24mm. (2). La actividad osteoclástica inicial disminuye a las 8 semanas, mientras que la actividad osteoblástica se mantiene alta, lo que proporciona condiciones favorables para los procedimientos regenerativos. (1,3)

En base a esto, el uso de injertos óseos es considerado como una buena alternativa para preservar la cresta ósea y favorecer

al mínimo la reducción en ancho y altura de la misma. (1,2,3)

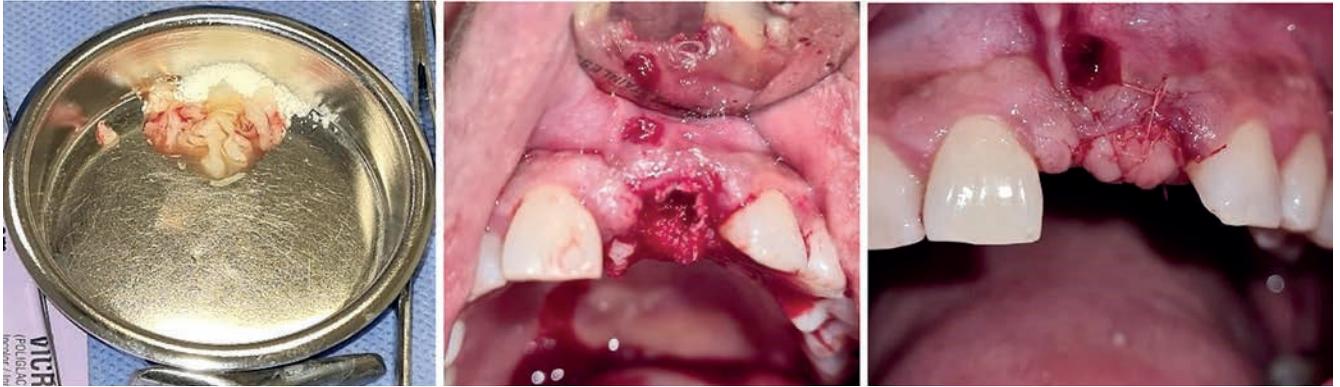
Otra técnica a analizar es el uso de la fibrina rica en plaquetas y leucocitos, que es un concentrado obtenido de la sangre del paciente, donde por venopunción ésta es recolectada y colocada en tubos para posteriormente ser llevada a una centrifugación. (4). El L-PRF es fibrina rica en plaquetas, leucocitos, citoquinas y factores de crecimiento, la cual ofrece ventajas que incluyen la promoción de la cicatrización de las heridas, el crecimiento y la maduración del hueso, la estabilización de los injertos, el sellado de la herida y el control de la hemostasia (4,5)



**Figura 2 A, 2 B y 2 C:** A: Injerto óseo utilizado, B: tubos con sangre autóloga de la paciente que fueron previamente colocados en una centrifugación para la obtención de LPRF, C: membranas de L-PRF obtenidas.

### Preservación alveolar con uso de injerto óseo y L-PRF

Maria Florencia Puebla; Mariana Pezzutti; Cristina Vega; Yanina Palazzolo



**Figura 3 A, 3 B y 3 C:** A: Partes iguales de injerto óseo y fragmentos de membranas de L-PRF. B: Alvéolo relleno, C: membrana de L-PRF suturadas al colgajo con Vicryl 6.0.

#### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 35 años de edad con antecedente médico de asma bronquial, controlada en tratamiento con budesonida. Consulta al Servicio de Odontología del Hospital Central derivada de centro de salud para endodoncia de elemento 21. Al examen intraoral se observa diastema interincisivo, lesión eritematosa de 2mm de diámetro aprox. en zona periapical del elemento 21 correspondiente a una fístula actualmente inactiva, movilidad severa grado 3 en dicho elemento que se encuentra con apertura realizada de larga data (FIGURA 1 A/ FIGURA 1 B). Al examen radiográfico se observa severa pérdida ósea envolvente

y proceso periapical en pieza dentaria 21 (FIGURA 1 C). Se planifica en conjunto con la paciente y bajo su consentimiento la extracción de la pieza con uso de injerto óseo y L-PRF para preservar el perfil gingival y estimular la reparación del tejido óseo (ROG) para planificar a futuro la colocación de un implante.

Se realiza exodoncia simple mínimamente invasiva de elemento 21, se elimina exhaustivamente el tejido de granulación, y se rellena el alvéolo con injerto óseo porcino particulado (0,5 a 1mm) (FIGURA 2 A) combinado con fragmentos de membranas de L-PRF (FIGURA 2 B/ FIGURA 2 C), obtenidas de la sangre autóloga de la paciente, en proporciones iguales (FIGURA 3 A).

Posteriormente se recubre el defecto y el relleno (FIGURA 3 B) con membranas de L-PRF, que fueron suturadas entre sí, y luego al colgajo para fijarlas con sutura Vicryl 6.0 (FIGURA 3 C). Se inyecta con jeringa de tuberculina estéril el exudado producido durante la obtención de las membranas rico en factores de crecimiento, leucocitos y plaquetas alrededor de la zona intervenida

Una vez concluida la cirugía se coloca una placa de acrílico, que contiene la corona del elemento extraído sobre el maxilar superior a modo de provisorio (FIGURA 4 A/ FIGURA 4 B), sin ejercer presión sobre la zona tratada (FIGURA 4 C), que fue realizada previamente con una toma de impresión preoperatoria.



**Figura 4 A, 4 B y 4 C:** A y B: Placa de acrílico provisorio, C: Placa de acrílico colocada en boca sin ejercer presión sobre los tejidos.

**Preservación alveolar con uso de injerto óseo y L-PRF**  
 Maria Florencia Puebla; Mariana Pezzutti; Cristina Vega; Yanina Palazzolo



**Figura 5 A, 5 B y 5 C:** A: Control a las 48hs de la cirugía, B y C: Control a los 30 días.

Se realizan controles a las 48hs (FIGURA 5 A), a los 7 días, a los 15 días y al mes (FIGURA 5 B/ FIGURA 5 C), constatando la persistencia del perfil gingival y óseo de dicho elemento. Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento.

**DISCUSIÓN**

Es evidente que los cambios dimensionales óseos post-extracción son propios de la biología y fisiología normal, aun así, la evidencia científica revela que existen

técnicas como el uso de injertos óseos y el uso de L-PRF que demuestran beneficios comparados al no uso de los mismos como tratamiento coadyuvante al proceso de reparación.

**CONCLUSIÓN**

Si bien estos procedimientos para la conservación de la cresta no impiden el remodelado fisiológico óseo normal, son capaces de reducir en forma óptima el grado de las alteraciones dimensiona-

les, que es de suma importancia para simplificar los procedimientos de tratamientos posteriores, sobre todo cuando se planifica la colocación de implantes. El mantenimiento del perfil óseo y de tejido blando luego de la pérdida de una pieza dentaria es de vital importancia y debe ser el punto inicial de diagnóstico para analizar el oportuno y correcto tratamiento restaurador logrando satisfacer los requerimientos estéticos y funcionales de nuestros pacientes.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. CHAPPUIS VIVIANNE, ARAÚJO MAURICIO G., BUSER DANIEL. *Clinical relevance of dimensional bone and soft tissue alterations post-extraction in esthetic sites.* 2017;7383
2. CHF HA'MMERLE, ARAU' JO MG, SIMION M, On Behalf of the Osteology Consensus Group 2011. *Evidence based knowledge on the biology and treatment of extraction sockets.* Clin. Oral Impl. Res. 23(Suppl. 5), 2012, 80-82
3. TROMBELLI L, FARINA R, MARZOLA A, BOZZI L, LILJENBERG B, LINDHE J. *Modeling and remodeling of human extraction sockets.* J Clin Periodontol 2008; 35:630-639
4. PINTO, NELSON & TEMMERMAN, ANDY & TEUGHELS, WIM & CASTRO, ANA & CORTELLINI, SIMONE & QUIRYNEN, MARC. *Consensus Guidelines on the Use of L-PRF from the 1st European Meeting on Enhanced Natural Healing in Dentistry.* 2016.10.13140/RG.2.2.36712.88326.
5. BLINSTEIN BERNARD, BOJARSKAS STASYS. *Efficacy of autologous platelet rich fibrin in bone augmentation and bone regeneration at extraction socket.* 2018; 20:111-8

# Relato de experiencia en el uso de prótesis de paladar

## *Report of experience in the use of palate prosthesis*

### AUTORES

#### **MARÍA LAURA FERNÁNDEZ SALTO**

Odontóloga-Ortodoncista del Programa de Prevención y Tratamiento de Malformaciones Craneofaciales. Ministerio de Salud. Mendoza, Argentina. Odontóloga. Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial. Docente de la Carrera de Especialización en Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial. Facultad de Odontología UNCuyo. [lalasalto@hotmail.com](mailto:lalasalto@hotmail.com)

#### **MARÍA ALICIA DENEGRI**

Dra. en Fonoaudiología Fonoaudióloga del Programa de Prevención y Tratamiento de Malformaciones Craneofaciales. Ministerio de Salud. Mendoza, Argentina. JTP Cátedra de Cirugía Bucomaxilofacial. Facultad de Odontología UNCuyo. Docente de la Carrera de Especialización en Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial. Facultad de Odontología UNCuyo Mendoza Argentina.

#### **MARÍA LAURA MONLLOR**

Licenciada en Fonoaudiología Fonoaudióloga del Programa de Prevención y Tratamiento de Malformaciones Craneofaciales. Ministerio de Salud. Mendoza, Argentina.

#### **ALEJANDRA GONZÁLEZ MAROTTA**

Licenciada en Fonoaudiología Fonoaudióloga del Pro-

grama de Prevención y Tratamiento de Malformaciones Craneofaciales. Ministerio de Salud. Mendoza, Argentina.

#### **DANIEL DÍAZ**

Protesista Dental, matriculado en la Facultad de Odontología de la UNCuyo, Mendoza.

#### **HOMERO CARNEIRO AFERRI**

Odontólogo del Servicio de Prótesis de Paladar del Hospital de Rehabilitaciones de Anomalías Craniofaciales. Universidad de São Paulo, Campus Bauru, Brasil; Maestría en Fonoaudiología por la Facultad de Odontología de Bauru en la Universidad de São Paulo, Brasil; Estudiante de Doctorado en Ciencias de la Rehabilitación del Hospital de Rehabilitación de Anomalías Craniofaciales. Universidad de São Paulo – Brasil.

#### **JENIFFER DE CÁSSIA RILLO DUTKA**

PhD, Fonoaudióloga Docente del Departamento de Fonoaudiología de la Facultad de Odontología de Bauru y Orientadora del Programa de Post Graduación en Ciencias de la Rehabilitación del Hospital de Rehabilitación de Anomalías Craniofaciales. Universidad de San Pablo, Campus Bauru, Brasil.

### RESUMEN

**Introducción:** La disfunción velofaríngea (DVF) es el resultado de un inadecuado funcionamiento de estructuras dinámicas que trabajan para controlar el mecanismo velofaríngeo, (paladar blando, las paredes laterales y pared posterior de faringe) que separa las cavidades nasal y oral durante el habla. La DVF, causada por falta de tejidos se denomina insuficiencia velofaríngea (IVF), y es un factor generador de problemas en el habla por defecto estruc-

### ABSTRACT

**Introduction:** *Velopharyngeal dysfunction (DVF) is the result of an inadequate functioning of dynamic structures who work to control the velopharyngeal mechanism (soft palate, lateral walls and posterior pharyngeal wall) that separates the nasal and oral cavities during speech. FVD, caused by lack of tissues, is called velopharyngeal insufficiency (IVF), and it is a factor that generates problems in speech due to a structural defect, which requires physical manage-*

## Relato de experiencia en el uso de prótesis de paladar

María Laura Fernández Salto; María Alicia Denegri; María Laura Monllor; Alejandra González Marotta; Daniel Díaz; Homero Carneiro Aferrri; Jeniffer de Cássia Rillo Dutka

tural, que requiere tratamiento de manejo físico pudiendo ser este abordado desde la reparación quirúrgica o con prótesis de paladar<sup>1,2</sup>. La corrección de la IVF debe ser realizada por un equipo interdisciplinario<sup>3</sup>.

**Método:** se confeccionaron las correspondientes prótesis de paladar en cuatro pacientes adolescente/adultos seleccionados, sin posibilidades de reparación quirúrgica del esfínter velofaríngeo. Se realizó seguimiento, control y terapia. Se analizaron los resultados obtenidos.

**Conclusiones:** Los resultados positivos solo fueron observados claramente en los pacientes que realizaron su tratamiento fonoaudiológico específico luego de la colocación de su prótesis de paladar obturadora con bulbo.

**Palabras claves:** fisuras palatinas, disfunción velofaríngea, prótesis de paladar, secuelas de habla, terapia.

*ment treatment, which can be approached from surgical repair or with palatal prosthesis<sup>1,2</sup>. The correction of the IVF must be carried out by an interdisciplinary team<sup>3</sup>.*

**Method:** the corresponding palate prostheses were made in four selected adolescent / adult patients, without the possibility of surgical repair of the velopharyngeal sphincter. Follow-up, control and therapy were carried out. The results obtained were analyzed.

