



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

Frecuencia de sesiones para tratamientos de conductos en piezas dentales permanentes en historias clínicas de una universidad privada, Piura 2017-2019

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**Cirujano Dentista**

**AUTORES:**

Br. Cornejo Jarufe, Daniela (ORCID: 0000-0002-4925-3573)

Br. Cruz Bruno, Rusela de Fátima (ORCID: 0000-0002-1364-955X)

**ASESOR:**

Mg. C.D. Herrera Plasencia, Paul Martin (ORCID: 0000-0003-4901-8933)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Enfermedades infecciosas y transmisibles

**PIURA – PERÚ**

**2019**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por guiarnos en el camino y permitirnos vivir cada día nuevas experiencias.

A nuestros padres, por su amor, confianza y consejos, por darnos calma, inspirarnos a ser mejores personas y apoyarnos de manera incondicional; no los defraudaremos.

A Rena, Gian y Adri, por esas sonrisas que me sacan y arreglan los días malos.

A mi hermana Liz, que estuvo conmigo en los momentos más difíciles, quien fue mi refugio cuando más lo necesité y que hoy, es el ángel que guía mis pasos y me cuida desde el cielo.

## **AGRADECIMIENTO**

A nuestro asesor Mg. C.D. Paul Martin Herrera Plasencia, por su sacrificio, buen humor y dedicación para concluir con éxito esta investigación, gracias por ser maestro y mentor, dispuesto en todo momento a tendernos una mano.

## PÁGINA DEL JURADO

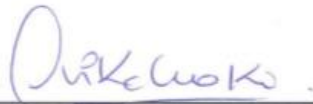
 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS</b>	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	---------------------------------------	---

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por: **CORNEJO JARUFE DANIELA** y **CRUZ BRUNO RUSELA DE FÁTIMA**, cuyo título es:

**"FRECUENCIA DEL NÚMERO DE SESIONES PARA TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS EN PIEZAS DENTALES PERMANENTES EN HISTORIAS CLÍNICAS DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA, PIURA 2017-2019"**

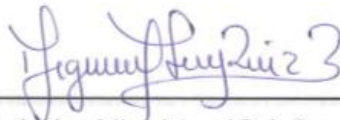
Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por las estudiantes, otorgándoles el calificativo de: **18** (número) y **DIECIOCHO** (letras).

Piura, 19 de diciembre del 2019.



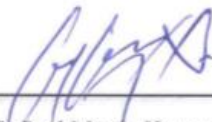
Dra. C.D. Erika Raquel Enoki Miñano

**Presidente**



M.Sc. Mblgo. Miguel Angel Ruiz Barrueto

**Secretario**



Mg. C.D. Paul Martin Herrera Plasencia

**Vocal**



Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Nosotros, **Daniela Cornejo Jarufe**, identificada con DNI N° 70471575 y **Rusela de Fátima Cruz Bruno**, identificada con DNI N° 75360229 estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Estomatología, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad César Vallejo, presentamos la tesis titulada “**Frecuencia del número de sesiones para tratamientos de conductos en piezas dentales permanentes en historias clínicas de una Universidad Privada, Piura 2017-2019**” y Declaramos bajo juramento que:

1. La tesis es de nuestra autoría.
2. Hemos respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis tampoco ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.
5. De identificarse algún tipo de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumimos las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Piura, 20 de diciembre del 2019



**Daniela Cornejo Jarufe**  
DNI N° 73697975



**Rusela de Fátima Cruz Bruno**  
DNI N° 75360229



## ÍNDICE

Carátula .....	i
Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento .....	iii
Página del jurado .....	iv
Declaratoria de autenticidad.....	v
Índice.....	vi
Resumen.....	viii
Abstract .....	ix
I. Introducción .....	1
II. Método .....	11
2.1. Tipo y Diseño de investigación.....	11
2.2. Población, muestra y muestreo .....	12
2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad. ....	12
2.4. Procedimiento .....	12
2.5. Métodos de análisis de información .....	13
2.6. Aspectos éticos.....	13
III. Resultados .....	14
IV. Discusión.....	19
V. Conclusiones .....	22
VI. Recomendaciones .....	23
Referencias .....	24
Anexos.....	30
Anexo 1. Instrumento de recolección de datos.....	30
Anexo 2. Ficha de recolección de datos llenada. ....	31

vi

Anexo 3. Solicitud de autorización para acceso a registro de historias clínicas.....	33
Anexo 4. Registro fotográfico del proceso de recolección de datos. ....	34
Anexo 5. Ejemplos de historia clínica analizada.....	35
Anexo 6: Base de datos de Excel. ....	38
Anexo 7. Análisis estadístico. ....	40
Anexo 8. Acta de aprobación de originalidad de tesis. ....	47
Anexo 9. Screenshot porcentaje de similitud Turnitin.....	48
Anexo 10. Autorización de publicación de tesis en repositorio institucional UCV....	49
Anexo 11. Autorización de la versión final del trabajo de investigación. ....	50

## RESUMEN

El propósito de esta investigación fue determinar la frecuencia de sesiones para tratamientos de conductos en piezas dentales permanentes de pacientes atendidos en una clínica estomatológica de una Universidad Privada, Piura 2017-2019. Fue un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia y estuvo constituida por 586 fichas especializadas de endodoncia. La técnica empleada fue la revisión documental y los datos recolectados se registraron en una ficha de recolección de datos. Se encontró que el 31% de los tratamientos de conductos se realizan en 1 sesión, seguido de 49% en 2 sesiones y el 18% en 3 a más sesiones. Los tratamientos realizados en la arcada superior fueron en mayor cantidad en 2 sesiones (50%); así como los tratamientos realizados en dientes unirradiculares, que en su mayoría fueron en 2 sesiones (51%). La pulpitis reversible fue el diagnóstico pulpar con mayor frecuencia en 2 sesiones (66%), como también el diagnóstico de absceso periapical agudo y crónico (66%). La mayoría de los tratamientos de conductos realizados a los pacientes en una clínica estomatológica de una universidad privada se efectuó en 2 sesiones.

Palabras claves: diagnóstico, arco dental, endodoncia.



## **ABSTRACT**

The purpose of this research was to determine the frequency of sessions for root canal treatments in permanent dental pieces of patients treated in a stomatological clinic of a Private University, Piura 2017-2019. It was a descriptive, cross-sectional, retrospective study. The sampling was not probabilistic, for convenience and consisted of 586 specialized endodontic tokens. The technique used was the documentary review and the data collected were recorded in a data collection form. It was found that 31% of duct treatments are performed in 1 session, followed by 49% in 2 sessions and 18% in 3 or more sessions. The treatments performed in the upper arch were in greater quantity in 2 sessions (50%); as well as the treatments performed on unirradicular teeth, which were mostly in 2 sessions (51%). Reversible pulpitis was the most frequent pulp diagnosis in 2 sessions (66%), as well as the diagnosis of acute and chronic periapical abscess (66%). Most of the duct treatments performed on patients in a stomatological clinic of a private university were done in 2 sessions.

Keywords: diagnosis, dental arch, endodontics.

## I. INTRODUCCIÓN

La cantidad de sesiones requeridas para la ejecución de un tratamiento endodóntico se decide por múltiples criterios, existiendo aún odontólogos que toman esta decisión sin un fundamento concreto, no obstante, hay profesionales que basan su elección de sesiones múltiples en el efecto antimicrobiano provocado por los medicamentos intracanales en la cicatrización perirradicular, como lo demuestra el estudio de Wong et al,<sup>1</sup> donde el 87.5% de endodoncistas y el 92.5% de odontólogos generales optaban por ejecutar la terapia pulpar en múltiples sesiones. Mientras que otros odontólogos mantienen una postura favorable hacia las sesiones únicas con el fin de evitar la contaminación innecesaria del conducto intrapulpar, así lo reafirma Netto et al,<sup>2</sup> al concluir que el 60% de los endodoncistas prefiere realizar el tratamiento en una sola visita cuando la pieza presenta vitalidad pulpar.

Sin embargo, esta decisión no puede ser respaldada por un único argumento, ya que se han realizado estudios previos donde se demuestra la influencia de diversos factores en el criterio del clínico para la elección de la cantidad de sesiones como lo sería por ejemplo el estado físico, psicológico y sistémico del paciente, puesto que las discapacidades físicas o enfermedades sistémicas en el individuo podrían ser un factor limitante,<sup>3,4</sup> así como la ubicación de la pieza dental, de la que dependerá la accesibilidad visual del especialista al campo operatorio.<sup>3</sup> Otros factores involucrados incluyen la experiencia clínica y la habilidad del dentista, las condiciones del diente, las limitaciones del tiempo tanto del paciente como del profesional, la sintomatología entre otros.<sup>5</sup> A nivel nacional se reportó un estudio de Machicao et al,<sup>6</sup> que manifestó que en prácticas clínicas de pregrado es igual de frecuente realizar en una o dos sesiones los tratamientos de conductos, mientras que a nivel de postgrado se suelen obturan en una sola sesión.

Wong,<sup>7</sup> Raju<sup>8</sup> manifestaron que no existen diferencias significativas entre una o múltiples visitas respecto a la incidencia del dolor posterior a la obturación. En ese sentido Netto<sup>2</sup> reveló que cuando una pulpa se encuentra vital la endodoncia puede ser realizada en una sola sesión, mientras que, si el diagnóstico pulpar es necrosis, se prefiere realizar en múltiples visitas. Respecto a lo mencionado, Al-Manei<sup>9</sup> (2018) en Arabia Saudita realizó un estudio referente a “Calidad radiográfica del tratamiento del conducto radicular en una o varias visitas realizado por estudiantes de odontología: un estudio de casos y controles” donde observaron tratamientos endodónticos ejecutados por 77 alumnos de

odontología; se comparó un diente tratado en una sola visita y en varias visitas; se analizó el efecto de las condiciones preoperatorias sobre la calidad del tratamiento de los canales radiculares y el número de visitas. Los datos se analizaron estadísticamente mediante una prueba de regresión logística condicional exacta, y el nivel de significancia fue de 0.05. Se mostraron resultados donde la incidencia de errores durante los procedimientos en los dientes que requirieron una sola visita (7.8%) fue menor, pero no significativamente diferente de los tratados en múltiples visitas (16.9%). La presencia de condiciones preoperatorias no se asoció significativamente con el tratamiento de visitas múltiples. Se concluyó que el tratamiento de visita múltiple no se asoció con una mejor calidad del tratamiento endodóntico en comparación con el tratamiento de visita única.

Hepsenoglu, et al<sup>10</sup> (2018) en Turquía efectuaron un estudio titulado “Intensidad del dolor postoperatorio después del retratamiento endodóntico no quirúrgico en una versus 2 visitas: un ensayo clínico aleatorizado”, participaron 150 pacientes los cuales necesitaban un tratamiento endodóntico, dividiéndolos aleatoriamente en 3 grupos de 50 personas: grupo 1 (visita única), grupo 2 (visita múltiple con hidróxido de calcio) y grupo 3 (visita múltiple con CHX). La presencia de dolor postoperatorio se evaluó 1, 2,3 y 7 días y 1 mes después del tratamiento. Se emplearon las pruebas de Chi-cuadrado de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y Pearson ( $\alpha=0.01, 0.05$ ). Los resultados indicaron que, tras la endodoncia, el dolor fue mayor en el grupo de clorhexidina en comparación con el grupo de visita única ( $P=.05$ ) en el primer día de la evaluación. En el segundo día, el dolor post-tratamiento fue menor en el grupo de visita única ( $p < 0,05$ ) que en los otros 2 grupos. No hubo diferencias significativas entre ambas agrupaciones durante el tercer y séptimo día de evaluación. En la evaluación de 1 mes, el dolor postoperatorio fue mayor tanto en los de hidróxido de calcio ( $P <.05$ ) como en el grupo CHX ( $P <.05$ ) en comparación con el grupo de visita única. Se concluyó que el tratamiento endodóntico no quirúrgico de visita única presentaron menos incidencias de dolor postoperatorio en comparación con el tratamiento endodóntico no quirúrgico de 2 visitas según las evaluaciones que van desde 1 día hasta 1 mes.

Alsulaimani, et al<sup>11</sup> (2016) en Arabia, investigaron sobre “La correlación entre los percances endodónticos y el tratamiento de visita única en la Universidad King Saud”, evaluaron 1328 órganos dentarios con tratamientos de conductos registrados en los archivos de las historias clínicas de los pacientes atendidos entre 2012 y 2015. El 64% de los tratamientos se ejecutaron en 2 a 3 citas, el 13% en una única cita y el 21% en cuatro citas a más; la cifra de incidencia de percances fue del 7% en aquellos dientes tratados en

una sola visita, la cual incrementó significativamente ( $P < 0001$ ) al 16,2% y 28,3% para los dientes manejados en dos y tres citas, respectivamente. En conclusión, el tratamiento de visita única se correlacionó significativamente con menos contratiempos en comparación con el tratamiento de visita múltiple.

Schwendicke, et al<sup>12</sup> (2016) en Alemania realizaron un estudio titulado “Costo- efectividad de una versus múltiples pasos para el tratamiento de conductos”, donde revisaron dientes con tratamientos de conductos en pacientes de 40 años de edad que acudían a servicios de atención médica alemana pública y privada, y su relación con los costos, los cuales fueron calculados a partir de los catálogos de tarifas dentales alemanas. Los resultados arrojaron que, para los molares no vitales sin lesiones periapicales, el tratamiento de visita única fue ligeramente menos costoso (1703 euros frente a 1729 euros) y más efectivo (19,9 frente a 19,8 años) que el tratamiento de visitas múltiples. Por otro lado, en dientes de raíz única, el tratamiento de visitas múltiples fue menos costoso (1667 vs 1770 euros) y más efectivo (18.9 vs 15.1 años). Determinaron que el costo- efectividad resultante difiere en grupos sub-conocidos de dientes, mientras que los datos que respaldan tales análisis de subgrupos son escasos.

Wong, et al<sup>1</sup> (2015) en China realizó un estudio acerca de “Percepciones del tratamiento endodóntico de visita única y visita múltiple: una encuesta de especialistas en endodoncia y dentistas generales en Hong Kong” seleccionando al azar 16 endodoncistas y 800 odontólogos generales registrados en Hong Kong para averiguar las razones consideradas para seleccionar el número de visitas en un tratamiento endodóntico. Se demostró que el motivo más común para elegir un tratamiento de múltiples visitas según los endodoncistas era el uso de la medicación intracanal (37.5%), mientras que los odontólogos generales lo hacían por el pronóstico dudoso (25.5%). Por otro lado, la razón más común para optar por un tratamiento de una sesión para ambos grupos fue la posibilidad de completar la terapia en una visita. Concluyendo que la mayoría de endodoncistas y odontólogos generales de Hong Kong prefiere ofrecer tratamientos endodóntico de visitas múltiples.

Wong, et al<sup>7</sup> (2015) en China investigaron sobre la “Incidencia de dolor post-obturbación después de tratamientos endodónticos no quirúrgicos de visita única versus visita múltiple” realizando tratamientos de endodoncia en 538 dientes, ya sea en una o múltiples visitas. Entre estos dientes, 232 (43%) fueron operados en Hong Kong, 275 (51%) fueron tratados en una sola visita. Las incidencias de dolor post-obturbación tras un día para los tratamientos

de visita única y de visita múltiple fueron del 24.7% y del 33.5% respectivamente. Las incidencias de dolor después de siete días de haber realizado los tratamientos de visita única y múltiple fueron del 40% y del 53% respectivamente. Concluyeron que no hay diferencia significativa en la incidencia del dolor post- obturación, después de un día y siete días tanto para visita única o múltiple.

Netto, et al<sup>5</sup> (2014) en Brasil, hicieron un estudio de “Percepciones de los endodoncistas sobre el tratamiento del conducto radicular de visita única y múltiple: una encuesta en Florianópolis - Brasil”, que tuvo como fin investigar la opinión de los endodoncistas respecto a los tratamientos de conductos en una única cita versus múltiples citas, identificando las bases sobre las cuales se toma la decisión. Se recolectaron 103 cuestionarios enviados a endodoncistas. Se obtuvo que cuando la pulpa era vital, el 59.5% de los endodoncistas prefería realizar el tratamiento en una cita, pero si estaba necrosada ya sea con o sin lesión periapical el 45.2% optaba por 2 citas, manifestando que la mayoría de los endodoncistas de Florianópolis prefieren realizar el tratamiento de conducto radicular en 1 sesión en caso de vitalidad pulpar, y en múltiples cuando hay necrosis pulpar.

Raju, et al<sup>8</sup> (2014) en India hicieron una investigación sobre “Evaluación del dolor en dientes unirradiculares y multirradiculares tratados en terapia de endodoncia de visita única” comparando la incidencia del dolor post-operatorio en tratamientos de conductos en piezas uni y multirradiculares en únicas visitas; examinaron radiográfica y clínicamente 110 dientes permanentes de pacientes atendidos, monitoreándolos después de 24 horas, 3 días y 1 semana para evaluar la presencia del dolor. Se encontró significancia ( $p=0.013$ ) en los dientes con imagen radiolúcida en el periápice en relación al dolor después del primer día. Concluyeron que no había diferencia significativa entre la incidencia de dolor en dientes de uni y multirradiculares, ya sea con o sin radiolucidez periapical desde el primer día hasta una semana después del tratamiento. La incidencia del dolor postoperatorio no pareció ser un criterio de comparación válido entre las terapias de endodoncia de visita única o múltiple.

Machicao, et al<sup>6</sup> (2013) en Lima-Perú realizaron una investigación sobre “Número de sesiones para realizar tratamiento de conductos en piezas permanentes”, evaluando 305 tratamientos de canales radiculares registrados en las historias clínicas, 174 fueron del grupo de pregrado y 131 de postgrado, Realizaron un análisis del número de sesiones

considerando los diagnósticos periapicales y pulpares. En pregrado la pulpitis irreversible asintomática se ejecutó en una sesión (13,22%), la pulpitis irreversible sintomática y la necrosis pulpar se obturaron en 2 sesiones (11,49% y 15,52% respectivamente), por otro lado, en postgrado los dientes con necrosis pulpar y pulpitis irreversible sintomática fueron en dos sesiones (7,63% y 11,45% respectivamente) y los de tratamiento de conductos previo y pulpitis irreversible sintomática en una cita (8,4%). Concluyeron que en pregrado es igual de frecuente realizar en una o dos sesiones los tratamientos de conductos, mientras que en postgrado en una sesión.

La investigación se fundamenta teóricamente en que el tratamiento de endodoncia comprende procedimientos orientados a mantener la vitalidad de la pulpa dental. Cuando esta es lesionada el objetivo es preservar los tejidos perirradiculares normales, y en el caso que haya ocurrido una periodontitis apical, el fin será restaurar esa zona a través de la extirpación del tejido conectivo.<sup>13</sup> La finalidad de la preparación incluye eliminar el tejido de la pulpa restante junto a los microorganismos, dar forma a los conductos de la raíz para que el sistema de canales se pueda rellenar con otro material.<sup>14</sup>

El diagnóstico pulpar según la nueva denominación de la Asociación Americana de Endodoncia del año 2009, se divide en pulpa normal cuando el tejido laxo no tiene síntomas y se manifiesta normal ante las pruebas de vitalidad pulpar, pero si se presentan signos y síntomas es porque existe una inflamación y en el caso que se resuelva espontáneamente, sería una pulpitis reversible. Por otro lado, cuando surgen hallazgos subjetivos y objetivos acompañado de dolor espontáneo y persistente frente a estímulos térmicos, el diagnóstico es de pulpitis irreversible sintomática, ya que no puede revertirse este estado; y se trata de una pulpitis irreversible asintomática cuando se presenta el mismo cuadro del diagnóstico anterior, pero sin síntomas clínicos. Una respuesta pulpar negativa frente a las pruebas de vitalidad indica la muerte de la misma, denominándose necrosis pulpar. Asimismo, si los conductos han sido obturados con un material de relleno distinto del medicamento intracanal se procede a diagnosticar como una pieza previamente tratada; pero si ha recibido una terapia endodóntica parcialmente como pulpotomía entra a la categoría de terapia previamente iniciada.<sup>15,16</sup>

De igual manera, en la clasificación del estado periapical, se mantuvo el concepto de tejido apical normal como aquellos tejidos perirradiculares que no manifestaban sensibilidad frente a las pruebas de palpación y percusión, caracterizándose por tener una lámina dura

sin lesión y la zona del ligamento periodontal homogéneo. El segundo diagnóstico establecido fue la periodontitis apical sintomática, donde se evidencian síntomas clínicos como dolor durante el acto masticatorio, palpación o percusión, lo que indica una inflamación del periodonto apical y puede asociarse o no a un área radiolúcida apical. Mientras que en la periodontitis apical asintomática hay destrucción e inflamación del periodonto apical originado por problemas pulpares y aparece como una imagen radiolúcida sin producir síntomas clínicos.

Existen reacciones inflamatorias ocasionadas por necrosis pulpar, que se diferencian por tener un comienzo brusco, dolor que se desencadena espontáneamente, sensibilidad dental, contenido purulento e hinchazón de las estructuras anatómicas adyacentes, lo cual indica un absceso apical agudo, no obstante, cuando el inicio es gradual, la molestia es mínima y el drenaje alterno de pus es mediante un tracto sinusal asociado, entonces se diagnosticará como absceso apical crónico. Por último, se encuentra la osteítis condensante que se diferencia de las demás por presentar un área radiopaca difusa interpretada como una reacción del hueso debido a un estímulo inflamatorio de baja intensidad en el ápice del diente.<sup>15</sup>

En la actualidad existen dos medidas para reducir la carga bacteriana y la reinfección de la pieza; en la primera se opta por emplear agentes antibacterianos en los canales radiculares durante múltiples visitas, mientras que en la segunda se prefiere obturar inmediatamente en una sola sesión, reduciendo así el espacio para una posible colonización bacteriana.<sup>5</sup> Figgini, et al<sup>5</sup> manifestaron que cada vez era más frecuente completar la terapia endodóntica en una sola visita, en particular para los endodoncistas y los odontólogos generales expertos. Dentro de las ventajas de los tratamientos de conductos de única sesión se encuentra la comodidad del paciente al acudir menos veces al dentista, reduciendo a la vez la necesidad de tomar antibióticos y la incomodidad de ser sometidos a riesgos asociados con la anestesia local, evitando así episodios de dolor y ansiedad. También, permite a los odontólogos administrar su tiempo de manera eficiente evitando la posibilidad de citas fallidas. Así mismo, la terapia pulpar de visita única minimiza la posibilidad de errores iatrogénicos como perforación o extrusión de irrigantes antimicrobianos. Además, la familiarización del operador con la anatomía radicular hace la obturación de los canales más sencilla, evitándose también una mayor contaminación bacteriana al no requerirse una restauración provisional entre citas, la cual podría desprenderse de la cavidad exponiendo los canales radiculares al medio bucal.