**Conclusions:** The positive results were only clearly observed in the patients who underwent their specific speech therapy treatment after the placement of their bulbous obturator palate prosthesis.

**Key words:** cleft palate, velopharyngeal dysfunction, palatal prosthesis, speech sequelae, therapy.

## INTRODUCCIÓN

### Función velofaríngea

El paladar blando y las paredes faríngeas (laterales y posterior) constituyen una estructura muscular funcional, la cual actúa separando la cavidad oral de la nasal durante las funciones orales.

El cierre velofaríngeo a su vez se produce por la elevación y posteriorización del paladar blando y puede estar asociado a medialización de las paredes laterales de la faringe y la anteriorización de la pared posterior de la faringe<sup>4</sup>. La válvula velofaríngea regula la resonancia del habla, así como también funciones orales no verbales tales como soplar, silbar, chupar y deglutir<sup>5</sup>. Del buen funcionamiento del mecanismo velofaríngeo (MVF) va a depender en gran parte la calidad, potencia de la voz y la posibilidad de lograr claridad en las consonantes orales<sup>6</sup>. La función de cierre en el habla, es primordial en la emisión de consonantes orales (sobre todo en las explosivas, fricativas y africadas) para posibilitar la compresión del aire en el punto articulatorio y liberarlo con la suficiente presión. Durante la producción de los sonidos nasales el mecanismo

velofaríngeo (MVF) permanece abierto permitiendo la entrada de energía acústica en la cavidad nasal. Para lograr una resonancia equilibrada, una cualidad vocal con riqueza y poder establecer una presión aérea necesaria para explosión y fricción durante la producción de consonantes claras y precisas, la capacidad de abrir y cerrar el mecanismo velofaríngeo (MVF) es esencial.

Son muchas las variables que pueden influir en el funcionamiento velofaríngeo incluyendo: el tamaño y la forma de la faringe, el grado de abertura del MVF, el grado de tensión de los pilares de las fauces (palatogloso, palatofaríngeo), el grado de tensión del velo del paladar, la presencia, forma y tamaño de las amígdalas palatinas y adenoides como así también, la existencia de fístula en el paladar.

### Fisuras y DVF

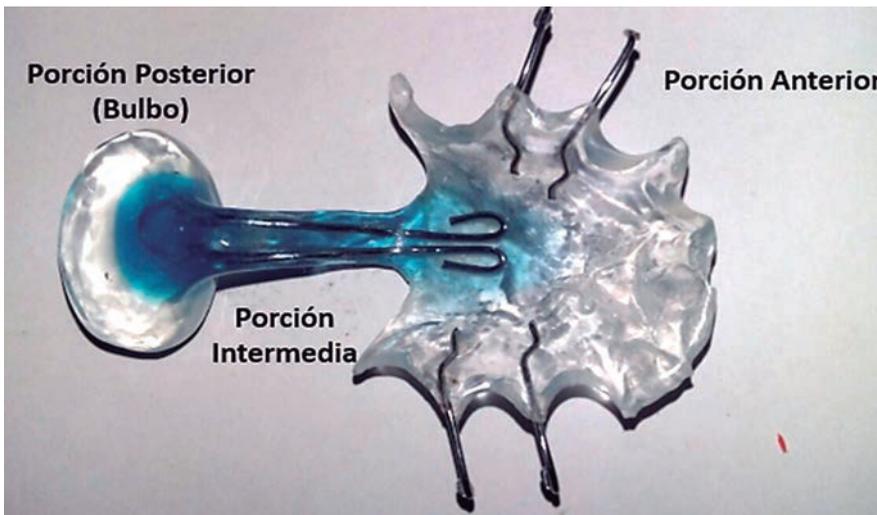
En pacientes que presentan fisuras en las que se encuentra involucrado el paladar blando, el funcionamiento de este esfínter puede verse alterado encontrándose una insuficiencia velofaríngea (IVF): no convergencia del velo contra la pared posterior de la faringe duran-

te el habla con ausencia en la posibilidad de cierre velofaríngeo por defecto estructural. Este concepto se emplea para definir cualquier defecto estructural del velo o de las paredes velofaríngeas a nivel de la nasofaringe, donde no existe tejido suficiente para lograr el cierre del EVF. Puede tener como etiología una insuficiencia de tejido (paladar corto, por ejemplo), una incompetencia neuro-motora (parálisis) o una incompetencia funcional (error de aprendizaje del funcionamiento velofaríngeo para habla). El objetivo principal de la cirugía de paladar es crear un paladar intacto, tanto anatómico como funcional para lograr una buena alimentación y arribar a un habla normal, para ello, el sujeto debe ser capaz de cerrar completamente el esfínter velofaríngeo.

Uno de los problemas funcionales más importantes observados en fisuras son los desórdenes del habla que se presentan como complicación de la palatoplastia primaria la cual requerirá una reparación quirúrgica secundaria en aproximadamente el 25% de los pacientes<sup>7,8</sup>. La IVF se evidencia en el habla del paciente con fisura por presentar hiper-nasalidad, escape de aire nasal, débil

## Relato de experiencia en el uso de prótesis de paladar

María Laura Fernández Salto; María Alicia Denegri; María Laura Monllor; Alejandra González Marotta; Daniel Díaz; Homero Carneiro Aferri; Jeniffer de Cássia Rillo Dutka



**Figura 1:** Prótesis de paladar de tipo obturador faríngeo ilustrando la porción anterior, intermedia y porción posterior (bulbo).

presión intraoral durante la producción de sonidos orales y uso de lugares atípicos de producción de sonidos (articulaciones compensatorias), gestos faciales e hiperfunción vocal<sup>9, 10, 11, 12</sup>. La IVF cuyo origen es un defecto estructural, requiere tratamiento de manejo físico pudiendo ser este abordado desde la reparación quirúrgica o con prótesis de paladar<sup>1, 2</sup>. La corrección de la IVF debe ser realizada por un equipo interdisciplinario que incluye fonaudiólogo, odontólogo, cirujano maxilofacial y plástico y técnico dental<sup>3</sup>.

### Evaluación del habla

Es indispensable que la evaluación de la disfunción velofaríngea sea realizada por un fonaudiólogo especializado. Se debe comenzar con una evaluación perceptual para valorar articulación, resonancia, emisión nasal y voz<sup>11</sup>. Entre los diversos métodos para la evaluación perceptiva auditiva se puede realizar diagnóstico diferencial utilizando el test de Hipernasalidad (THIPER) y de emisión de aire nasal (TEAN) para evaluar función o disfunción velofaríngea. Los test son de aplicación simple y práctica<sup>13, 14</sup>. Fonaudiólogos participan de evaluación

instrumental para visualizar la función velofaríngea durante el habla y elegir el manejo apropiado del esfínter<sup>15, 16</sup>.

### Prótesis de paladar

Numerosos artículos describen el uso de prótesis de paladar como un tratamiento efectivo tanto como una alternativa a la cirugía o como un procedimiento secundario para mejorar el cierre velofaríngeo<sup>17</sup>. El principio básico de la prótesis de paladar es obturar una fístula (placa obturadora) o corregir la DFV durante el habla<sup>18</sup>. Se describen dos tipos de prótesis usados en la corrección de DVF, las prótesis elevadoras de paladar (eleva el paladar blando hacia la velofaringe) y los obturadores faríngeos o bulbos faríngeos (obturador adaptado en tamaño y forma al gap del esfínter velofaríngeo durante la fonación). La prótesis de paladar de tipo obturador faríngeo (Figura 1) consiste en un aparato intrabucal removible, que se adapta a las necesidades anatómicas individuales de cada paciente. Consta de una porción anterior, una intermedia y una posterior o bulbo<sup>19</sup>. La porción anterior es muy versátil, según la necesidad del paciente puede ser una prótesis parcial removible, una prótesis

completa o una simple placa acrílica<sup>20</sup>. La función de la porción anterior es la de retención de la prótesis de paladar y de estabilidad de la misma en el habla y la alimentación. La porción intermedia es la que conecta la porción anterior y la porción posterior (obturador faríngeo). Esta última tiene la función de reducir el espacio velofaríngeo durante el habla<sup>21, 22, 23, 24</sup>.

Cabe destacar que la confección del bulbo es realizada por el odontólogo (en nuestro equipo es llevado a cabo por una ortodoncista especializada) con el auxilio del fonaudiólogo quien monitorea el escape de aire de ciertos fonemas emitidos por el paciente. Esta prótesis está indicada cuando hubiera una contraindicación médica de cirugía, cuando la cirugía secundaria debe ser postergada (a la espera del crecimiento craneofacial), cuando hay poco o ningún movimiento de las paredes faríngeas o cuando hubiera mal pronóstico de faringoplastia. También se utiliza como método de diagnóstico del error de aprendizaje del funcionamiento velofaríngeo para habla, particularmente en casos de velofaringe hipodinámica<sup>25, 26</sup>. Dentro de las ventajas podemos describir: es un método menos invasivo que una cirugía, ya que sus procedimientos implican menores riesgos para el paciente, en comparación con los riesgos presentes en un procedimiento quirúrgico. Tiene una gran versatilidad, ya que su conformación y tamaño se realizan de acuerdo con las necesidades de cada paciente. Es un tratamiento reversible que se puede detener en cualquier momento, y el paciente puede retirarlo para dormir, evitando molestias respiratorias. Se realiza con el paciente despierto, sin anestesia ni sedación, lo que permite una retroalimentación instantánea a través del habla. Actúa como herramienta de diagnóstico en casos cuyo éxito de corrección quirúrgica secundaria de paladar blando es cuestionable. Se puede usar

## Relato de experiencia en el uso de prótesis de paladar

María Laura Fernández Salto; María Alicia Denegri; María Laura Monllor; Alejandra González Marotta; Daniel Díaz; Homero Carneiro Aferrí; Jeniffer de Cássia Rillo Dutka

para cambiar el patrón de movimiento de las paredes faríngeas, en los casos de velofaringe hipodinámica<sup>27</sup>.

### Material y Método:

El presente trabajo se llevó a cabo en el Programa de Prevención y Tratamiento de Malformaciones Craneofaciales, Ministerio de Salud, Mendoza, Argentina, durante el año 2017. Se seleccionaron inicialmente 8 pacientes entre 15 y 28 años de edad con distintas características de IVF. Estos pacientes no reunían los requisitos quirúrgicos para su reparación según evaluación del Servicio de Cirugía.

### Descripción de los casos:

Inicialmente se seleccionaron 8 pacientes  
 n°1: 15 años/Fisura palatina/IVF leve.  
 n°2: 16 años/FLAP bilateral/IVF severa/hipodinámica  
 n°3: 23 años/FLAP unilateral/IVF moderada.  
 n°4: 20 años/FLAP unilateral/IVF moderada  
 N°5: 23 años/FLAP unilateral/IVF moderada  
 N°6: 28 años/FLAP unilateral/IVF leve  
 N°7: 17 FLAP bilateral/IVF severa  
 N° 8: 15 FLAP unilateral/IVF moderada

### Evaluaciones fonoaudiológicas realizadas pacientes:

Evaluación Perceptual: Se realiza evaluación de la articulación en lenguaje repetido y espontáneo, documentado con registro filmado de la muestra de habla.

Test de Hipernasalidad (Cul de Sac): solicita la emisión prolongada (con y sin oclusión de narinas). Cuando se detecta auditivamente diferencia de la resonancia entre las dos situaciones de emisión: (+) indicativo de presencia de hipernasalidad.

Test de Hiponasalidad. Test de emisión de aire nasal: se utiliza un espejo de Glatzel colocado debajo de las narinas del paciente y durante la emisión de fo-



Figura 2: Prótesis de paladar de tipo obturador faríngeo en boca.

nemas orales: (+) indicativo de escape aéreo nasal.

Protocolo de Evaluación de la Función Velofaríngea: evalúa emisión nasal, movimientos faciales, resonancia de la voz y compensaciones articulatorias. Se obtiene como resultado un puntaje final indicativo del grado de insuficiencia velar<sup>28</sup>.

Evaluación instrumental: Rinofibroscopía: permite observar de manera directa la anatomía y la función (fonación y deglución) del EVF desde una proyección superior.

### Evaluación odontológica con especialista:

Del total de la muestra seleccionada desde el área fonoaudiológica, cuatro pacientes fueron postergados por presentar características no compatibles con el uso de prótesis de bulbo al momento de la evaluación.

N°5 (Patología periodontal)

N°6 (Trastorno del aprendizaje de la FVF)

N°7 (inserción baja del velo –poco espacio faríngeo)

N° 8 (corresponde ortodoncia primocirugía ortognática)

Estos pacientes fueron derivados a su tratamiento específico para adquirir las

condiciones necesarias para la colocación posterior del bulbo.