En ciertos casos el tratamiento endodóntico en sesiones únicas es ideal si la pulpa es vital, debido a que se mantiene una baja cantidad de bacterias en el canal, mientras que si se realiza la preparación biomecánica y obturación inmediata del conducto cuando la pulpa está necrosada y radiográficamente existe la presencia de lesiones periapicales, no se asegura una adecuada limpieza del sistema de canal radicular. Por este motivo, la ejecución de sesiones múltiples con el fin de aplicar un medicamento intracanal puede reducir significativamente la cantidad de microorganismos circundantes y el riesgo de reinfección en el tratamiento primario de dientes con lesiones periapicales,<sup>17</sup> debido a su propiedad antibacteriana que aumenta el porcentaje de éxito en los dientes infectados, por eso cuando se presenta persistencia de la sintomatología se recomienda el empleo de este material durante 2 semanas<sup>18</sup> ya que induce a la formación de tejido duro<sup>19</sup> mejorando el resultado del tratamiento.<sup>20</sup>

Por otro lado, hay factores que influyen en la cantidad de citas requeridas para finalizar un tratamiento endodóntico, como lo sería la anatomía de los canales, donde se muestra una variación y complejidad considerables que requieren atención especial al realizar la terapia endodóntica, sobretodo en los primeros molares, por lo que se necesita un estudio minucioso de la morfología del sistema de canales radiculares.<sup>21,22</sup> Se ha informado que el porcentaje de terapias endodónticas exitosas es 87,9%, siendo más baja para los primeros molares inferiores;<sup>23</sup> ya que es más complicado localizar, debridar y rellenar los canales radiculares completamente<sup>24</sup> y por consiguiente según Neir<sup>25</sup> se evidencia una supervivencia de bacterias en el interior de los conductos radiculares, que conlleva al fracaso de la terapia. Esto podría atribuirse a la considerable disparidad anatómica, las comunicaciones intracanales y las curvaturas no evidentes en las radiografías convencionales.<sup>23</sup> Por tal, el conocimiento de la morfología interna de los conductos radiculares es la parte principal para la planificación y ejecución de tratamientos endodónticos, más aún al tratarse de las molares superiores, ya que la presencia de un segundo canal mesiobucal y su diversa morfología ha demostrado una alta incidencia de fracaso del tratamiento endodóntico.<sup>26</sup>

De igual manera, una adecuada visión del campo operatorio mejora la capacidad diagnóstica y permite una mayor facilidad para trabajar, por eso se usa el microscopio, porque proporciona un aumento de la zona e iluminación con luz coaxial.<sup>27</sup> Asimismo, el instrumental empleado influye en el tiempo de la terapia, ya que la complejidad y variabilidad de los conductos radiculares junto a la rigidez parcial de los instrumentos



empleados impiden la visualización del área por completo. El resultado clínico se asocia a la calidad del tratamiento que está influenciado por los instrumentos empleados; y durante los últimos 15 años el desarrollo tecnológico alcanzado como por ejemplo en la aleación flexible de níquel-titanio (Ni-Ti) ha brindado la posibilidad de fabricar instrumentos que proporcionan preparaciones de conductos de mejor calidad. Además, del desarrollo de sistemas que permiten manipular los instrumentos por rotación mecánica en vez de manual, optimizando el manejo a pequeña escala y disminuyendo la fatiga del operador.<sup>28</sup> En el estudio de Barbosa<sup>29</sup> se utilizaron dos técnicas de tratamiento endodóntico, donde se concluyó que los instrumentos rotatorios NiTi disminuyeron el número de citas en tratamientos endodónticos a comparación de la instrumentación manual con materiales de acero inoxidable.

La práctica endodóntica es ejercida no solo por endodoncistas, participan a su vez estomatólogos generales y estudiantes, quienes requieren una mayor cantidad de visitas y gasto de recursos para lograr la finalidad del tratamiento cuando este es complejo.<sup>30</sup> Las dificultades surgen y retrasan el tratamiento durante los procedimientos y se deben a ciertas características médicas o dentales como, por ejemplo, la presencia de conductos estrechos, cámaras pulpares calcificadas, pacientes con patologías crónicas y polimedicados, o pacientes con problemas de cansancio e incluso con problemas respiratorios, motivos por los cuales es necesario planificar los procesos instrumentales y el tiempo que el paciente puede permanecer en el sillón dental.<sup>31</sup>

Otros factores que influyen en el resultado del tratamiento son la posición en el arco, ya que según Toledo existe una asociación significativa para las variables de grupo y localización de dientes,<sup>32</sup> la condición previa pulpo periapical y como ya se mencionó anteriormente la compleja anatomía del diente.<sup>33,34</sup> Por tales motivos, se afirma que el fracaso de la terapia endodóntica se encuentra vinculada a un diagnóstico errado, una selección incorrecta del caso, una planificación inadecuada del tratamiento y una técnica operatoria defectuosa.<sup>34</sup>

Por otro lado, en cuanto a la duración del tratamiento existe una controversia respecto al momento conveniente para la obturación, ya que hay una postura que promueve que el tratamiento de piezas dentales en estado necrótico debe ser ejecutado en múltiples citas, debido a la proliferación y propagación de las bacterias. Sin embargo, deberían valorarse otros factores tales como el tiempo disponible, la cantidad de conductos, el estado

psicológico del paciente y la destreza del operador durante la planificación del tratamiento.<sup>30</sup> Respecto a la relación entre la duración del tratamiento y el grado de dificultad, cuando se presentan pacientes con un grado de dificultad moderado o elevado el tratamiento se prolonga a un mayor número de sesiones.<sup>29</sup>

Lo mencionado previamente permite la formulación de la siguiente interrogante: ¿Cuál es la frecuencia de sesiones para tratamientos de conductos en piezas dentales permanentes en historias clínicas de una Universidad Privada, Piura 2017-2019?

Esta investigación se justifica a partir de la necesidad de conocer la frecuencia del número de citas necesarias para realizar un tratamiento endodóntico en piezas permanentes por parte de los estudiantes, debido a que no hay trabajos de investigación previos que registren estos datos en la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad César Vallejo. Pretendiendo evidenciar si la práctica clínica va de acuerdo a los avances científicos que han ido surgiendo, y a partir de los resultados podría plantearse un cambio en el protocolo de atención para mejorar la planificación en los tratamientos de endodoncia, les ayuda a los estudiantes sobre todo los que llevan casos integrales a evitar a largo plazo efectos no deseados como el dolor post endodoncia, la incomodidad del paciente durante el tratamiento o el fracaso del mismo por una falta de cicatrización de la zona periapical. Asimismo, los profesores de la especialidad de endodoncia pueden obtener evidencia científica que les posibilite utilizar los hallazgos de este trabajo en la materia concerniente al diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento de las enfermedades pulpares, con el objetivo de que los alumnos posean un amplio conocimiento sobre la realidad situacional de la atención en la clínica en endodoncia y estén preparados para llevar a cabo los casos clínicos que se presenten con mayor prevalencia.

Determinar el número de sesiones que requieren los alumnos de la universidad para ejecutar los tratamientos endodónticos es importante desde un punto de vista económico, ya que en los casos donde las sesiones se prolongan es necesario emplear mayor cantidad de materiales, lo cual incrementa el costo. Así mismo el cronograma de la programación podría verse afectado, acortándose el tiempo disponible para los demás procedimientos e influyendo en el término del record, lo que ocasiona que el alumno repruebe la clínica del curso. A partir de los resultados de esta investigación se podrían investigar los factores que determinan el número de sesiones de las terapias pulpares que realizan los estudiantes.

El objetivo general de esta investigación es determinar la frecuencia de sesiones para

tratamientos de conductos en piezas dentales permanentes en historias clínicas de una Universidad Privada, Piura 2017-2019.

Los objetivos específicos son:

Determinar la frecuencia de sesiones para tratamientos de conductos en piezas dentales permanentes en historias clínicas de una Universidad Privada, Piura 2017-2019, según el diagnóstico pulpar.

Determinar la frecuencia de sesiones para tratamientos de conductos en piezas dentales permanentes en historias clínicas de una Universidad Privada, Piura 2017-2019, según el diagnóstico periapical.

Determinar la frecuencia de sesiones para tratamientos de conductos en piezas dentales permanentes en historias clínicas de una Universidad Privada, Piura 2017-2019, según arcada.

Determinar la frecuencia de sesiones para tratamientos de conductos en piezas dentales permanentes en historias clínicas de una Universidad Privada, Piura 2017-2019, según morfología radicular.

## II. MÉTODO

### 2.1. Tipo y Diseño de investigación

La investigación es descriptiva, ya que el objetivo fue indagar sobre la prevalencia de una variable en una población,<sup>36,37</sup> se hizo un estudio transversal,<sup>35</sup> debido a que la información fue registrada en un único tiempo, y retrospectivo,<sup>35,38</sup> porque la dirección en el tiempo del estudio es regresiva desde el tiempo en el que se adquirieron los datos.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	TIPO	ESCALA
Frecuencia del número de Sesiones	Sesiones	1 2 ≥ 3	Cuantitativa Numérica	De intervalo
	Diagnostico Pulpar	Pulpa Sana Pulpitis Irreversible Necrosis Pulpar Tratamiento Previamente Iniciado Tratamiento de conducto previo	Cualitativa Categoría	Nominal
	Diagnóstico Periapical	Tejido apical normal Periodontitis periapical aguda Periodontitis periapical crónica Absceso apical crónico Absceso apical agudo	Cualitativa Categoría	Nominal
	Arcada	Superior Inferior	Cualitativa Categoría	Nominal
	Morfología Radicular	Unirradicular Multirradicular	Cualitativa Categoría	Nominal

## **2.2. Población, muestra y muestreo**

La población estuvo constituida por 624 fichas especializadas de endodoncias pertenecientes a la clínica estomatológica de la Universidad César Vallejo que fueron registradas en el periodo 2017- 2019; de las cuales 586 cumplieron con los criterios de selección. La muestra fue censal y se optó por hacer un muestreo no probabilístico y por conveniencia al ser la población muy reducida.<sup>36</sup>

### **Criterios de inclusión**

Fichas endodónticas que corresponden a historias clínicas con registro de datos completos, tanto en anamnesis como en evolución del procedimiento.

Fichas endodónticas archivadas en el archivo de la Escuela de Estomatología- Piura, durante los periodos 2017 – I y II, 2018 – I y II, 2019-I.

### **Criterios de exclusión**

Fichas especializadas que no tengan señalado de manera clara el diagnóstico o no haya sido llenado.

Fichas endodónticas sin el sello y firma del docente cirujano dentista. Fichas endodónticas sin tratamiento realizado.

## **2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.**

La técnica empleada fue la revisión documental y se usó una ficha de recolección de datos.<sup>32,35</sup> (Anexo 1) Se obtuvo el número de la historia clínica, la cual podía presentar más de una ficha especializada de endodoncia, la cantidad estaba de acuerdo al número de piezas tratadas endodónticamente. Se colocó el número de pieza en la ficha de recolección para obtener a partir de ésta la arcada dentaria. Se anotó el diagnóstico pulpar y periapical establecido por el estudiante previamente; el número de conductos contabilizados en el cuadro de información sobre la preparación biomecánica y el número de sesiones se determinó según las fechas de atención anotadas en el cuadro de avance de procedimientos (Anexo 2).

## **2.4. Procedimiento**

Primero se envió una solicitud a la dirección de Escuela y de clínica de estomatología para acceder a la información presente en las historias clínicas de la Universidad

César Vallejo- Filial Piura (Anexo 3) la cual fue aceptada y se nos autorizó documentalmente (Anexo 4); tras esto se procedió a identificar la cantidad de fichas endodónticas correspondientes a los periodos 2017-2019, en total habían 624. Luego se procedieron a revisarlas en el horario de tarde entre las 2 pm y 5 pm, aproximadamente 60 fichas por hora, 3 veces a la semana, a lo largo de 3 semanas. Las fichas que cumplieron con los criterios de selección fueron 586 (Anexo 5).

## **2.5. Métodos de análisis de información**

Los datos obtenidos de las fichas de recolección de datos se traspasaron a un cuadro de Excel (Anexo 6), luego se utilizó la estadística descriptiva, empleándose el paquete estadístico SPSS versión 24. La determinación de la significancia estadística se realizó a través de un análisis paramétrico con la prueba de Tukey a partir del análisis de varianza (ANOVA) (Anexo 7).

## **2.6. Aspectos éticos**

Para la recolección de datos de esta investigación se obtuvo la autorización de la dirección de la Escuela Profesional de Estomatología para acceder al registro de las historias clínicas, respetándose las normas y procedimientos para el proceso de recopilación de muestras conseguidas de los estudiantes. Los datos de los pacientes fueron manejados solamente por las investigadoras para salvaguardar el contenido y la identidad de los pacientes atendidos. Se consideró según Helsinki<sup>39</sup> que debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación para proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

### III. RESULTADOS

**Tabla 1.** Frecuencia de sesiones para tratamientos de conductos en piezas dentales permanentes en historias clínicas de una Universidad Privada, Piura 2017-2019.

Número de sesiones	N	%
1	187	31,9
2	288	49,1
≥3	111	18,9
Total	586	100,0

Fuente: Base de datos del autor

N=número total de casos estudiados

En la tabla 1 se observó que existe un mayor número de tratamientos ejecutados en 2 sesiones, constituyendo el 49,1% del total de la muestra; seguido de 31,9% pertenecientes a sesiones únicas y finalmente sólo en un 18,9 % de los casos se realizan en 3 o más sesiones.