### METODOLOGÍA

#### Confección de la prótesis:

Se debe tomar una impresión del maxilar superior de los pacientes seleccionados para enviar al técnico dental para la confección de la porción anterior de la prótesis de paladar según las necesidades de cada uno. Posteriormente se procede a la elaboración de la porción intermedia y posterior (pre bulbo). La misma se confecciona realizando un armazón en alambre recubierto de cera para modelaje especial. Nuevamente se deriva al técnico dental para su acrilización. Una vez de regreso, en el consultorio se procede a la prueba y adaptación de dicha prótesis, y se dan pautas de uso e higiene de la misma al paciente. Lograda la adaptación de esta porción, se debe confeccionar el bulbo faríngeo agrandado el pre bulbo inicial a partir de agregado de material. Es importante destacar el trabajo interdisciplinario en esta etapa, la confección del bulbo propiamente dicho se realiza en conjunto entre odontólogo y fonoaudiólogo, ya que para el modelaje es necesario ir efectuando pruebas

## Relato de experiencia en el uso de prótesis de paladar

María Laura Fernández Salto; María Alicia Denegri; María Laura Monllor; Alejandra González Marotta; Daniel Díaz; Homero Carneiro Aferri; Jeniffer de Cássia Rillo Dutka

de habla con instrucciones específicas, para verificar la presencia o no de escape nasal. La impresión que estas pruebas generan en el material de modelaje, van guiando al odontólogo en el diseño final del bulbo. La fonoaudióloga repetirá las pruebas necesarias hasta lograr el cierre velofaríngeo ante la presencia de fonemas de baja presión. El odontólogo finaliza el trabajo sobre el diseño del bulbo para derivar al técnico dental que procede nuevamente a la acrilización de la porción posterior obteniendo así la prótesis final. La prótesis de paladar, brinda suficiencia al cierre velofaríngeo lo que habilita a la fonoaudióloga a comenzar nuevamente el tratamiento específico para lograr el cierre velofaríngeo en fonemas de alta presión.

### RESULTADOS

Se presenta en cada paciente el tipo de prótesis obturadora con bulbo confeccionada y los resultados en el habla a un mes de su instalación.

**CASO N°1:** (15 años/Fisura palatina/IVF leve). Se le confeccionó una prótesis obturadora con bulbo cuya porción anterior consistía en una placa palatina con ganchos de retención tipo "uña", ya que se encontraba en tratamiento ortodóncico. No hubo adhesión al tratamiento a pesar de que la prótesis le brindó posibilidad estructural de retomar su terapia, mejorando la resonancia, el paciente no mostró interés en la adaptación y uso de la prótesis ni en la realización de la terapia fonoaudiológica ya que su hipernasalidad era leve. Cabe destacar que este paciente fue incluido en la selección por insistencia de sus padres, el error fue no contar con un paciente interesado o motivado.

**CASO N°2:** (16 años/FLAP bilateral/IVF severa/velofaríngeo hipodinámico). En este caso la deficiencia estructural, debido a varias dehiscencias postquirúrgicas, resultó en la confección de una prótesis obturadora con un bulbo de tamaño

considerable, pero a pesar de esto, hubo muy buena adaptación a la misma. El paciente se adaptó inmediatamente a su uso, describiendo una muy placentera sensación en el manejo del aire, mejoría en la respiración y percepción de mayor presión intra oral. La terapia fonoaudiológica se vio interrumpida por cuestiones laborales en contexto socio-económico adverso del paciente, no pudiendo modificar las manifestaciones preexistentes en el habla. No obstante, hasta el día de la fecha continúa usando su prótesis debido a las ventajas colaterales.

**CASO N° 3:** (23 años/FLAP unilateral/IVF moderada). Se colocó una placa Hawley para retención de la prótesis ya que la paciente no se encontraba en tratamiento ortodóncico. La paciente se adaptó rápidamente a la prótesis, observándose inmediatamente disminución de la nasalidad durante la fonación. La prótesis le brindó suficiencia velofaríngeo para retomar su terapia. Debido a la falta de continuidad en el tratamiento fonoaudiológico, logró mejorar articulación y resonancia solo en algunos de los sonidos comprometidos, no obstante, el uso de la prótesis le brindó mayor seguridad en su habla, mayor soltura en el manejo de la comunicación con sus pares y profesores universitarios.

**CASO N° 4:** (20 años/FLAP unilateral/IVF moderada). Se colocó una placa palatina con ganchos tipo "uña", ya que también se encontraba en tratamiento ortodóncico. Se adaptó inmediatamente a la prótesis, comenzando su terapia fonoaudiológica, evidenciándose rápidamente mejorías en su habla. Cumplir con la terapia programada le permitió lograr la emisión de sonidos fricativos y explosivos sin escape nasal.

### DISCUSIÓN

La literatura habla de un 25% de fracasos en la cirugía primaria del paladar<sup>18</sup>, lo cual provocará insuficiencia velofaríngeo que requerirá una o más cirugías

adicionales. La disfunción velofaríngeo, puede ser tratada con procedimientos físicos: cirugía o prótesis de paladar cuando se trata de una insuficiencia velofaríngeo, o procedimientos funcionales: terapia fonoaudiológica cuando se trata de un trastorno del aprendizaje de la función velofaríngeo, o por una combinación de las mismas<sup>20, 25, 16</sup>.

Ante la imposibilidad de la realización de una cirugía reparadora, indispensable para restablecer la estructura necesaria para el habla correcta, las prótesis de paladar, pueden considerarse también una valiosa alternativa de tratamiento<sup>29</sup>. Los objetivos de la construcción de prótesis de paladar de tipo obturador faríngeo (bulbo) son; la restauración completa de la división entre cavidad nasal y oral y posibilitar la alternancia entre apertura y cierre del esfínter velofaríngeo durante el mecanismo del habla<sup>25</sup>. Las prótesis de paladar tienen tres aplicaciones en el manejo de insuficiencia velofaríngeo; puede ser usada como un obturador permanente, en forma temporaria previo al manejo quirúrgico, o como una técnica terapéutica para reducir la disfunción velofaríngeo<sup>30</sup>.

Es importante recordar que el abordaje con prótesis de paladar es interdisciplinario, realizado por odontólogo, fonoaudióloga y protesista dental,<sup>31, 27</sup> siendo indispensable para el éxito, la formación y experiencia profesional de los integrantes del equipo<sup>25</sup>. Cabe destacar que en esta oportunidad el odontólogo tiene el privilegio de confeccionar una prótesis con el fin de colaborar con la terapia fonoaudiológica, ya que es una prótesis cuyo objetivo es la mejora del habla. Además permite trabajar en forma combinada con las necesidades oclusales de cada paciente, pudiendo combinarla con el agregado de piezas dentales en el caso de pacientes desdentados totales o parciales, obtener fístulas ante alteraciones estructurales o combinarlo con su tratamiento de ortodoncia.

**Relato de experiencia en el uso de prótesis de paladar**

María Laura Fernández Salto; María Alicia Denegri; María Laura Monllor; Alejandra González Marotta; Daniel Díaz; Homero Carneiro Aferrí; Jeniffer de Cássia Rillo Dutka

Los odontólogos u ortodoncistas que trabajan con pacientes con fisuras palatinas tienen la posibilidad de acompañarlos/ las desde su nacimiento, participando en el crecimiento maxilar y ayudando en las funciones orales, con la confección de placas, como la placa de Mc Neil o placa Grayson para colaborar en la alimentación, placa NAM- en la preparación quirúrgica del labio y reborde maxilar; posteriormente controlando su crecimiento y desarrollo dentomaxilofacial (estimulando los maxilares con placas y aparatología fija o removible) hasta completar este proceso. Por último participando en la preparación para la cirugía ortognática (en caso de ser necesaria). Además de trabajar en nuestro territorio en forma directa, a diferencia de lo que estamos habituados, avanzamos hacia territorios vecinos como el espacio velofaríngeo. Es importante mencionar que también esta prótesis con obturadores faríngeos, es una herramienta valiosa e indicada en otras patologías adquiridas como rehabilitación de cánceres orales donde se ven afectados los tejidos de la velofaringe, en parálisis de los músculos que intervienen en el cierre velofaríngeo, etc.

El éxito del tratamiento en insuficiencia velofaríngea por medio de la prótesis de paladar depende de varios factores, por un lado, de la estabilidad en la retención de la prótesis y por otro, del grado del movimiento de las paredes faríngeas<sup>32</sup>. La actitud, predisposición y compromiso del paciente ante la alternativa del uso de prótesis de paladar debe ser también

un factor decisivo en el momento de proponer este tipo de tratamiento. Una vez confeccionada la prótesis con obturador faríngeo y lograda su adaptación, contamos entonces con una estructura suficiente para comenzar el tratamiento fonoaudiológico específico sobre el mecanismo velofaríngeo. La prótesis favorece la capacidad de mantener la presión de aire intraoral, mejorando así la inteligibilidad del habla. La terapia de habla es necesaria para eliminar la articulación compensatoria desarrollada antes del manejo de la prótesis. La prótesis de paladar con obturador faríngeo (bulbo) puede estimular o aumentar los movimientos velofaríngeos que, combinados con terapia de habla, son suplementos útiles para asegurar mejores resultados de la intervención quirúrgica a partir de la reducción sistemática del tamaño del gap<sup>33</sup>. El objetivo de tratamiento en pacientes con fisura labio alvéolo palatina, es lograr una producción correcta de los sonidos orales del habla. La terapia fonoaudiológica es indispensable para prevenir, corregir o eliminar las alteraciones de habla como consecuencia de la disfunción velofaríngea. Para que un programa de tratamiento del habla sea efectivo, debe comenzar con una evaluación minuciosa, la participación de los padres o la familia, una planificación personalizada, seguimiento y reevaluación de los progresos<sup>30</sup>. La misma autora, resalta la importancia de la intensidad y frecuencia de las terapias para mejorar el pronóstico de los resultados, sugiriendo sesiones

cortas, con mayor frecuencia y práctica en casa. Numerosos autores afirman que la modalidad de terapia fonoaudiológica intensiva trae aparejados beneficios en el habla de los pacientes con fisuras<sup>34, 35, 36</sup>. La prótesis de paladar, asociado a fonoterapia intensiva es la mejor opción para conseguir el cierre velofaríngeo en pacientes con faringe hipodinámica<sup>33</sup>. La ansiedad de los sujetos portadores de fisuras, por no ser comprendidos, por no poder expresarse correctamente, limitan sus capacidades psicosociales,<sup>12</sup> por lo tanto, la incorporación de prótesis de paladar en el Programa de Malformaciones Craneofaciales ofrece una metodología y terapéutica que brindan nuevas oportunidades para mejorar el habla y desarrollar aprendizajes que favorezcan la inclusión social.

**CONCLUSIONES**

La prótesis de paladar de tipo obturador faríngeo es una herramienta valiosa en el tratamiento de la IVF ya que brinda la estructura velofaríngea necesaria para posibilitar la continuidad de la terapia de habla. En nuestra primera experiencia, los resultados positivos solo fueron observados claramente en pacientes que realizaron su tratamiento fonoaudiológico específico. Los resultados también fueron directamente proporcionales al tiempo y persistencia en la ejercitación que realizó cada uno de los/as pacientes. Los mismos resultados se obtuvieron en pacientes tratados con posterioridad a esta primera experiencia.

## Relato de experiencia en el uso de prótesis de paladar

María Laura Fernández Salto; María Alicia Denegri; María Laura Monllor; Alejandra González Marotta; Daniel Díaz; Homero Carneiro Aferrri; Jeniffer de Cássia Rillo Dutka

## BIBLIOGRAFÍA

- BZOCH, KENNETH R.** *Clinical studies of the efficacy of speech appliances compared to pharyngeal flap surgery. The Cleft palate journal.* 1964; vol. 1 (3): p. 275-286.
- WITT, P. D., ROZELLE, A. A., MARSH, J. L., MARTY-GRIMES, L., MUNTZ, H. R., GAY, W. D., & PILGRAM, T. K.** . Do palatal lift prostheses stimulate velopharyngeal neuromuscular activity? *Cleft Palate-Craniofacial Journal.* 1995; 32, p 469-475
- JACKSON M.** *Prosthetic rehabilitation in velopharyngeal insufficiency. Adv Otorhinolaryngol.* 2015; 76:41-49. doi:10.1159/000368014
- KUMAR, SANDEEP, ET AL.** *Prosthetic rehabilitation in velopharyngeal incompetence. The Journal of Indian Prosthetic Society.* 2007; vol. 7 (1), p. 12.
- SHPRINTZEN R.J, BARDACH J.** *Cleft palate speech management: a multidisciplinary approach St. Louis: Mosby 1995*
- TAMASHIRO, ANA BEATRIZ.** "Estudio descriptivo de las alteraciones articulatorias consonánticas características en el habla de pacientes hispanoparlantes con fisura labio-alvéolo-palatina reparada." 2015. Vol. 4, Núm. 1 p 6-15
- Bicknell, Sean, et al.** Frequency of pharyngoplasty after primary repair of cleft palate. *Journal-Canadian Dental Association.* 2002; vol. 68 (11), p. 688-692.
- RISKI, JOHN E.** "Articulation skills and oral-nasal resonance in children with pharyngeal flaps." *The Cleft palate journal* 16.4. 1979 : 421-428.
- GOLDING- KUSHNER KJ.** *Therapy techniques for cleft palate speech and related disorders. San Diego: Singular; 2001*
- KUEHN, D. P., & MOLLER, K. T.** . *Speech and Language Issues in the Cleft Palate Population: The State of the Art. The Cleft Palate-Craniofacial Journal.* 2000; Vol 37(4), 1-35. [https://doi.org/10.1597/1545-1569\\_2000\\_037\\_0348\\_salitit\\_2.3.co\\_2](https://doi.org/10.1597/1545-1569_2000_037_0348_salitit_2.3.co_2)
- KUMMERAW.** *Perceptual assessment of resonance and velopharyngeal function. Semin Speech Lang.* 2011;32(2):159-167. doi:10.1055/s-0031-1277718
- Pinto JH, Pegoraro-Krook MI.** *Evaluation of palatal prosthesis for the treatment of velopharyngeal dysfunction. J Appl Oral Sci.* 2003;11(3):192-197. doi:10.1590/s1678-77572003000300007
- WILLIAMS WN, PEGORARO-KROOK MI, DUTKA J, MARINO VCC, WHARTON PW.** *Nasoendoscopy: the Role of the Speech-Language Pathologist. Braz J Dysmorphol Speech Hear Disord.* 1999;2:23-36
- BZOCH KR.** *A battery of clinical perceptual tests, techniques and observations for the reliable clinical assessment evaluation, and management of 11 categorical aspects of cleft palate speech disorders. In: Bzoch KR. Communicative disorders related to cleft lip and palate. Austin: Pro-ed; 2004. P. 375-462.*
- GOLDING-KUSHNER, K. J., Working Group Coordinator Participants, & Corresponding Participants.** . *Standardization for the reporting of nasopharyngoscopy and multiview videofluoroscopy: a report from an International Working Group. Cleft Palate Journal.* 1990;27(4), 337-348.
- KUMMERAW.** *Speech evaluation for patients with cleft palate. Clin Plast Surg.* 2014;41 (2): 241-50
- SHELTON RL, LINDQUIST AF, ARNDT WB, ELBERT M, YOUNGSTROM KA.** *Effect of speech bulb reduction on movement of the posterior wall of the pharynx and posture of the tongue. Cleft Palate J.* 1971;8:10-17.
- MCWILLIAM BJ, MORRIS HL, SHELTON RL.** *Cleft palate speech. Philadelphia: BC Decker; 1990*
- SELL D, GRUNWELL PA.** *Speech assessment and therapy. In: Watson ACH, Sell DA, Grunwell P. (Ed). Management of cleft lip and palate. London and Philadelphia: Whurr Publishers; 2001.p.245*
- PINTO J, DALBEN G, PEGORARO-KROOK M.** *Speech intelligibility of patients with cleft lip and palate after placement of speech prosthesis. Cleft Palate Craniofac j.* 2007; 44: 635-41.
- ABADI B, JOHNSON JD.** *The prosthetic management of cleft palate patients. J Prosthet Dent.* 1982; 48(3): 297-302.
- MC GRATH CO, ANDERSON MW.** *Prosthetic treatment of velopharyngeal incompetence. In: Bardach J, Morris HL. Multidisciplinary management of cleft lip and palate. 1st ed. Philadelphia: Saunders; 1990. P.809-15*
- PINTO JHN.** *Avaliação de pacientes portadores de disfunção velofaríngea tratados com prótese de palato (tese). Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 1998.*
- GOIATO MC, SANTOS DM, VILLA LMR.** *Obturator for rehabilitation of cleft palate with implant-supported retention system. J Craniofac Surg.* 2010;21(1):151-4.
- PEGORARO-KROOK M, AFERRI H, UEMEOKA E.** *Prótese de palato e obturadores faríngeos. en Di Nino C, Jesus M. Fissura labiopalatina: fundamento para a prática fonoaudiológica. São Paulo: Roca; 2009; 113-1*
- PEGORARO-KROOK M, DUTKA J,** *Avaliação das alterações de fala na fissura labiopalatina e disfunção velofaríngea Cap 50. Tratado de motricidade orofacial. Ed Pulso. 2019; p 695-706*
- AFERRI H C.** *Avaliação das etapas de confecção da prótese de palato em crianças com fissura palatina. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Odontologia de Bauru USP. 2011 DOI 10.11606/D.25.2011.tde-21032012-153358.*
- ÁLVAREZ, D., PALOMARES, M., QUEZADA, V., & VILLENA, C.** . *Evaluación de la insuficiencia velofaríngea: presentación de un protocolo de evaluación para pacientes portadores de fisura labiopalatina. Revista Chilena de Fonoaudiología.* 2004; 5(2), 41-55.
- PEGORARO-KROOK MI.** *Avaliação dos resultados da fala de pacientes que apresentam inadequação velofaríngea e que utilizam prótese de palato (tese). São Paulo (SP) Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo; 1995.*
- GOLDING- KUSHNER KJ.** *Treatment of articulation and resonance disorders associated with cleft palate and VPI. In: Shprintzen RJ, Bardach J, editors. Cleft palate Speech Management: a multidisciplinary approach. St. Louis: Mosby; 1995.*
- SELL D, MARS M, WORRELL E.** *Process and outcome study of multidisciplinary prosthetic treatment for velopharyngeal dysfunction. Int J Lang Comm Dis.* 2006; 41(5): 495-511

**Relato de experiencia en el uso de prótesis de paladar**

María Laura Fernández Salto; María Alicia Denegri; María Laura Monllor; Alejandra González Marotta; Daniel Díaz; Homero Carneiro Aferrri; Jeniffer de Cássia Rillo Dutka

**BIBLIOGRAFÍA**

32. PETERSON-FALZONE SJ, HARDING-JONES MA, KARNELL MP. *Dental management of cleft lip and palat.* In: *Cleft palate speech*, Saint Louis; Mosby. 2001; p123-147
33. DUTKA JCR, UEMEOKA E, AFERRI HC, PEGORARO\_KROOK MI, MARINO VC. *Total obturation of velopharynx for treatment of velopharyngeal hypodynamism: case report.* *Cleft Palate Craniofac J.* 2012;49(4):488-93.
34. PAMPLONA MC, YSUNZA A, PATINO C, RAMIREZ E, CRUCKER M, MAZÓN JJ. *Speech summer camp for treating articulation disorders in cleft palate patients.* *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2005;69(3):351-59
35. BISPO NHM, WHITAKER ME, AFERRI HC, NEVES JDA, DUTKA JCR, PEGORARO-KROOK MI. *Speech therapy for compensatory articulations and velopharyngeal function: a case report.* *J Appl Oral Sci.* 2011; 19(6):679-84.
36. PINTO MDB, PEGORARO-KROOK MI, ANDRADE LKJ, CORREA APC, ROSA-LUGO LI, DUTKA JCR. *Intensive treatment of speech disorders in robin sequence: a case report.* *Codas.* 2017;29(5):e200160084

## Investigación

# La Práctica Profesional Supervisada (PPS) como espacio de Formación Clínica: Actividades clínicas períodos comprendidos entre los años 2011-2020

***Supervised Professional Practice (PPS) as a space for Clinical Training: Clinical activities for periods between the years 2011-2020***

AUTORAS

### **OD. ELBA INAUDI**

Egresada de la Escuela de Odontología, Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Cuyo. Especialista en Endodoncia. Especialista en Docencia Universitaria. Titular de la Asignatura Práctica Profesional Universitaria.

### **OD. ROXANA ZABALA**

Egresada de la Facultad de Odontología Universidad Nacional de Cuyo Especialista en Atención es Odontología para el Niño y el Adolescente Facultad de Odontología Universidad Nacional de Cuyo. Especialista en Atención a la Diversidad Instituto de Educación Superior IES 9009- Facultad de Educación Elemental y Especial Universidad Nacional de Cuyo. Especialista en Docencia Universitaria Facultad de Filosofía y Letras Universidad Nacional de Cuyo. Training en formación de la Carrera de Cirugía y Traumatología Maxilofacial Facultad de Odontología Universidad Nacional de Córdoba. Jefe de Trabajos

Prácticos del Módulo 5 Clínica Integrada I Odontología Preventiva y Comunitaria II Facultad de Odontología Universidad Nacional de Cuyo. Jefe de Trabajos Prácticos de la Asignatura Practica Profesional Supervisada Facultad de Odontología Universidad Nacional de Cuyo.

### **OD. YAMILA QUILICI**

Egresada de la Facultad de Odontología Universidad Nacional De Cuyo. Especialista en Periodoncia. Jefe de Trabajos Prácticos de la Asignatura Practica Profesional Supervisada Facultad de Odontología Universidad Nacional de Cuyo.

### **OD. SILVIA CAGGIA**

Egresada de la Facultad de Odontología Universidad Nacional De Cuyo. Especialista en Periodoncia. Auxiliar de primera categoría de la Asignatura Practica Profesional Supervisada Facultad de Odontología Universidad Nacional de Cuyo.

### **RESUMEN**

La PPS se define como un espacio académico exclusivo para el desarrollo de la práctica profesional del alumno de quinto año de la carrera de Odontología. Las actividades llevadas a cabo en PPS están centradas en la aplicación de habilidades prácticas, para la atención de pacientes que asisten a la Facultad de Odontología en la forma de demanda espontánea. Esta asignatura está diseñada con el objetivo de promover el desarrollo de un proceso de ense-

### **ABSTRACT**

*The PPS is defined as an exclusive academic space for the development of the professional practice of the fifth-year student of the Dentistry career. The activities carried out in PPS are focused on the application of practical skills, for the care of patients who attend the Faculty of Dentistry in the form of spontaneous demand. This subject is designed with the aim of promoting the development of a teaching-learning process, whose axis is focused on educational*

## La Práctica Profesional Supervisada (PPS) como espacio de Formación Clínica: Actividades clínicas períodos comprendidos entre los años 2011-2020

Elba Inaudi; Roxana Zabala; Yamila Quilici; Silvia Caggia

ñanza-aprendizaje, cuyo eje está centrado en actividades educativas en el marco de situaciones reales de prácticas odontológicas, cuyo motivo de consulta por parte de los pacientes suele redundar principalmente en la necesidad de recibir tratamiento odontológico que represente o no carácter de urgencia en la práctica.

El presente trabajo se desarrolló con los siguientes objetivos:

- Difundir las actividades desarrolladas por los alumnos de quinto año de la Carrera de Odontología en el marco del proceso de enseñanza, aprendizaje y desarrollo en la Asignatura de la Práctica Profesional Supervisada (PPS) como espacio curricular del Formación Profesional
- Promover a partir de la difusión de las mismas acciones conjuntas de prevención en los diversos ámbitos internos y/o externos centradas en la relación existente entre la cantidad de pacientes y prácticas odontológicas de mayor demanda.

Palabras claves: práctica profesional, aprendizaje, saberes, competencias, prosociales.

*activities within the framework of real situations of dental practices, whose reason for consultation by patients usually results mainly in the Need to receive dental treatment that is or is not urgent in practice.*

*The present work was developed with the following objectives:*

- *Disseminate the activities developed by fifth-year students of the Dentistry Career within the framework of the teaching, learning and development process in the Supervised Professional Practice (PPS) as a curricular space of Professional Training*
- *Promote from the dissemination of the same joint prevention actions in the various internal and / or external areas focused on the relationship between the number of patients and dental practices in greater demand.*

*Keywords: professional practice, learning, knowledge, competences, prosocial.*

### INTRODUCCIÓN

Las actividades llevadas a cabo en PPS están centradas en la aplicación de habilidades prácticas caracterizada por presentar la siguiente modalidad:

- Carga horaria propia
- Se desarrolla paralela al cursado del último año de la carrera de Odontología
- Para poder cursar las actividades de PPS el alumno debe haber cumplimentado con el 80 % de las asignaturas (cursadas y aprobadas) del Plan de Estudio
- Cursado es netamente presencial y de carácter obligatorio en la totalidad de su carga horaria
- Una vez cumplimentado el cursado de PPS el alumno deberá presentar un Informe Final de las actividades realizadas, cuya modalidad de formato y presentación será determinado por la Coordinación del Espacio Curricular de la Práctica Profesional.