**Tabla 2.** Frecuencia de sesiones para tratamientos de conductos en piezas dentales permanentes en historias clínicas de una Universidad Privada, Piura 2017-2019, según el diagnóstico pulpar.

Diagnóstico pulpar	Número de Sesiones						<i>P</i>
	1		2		≥ 3		
	n	%	n	%	n	%	
Pulpa normal	40	46,5	31	36,0	15	17,4	
Pulpitis reversible	3	14,3	14	66,7	4	19,0	
Pulpitis irreversible Sintomática	33	26,4	66	52,8	26	20,8	
Pulpitis irreversible Asintomática	67	34,5	89	45,9	38	19,6	0,124
Necrosis	35	27,3	72	56,3	21	16,4	
Tratamiento de conducto previo	4	26,7	8	53,3	3	20,0	
Tratamiento de conducto previamente iniciado	5	29,4	8	47,1	4	23,5	

Fuente: Base de datos del autor n=número parcial de casos estudiados p= nivel de significancia

En la tabla 2, de acuerdo al diagnóstico pulpar, el tratamiento de conductos se presentó en los dientes con pulpa normal en mayor frecuencia en 1 sesión (46.5%) y en menor en 3 o más sesiones (17.4%). Los dientes con pulpitis reversible se tratan frecuentemente en 2 sesiones (66.7%), al igual que aquellos con pulpitis irreversible ya sea sintomática (52.8%) o asintomática (45.9%). Respecto a las piezas dentales con necrosis pulpar, la mayoría de los casos se realizaron en 2 sesiones (56.3%) y en menor en 3 o más (16.4%). Por último, en los tratamientos de conducto previo, se observó que la mayoría se realizaron en 2 sesiones (53.3%) y el 20% en 3 o más sesiones. Por otro lado, al comparar entre los grupos de diagnóstico pulpar, no se encontró diferencia significativa ( $p>0.05$ ).



**Tabla 3.** Frecuencia de sesiones para tratamientos de conductos en piezas dentales permanentes en historias clínicas de una Universidad Privada, Piura 2017-2019, según el diagnóstico periapical.

Diagnóstico periapical	Número de Sesiones								
	1			2			≥ 3		
	n	%	<i>p</i>	n	%	<i>p</i>	n	%	<i>p</i>
Tejido periapical normal	111	38,0		126	43,2		55	18,8	
Periodontitis apical sintomática	42	25,9		87	53,7		33	20,4	
Periodontitis apical asintomática	26	27,1	0,006	51	52,8	0,223	19	19,8	0,647
Absceso periapical agudo	2	22,2		6	66,7		1	11,1	
Absceso periapical crónico	6	22,2		18	66,7		3	11,1	

Fuente: Base de datos del autor n=número parcial de casos estudiados p= nivel de significancia

En la tabla 3, en relación al diagnóstico periapical, en el tejido periapical normal el tratamiento se realizaba mayormente 2 sesiones (43.2%) y en menos ocasiones en 3 o más sesiones (18.8%). También se realizaron con mayor frecuencia en 2 sesiones las piezas dentales con periodontitis apical, ya sea sintomático (53.7%) o asintomático (53.1%); mientras que en un menor porcentaje se realizaron en 3 o más sesiones tanto en periodontitis apical sintomática (20.4%) como asintomática (19.8%). Respecto al diagnóstico de absceso periapical agudo y absceso periapical crónico, se encontró que en ambos eran más frecuente los tratamientos de 2 sesiones (66.7%) y en menor porcentaje se presentaron en 3 o más sesiones (11.1%). Al comparar el diagnóstico periapical, se apreció que hay diferencia significativa entre 1 y 2 sesiones (0.006), debido a la mayor cantidad de casos.

**Tabla 4.** Frecuencia de sesiones para tratamientos de conductos en piezas dentales permanentes en historias clínicas de una Universidad Privada, Piura 2017-2019, según arcada.

Arcada dental	N° de Sesiones								
	1			2			≥ 3		
	n	%	<i>p</i>	n	%	<i>p</i>	n	%	<i>p</i>
Superior	133	34,9	0,623	193	50,7	0,003	55	14,4	0,000
Inferior	54	26,3		95	46,3		56	27,3	

Fuente: Base de datos del autor n=número parcial de casos estudiados p= nivel de significancia

En la tabla 4 entre el número de sesiones y la arcada dental, los tratamientos de conductos en la arcada superior fueron tratados en 2 sesiones (50.7%), y en menor porcentaje en 3 o más (14.4%). Por otro lado, en las piezas dentales de la arcada inferior se encontró que los tratamientos de 2 sesiones fueron 46.3%, mientras que el de menor porcentaje fue en 1 sesión (26.3%). En el análisis estadístico, se halló que entre arcadas no hay diferencia significativa ( $p > 0.05$ ) si es en 1 o 2 sesiones, pero sí existe entre 2 o 3 ( $p = 0.03$ ), debido a que hay más casos en 2 sesiones en ambas arcadas, asimismo entre 1 y 3 sesiones también existe diferencia significativa ( $p = 0.000$ ), al hacerse más tratamientos de conductos en 1 sesión tanto en superior como en inferior.

**Tabla 5.** Frecuencia de sesiones para tratamientos de conductos en piezas dentales permanentes en historias clínicas de una Universidad Privada, Piura 2017-2019, según morfología radicular.

Morfología de la raíz	N° de Sesiones								
	1			2			≥ 3		
	n	%	<i>p</i>	n	%	<i>p</i>	n	%	<i>p</i>
Multirradicular	26	13,9		84	44,9		77	41,2	
			0,000			0,003			0,000
Unirradicular	161	40,4		204	51,1		34	8,5	

Fuente: Base de datos del autor n=número parcial de casos estudiados p= nivel de significancia

En la tabla 5, se observó la frecuencia de sesiones según la morfología de la raíz, donde los multirradiculares fueron ejecutadas mayormente en 2 sesiones (44.9%), y en menor porcentaje en 1 sesión (13.9%); mientras que en los unirradiculares el mayor porcentaje fue en 2 sesiones (51.1%) y en menor frecuencia se trataron en 3 o más sesiones (8.5%). Además, se encontró que existe diferencia significativa al comparar el número de sesiones en morfología radicular.

#### IV. DISCUSIÓN

Los tratamientos de conductos en 2 sesiones fueron más frecuentes en la clínica estomatológica de la Universidad César Vallejo, filial Piura. Las investigaciones de Machicao<sup>6</sup> y Alsulaimani<sup>11</sup> coinciden con este resultado, ya que al haber sido realizados ambos estudios en clínicas de pregrado pedagógicas probablemente hayan factores similares, como lo serían por ejemplo los turnos limitados para la clínica según el horario, la falta de destreza por parte del estudiante que se encuentra en proceso de aprendizaje, y está pasando por sus primeras experiencias en el ámbito clínico podrían proceder con cierta cautela o temor para evitar iatrogenias. Asimismo, durante la preparación del campo operatorio u otras fases propias del tratamiento de conductos hay demora por parte del operador por la inexperiencia. Así como, la ausencia de un asistente que apoye al operador durante el tratamiento, podría incrementar el tiempo de trabajo. Por otro lado, cabe mencionar ciertos factores propios de los pacientes como la impuntualidad al asistir a las sesiones, la limitada apertura bucal, la anatomía radicular, entre otros. Mientras que en los resultados de Wong<sup>7</sup> predominaron los tratamientos de conductos de sesión única, posiblemente porque los tratamientos fueron ejecutados por odontólogos y no por estudiantes de pregrado.

Por otra parte, según el diagnóstico pulpar, cuando la pulpa es normal, estos resultados coinciden con los reportados por Netto<sup>2</sup> y Machicao<sup>6</sup>, donde predominan los tratamientos en 1 sesión. Pero, por otro lado, a diferencia de Machicao,<sup>6</sup> donde la mayoría de casos de pulpitis irreversible asintomática fue en 1 sesión, en la presente investigación fue más frecuente en 2 sesiones, a pesar de que la sintomatología previa es la misma; probablemente debido al tipo de órgano dental, presentándose más casos de dientes multirradiculares en esta muestra. Respecto al número de sesiones para los diagnósticos de necrosis pulpar, se encuentra similitud nuevamente con los resultados de Netto<sup>2</sup> y Machicao,<sup>6</sup> realizándose con frecuencia en 2 sesiones, lo cual permite aplicar una medicación intracanal, que según Riaz<sup>40</sup> es preferible para lograr una resolución de la imagen radiolúcida periapical, es decir, que permite disminuir la carga bacteriana de los conductos radiculares. Sin embargo, hay estudios como el de Hepsenoglu<sup>10</sup> donde indican que los retratamientos de múltiples sesiones no siempre son los ideales, ya que los tratamientos de sesión única presentaron menos incidencias de dolor postoperatorio en comparación con el tratamiento de 2 sesiones, donde se empleaba medicación intracanal como hidróxido de calcio y clorhexidina. En cuanto a los tratamientos de conductos previos, los resultados de Machicao<sup>6</sup> muestran

que eran tratadas las piezas dentarias en 1 sesión, por lo que no coinciden con la presente investigación, donde se tratan en 2 sesiones, cabe mencionar que la cantidad de los tratamientos de conductos realizados en este trabajo fue mayor, por lo tanto, se presentaron más casos.

En relación a la arcada dental, los tratamientos de conductos tanto en el superior como en el inferior fueron tratadas frecuentemente en múltiples sesiones, además se encontró que los casos de piezas dentarias pertenecientes a la arcada inferior demoraron más sesiones que las de la arcada superior, siendo este resultado similar al del estudio de Wong.<sup>7</sup> Sin embargo, demostró que no hay diferencia significativa en el número de sesiones según el arco. Esto podría deberse a la efectividad de la técnica anestésica, como lo expresan en sus investigaciones, Castellon<sup>41</sup> y Barzol,<sup>42</sup> gran parte de los alumnos de pregrado tienen un nivel deficiente de conocimiento sobre la técnica anestésica troncular, lo cual podría influir en el tiempo total del tratamiento endodóntico, ya que cuando la pulpa es vital se necesita que la pieza dental sea anestesiada correctamente para evitar que haya dolor y poder avanzar con la apertura y la preparación biomecánica sin interrupciones.

De acuerdo a este estudio se obtiene que la mayoría de tratamientos de conductos en piezas dentales permanentes realizados en una sesión son los de tejido periapical normal, seguido de la periodontitis apical asintomática, al comparar con los resultados de la autora Machicao,<sup>6</sup> se encontró cierta discrepancia, ya que en esa universidad los dientes con presencia de periodontitis periapical asintomática que fueron tratados en 1 sesión son los de mayor porcentaje, seguido de periodontitis apical sintomática. Respecto a las piezas con absceso periapical, se evidenció que la mayoría fue tratada en 2 sesiones. Cabe recalcar que no hay patrones de tratamiento establecidos para cada pieza dentaria, aunque se tenga el mismo diagnóstico pulpar y periapical, ya que son diversos los factores que influyen en el número de sesiones; cuando se evidencia radiográficamente una lesión en el tejido periapical circundante, el odontólogo según su criterio clínico puede decidir colocar una medicación intracanal previa al tratamiento endodóntico. Tal y como lo corroboran los estudios de Netto<sup>2</sup> y Wong<sup>1</sup>, donde concluyen que el motivo por el cual los estomatólogos deciden no tratar los dientes en 1 sesión era la importancia del efecto positivo de la medicación intracanal entre sesiones, es decir, que optaban por hacerlo en múltiples sesiones cuando había una infección dental.

En relación al número de sesiones según la morfología radicular, se halló que la mayoría de

los tratamientos de conductos tanto en piezas unirradiculares como multirradiculares fueron concluidos en 2 sesiones, y al igual que Alsulaimani<sup>11</sup>, la mayor cantidad de tratamientos de conductos se presentaron en los dientes unirradiculares y fueron tratados en múltiples sesiones. Asimismo, al comparar en esta investigación el tipo de pieza que era tratada en 1 sesión predominaron las unirradiculares. Según Poorni<sup>43</sup> el tratamiento de conductos de un diente multirradicular con configuración aberrante del canal puede ser un diagnóstico y un desafío técnico, es así que el conocimiento de las características anatómicas más comunes y sus posibles variaciones es fundamental, ya que el hecho de no tratar uno solo de los canales, puede conducir al fracaso de dicho procedimiento. Igualmente, Toledo<sup>32</sup> refiere que hay factores como el grupo de dientes, la localización de los dientes y la morfología radicular están asociados al fracaso de un tratamiento de conductos, lo cual significa que hay un mayor grado de dificultad dentro de estos grupos. Esto puede ser debido a que los premolares o molares presentan más conductos, de modo que, no solo hay más probabilidades que se presenten anomalías anatómicas, sino que se tienen que preparar y obturar más conductos, aumentando así el tiempo de trabajo.