### OBJETIVOS DE LA PPS

La finalidad de la PPS se centra en un pa-

radigma de formación que tiende principalmente a maximizar las competencias del futuro profesional, contribuyendo a lograr el perfil del Egresado, para ello se propone los siguientes objetivos:

- Promover la participación del alumno en un contexto de enseñanza/aprendizaje/desarrollo para la resolución sustentable de las prácticas odontológicas
- Fomentar el abordaje crítico de la problemática en relación a la atención odontológica permitiendo la aplicación de las habilidades y competencias conceptuales adquiridas llevándolas a la práctica clínica
- Promueve la internalización y aplicación de los conocimientos espiralados durante la formación académica que asegure un óptimo e idóneo desempeño profesional.
- Facilitar el contacto del estudiante con el rol profesional introduciéndolo en los métodos de trabajo y códigos relativos a las organizaciones laborales
- Permiten afianzar actitudes ético-científicas tanto en el orden profesional como social, promoviendo el criterio científico

de alta calidad en sinergia con el desarrollo de habilidades sociales que le permitan integrarse al trabajo en equipo para la posterior inserción socio-laboral.

- Favorecer una transición paulatina entre la etapa de formación académica y la de inserción en el ámbito laboral, que brinde mayor seguridad al futuro egresado con base de apoyo de los docentes y en la reflexión crítica sobre sus propias prácticas.

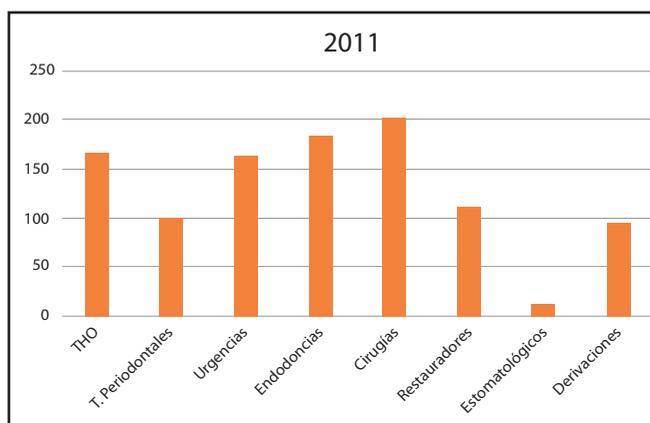
### METODOLOGÍA

Para obtener la cantidad de prestaciones por año y la distribución por frecuencia de las prácticas odontológicas desarrolladas en la PPS durante los períodos comprendidos entre los años 2011 y 2020 se utilizó la siguiente metodología:

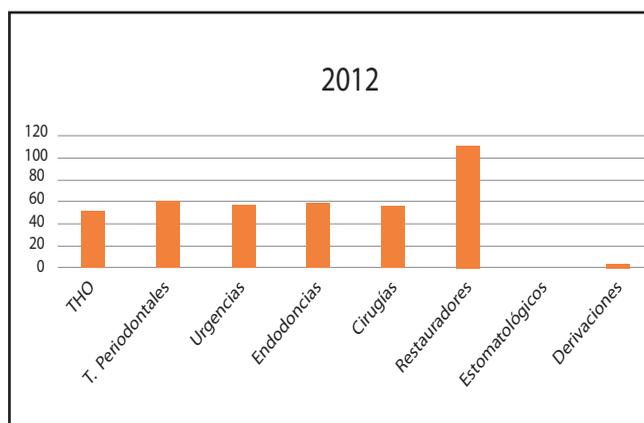
- Recolección y procesamiento de datos por año en planillas en donde se individualizo cada práctica de acuerdo a la especialidad
- La muestra bajo las que se realizaron las prácticas odontológicas fue conformada por los pacientes adultos que asistieron a

## La Práctica Profesional Supervisada (PPS) como espacio de Formación Clínica: Actividades clínicas periodos comprendidos entre los años 2011-2020

Elba Inaudi; Roxana Zabala; Yamila Quilici; Silvia Caggia



**Gráfico 1:** Distribución de frecuencias por prácticas odontológicas 2011.



**Gráfico 2:** Distribución de frecuencias por prácticas odontológicas 2012.

la Facultad de Odontología bajo la modalidad de demanda espontánea.

### RESULTADOS

#### Distribución por frecuencias de Prácticas Odontológicas periodo 2011

- De un total de 1592 pacientes atendidos durante el periodo 2011, se realizaron un total de 1037 prestaciones

- La práctica odontológica con mayor frecuencia la constituyeron las Cirugías Dentoalveolares (19,2%), seguidas por THO (16%) y Tratamientos Endodónticos (17,7%)

(Ver Gráfico 1)

#### Distribución por frecuencias de Prácticas Odontológicas periodo 2012

- De un total de 297 pacientes atendidos durante el periodo 2012, se realizaron un total de 401 prestaciones

- La práctica odontológica con mayor frecuencia durante este periodo la constituyeron las de Tratamientos Restauradores (27,9%), seguido por los Tratamientos Endodónticos (14,7%) y Terapia Básica Periodontal (14,7%), seguido respectivamente por los Urgencias y Cirugías Dentoalveolares (Ver Gráfico 2)

#### Distribución por frecuencias de Prácticas Odontológicas periodo 2013

#### Distribución por frecuencias de Prácticas Odontológicas periodo 2013

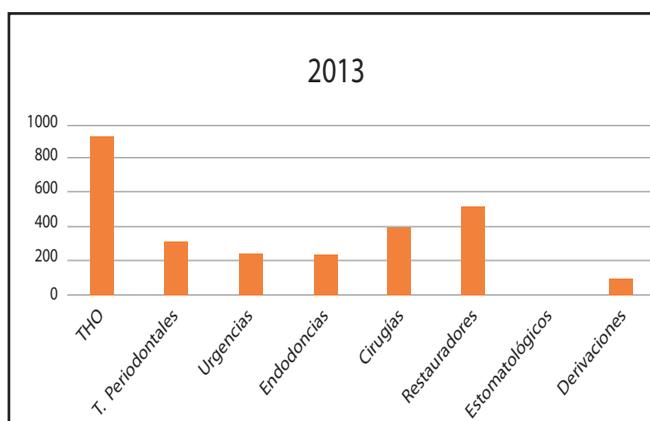
- De un total de 1592 pacientes atendidos durante el periodo 2013, se realizaron un total de 2698 prestaciones

- La práctica odontológica realizada con mayor frecuencia durante este periodo la constituyeron las THO (34,4%), seguido por los Tratamientos Restauradores (19,3%) y Cirugías dentoalveolares (14,3).

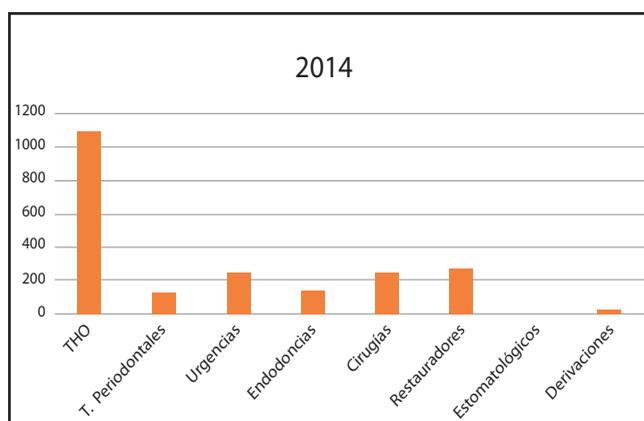
(Ver Gráfico 3)

#### Distribución por frecuencias de Prácticas Odontológicas periodo 2014

- De un total de 1176 pacientes atendidos durante el periodo 2014, se realiza-



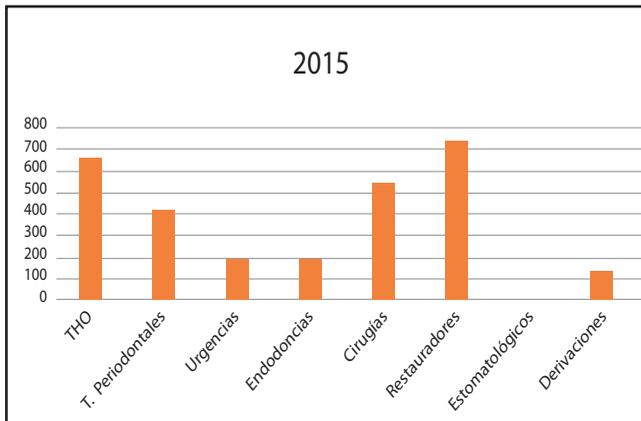
**Gráfico 3:** Distribución de frecuencias por prácticas odontológicas 2013.



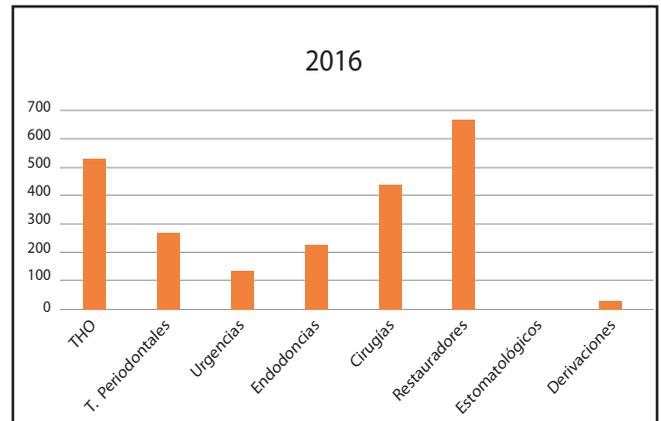
**Gráfico 4:** Distribución de frecuencias por prácticas odontológicas 2014.

## La Práctica Profesional Supervisada (PPS) como espacio de Formación Clínica: Actividades clínicas períodos comprendidos entre los años 2011-2020

Elba Inaudi; Roxana Zabala; Yamila Quilici; Silvia Caggia



**Gráfico 5:** Distribución de frecuencias por prácticas odontológicas 2015.



**Gráfico 6:** Distribución de frecuencias por prácticas odontológicas 2016.

ron un total de 2170 prestaciones  
- La práctica odontológica realizada con mayor frecuencia durante este periodo la constituyeron las de THO (50,1%), seguido por los Tratamientos Restauradores (12,6%) y los Tratamientos de Urgencias (11,8%).  
(Ver Gráfico 4)

### Distribución por frecuencias de Prácticas Odontológicas periodo 2015

- De un total de 661 pacientes atendidos durante el periodo 2015, se realizaron un total de 2877 prestaciones  
- La práctica odontológica realizada con

mayor frecuencia durante este periodo la constituyeron los Tratamientos Restauradores (25,4%), seguido por las de THO (22,9%) y Cirugías Dentoalveolares (18,9%) respectivamente  
(Ver Gráfico 5)

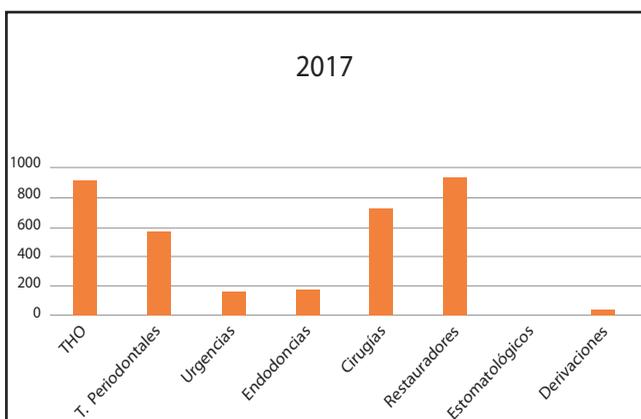
### Distribución por frecuencias de Prácticas Odontológicas periodo 2016

- De un total de 530 pacientes atendidos durante el periodo 2016, se realizaron un total de prestaciones 2276  
- La práctica odontológica realizada con mayor frecuencia durante este periodo la constituyeron los Tratamientos Restauradores (27,8%), seguido por las de

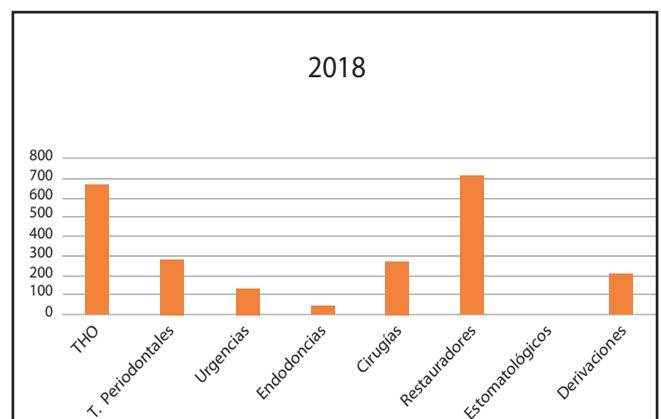
THO (23,2%) y Cirugías Dentoalveolares (19%) respectivamente.  
(Ver Gráfico 6)

### Distribución por frecuencias de Prácticas Odontológicas periodo 2017

- De un total de 1425 pacientes atendidos durante el periodo 2017, se realizaron un total de prestaciones 3525  
- La práctica odontológica realizada con mayor frecuencia durante este periodo la constituyeron los Tratamientos Restauradores (26,5%), seguido por las de THO (25,7%) y Cirugías Dentoalveolares (20,5%) respectivamente.  
(Ver Gráfico 7)



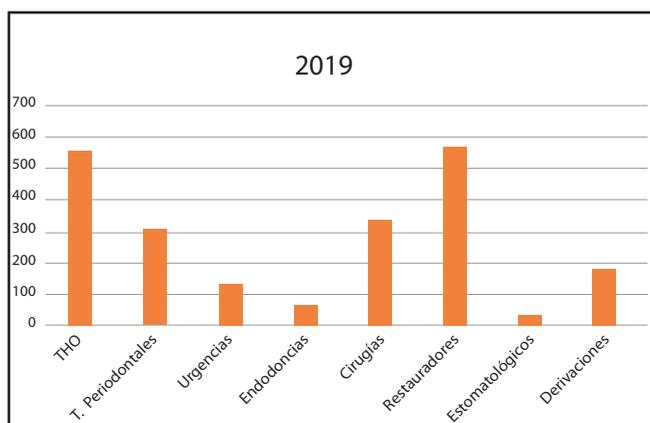
**Gráfico 7:** Distribución de frecuencias por prácticas odontológicas 2017.