Los tratamientos de conductos según el número de sesiones en que se hagan podría mostrar ciertas ventajas una sobre otra, como lo demuestra el estudio Al-manai<sup>9</sup> donde determina que la calidad es similar tanto en múltiples y únicas sesiones, asimismo Wong<sup>7</sup> concluye que los tratamientos de una sola sesión tienen menor cantidad de casos con dolor postoperatorio, a diferencia de Raju<sup>8</sup> quien menciona que el dolor no es un criterio válido de comparación. Schewendicke<sup>12</sup> investigó sobre los costos y efectividad entre única y múltiples sesiones, y encontró que estas últimas son más costosas y tienen menor efectividad. Wong<sup>1</sup> investigó las preferencias de los profesionales respecto al número de citas, encontrando que los dentistas prefieren múltiples sesiones para así poder colocar medicación intraconducto y también porque algunas piezas dentales tienen pronóstico dudoso; de igual manera en el estudio de Netto<sup>2</sup> los odontólogos optaban por una sesión cuando la pulpa era vital o para evitar la contaminación entre sesiones; y Alsulaimani<sup>11</sup> concluye que los tratamientos de únicas sesiones presentan menos errores durante los procedimientos que las de múltiples sesiones.

## V. CONCLUSIONES

1. La frecuencia de sesiones para tratamiento de conductos en piezas dentales permanentes en historias clínicas de una Universidad Privada, Piura 2017-2019 fueron de dos sesiones.
2. El diagnóstico pulpar más frecuente según el número de sesiones es pulpitis reversible con una frecuencia de dos sesiones para tratamiento de conductos en piezas dentales permanentes en historias clínicas de una Universidad Privada, Piura 2017-2019.
3. El diagnóstico periapical más frecuente según el número de sesiones es tanto el absceso periapical agudo como el crónico con una frecuencia de dos sesiones para tratamiento de conductos en piezas dentales permanentes en historias clínicas de una Universidad Privada, Piura 2017-2019.
4. La arcada dental más frecuente según el número de sesiones es la arcada superior con una frecuencia de dos sesiones para tratamiento de conductos en piezas dentales permanentes en historias clínicas de una Universidad Privada, Piura 2017-2019.
5. La morfología dental más frecuente según el número de sesiones es unirradicular con una frecuencia de dos sesiones para tratamiento de conductos en piezas dentales permanentes en historias clínicas de una Universidad Privada, Piura 2017-2019.

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. Especificar la duración de cada sesión realizada durante el tratamiento de conductos en las fichas especializadas de endodoncia de la clínica estomatológica de la Universidad César Vallejo con la finalidad de utilizar esa información con fines de investigación.
2. Proponer estudios relacionados a los factores asociados que influyen en la cantidad de sesiones para el tratamiento de conductos ejecutados por los alumnos de estomatología a nivel de pregrado.
3. Se recomienda realizar el mismo estudio, pero en profesionales estomatólogos.
4. Complementar la investigación con un estudio sobre las complicaciones endodónticas y su relación con el número de sesiones.



## REFERENCIAS

1. Wong A, Zhang S, Zhang C, Chu C. Perceptions of single-visit and multiple-visit endodontic treatment: a survey of endodontic specialists and general dentists in Hong Kong. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry* [Internet] 2015 [Consultado 21 Nov 2019]; 7(3):263-271. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25944589>. doi: 10.1111/jicd.12154.
2. De Souza M, Saavedra F, Simi J, Machado R, Leal E, Pascoal L. Endodontists perceptions of single and multiple visit root canal treatment: a survey in Florianópolis – Brazil. *RSBO* [Internet]. 2014[Consultado 21 Nov 2019]; 11(1):13-8. Disponible en: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-56852014000100003&lng=es&nrm=iso](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-56852014000100003&lng=es&nrm=iso)
3. Cohen S, Hargreaves K. *Vías de la pulpa* [Internet]. España: Elsevier Science; 2011 [revisión 2011; citado 21 Nov 2019].
4. Castellanos J, Lee E, Díaz L. *Medicina en odontología* [Internet]. México: Editorial El Manual Moderno; 2015 [revisión 2015; citado 21 Nov 2019].
5. Figini L, Lodi G, Gorni F, Gagliani M. Single versus Multiple Visits for Endodontic Treatment of Permanent Teeth: A Cochrane Systematic Review. *Journal of Endodontics* [Internet] 2008 [Consultado 21 Nov 2019]; 34(9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18718362>. doi: 10.1016/j.joen.2008.06.009.
6. Machicao N, Hernández J. Número de sesiones para realizar tratamiento de conductos en piezas permanentes. *Revista Estomatológica Herediana* [Internet] 2014 [Consultado 21 Nov 2019]; 23(1). Disponible en: <https://docplayer.es/58114802-Numero-de-sesiones-para-realizar-tratamiento-de-conductos-en-piezas-permanentes.html>
7. Wong A, Zhang S, Li S, Zhu X, Zhang C, Chu C. Incidence of post-obturation pain after single-visit versus multiple-visit non-surgical endodontic treatments. *BMC Oral Health* [Internet] 2015 [Consultado 21 Nov 2019]; 15(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4536791/>. doi: 10.1186/s12903-015-0082-y.
8. Raju, Abitha Seshadri, B Vamsipavani, K Abhilash, A V Subhash, K V Halini Kumari. Evaluation of Pain in Single and Multi Rooted Teeth Treated in Single Visit Endodontic Therapy. *Journal of International Oral Health* [Internet] 2014 [Consultado 21 Nov 2019]; 6(1):27-32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3959133/>.

9. Al-Manei. Radiographic Quality of Single vs. Multiple-Visit Root Canal Treatment Performed by Dental Students: A Case Control Study. *Iranian Endodontic Journal* [Internet] 2018 [Consultado 21 Nov 2019]; 13(2): 149-154. Disponible en: doi: 10.22037/iej.v13i2.19427.
10. Hepsenoglu Y, Eyuboglu T, Özcan M. Postoperative Pain Intensity after Single- versus Two-visit Nonsurgical Endodontic Retreatment: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Endodontics* [Internet]. 2018 [Consultado 21 Nov 2019]; 44(9):1339-1346. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30054099>.
11. Alsulaimani R, Al-manei K, Abbtain R, Binrabba R, Ashri N. The Correlation between Endodontic Mishaps and Single-Visit Treatment in King Saud University. *International Journal of Dentistry and Oral Health* [Internet] 2017 [Consultado 21 Nov 2019]; 3(1). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/309735110\\_The\\_Correlation\\_between\\_Endodontic\\_Mishaps\\_and\\_Single-Visit\\_Treatment\\_in\\_King\\_Saud\\_University](https://www.researchgate.net/publication/309735110_The_Correlation_between_Endodontic_Mishaps_and_Single-Visit_Treatment_in_King_Saud_University).
12. Schwendicke F, Göstemeyer G. Cost-effectiveness of Single- Versus Multistep Root Canal Treatment. *Journal of Endodontics* [Internet] 2016 [Consultado 21 Nov 2019]; 42(10):1446-1452. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27507626>. doi: 10.1016/j.joen.2016.06.013.
13. Gulabivala K, Ng Y. *Endodontics* [Internet]. New York: Mosby Elsevier; 2014 [revision 2014; consultado 21 Nov 2019]. Disponible en: <https://discover.libraryhub.jisc.ac.uk/search?q=subject%3A%20Endodontics%20atlases.&rn=20>.
14. López-Marcos JF. Etiología, clasificación y patogenia de la patología pulpar y periapical. *Medicina Oral Patológica* [Internet] 2004 [Consultado 21 Nov 2019]; 9 (2), 52-62. Disponible en: [http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv9suppl\\_i\\_p58.pdf](http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv9suppl_i_p58.pdf).
15. AAE Consensus Conference Recommended Diagnostic Terminology. *Journal of Endodontics* [Internet] 2009 [Consultado 21 Nov 2019]; 35(12):1634-1634. Disponible en: <https://www.aae.org/specialty/wp-content/uploads/sites/2/2017/07/aaeconsensusconferencerecommendeddiagnosticterminology.pdf>
16. European Society of Endodontology. Quality guidelines for endodontic treatment: consensus report of the European Society of Endodontology. *International Endodontic*

- Journal [Internet] 2006 [Consultado 21 Nov 2019]; 39(12):921-30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17180780>.
17. Donyavi Z, Ghahari P, Esmaeilzadeh M, Kharazifard M, Yousefi-Mashouf R. Antibacterial Efficacy of Calcium Hydroxide and Chlorhexidine Mixture for Treatment of Teeth with Primary Endodontic Lesions: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Endodontic Journal* [Internet] 2016 [Consultado 21 Nov 2019]; 11(4): 255-260. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27790252>.
  18. Canalda C, Baru E. *Endodoncia, técnicas clínicas y bases científicas* [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2014 [revisión 2014; citado 21 Nov 2019].
  19. Muñoz J., Arteaga S., Alvarado A. Observaciones acerca del uso del hidróxido de calcio en la endodoncia. *Dialnet* [Internet] 2017 [Consultado 21 Nov 2019]; 10 (2)352-361. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6313250>.
  20. Vera J, Siqueira J, Ricucci D, Loghin S, Fernández N, Flores B, Cruz A. One- versus Two-visit Endodontic Treatment of Teeth with Apical Periodontitis: A Histobacteriologic Study. *Journal of Endodontics* [Internet] 2012 [Consultado 21 Nov 2019]; 38(8), 1040–1052. Disponible en: doi: 10.1016/j.joen.2012.04.010.
  21. Dhawan R, Dhawan S, Mehta P. Analysis of Root Canal Anatomy & Morphological Variations of Maxillary 1st Molar by Different Methods An In Vitro Study. *Endodontology Reseach* [Internet] 2014 [Consultado 21 Nov 2019]; 12(4). 279-282. Disponible en: <http://medind.nic.in/eaat14/i2/eaat14i2p279.pdf>.
  22. Banode A, Gade V, Patil S, Gade J. Endodontic management of mandibular first molar with seven canals using cone-beam computed tomography. *Contemp Clin Dent* [Internet]. 2016 [Consultado 21 Nov 2019]; 7(2):255-7. Disponible en: doi: 10.4103/0976-237X.183055.
  23. Awooda E, Sulaiman B. Five canals on mandibular first molar successfully managed by undergraduate dental student: An Educational Case Report. *Journal of Oral Research* [Internet] 2018 [Consultado 21 Nov 2019]; 7(4):150-154. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/324822457\\_Five\\_canals\\_on\\_mandibular\\_first\\_molar\\_successfully\\_managed\\_by\\_undergraduate\\_dental\\_student\\_An\\_Educational\\_Case\\_Report](https://www.researchgate.net/publication/324822457_Five_canals_on_mandibular_first_molar_successfully_managed_by_undergraduate_dental_student_An_Educational_Case_Report).
  24. Baziar H, Daneshvar F, Mohammadi A, Jafarzadeh H. Endodontic Management of a Mandibular First Molar with Four Canals in a Distal Root by Using Cone-Beam Computed Tomography: a Case Report. *Journal of Oral and Maxillofacial Research*