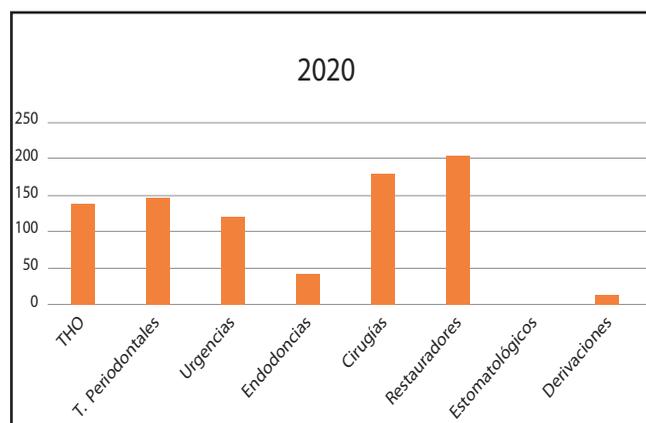
**Gráfico 8:** Distribución de frecuencias por prácticas odontológicas 2018.

## La Práctica Profesional Supervisada (PPS) como espacio de Formación Clínica: Actividades clínicas periodos comprendidos entre los años 2011-2020

Elba Inaudi; Roxana Zabala; Yamila Quilici; Silvia Caggia



**Gráfico 9:** Distribución de frecuencias por prácticas odontológicas 2019.



**Gráfico 10:** Distribución de frecuencias por prácticas odontológicas 2020.

### Distribución por frecuencias de Prácticas Odontológicas periodo 2018

- De un total de 1242 pacientes atendidos durante el periodo 2018, se realizaron un total de prestaciones 2334

- La práctica odontológica realizada con mayor frecuencia durante este periodo la constituyeron los Tratamientos Restauradores (30,6%), seguido por las de THO (28,4%) y Terapia Básica Periodontal (12,2%) respectivamente.

(Ver Gráfico 8)

### Distribución por frecuencias de Prácticas Odontológicas periodo 2019

- De un total de 1124 pacientes atendidos durante el periodo 2019, se realizaron un total de prestaciones de 2152

- La práctica odontológica realizada con mayor frecuencia durante este periodo la constituyeron las los Tratamientos Restauradores (26,6%), seguido por las de THO (25,7%) y Cirugías Dentoalveolares (15,7%) respectivamente.

(Ver Gráfico 9)

### Distribución por frecuencias de Prácticas Odontológicas periodo 2020

- De un total de 558 pacientes atendidos durante el periodo 2020, se realizaron

un total de prestaciones 848

- La práctica odontológica realizada con mayor frecuencia durante este periodo la constituyeron los Tratamientos Restauradores (24,1%), seguido por las Cirugías Dentoalveolares (21,3%) y Terapia Básica Periodontal (17%) respectivamente.

(Ver Gráfico 10)

### CONCLUSIONES

La Práctica Profesional Supervisada, creado como espacio curricular de formación y como método de andamiaje en la transición del alumno hacia su futuro como profesional, debe contemplarse también como centro de convergencia de aprendizajes aplicados en relación a la demanda de salud oral de la población que asiste a la Facultad de Odontología. En el marco de la realización de prácticas de aprendizaje, y partiendo de los datos obtenidos en los periodos comprendidos entre los años 2011-2020, los mismos se corresponden con una demanda no satisfecha de los pacientes por parte de los efectores de salud externos o ajenos a la institución. A pesar de haber dado cumplimiento a los objetivos bidireccionales aprendizaje-resolución de problemas de

salud oral demandante; se plantea el desafío de encarar acciones formativas no solo inherentes a la resolución de cada problema de salud individual emergente de los pacientes, si no también poner énfasis en promover en el alumno de quinto año la formación en aspectos prosociales. Promoviendo un espacio para el análisis y reflexión exhaustiva del estado de salud oral de la población en relación a las prácticas de mayor demanda, las cuales se caracterizan por responder a alto índices de prevalencia de caries y enfermedad gingivoperiodontal, que en un gran porcentaje culminan con la pérdida de piezas dentales. Situación que propone un desafío no solo para la asignatura, sino también para la Facultad de Odontología de emplear la información a modo de diagnóstico de situación con el fin de encarar medidas de índole preventivo tanto en la formación como en la práctica propiamente dicha, desde un paradigma en donde prime, la calidad y pertinencia en la formación de recursos humano calificado que promueva a través de su desempeño en la sociedad, cambios en los modelos sociales y sanitarios en los diversos ámbitos de pertenencia.

## Investigación

# Evaluación del nivel de satisfacción en relación al uso de prótesis total removible y los factores que influenciaron dicha condición, en pacientes que asistieron a la cátedra de Clínica de Prótesis Completa, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo

*Assessment of the level of satisfaction in relation to the use of total removable prosthesis and the factors which influenced that condition, on patients who attended the cathedra of complete prosthesis clinic, Faculty of Dentistry, Universidad Nacional de Cuyo*

### AUTORES

#### **PROF. OD. GRACIELA LOTTERO**

Jefe de Trabajos Prácticos Cátedra de Clínica de Prótesis Completa. Facultad de Odontología. U.N.Cuyo.  
glottero@fodonto.uncu.edu.ar

#### **PROF. ESP. EDGARDO O. BOERO LÓPEZ**

Profesor Adjunto Cátedra de Clínica de Prótesis Completa. Facultad de Odontología. U.N.Cuyo.  
eboero@fodo.uncu.edu.ar

#### **PROF. ESP. VERÓNICA VILLEGAS**

Jefe de Trabajos Prácticos Cátedra de Clínica de Prótesis Completa. Facultad de Odontología. U.N.Cuyo.  
veville@yahoo.com

### COAUTORES

#### **PROF. ESP. GUADALUPE JOFRE**

Jefe de Trabajos Prácticos Cátedra de Clínica de Prótesis Completa. Facultad de Odontología. U.N.Cuyo.  
guadajofre@hotmail.com

#### **PROF. OD. RENATO LOTTERO**

Jefe de Trabajos Prácticos Cátedra de Clínica de Prótesis Completa. Facultad de Odontología. U.N.Cuyo.  
repalo02@yahoo.com.ar

#### **PROF. OD. JULIO RICARDO CIANCIA**

Adscripto Cátedra de Clínica de Prótesis Completa. Facultad de Odontología. U.N.Cuyo  
richakel222@gmail.com

### RESUMEN

Se realizó un estudio transversal retrospectivo en un universo aproximado a 50 pacientes que asistieron a la Cátedra de Prótesis Completa de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, desde el año 2012 al 2014. Y se los relacionó con Edad, Género, ser portador de prótesis anterior, presencia de lesiones parapróticas y el grado de satisfacción obtenido con el

### ABSTRACT

*A retrospective cross-sectional study was carried out in an approximate universe of 100 patients who attended the Full Prosthesis Chair of the Faculty of Dentistry of the National University of Cuyo, from 2012 to 2014. And they are related to Age, Gender, being Previous prosthesis wearer, presence of paraprosthesis lesions and the degree of satisfaction obtained with the treatment performed, the*

## Evaluación del nivel de satisfacción en relación al uso de prótesis total removible y los factores que influenciaron dicha condición, en pacientes que asistieron a la cátedra de Clínica de Prótesis Completa, Facultad de Odontología, UNCuyo

Graciela Lottero; Edgardo O. Boero López; Verónica Villegas; Guadalupe Jofre; Renato Lottero; Julio Ricardo Ciancia

tratamiento realizado, el instrumento de medición que se implementó fue uno de los más utilizados para medir calidad de vida y salud bucal, OHIP (Oral Health Impact Profile), que permite una encuesta de satisfacción validada científicamente. Se concluyó que el uso de prótesis completas no interfiere en la incapacidad de funcionar y en el sentimiento de vida menos satisfactoria (minusvalía) e interfiere poco en la capacidad de relacionarse con otras personas y en el desarrollo de las actividades diarias (discapacidad social).

Palabras clave: Prótesis total removible – calidad de vida – satisfacción.

*measurement instrument that was implemented was one of the most used to measure the quality of life and oral health, OHIP (Oral Health Impact Profile), which allows a scientifically validated satisfaction survey. It was concluded that the use of complete prostheses does not interfere with the inability to function and the feeling of a less satisfactory life (handicap) and does not interfere with the ability to relate to other people and in the development of daily activities (social disability).*

*Keywords: Removable total prosthesis - quality of life – satisfaction.*

### ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN:

La salud oral tiene una relación directa con la salud general, con el bienestar y con funciones esenciales en el adulto mayor.<sup>1</sup>

A su vez, también tiene relación estrecha con los aspectos psicosociales.<sup>1-3</sup>

La estética, la apariencia y la postura mejoran con una buena dentadura lo que influye positivamente en su auto-imagen y en su autoestima.<sup>2,4</sup>

Entre otras cosas, esto facilita las expresiones de la sexualidad, el habla, la comunicación, la participación familiar y la socialización; por eso la salud oral contribuye significativamente en su calidad de vida.<sup>1,5</sup> Por el contrario, los problemas dentales o el estado edéntulo puede afectar su autoimagen, autoestima, su comunicación y llevarlo al aislamiento y la depresión.<sup>5</sup>

Pero, ¿cuáles son los factores que determinan la satisfacción frente a las prótesis dentales? Según algunos estudios, los efectos que se despiertan alrededor de la pérdida dental deben ser considerados por parte del odontólogo dentro del proceso de rehabilitación oral, pues es diferente el proceso que se da en una persona absolutamente resignada por una pérdida temprana de un diente, que en aquella que se encuentra en una eta-

pa de deterioro físico al que se le suma la pérdida dental.<sup>4,5</sup>

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo de la presente investigación fue identificar el nivel de satisfacción, los factores que la afectan y establecer posibles asociaciones entre variables socio-demográficas, clínicas y de percepción de los pacientes adultos mayores para lograr comprender y mejorar no sólo las condiciones sistémicas y orgánicas del paciente adulto mayor, sino que el tratamiento de rehabilitación oral influya positivamente en él y en el ambiente que lo rodea.

### FUNDAMENTACIÓN

En el presente trabajo se buscará relacionar la presencia o ausencia de prótesis dental, con la edad, el género, lesiones paraprotéticas y el grado de satisfacción del paciente con el nuevo tratamiento.

Los pacientes que asisten a la consulta de la Cátedra de Prótesis Completa, durante años son atendidos y tratados según un protocolo estandarizado, el cual se actualizando año a año, y la intención de este trabajo es determinar si se está cumpliendo con las metas propuestas a nivel del paciente, que es el que recibe el producto final de nuestra enseñanza.

Con los resultados obtenidos se realizará un análisis de estos procedimientos y se

determinarán los pasos a seguir en esta compleja relación, docente- alumno- paciente, con el fin de ajustar la metodología para que cada vez se minimice el margen de error que conllevará seguramente a la satisfacción por parte del paciente y como efecto a mejorar nuestro método de enseñanza – aprendizaje.

### OBJETIVOS

1. Comparar el resultado de la rehabilitación obtenida con experiencia anterior en caso de haber sido portador de prótesis.
2. Relacionar el uso de prótesis con la presencia o no de lesiones paraprotéticas.
3. Observar la relación entre la edad, sexo y presencia o no de elementos dentarios.
4. Evaluar el nivel de satisfacción del paciente frente al nuevo tratamiento

### HIPÓTESIS

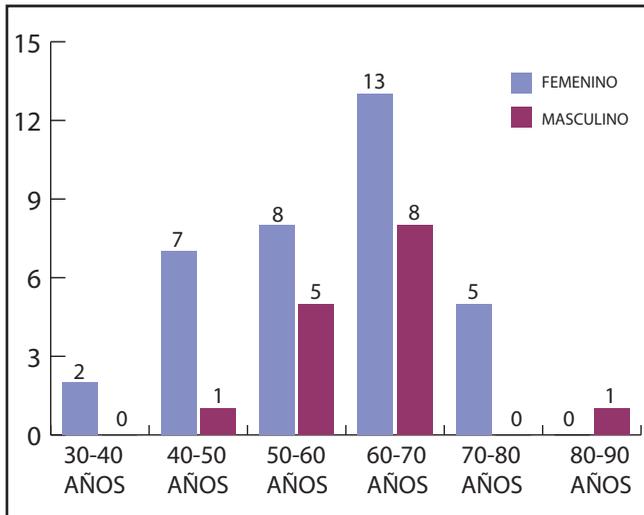
Los pacientes portadores de prótesis completa mejoran su calidad de vida con el uso de nuevas prótesis dentales independiente de la edad, el género y las experiencias anteriores.

### MATERIAL Y MÉTODOS

En el presente estudio transversal retrospectivo, se tomó una población de

**Evaluación del nivel de satisfacción en relación al uso de prótesis total removible y los factores que influenciaron dicha condición, en pacientes que asistieron a la cátedra de Clínica de Prótesis Completa, Facultad de Odontología, UNCuyo**

Graciela Lottero; Edgardo O. Boero López; Verónica Villegas; Guadalupe Jofre; Renato Lottero; Julio Ricardo Cancia



**Gráfico A:** Recolección de Datos mediante la encuesta simplificada para el presente estudio . OHIP (Oral Health Impact Profile) . (Anexo 2)

estudio correspondiente a los pacientes que asistieron a la Cátedra de Clínica de Prótesis Completa entre los años 2012 y 2014 , los cuales requerían para su tratamiento rehabilitación oral con prótesis total removible, en un rango etario entre 30 y 90 años , con un universo de aproximadamente 140 pacientes; de los cuales se pudo tomar la muestra en 50 pacientes, debido a diferentes problemáticas en la recolección de datos, como por ejemplo el cambio de dirección o de teléfono, entre otros.

Para la recolección de datos se utilizaron las Historias Clínicas generales y Específicas de la Cátedra de Clínica de Prótesis Completa de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, las cuales están resguardadas bajo un sistema de protección dentro de la Unidad Académica.

Para medir la calidad de vida relacionada a la salud Bucal se implementó como instrumento una adaptación para este estudio del Sistema OHIP (Oral Health Impact Profile) .

**Anexo 1**

**Consentimiento informado**

Yo.....DNI..... doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en un trabajo de investigación de la asignatura Clínica de Prótesis Completa que se realiza en la Facultad de Odontología Universidad Nacional de Cuyo, pudiendo abandonar el mismo en cualquier momento de la investigación, lo que no conlleva ningún tipo de penalidad o pérdida del beneficio obtenido hasta el momento.

La participación implica la revisión de mi boca, controles de las prótesis instaladas, realización de la encuesta sobre la calidad de vida y nivel de satisfacción. Me explicaron que esta investigación tiene como objetivo saber si la instalación de las nuevas prótesis influyó en un cambio en mi calidad de vida y si me encuentro satisfecha con las mismas.

Recibiré como beneficio información sobre el estado de mi boca, asesoramiento sobre la higiene de las prótesis y control de las mismas.

Todos los datos personales que puedan identificarme serán mantenidos bajo estricta confidencialidad y no se utilizará mi nombre o cualquier otro dato que pueda identificarme.

He leído el consentimiento, se me permitió hacer preguntas y escuché toda la información que me dio el investigador.

La firma en este documento certifica que soy mayor de edad y que doy mi consentimiento para participar.

Paciente:  
Nombre y Apellido:.....Firma:.....DNI:.....

Investigador:  
Nombre y Apellido:.....Firma:.....DNI:.....

**Anexo 2**

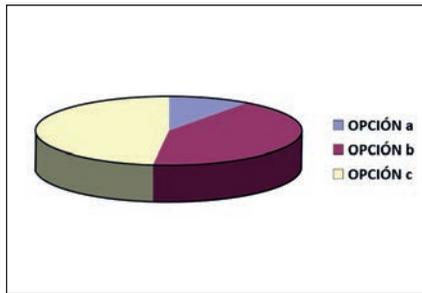
**CLÍNICA DE PRÓTESIS COMPLETA**

**ENCUESTA:** Marcar con una X, lo que corresponda

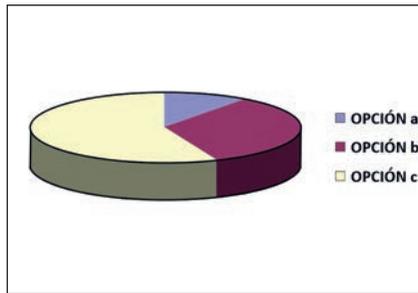
DIMENSIÓN	N°	PREGUNTAS	Siempre	A Veces	Nunca
LIMITACIÓN FUNCIONAL	1	¿Tiene usted incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2	¿Ha sentido usted que su sensación del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOLOR FÍSICO	3	¿Tiene usted alguna incomodidad dolorosa en su boca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4	¿Ha sentido usted incomodidad al comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MOLESTIAS PSICOLÓGICAS	5	¿Ha estado preocupado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	6	¿Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INCAPACIDAD FÍSICA	7	¿Ha sido su dieta poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	8	¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dentales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Evaluación del nivel de satisfacción en relación al uso de prótesis total removible y los factores que influenciaron dicha condición, en pacientes que asistieron a la cátedra de Clínica de Prótesis Completa, Facultad de Odontología, UNCuyo

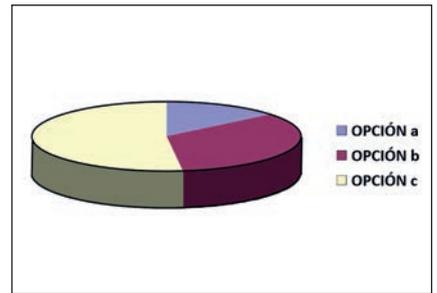
Graciela Lottero; Edgardo O. Boero López; Verónica Villegas; Guadalupe Jofre; Renato Lottero; Julio Ricardo Ciancia



**Ilustración 1:** Dolor físico.



**Ilustración 2:** Limitación funcional.



**Ilustración 3:** Molestia psicológica.

La presente recolección de datos fue realizada luego de la autorización mediante consentimiento informado por parte del paciente.

(Ver Anexo 1)

Como primer dato estadístico dentro de la muestra registrada estableceremos los parámetros encontrados en cuanto a Sexo y Edad de los pacientes, relacionados con rangos etarios:

- Entre 30 y 40 años (F = 2 , M = 0)
- Entre 40 y 50 años (F = 7 , M = 1)
- Entre 50 y 60 años (F = 8 , M = 5)
- Entre 60 y 70 años (F = 13 , M = 8)
- Entre 70 y 80 años (F = 5 , M = 0)
- Entre 80 y 90 años (F = 0 , M = 1)
- Total de la Muestra = 50 Pacientes (F = 35 y M = 15)

(Ver Gráfico A) (Ver Anexo 2)

### ANÁLISIS DE DATOS:

Muestra 50 pacientes

Datos: respuestas

#### LIMITACIÓN FUNCIONAL (1)

**A.** Tiene usted incomodidad para pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dental?

- a. Siempre- 5 repuestas
- b. A veces - 21
- c. Nunca - 24

**B.** Ha sentido usted que su sensación al gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dental?

- a. Siempre- 3

- b. A veces- 14

- c. Nunca- 33

#### DOLOR FÍSICO (2)

**C.** Tiene usted alguna incomodidad dolorosa en su boca?

- a. Siempre - 5
- b. A veces- 17
- c. Nunca- 28

**D.** Ha sentido usted incomodidad al comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

- d. Siempre - 9
- e. A veces - 23
- f. Nunca - 18

#### MOLESTIA PSICOLÓGICA (3)

**E.** Ha estado preocupado debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

- a. Siempre- 7
- b. A veces- 17
- c. Nunca - 26

**F.** Se ha sentido nervioso debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

- a. Siempre- 5
- b. A veces- 16
- c. Nunca- 28

#### INCAPACIDAD FÍSICA (4)

**G.** Ha sido su dieta poco satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

- a. Siempre- 4
- b. A veces- 18

- c. Nunca- 28

**H.** ¿Ha tenido usted que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dental?

- a. Siempre- 4
- b. A veces - 23
- c. Nunca- 23

#### INCAPACIDAD PSICOLÓGICA (5)

**I.** Encuentra usted dificultad para relajarse debido a problemas con sus dientes boca o prótesis dental?

- a. Siempre - 2
- b. A veces- 12
- c. Nunca- 36

**J.** Se ha sentido usted perturbado frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

- d. Siempre- 2
- e. A veces- 17
- f. Nunca- 31

#### INCAPACIDAD SOCIAL (6)

**K.** Se ha sentido usted irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

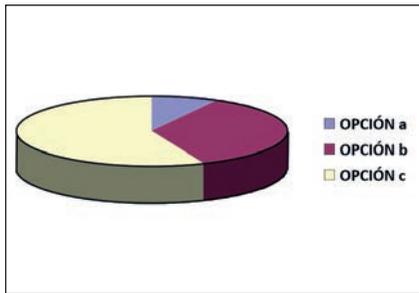
- a. Siempre- 0
- b. A veces- 14
- c. Nunca- 36

**L.** Tiene usted dificultad de hacer sus trabajos habituales debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

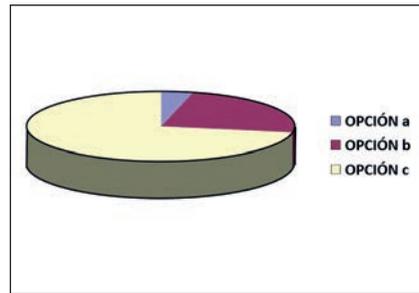
- a. Siempre - 0
- b. A veces- 9
- c. Nunca- 41

## Evaluación del nivel de satisfacción en relación al uso de prótesis total removible y los factores que influenciaron dicha condición, en pacientes que asistieron a la cátedra de Clínica de Prótesis Completa, Facultad de Odontología, UNCuyo

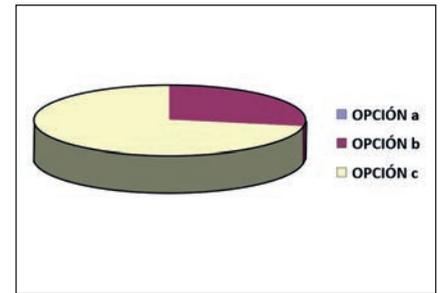
Graciela Lottero; Edgardo O. Boero López; Verónica Villegas; Guadalupe Jofre; Renato Lottero; Julio Ricardo Ciancia



**Ilustración 4:** Incapacidad psicológica.



**Ilustración 5:** Incapacidad física.



**Ilustración 6:** Incapacidad social.

### OBSTÁCULOS (7)

**M.** Ha sentido usted que su vida es, en general, menos satisfactoria, debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis dental?

- a. Siempre – 2
- b. A veces- 11
- c. Nunca - 37

**N.** Ha sido usted totalmente incapaz de funcionar, debido a problemas con sus dientes, boca ó prótesis dental?

- d. Siempre – 0
- e. A veces- 5
- f. Nunca - 45

### GRÁFICOS:

Ilustración 1: DOLOR FISICO

Ilustración 2: LIMITACIÓN FUNCIONAL

Ilustración 3: MOLESTIA PSICOLOGICA

Ilustración 4: INCAPACIDAD PSICOLOGICA

Ilustración 5: INCAPACIDAD FISICA

Ilustración 6: INCAPACIDAD SOCIAL

Ilustración 7: OBSTÁCULO

### RESULTADOS:

Al comienzo de la investigación esperábamos encontrarnos con una cantidad mayor de mujeres que de varones que necesitaran prótesis dental, con mayor prevalencia por encima de los 50 años de edad, en su mayoría ya portadores de prótesis dental o que en algún momento usaron. Y con un grado de satisfacción y mejora de su calidad de vida sustancial. Se encontró al finalizar el estudio, en cuanto al dato de nivel de satisfacción y

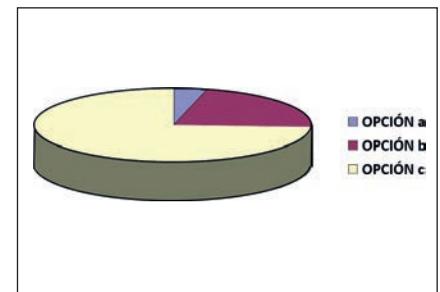
calidad de vida que prevalece dentro las respuestas, la opción C, seguida por la B y por último la A. Esto en una conclusión simple y no universal de cada pregunta nos habla de una importante Satisfacción con el recambio de Prótesis o el uso por primera vez de Prótesis Total Removible, tanto desde un aspecto psicológico, como desde las limitaciones funcionales y sociales.

Y con respecto al dato simplificado de la relación del rango etario con el sexo, se observa que en esta muestra prevalecen las mujeres a los varones rehabilitados y que dentro del rango etario encontrado entre los 30 y 90 años, predominaban el rango entre los 60 y 70 años.