- [Internet] 2014 [Consultado 21 Nov 2019]; 5(1). Disponible en: doi: [10.5037/jomr.2014.5105](https://doi.org/10.5037/jomr.2014.5105)
25. Munavalli A, Kambale S, Ramesh S, Ajgaonkar N. Mandibular first molar with single root and single root canal. *J Conserv Dent* [Internet]. 2015 [Consultado 21 Nov 2019]; 18(4):346-8. Disponible en: doi: 10.4103/0972-0707.159757.
  26. Bergenholtz G, Hörsted-Bindslev P, Reit C. *Endodoncia* [Internet]. Mexico: el manual modern, 2011 [revisión 2011; consultado 21 Nov 2019].
  27. Moradas M. Importancia de la magnificación en odontología conservadora: Revisión bibliográfica. *Avances en Odontoestomatología* [Internet] 2017 [Consultado 21 Nov 2019]; 283-293. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v33n6/0213-1285-odonto-33-6-283.pdf>.
  28. Melgaço-Costa J, Martins R., Ferreira E, Sobrinho A. Patients' Perceptions of Endodontic Treatment as Part of Public Health Services: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet] 2016 [Consultado 21 Nov 2019]13(5), p.450. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4881075/>. doi: 10.3390/ijerph13050450
  29. Toledo L, Carrazana M. Complejidad del tratamiento endodóntico, según factores asociados. *Revista Cubana Estomatológica* [Internet] 2016 [Consultado 21 Nov 2019];53(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072016000200002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000200002).
  30. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P, Méndez Valencia S, Mendoza Torres CP. *Metodología de la investigación* [Internet]. México. McGraw-Hill Education; 2014 [revisión 2014, consultado 21 Nov 2019].
  31. Martín B., Castelo P., Otero E., Ruiz M., Blanco A. La endodoncia en los pacientes mayores. *Avances en Odontoestomatología* [Internet] 2015 [Consultado 21 Nov 2019]; 31 (3): 149-159. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852015000300005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000300005).
  32. Toledo L, Labrada A, Valdés R. Factores asociados al fracaso de la terapia de conductos radiculares. *Cuba: Odontología Sanmarquina* [Internet] 2018 [Consultado 21 Nov 2019]; 21(2): 93-102. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/326027304\\_Factores\\_asociados\\_al\\_fracaso\\_de\\_la\\_terapia\\_de\\_conductos\\_radiculares](https://www.researchgate.net/publication/326027304_Factores_asociados_al_fracaso_de_la_terapia_de_conductos_radiculares)
  33. Toledo L, Alfonso M, Barreto E. Evolución del tratamiento endodóntico y factores

- asociados al fracaso de la terapia. Scielo [Internet] 2016 [Consultado 21 Nov 2019];20(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432016000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000300006).
34. Toledo L, Alfonso M. Consideraciones en relación con la complejidad del tratamiento endodóntico. Scielo [Internet] 2015 [Consultado 21 Nov 2019]; 19(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432015000200007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000200007).
  35. Behar Rivero, Daniel Salomón, Introducción a la Metodología de la investigación [Internet]. Editorial Shalom. 2008. 94 págs. [revisión 2008, consultado 21 Nov 2019]
  36. Sabino Carlos. El Proceso De Investigación [Internet]. Editorial Panapo, Caracas, 1992, 216 págs. [revisión 1992, consultado 21 Nov 2019]
  37. Veiga J, Fuente E, Zimmermann M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño [Internet]. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2008;54(210). [revisión 2008, consultado 21 Nov 2019]
  38. Gómez S. Metodología de la investigación [Internet]. Red tercer milenio. México. 2012. 92 págs. [revisión 2012, consultado 21 Nov 2019]
  39. Manzini J. Declaración de helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Scielo [Internet] 2000 [Consultado 21 Nov 2019]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>.
  40. Riaz A, Maxood A, Abdullah S, SbabK, Ud-Din S, Zahid S. Comparison of two intracanal medicaments in resolution of apical radiolucency. J Ayub Med Coll Abbottabad [Internet] 2018 [Consultado 21 Nov 2019]; 30(3):320–4. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/328567719\\_Comparison\\_Of\\_Two\\_Intracanal\\_Medicaments\\_In\\_Resolution\\_Of\\_Apical\\_Radiolucency](https://www.researchgate.net/publication/328567719_Comparison_Of_Two_Intracanal_Medicaments_In_Resolution_Of_Apical_Radiolucency).
  41. Catellón, Mairena y Membreño. Evaluación de la técnica anestésica troncular indirecta, aplicada por estudiantes del III curso de la carrera de odontología unan-león, en pacientes que asistieron a la clínica de cirugía oral, II semestre 2012. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Unan-León. Nicaragua 2013 [Tesis]. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/1360>.
  42. Barzola Capcha. “Nivel de conocimiento en la aplicación de anestesia troncular de los alumnos del IX ciclo Huánuco 2015”. Perú, 2016. [Tesis]. Disponible en: [https://esslide.org/philosophy-of-money.html?utm\\_source=universidad-de-huanuco-aHLv0Gt](https://esslide.org/philosophy-of-money.html?utm_source=universidad-de-huanuco-aHLv0Gt).
  43. Poorni S, Kumar R, Indira R. Canal complexity of a mandibular first molar. Journal of

Conservative dentistry [Internet] 2009 [Consultado 21 Nov 2019]; 12(1): 37–40.  
Disponível em: <http://www.jcd.org.in/article.asp?issn=0972-0707;year=2009;volume=12;issue=1;spage=37;epage=40;aulast=Poorni>.

## ANEXOS

**Anexo 1.** Instrumento de recolección de datos.

<p align="center"><b>FRECUENCIA DE SESIONES PARA REALIZAR TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS EN PIEZAS PERMANENTES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UCV, PIURA</b></p>																	
<p align="center"><b>UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO ENTRE LOS AÑOS 2017-2019</b></p>																	
N°	N° HC	N° Pza.	DIAGNÓSTICO PULPAR						DIAGNÓSTICO PERIAPICAL				N° DE	N° DE			
			Pulpa Normal	Pulpitis Revers.	Pulpitis I.		Necrosis	Tto previo	Tto p. iniciado	Tejido a. normal	Periodont. A.				Absceso a.		Osteítis C.
					S.	A.					S.	A.			A.	C.	


Anexo 2. Ficha de recolección de datos llenada.

FRECUENCIA DE SESIONES PARA REALIZAR TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS EN PIEZAS PERMANENTES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UCV, PIURA																	
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO ENTRE LOS AÑOS 2017-2019																	
N°	N° HC	N° Pza	DIAGNÓSTICO PULPAR						DIAGNÓSTICO PERIAPICAL					N° DE CONDUCT.	N° DE CITAS	CICLO	
			Pulpa normal	Pulpitis Revers.	Pulpitis I.		Necrosis	Tto previo	Tto p. iniciado	Tejido a. normal	Periodont. A.		Absceso a.				Osteitis C.
					S.	A.				S.	A.	A.	C.				
1	01	4-4				X				X					1	2	IX
2		4-3				X				X					1	2	IX
3	02	3-6	X						X						3	3	VII
4	04	2-1					X						X		1	2	VII
5	08	4-5	X						X						1	1	VII
6	09	2-1				X			X						1	2	VI
7	10	2-5					X				X				2	2	IX
8	11	3-7				X				X					3	3	IX
9	16	2-1						X		X					1	2	VII
10	18	3-2				X				X					1	2	X
11		3-4				X				X					1	2	IX
12		2-7	X							X					1	2	IX
13	19	2-1				X				X					1	1	IX
14		1-6		X						X					4	5	IX
15		4-4				X				X					1	2	IX
16	20	1-4					X								2	2	IX
17		4-7						X			X				3	2	IX
18		4-4			X					X					2	3	IX
19		1-2				X									1	1	IX
20		3-4			X					X					1	1	IX
21	21	1-3	X							X					1	2	X
22		2-3	X							X					1	1	X
23		1-1	X							X					1	1	X
24	22	1-6	X							X					3	4	IX
25		4-5		X						X					1	1	IX
26		2-3		X						X					1	1	IX
27	23	2-2					X				X				1	2	VI
28	24	1-5			X							X			1	2	IX
29		4-4	X							X					1	2	IX
30		4-5			X					X					1	2	IX
31	28	2-6	X							X					3	2	VIII



FRECUENCIA DE SESIONES PARA REALIZAR TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS EN PIEZAS PERMANENTES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UCV, PIURA																	
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO ENTRE LOS AÑOS 2017-2019																	
N°	N° HC	N° Pza	DIAGNÓSTICO PULPAR						DIAGNÓSTICO PERIAPICAL					N° DE CITAS	N° DE Conductos.		
			Pulpa Normal	Pulpitis Revers.	Pulpitis I.		Necrosis	Tto previo	Tto p. iniciado	Tejido a. normal	Periodont. A.		Absceso a.			Osteítis C.	
					S.	A.					S.	A.	A.				C.
	1845	2.2					✓									1	1
	1845	2.3					✓									1	1
	1847	3.6				✓				✓						1	3
	1857	4.6				✓					✓					2	3
	1858	3.7			✓				✓							2	3
	1862	1.4			✓					✓						3	2
	1872	4.6			✓				✓							3	3
	1873	1.5					✓					✓				3	2
	1874	2.6					✓			✓						3	3
	1874	2.4					✓			✓						2	2
	1892	3.5				✓				✓						2	1
	1892	1.4				✓				✓						1	1
	1644	2.2	✓							✓						1	1
	1822	1.1			✓					✓						2	1
	1822	2.1			✓					✓						2	1
	1822	1.3			✓						✓					1	1
	1901	4.6				✓					✓					3	3
	1902	2.4			✓					✓						2	2
	1908	1.1			✓					✓						1	1
	1909	1.5				✓				✓						2	1
	1899	4.6					✓			✓						3	3
	1889	2.1					✓						✓			1	1
	1890	2.2				✓					✓					2	1

Anexo 3. Solicitud de autorización para acceso a registro de historias clínicas.

 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FORMATO DE SOLICITUD**

Solicitó Accesibilidad a sus  
Historias clínicas

Señor:  
Miguel Ángel Beltrán  
Universidad César Vallejo - PIURA  
Presente.-

Damián Gómez Janufo y Rosela de Estirio Cruz Bruno identificado con DNI 70471575 y 78860229  
(Nombres y apellidos del solicitante)

domiciliado(a) en Vía Los Pinos del Chipe de los Tallones y Juán San Martín N°118 respectivamente  
ante Ud. con debido respeto expongo lo siguiente:


En mi condición de estudiante del alumno (a) \_\_\_\_\_  
identificado con código de matrícula N° 2002074353 y 200096118 de la Escuela Académico Profesional de  
Estomatología, recorro a su honorable despacho a fin de solicitarle lo siguiente:

(EXPLICA CON CLARIDAD EL ASUNTO)

Solicitar el permiso correspondiente para acceder a las historias clínicas con el fin  
de recolectar datos sobre las fichas especializadas de embudones para realizar el  
proyecto de investigación  
Requisito previo para la obtención del título de especialista titulado "Licenciado" en  
de sesiones para realizar tratamiento de conductas en peces permascentes en pacientes atendidos en una clínica  
Estomatológica universitaria de Piura, 2017-2019."

Por lo expuesto, agradeceré ordenar a quien corresponde se me atienda mi petición por ser de justicia.


Piura, 07 de marzo de 2019.