### CONCLUSIÓN

En este estudio se comprobó que los aspectos que más incomodan a los pacientes desdentados portadores de prótesis completa son: alteración del sentido del gusto (limitación funcional), incomodidad al comer alimentos (dolor), preocupación por problemas con sus prótesis (aflicción psicológica) y la interrupción durante sus comidas (discapacidad física).

Aunque la condición de salud bucal causa impactos en varios aspectos de la calidad de vida de las personas, el uso de prótesis completas no interfiere en la capacidad de funcionar y en el sentimiento de vida menos satisfactoria (minusvalía) e interfiere poco en la capacidad de relacionarse con otras personas y en el de-



**Ilustración 7:** Obstáculo.

sarrollo de las actividades diarias (discapacidad social).

Por lo que podemos concluir que aquellos pacientes que asistieron a la Cátedra de Clínica de Prótesis Total de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo entre los años 2012 y 2014, fueron en su mayoría Mujeres, que predominaron los pacientes de entre los 60 y 70 años y que, en general, al momento de la Encuesta se encontraban conformes con la rehabilitación entregada. Otro dato de relevancia para tener en cuenta es que en la encuesta la opción de "a Veces", tuvo un valor no poco significativo por lo que se deberá seguir trabajando en disminuir esos niveles, tanto en la clínica como en la técnica para poder en un futuro llegar a niveles mayores de satisfacción y un beneficio más contundente a la población desdentada total que asiste a la Institución.

---

**Evaluación del nivel de satisfacción en relación al uso de prótesis total removible y los factores que influenciaron dicha condición, en pacientes que asistieron a la cátedra de Clínica de Prótesis Completa, Facultad de Odontología, UNCuyo**

Graciela Lottero; Edgardo O. Boero López; Verónica Villegas; Guadalupe Jofre; Renato Lottero; Julio Ricardo Ciancia

---

**BIBLIOGRAFÍA**

1. **REYES C.** Principios de odontogediatria. *Revista de Estomatología de la Universidad del Valle* 1992; 2: 100 – 103.
2. **BARRAGÁN J, Y COL.** Diseño y edición de un audiovisual, como medio para la modificación de la actitud frente al tratamiento protésico en pacientes de la tercera edad. *Revista Científica de la Universidad El Bosque* 1997; 3: 97 – 102.
3. **GONZÁLEZ J, OCHOA MS.** La desdentación y la vejez a través de la mitología, la pintura y la literatura (parte I-II). *Prof Dent* 2002; 5.
4. **MATIZ J.** Implicaciones psicológicas relacionadas con la pérdida dental y con el uso de prótesis dental en la tercera edad. *Oral - Día* 1993; 13.
5. **MATIZ J, BERMÚDEZ R.** Posibles modificaciones en el comportamiento sexual en pacientes de tercera edad que utilizan prótesis dental removible. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria* 1998; 12: 91 – 96.
6. **HOYOS M, MARULANDA F.** Psicología del envejecimiento. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria* 1998; 12: 15 - 24.
7. **MARÍN D Y COL.** Influencia de la rehabilitación con prótesis totales en el cambio de dieta del adulto mayor. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria* 2003; 17: 553 - 559.

## Escriben nuestros maestros

# He vivido, lo confieso

AUTORA

**DRA. MARÍA DEL ROSARIO  
MORENO DE DI MARCO  
(Chiringa)**



Así, como lo expresó el gran poeta y escritor chileno Pablo Neruda, yo también quiero confesarles algunos de los muchos aspectos valiosos que transcurrieron en mi vida profesional.

Fue durante la década de los años 70 cuando en Mendoza se comenzaba a sembrar algunas semillas. Se trataba de un proyecto lleno de ilusión y amor hacia la odontología que concluyó con la creación de la actual Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo.

¿Cómo comenzó esta maravillosa gesta? Fue a principios de esa década cuando colegas con más trayectoria que la mía se comunicaron telefónicamente conmigo.

En aquellas llamadas me anunciaban que se estaba formando el plantel de los profesores de la Escuela de Odontología y que dependería de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo.

Para mi gran sorpresa y orgullo, además de informarme, me invitaban a formar parte del plantel docente al considerarme una profesional con gran formación en odontopediatría y pensaban que también tenía cualidades para la docencia.

Recuerdo que en el plan de estudios se destinaron dos años a la enseñanza de la odontopediatría. Me ofrecieron impartir clases en el primer año, o sea en el cuarto año de la carrera. Mis compañeros fueron: Dr. Prigione, (titular), Dra. Mercedes Báez, (Adjunto) Dra. Berta Carson, Dra. Susana Otroposky, y la Dra. Elena Vuoto.

Fueron años difíciles para los profesores y alumnos de esta escuela. La docencia nos enfrentaba a un escenario diferente y al mismo tiempo fascinante. Por citar algunos ejemplos:

**He vivido, lo confieso**

Dra. María del Rosario Moreno de Di Marco

Los profesores abandonamos nuestro rol al lado del sillón dental y nos sumergimos en la labor de enseñar a un alumno en prácticas que se enfrentaba a un niño desconocido. Él también nos desconocía a nosotros.

Los jóvenes alumnos que estaban a las puertas de ser profesionales, se enfrentaban a mis exigencias de contenidos profesionales y también a considerar aspectos prácticos como mejorar la posición del operador frente al sillón y la colocación del taburete para proteger la posición de sus columnas vertebrales durante el tiempo de trabajo.

Acuden a mi memoria anécdotas como la que en estos años los alumnos buscaban pacientes para sus prácticas en los barrios carenciados, y con gran cariño les premiaban con un sándwich y un jugo de frutas en el bar de la Escuela.

Me dicen que ahora los pacientes de las prácticas son niños que se desplazan a la facultad para inscribirse en un listado ...

Los años fueron pasando y en el año 1985 el gobierno Nacional decretó que la escuela de Odontología se convertía en Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, y llamaba a concurso a todos los docentes de la escuela.

Como era de esperar, ante este avance académico, los profesores comenzamos una importante labor de capacitación para afrontar la docencia universitaria con más formación y así poder desempeñar aún mejor nuestra tarea de enseñar.

Por este motivo, me puse a estudiar en la Universidad Católica donde obtuve una importante capacitación que me permitió prepararme y presentarme en el concurso para cubrir el cargo que finalmente conseguí, profesora titular de Odontopediatría I.

En mis clases tuve el privilegio de tener alumnos que procedían de diferentes lugares de la provincia, del país, como también del extranjero, recuerdo especialmente a los canarios (España) que deseaban formarse como odontólogos sin ser médicos.

Les confieso que la docencia me brindó momentos maravillosos que enriquecieron mi vida y por supuesto, que llevo en mi memoria y en mi corazón toda mi gratitud a los profesores/compañeros que me dieron su apoyo para que transitara por muchos años por las aulas de la Facultad donde siempre encontré conocimiento, ciencia y amor.

## Biblioteca

### NOVEDADES

La Secretaría de Extensión de la Facultad de Odontología nos invita a conocer su nueva revista: **FODONTO EXTENSIÓN 1 (1) 2021**. Es un lugar para compartir lo que se hace desde la Secretaría, para mostrar las acciones y desarrollar la vinculación

con otras instituciones educativas, de la comunidad y organizaciones no gubernamentales a través del relato basado en evidencias científicas.

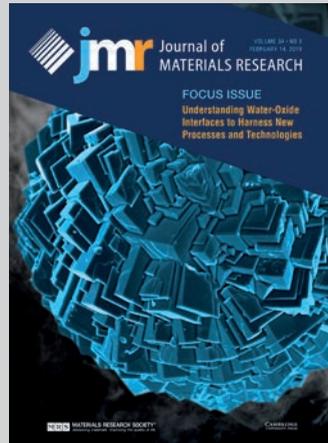
Para acceder a la primera edición: <https://bit.ly/3m14uYG>



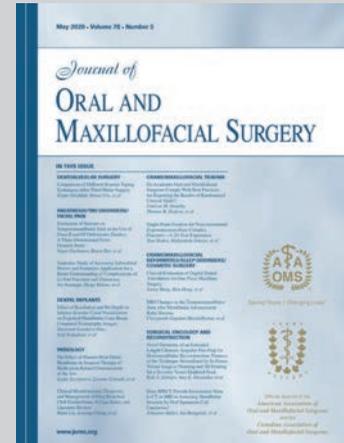
Durante el mes de Junio la Facultad de Odontología suscribió 5 títulos de revistas:



JOE Journal of Endodontics  
<https://www.jendodon.com/>



Journal of Materials Research  
<https://www.springer.com/journal/43578>



Journal of oral and Maxillofacial Surgery  
<https://www.joms.org/>



Oral Radiology  
<https://www.springer.com/journal/11282>



Revista Española de Ortodoncia  
<http://www.revistadeortodoncia.com/users.asp>

La clave para ingresar al contenido de las revistas se puede solicitar a [biblioteca@fodonto.uncu.edu.ar](mailto:biblioteca@fodonto.uncu.edu.ar)

# Biblioteca

## NOVEDADES

En base a las necesidades de los usuarios y a los avances tecnológicos se presentó el proyecto de creación de la Biblioteca Digital.

El día 5 de mayo del corriente, el Consejo Directivo de la Facultad de Odontología de la UNCuyo, según resolución N° 047 aprueba la crea-

ción de la Biblioteca Digital (BODIGITAL).

La Biblioteca Digital tiene los siguientes objetivos:

1. Dar mayor accesibilidad y difusión a la producción científica de la Facultad.
2. Digitalizar tesis de doctorado, tesis y trabajos de investigación.

3. Dar mayor visibilidad a la Biblioteca.

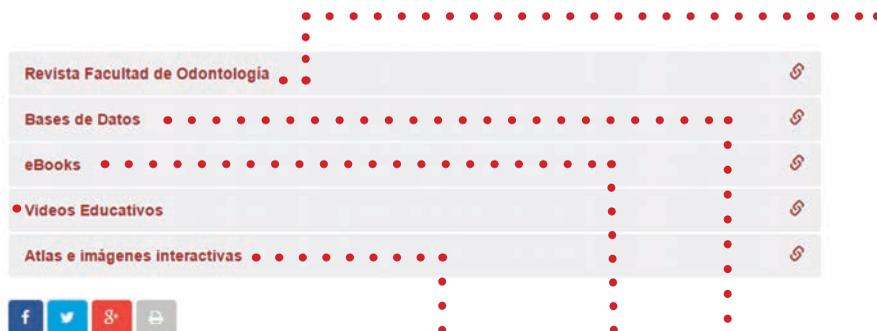
Para acceder, ingrese al siguiente enlace:

<http://fodonto.uncuyo.edu.ar/biblioteca-digital-odontologia>

## Biblioteca Digital Odontología

Este servicio fue creado con el objeto de: dar respuesta a las cambiantes necesidades de información de los usuarios, acceder a los recursos en forma ágil y eficiente y dar mayor accesibilidad y difusión a los documentos producidos en la Facultad.

A través de ella se puede acceder: a la Revista de la Facultad (texto completo), Bases de Datos, E-books, Videos Educativos y Atlas e imágenes interactivas, haciendo **click sobre el menú**.



**Guía procedimental:  
protocolo de Servicio  
de Radiología FOUNCU**

**Guía procedimental:  
procesado radiográfico  
manual**

**Imágenes dinámicas de  
los huesos del cráneo**

**Atlas de anatomía.  
Dibujos electrónicos**

**NCBI BookShelf  
FreeBooks4Doctors.  
com  
Anatomía de la cabeza  
La extracción dentaria  
Sistema estomatogná-  
tico: bases morfofun-  
cionales aplicadas  
a la clínica**

**EBSCO  
RIMA  
BVS  
COCHRANE  
MINCYT  
MedLine  
Dialnet  
SCIELO**





Investigadores de la UNCuyo lograron aislar, expandir y congelar células madre del ligamento periodontal



Los especialistas sostuvieron que esta técnica promete revolucionar la historia de la Odontología.

Por elSol [comunicacionelSol.com.ar](http://comunicacionelSol.com.ar)

La Facultad de Odontología de la UNCuyo logró un nuevo avance en materia científica al poder poner a punto una técnica clave para la biología regenerativa: aislar, expandir y congelar células madre de ligamento periodontal.

Investigadores de esta unidad académica ingresan así en una fase de nuevos estudios para futuras aplicaciones y beneficios, sobre todo vinculados al desarrollo y restauración de tejidos periodontales dañados o enfermos.

Los responsables de este avance son Claudio Feder Kaiser, Sergio Carminati y Clara García



Noticias destacadas de Mendoza



CIO: (cultivo celular)  
El CIO (Centro de Investigaciones Odontológicas) de nuestra Facultad en permanente avance



Centro de Investigaciones Odontológicas





**UNCUYO**  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE CUYO



FACULTAD DE  
**ODONTOLOGÍA**

*La Facultad de Odontología busca la excelencia en todas sus actividades, sus áreas académicas, extensión y posgrado lo demuestran*