  
(Firma del solicitante)

Anexos:  
A.- \_\_\_\_\_  
B.- \_\_\_\_\_  
C.- \_\_\_\_\_

N° Teléfono: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

CAMPUS PIURA  
Av. Prolongación Chulucanas S/N Z.I.III  
Tel.: (073) 285900 anx.: 5501

  
07/03/19  
03:56pm  
fb/ucv.piura  
somosucv.edu.pe  
#AsiEsLaUCV  
ucv.edu.pe

**Anexo 4.** Registro fotográfico del proceso de recolección de datos.

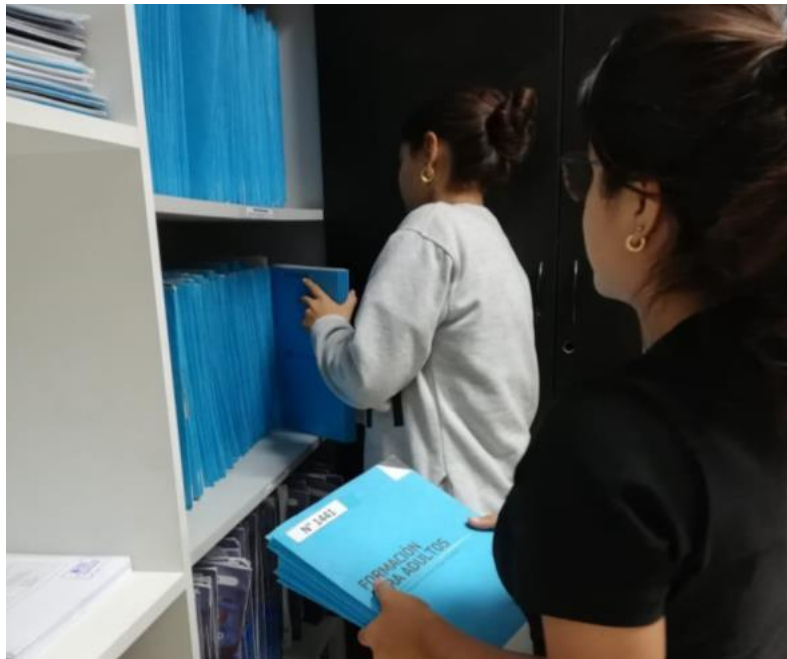


Figura 1. Estudiantes accediendo al almacén de las historias clínicas

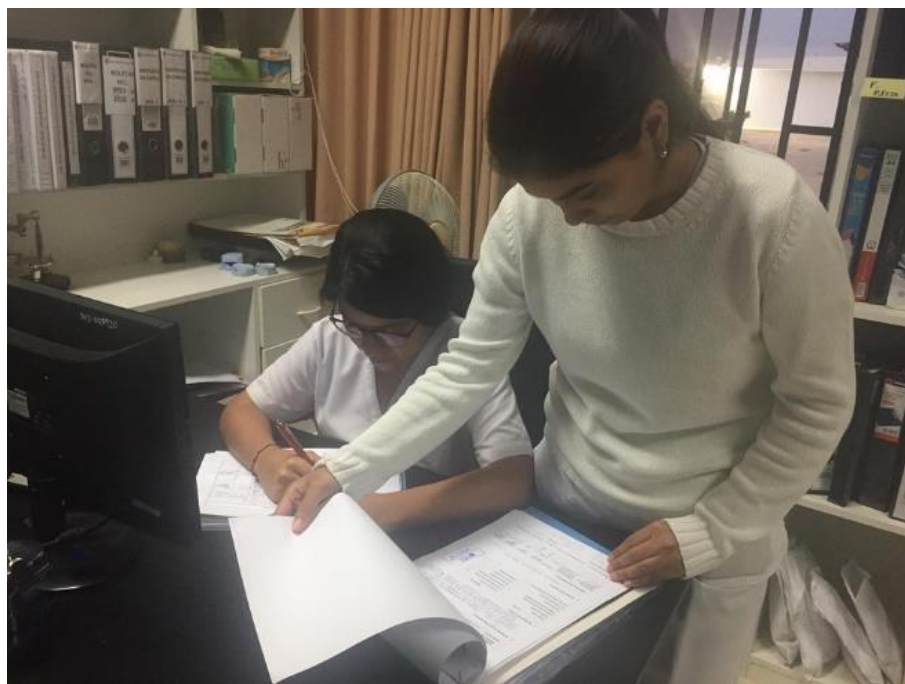


Figura 2. Estudiantes recolectando la información en su instrumento



**Anexo 5.** Ejemplos de historia clínica analizada.

**HISTORIA CLINICA ESPECIALIZADA ENDODONCIA**

Pieza N°

Apellidos:		Nombres:	
Edad: 32	Sexo: M <input type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/>	Fecha de inicio: 28-May-2019	Fecha de término:
Teléfonos:		Fecha de ultimo control:	
Motivo de consulta: <i>Me duele el diente al tomar cosas heladas</i>			
Derivado de otra especialidad:			
Operador:			

**1. ANÁLISIS DEL DOLOR**

Presencia de dolor:	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
LUGAR (¿Dónde está ubicado el dolor?)	Localizado	<input checked="" type="checkbox"/>	Difuso	<input type="checkbox"/>
SURGIMIENTO (¿Cómo surgió el dolor?)	Provocado	<input checked="" type="checkbox"/>	Espontaneo	<input type="checkbox"/>
DURACIÓN DEL DOLOR	Corto	<input checked="" type="checkbox"/>	Prolongado	<input type="checkbox"/>
FRECUENCIA (¿Cuál la frecuencia del dolor?)	Intermitente	<input checked="" type="checkbox"/>	Continuo	<input type="checkbox"/>

**2. EXAMEN ESTOMATOLÓGICO**

Pieza sin destrucción coronaria <input type="checkbox"/>							
Destrucción coronaria	Moderada <input checked="" type="checkbox"/>	Amplia <input type="checkbox"/>	Completa <input type="checkbox"/>	Pieza tallada <input type="checkbox"/>	Por caries <input type="checkbox"/>	Por fractura <input checked="" type="checkbox"/>	
Presencia de inflamación:	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	Gutapercha expuesta:		SI	NO	
Presencia de fistula:	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	Obturación temporal expuesta + 30 días:		SI	NO	
Compromiso de Furca:	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	Presencia de Obturación temporal:				
Cavidad			Abierta <input type="checkbox"/>	Cerrada <input type="checkbox"/>			

**3. EXAMENES AUXILIARES**

**3.1 PRUEBAS DE SENSIBILIDAD PULPAR / PERIAPICAL**

Pieza Control: 32                      Pieza a evaluar: 2.2

ESTÍMULO	RESPUESTA		PERSISTENCIA	
	Positiva	Negativa	SI	NO
Dolor	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
Palpación		<input checked="" type="checkbox"/>		
Percusión Horizontal		<input checked="" type="checkbox"/>		
Percusión Vertical		<input checked="" type="checkbox"/>		

ESTÍMULO	RESPUESTA		PERSISTENCIA	
	Positiva	Negativa	SI	NO
Frio	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
Calor				
Palpación		<input checked="" type="checkbox"/>		
Percusión Horizontal		<input checked="" type="checkbox"/>		
Percusión Vertical		<input checked="" type="checkbox"/>		

### 3.2 EXAMEN RADIOGRÁFICO

<b>CORONA</b>	Intacta <input type="checkbox"/>	Lesión cariosa <input checked="" type="checkbox"/>	Material de restauración <input checked="" type="checkbox"/>	Material protésico <input type="checkbox"/>
<b>CÁMARA PULPAR</b>	Compromiso pulpar <input checked="" type="checkbox"/>	Amplia <input checked="" type="checkbox"/>	Atrésica <input type="checkbox"/>	Cálculos pulpaes <input type="checkbox"/>
<b>RAIZ</b>	Rizogénesis Completa <input checked="" type="checkbox"/>	Rizogénesis Incompleta <input type="checkbox"/>	Reabsorción radicular <input type="checkbox"/>	
<b>CONDUCTO RADICULAR</b>	Atrésico <input type="checkbox"/> Amplio <input checked="" type="checkbox"/>	Curvatura leve <input type="checkbox"/>	Curvatura moderada <input type="checkbox"/>	Material de obturación <input type="checkbox"/>
<b>ZONA APICAL</b>	Ensanchamiento <input type="checkbox"/>		Lesión <input type="checkbox"/>	diametro aprox.....

### 4. INTERPRETACION RADIOGRÁFICA

Piezo 2.2 Presencia de reabsorción ósea marginal leve horizontal, IRO a nivel mesial compatible con material de restauración y recidiva de caries IRI a nivel distal compatible lesión cariosa y aparente compromiso pulpar, Unirradicular conducto único, recto, raíz recta y amplia espacio de Ligamento periodontal conservado

### 5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

PULPAR		PERIAPICAL	
Pulpa normal		Tejido apical normal	
Pulpitis reversible		Periodontitis Apical Sintomática	<input checked="" type="checkbox"/>
Pulpitis Irreversible Sintomática	<input checked="" type="checkbox"/>	Periodontitis Apical Asintomática	
Pulpitis Irreversible Asintomática		Absceso apical agudo	
Necrosis Pulpar		Absceso apical crónico	
Con Tto. conductos previo		Osteitis condensante	
Con Tto. conductos previamente iniciado			



### 6. PLAN DE TRATAMIENTO

Tratamiento de conducto en piezo 2-2

### 7. PREPARACIÓN BIOMECÁNICA

Especificar tipo conducto cuando es multirradicular	Referencia Coronaria (cúspide, reborde o remanente cuspeado)	Odontometría	Longitud de trabajo (LT)	Técnica de P.B.M	Diámetro de ampliación apical	Conometría N° de cono en conducto
Piezo 2.2	<sup>cúspide</sup> borde incisal	24mm	N° 21 mm	STEP BACK	Limo 30	cono 30
			N° mm			
			N° mm			
			N° mm			

Técnica de obturación: Compactación lateral Irrigante: Hipoclorito de sodio  
 Medicación intraconducto: \_\_\_\_\_ N° de citas: 01

Adecuada	<input checked="" type="checkbox"/>				
Inadecuada		Sub Obturado <input type="checkbox"/>	Sobre Obturado <input type="checkbox"/>	Sobre Extensión <input type="checkbox"/>	
		Espacios Vacíos <input type="checkbox"/>	Extrusión del Sellador <input type="checkbox"/>		
Material Temporal		ZOE <input type="checkbox"/>	Coltosol <input type="checkbox"/>	Policarboxilato <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>

9. NECESIDAD DE RECONSTRUCCIÓN CORONARIA:

Restauración <input type="checkbox"/>	poste <input checked="" type="checkbox"/>	incrustación <input type="checkbox"/>	corona <input checked="" type="checkbox"/>
---------------------------------------	---	---------------------------------------	--

10. PRONÓSTICO POST OPERATORIO

PRONÓSTICO	Favorable <input checked="" type="checkbox"/>	Desfavorable <input type="checkbox"/>	Reservado <input type="checkbox"/>
------------	---	---------------------------------------	------------------------------------

11. CONTROL POST OPERATORIO

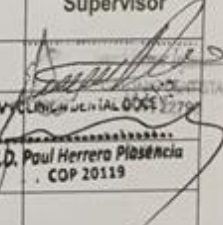
ASINTOMÁTICO	<input type="checkbox"/>			
SINTOMÁTICO	Dolor espontáneo <input type="checkbox"/>	Dolor a la masticación <input type="checkbox"/>	Dolor a la percusión <input type="checkbox"/>	Presencia de fístula <input type="checkbox"/>

Se realizó la reconstrucción del diente : SI  NO

Clinico más radiográfico: 3 meses ..... 6 meses ..... 12 meses .....

Reparación  En vías de reparación  No reparación

12. PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS

Fecha	Acto operatorio	Firma Supervisor
28-10-19	Apertura, odontometría y conductometría	 UCV CLÍNICA DENTAL 0065 CD. Paul Herrera Plasencia COP 20119
04-11-19	Obturación	

UCV  
UNIVERSIDAD  
CAROL VALLEJO  
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA  
**ADMISIÓN**  
Fecha \_\_\_\_\_

**Anexo 6:** Base de datos de Excel.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	<b>FRECUENCIA DE SESIONES PARA TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS EN PIEZAS PERMANENTES EN UNA CLINICA ESTOMATOLOGICA DE UNA UNIVERSIDAD, PIURA 2017-2019</b>									
2										
3	HC	ARCADA	DX PULPAR	DX PERIAPIC	N° SESIONES	N° SESIONES	MORFOLOGÍA			
4	1	1	3	1	2	1	1			
5	1	1	3	1	2	1	1			
6	2	1	0	0	3	2	0			
7	4	0	4	4	2	1	1			
8	8	1	0	0	1	0	1			
9	9	0	3	0	2	1	1			
10	10	0	4	2	2	1	0			
11	11	1	3	1	3	2	0			
12	16	0	5	0	2	1	1			
13	18	1	3	0	2	1	1			
14	18	1	3	0	2	1	1			
15	18	0	0	0	2	1	1			
16	19	0	3	0	1	0	1			
17	19	0	1	0	5	2	0			
18	19	1	3	0	2	1	1			
19	20	0	4	0	2	1	0			
20	20	1	5	2	2	1	0			
21	20	1	2	1	3	2	0			
22	20	0	3	0	1	0	1			
23	20	1	2	0	1	0	1			



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
24	21	0	0	0	2	1	1			
25	21	0	0	0	1	0	1			
26	21	0	0	0	1	0	1			
27	22	0	0	0	4	2	0			
28	22	1	1	0	1	0	1			
29	22	0	1	0	1	0	1			
30	23	0	4	2	2	1	1			
31	24	0	2	3	2	1	1			
32	24	1	0	0	2	1	1			
33	24	1	2	0	2	1	1			
34	28	0	0	0	2	1	0			
35	29	0	2	1	1	0	1			
36	29	0	2	1	1	0	0			
37	29	1	1	0	4	2	0			
38	30	1	0	0	1	0	1			
39	30	0	3	0	1	0	1			
40	30	1	0	0	1	0	1			
41	31	0	0	0	2	1	0			
42	31	0	5	1	3	2	1			
43	32	0	2	0	2	1	1			
44	33	1	1	0	3	2	0			
45	33	1	5	0	2	1	1			
46	34	0	5	2	2	1	1			
47	34	0	4	3	2	1	1			
48	34	1	3	1	2	1	0			
49	36	0	3	2	1	0	1			

Navigation: Hoja1 (+) ⋮ ◀ ▶



**Anexo 7. Análisis estadístico.**

**Número de sesiones \*Morfología de la raíz tabulación cruzada**

			Morfología de la raíz		Total
			Multirradicular	Unirradicular	
Número de sesiones	1	Recuento	26	161	187
		% dentro de Morfología de la raíz	13,9%	40,4%	31,9%
	2	Recuento	84	204	288
		% dentro de Morfología de la raíz	44,9%	51,1%	49,1%
	3 o más	Recuento	77	34	111
		% dentro de Morfología de la raíz	41,2%	8,5%	18,9%
Total		Recuento	187	399	586
		% dentro de Morfología de la raíz	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	100,586 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	98,631	2	,000
Asociación lineal por lineal	90,297	1	,000
N de casos válidos	586		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 35,42.

**Número de sesiones'Morfología de la raíz tabulación cruzada**

			Morfología de la raíz		Total
			Multirradicular	Unirradicular	
Número de sesiones	1	Recuento	26	161	187
		% dentro de Morfología de la raíz	13,9%	40,4%	31,9%
	2	Recuento	84	204	288
		% dentro de Morfología de la raíz	44,9%	51,1%	49,1%
	3 o más	Recuento	77	34	111
		% dentro de Morfología de la raíz	41,2%	8,5%	18,9%
Total		Recuento	187	399	586
		% dentro de Morfología de la raíz	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	100,586 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	98,631	2	,000
Asociación lineal por lineal	90,297	1	,000
N de casos válidos	586		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 35,42.

Número de sesiones Diagnóstico Pulpar tabulación cruzada

			Diagnóstico Pulpar						Total	
			Pulpa normal	Pulpitis reversible	P. Irreversible sintomática	P. Irreversible asintomática	Necrosis	Tto conducto previo		Tto. conducto previo iniciado
Número de sesiones	1	Recuento % dentro de Diagnóstico Pulpar	40 46,5%	3 14,3%	33 26,4%	67 34,5%	35 27,3%	4 26,7%	5 29,4%	187 31,9%
	2	Recuento % dentro de Diagnóstico Pulpar	31 36,0%	14 66,7%	66 52,8%	89 45,9%	72 56,3%	8 53,3%	8 47,1%	288 49,1%
	3 o más	Recuento % dentro de Diagnóstico Pulpar	15 17,4%	4 19,0%	26 20,8%	38 19,6%	21 16,4%	3 20,0%	4 23,5%	111 18,9%
Total		Recuento % dentro de Diagnóstico Pulpar	86 100,0%	21 100,0%	125 100,0%	194 100,0%	128 100,0%	15 100,0%	17 100,0%	586 100,0%

Pruebas de chí-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	17,861 <sup>a</sup>	12	,120
Razón de verosimilitud	17,915	12	,118
Asociación lineal por lineal	1,775	1	,183
N de casos válidos	586		

a. 4 casillas (19,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,84.

**Número de sesiones \*Arcada dental tabulación cruzada**

			Arcada dental		Total
			Superior	Inferior	
Número de sesiones	1	Recuento	133	54	187
		% dentro de Arcada dental	34,9%	26,3%	31,9%
	2	Recuento	193	95	288
		% dentro de Arcada dental	50,7%	46,3%	49,1%
	3 o más	Recuento	55	56	111
		% dentro de Arcada dental	14,4%	27,3%	18,9%
Total		Recuento	381	205	586
		% dentro de Arcada dental	100,0%	100,0%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	15,246 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	14,792	2	,001
Asociación lineal por lineal	12,448	1	,000
N de casos válidos	586		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 38,83.

Descriptivos

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Arcada dental	1	,29	,454	,033	,22	,35	0	1
	2							
	3 o más							
	Total	288	,33	,471	,028	,28	,38	0
Diagnóstico Pulpar	1	2,46	1,549	,113	2,24	2,68	0	6
	2							
	3 o más							
	Total	288	2,74	1,394	,082	2,58	2,90	0
Diagnóstico Periapical	1	,66	,978	,071	,52	,80	0	4
	2							
	3 o más							
	Total	288	,97	1,124	,066	,84	1,10	0
Morfología de la raíz	1	,86	,347	,025	,81	,91	0	1
	2							
	3 o más							
	Total	288	,71	,455	,027	,66	,76	0
	1	,77	,950	,090	,60	,95	0	4
	2							
	3 o más							
	Total	586	,83	1,055	,044	,75	,92	0
	1	,31	,463	,044	,22	,39	0	1
	2							
	3 o más							
	Total	586	,68	,467	,019	,64	,72	0

**Prueba de homogeneidad de varianzas**

	Estadístico de Levene	df1	df2	Sig.
Arcada dental	11,364	2	583	,000
Diagnóstico Pulpar	2,029	2	583	,132
Diagnóstico Periapical	,808	2	583	,446
Morfología de la raíz	45,692	2	583	,000

**ANOVA**

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Arcada dental	Entre grupos	3,468	2	1,734	7,786	,000
	Dentro de grupos	129,817	583	,223		
	Total	133,285	585			
Diagnóstico Pulpar	Entre grupos	8,879	2	4,439	2,095	,124
	Dentro de grupos	1235,504	583	2,119		
	Total	1244,382	585			
Diagnóstico Periapical	Entre grupos	11,080	2	5,540	5,048	,007
	Dentro de grupos	639,864	583	1,098		
	Total	650,944	585			
Morfología de la raíz	Entre grupos	21,855	2	10,928	60,404	,000
	Dentro de grupos	105,471	583	,181		
	Total	127,326	585			

Comparaciones múltiples

Variable dependiente	(I) Número de sesiones	(J) Número de sesiones	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% de intervalo de confianza		
						Límite inferior	Límite superior	
Arcada dental	HSD Tukey	1	2	-,041	,044	,623	-,15	,06
			3 o más	-,216*	,057	,000	-,35	-,08
	2	1	,041	,044	,623	-,06	,15	
		3 o más	-,175*	,053	,003	-,30	-,05	
	3 o más	1	,216*	,057	,000	,08	,35	
		2	,175*	,053	,003	,05	,30	
Diagnóstico Pulpar	HSD Tukey	1	2	-,280	,137	,102	-,60	,04
			3 o más	-,180	,174	,558	-,59	,23
	2	1	,280	,137	,102	-,04	,60	
		3 o más	,100	,163	,812	-,28	,48	
	3 o más	1	,180	,174	,558	-,23	,59	
		2	-,100	,163	,812	-,48	,28	
Diagnóstico Periapical	HSD Tukey	1	2	-,306*	,098	,006	-,54	-,07
			3 o más	-,112	,126	,647	-,41	,18
	2	1	,306*	,098	,006	,07	,54	
		3 o más	,194	,117	,223	-,08	,47	
	3 o más	1	,112	,126	,647	-,18	,41	
		2	-,194	,117	,223	-,47	,08	
Morfología de la raíz	HSD Tukey	1	2	,153*	,040	,000	,06	,25
			3 o más	,555*	,051	,000	,43	,67
	2	1	-,153*	,040	,000	-,25	-,06	
		3 o más	,402*	,048	,000	,29	,51	
	3 o más	1	-,555*	,051	,000	-,67	-,43	
		2	-,402*	,048	,000	-,51	-,29	

**Anexo 8.** Acta de aprobación de originalidad de tesis.

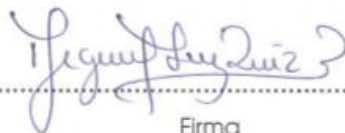
 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS</b>	Código : F06-PP-PR-02.02
		Versión : 09
		Fecha : 23-03-2018
		Página : 1 de 1

Yo, **MIGUEL ANGEL RUIZ BARRUETO**, docente de la Facultad de Ciencias Médicas y Escuela Académico Profesional de Estomatología de la Universidad César Vallejo Filial Piura, revisor de la tesis titulada:

**"FRECUENCIA DEL NÚMERO DE SESIONES PARA TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS EN PIEZAS DENTALES PERMANENTES EN HISTORIAS CLÍNICAS DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA, PIURA 2017-2019"**, de las estudiantes **Comejo Jarufe Daniela** y **Cruz Bruno Rusela De Fálma**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de **10 %** verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Piura, 13 de enero del 2020.



Firma

Dr. Miguel Angel Ruiz Barrueto

DNI: 42814146



Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------



Anexo 9. Screenshot porcentaje de similitud Turnitin.

**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Frecuencia de sesiones para tratamientos de conductos en piezas dentales permanentes en historis clínicas de una Universidad Privada, Piura 2017-2019

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
CIRUJANO DENTISTA

AUTORAS:  
Comejo Jarufe, Daniela (ORCID 0000-0002-4925-3573)  
Cruz Bruno, Rosela de Fátima (ORCID 0000-0002-1364-955X)

ASESOR:  
Mg. Herrera Plascencia, Paul Martin (ORCID 0000-0003-4901-8933)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:  
Enfermedades infecciosas y transmisibles

**Resumen de coincidencias**

**10 %**

Se están viendo fuentes estándar


Ver fuentes en inglés (Beta)

Coincidencias

Rank	Source	Percentage
1	Entregado a Universidad... Trabajo del estudiante	6 %
2	Entregado a Universidad... Trabajo del estudiante	1 %
3	Entregado a Universidad... Trabajo del estudiante	<1 %
4	Entregado a Universidad... Trabajo del estudiante	<1 %
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
6	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	<1 %
7	www.tecnociencia.es Fuente de Internet	<1 %
8	www.infohipertension... Fuente de Internet	<1 %



**Anexo 10.** Autorización de publicación de tesis en repositorio institucional UCV.

	<b>AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV</b>	Código : F08-PP-PR-02.02
		Versión : 09
		Fecha : 23-03-2018
		Página : 1 de 1

Nosotros, **Daniela Cornejo Jarufe**, identificada con DNI N° **70471575** y **Rusela de Fátima Cruz Bruno**, identificada con DNI N° **75360229** egresadas de la Escuela Académico Profesional de **ESTOMATOLOGÍA** de la Universidad César Vallejo, autorizamos ( **X** ), No autorizamos ( ) la divulgación y comunicación pública de nuestro trabajo de investigación titulado "**Frecuencia del número de sesiones para tratamientos de conductos en piezas dentales permanentes en historias clínicas de una Universidad Privada, Piura 2017-2019**"; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822. Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

  
FIRMA

DNI: 70471575

  
FIRMA

DNI: 75360229



FECHA: 20 de diciembre del 2019

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

**Anexo 11.** Autorización de la versión final del trabajo de investigación.



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

CONSTE POR EL PRESENTE, EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE  
EP DE ESTOMATOLOGÍA

---

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTAN:

CORNEJO JARUFE DANIELA  
CRUZ BRUNO RUSELA DE FÁTIMA

---

INFORME TÍTULADO:

"FRECUENCIA DEL NÚMERO DE SESIONES PARA TRATAMIENTOS DE  
CONDUCTOS EN PIEZAS DENTALES PERMANENTES EN HISTORIAS  
CLÍNICAS DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA, PIURA 2017-2019"

---

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

---

CIRUJANO DENTISTA

SUSTENTADO EN FECHA: 19/12/2019

NOTA O MENCIÓN: DIECIOCHO (18)

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN

