



UNIVERSIDAD DE CUENCA

A close-up photograph of dental instruments, including a mirror and forceps, resting on a white surface. The image is partially obscured by a blue geometric shape and a white box containing text.

**REVISTA DE LA
FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA**

**AÑO 2016 - NÚMERO 8
I.S.S.N 1390-0889**

COMITÉ EDITORIAL

Director/Editor: Od. Esp. Esteban Astudillo Ortiz.

MIEMBROS DEL COMITÉ EDITORIAL LOCAL

Dra. Yadira Piedra - Bravo (FO-UC)

Dra. Andrea Carvajal - Endara (FO-UC)

Dds. Esp. MSc. Ph.D Diego Bravo - Calderón (FO-UC)

MIEMBROS DEL COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

Dra. Jenny Guerrero Ferreccio

Docente Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Od. Esp. Javier Silva

Docente Universidad Central del Ecuador

Od. Esp. Zulema Castillo Guarnizo

Docente Universidad Nacional de Loja

MIEMBROS DEL COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

Esp. MSc. Diana Álvarez

Docente Universidad de Chile

Correspondencia:

Revista de Odontología. Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca,
Av. el Paraíso, Cuenca, Azuay, Ecuador.

Email: revista.odontologia@ucuenca.edu.ec

ENTIDAD EDITORA:

Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca.

LUGAR DE EDICIÓN:

Cuenca - Ecuador

EDITORIAL

Contar con un medio de difusión que permita poner a consideración de la comunidad científica los trabajos realizados por docentes y estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, es el objetivo de la publicación de la revista.

La necesidad de conocer lo que ocurre, con respecto a la salud bucal de nuestra comunidad es imperiosa, para que en conjunto con la evidencia obtenida en investigaciones realizadas en otras poblaciones, permita brindar a los pacientes atención odontológica basada en la verdadera evidencia científica.

Mantener la periodicidad de una revista indexada es uno de los objetivos de las autoridades y docentes que a lo largo del tiempo y en los distintos números de la revista han trabajado para conseguirlo, para ello se requiere del compromiso y aporte conjunto de todos los integrantes de la Facultad.

Lograr que la revista se convierta en un medio de difusión de trabajos de colegas de otras localidades es otro de los propósitos que la Facultad persigue; por lo que no desmayaremos en el esfuerzo para superar las limitaciones que puedan presentarse en el camino.

El presente número contiene artículos que son el producto del trabajo de investigación de docentes y estudiantes sobre diversos temas relacionados con el quehacer de la Odontología en la Facultad, que han sido ejecutados y revisados con el rigor que la ciencia exige, previo a su aceptación y publicación.

Dra. Dunia Abad Coronel.

Decana de la Facultad de Odontología
de la Universidad de Cuenca.

La Revista de la Facultad de Odontología (Cuenca) es una publicación anual con arbitraje ciego por pares académicos externos. La opinión de los autores no representa la posición de la Facultad, ni del Comité Editorial. La Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca mantiene su compromiso de publicar su revista en línea y a texto completo. Su difusión es gratuita.

ÍNDICE

- 7** PREVALENCIA DE RECESIÓN GINGIVAL Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA. CUENCA. ECUADOR
- 23** EVALUACIÓN DE LA MICROFILTRACIÓN APICAL DEL SELLADOR SEALAPEX Y FILLAPEX - ESTUDIO IN VITRO
- 34** DETERMINACIÓN ANATÓMICA DEL CONDUCTO MANDIBULAR EN POBLACIÓN ADULTA
- 43** ESTADO DE PRÓTESIS FIJA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DOCENTE DEL ECUADOR
- 49** PRUEBAS BIOMÉTRICAS BÁSICAS EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA: VALORES ALTERADOS
- 62** RELACIÓN ENTRE ANOMALÍAS EN EL COMPLEJO CRÁNEO-CÉRVICO-MANDIBULAR, DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y OCLUSIÓN

PRUEBAS BIOMÉTRICAS BÁSICAS EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA: VALORES ALTERADOS

Dr. Milton Fabricio Lafebre ¹
 Dra. Julieta del Carmen Reinoso ²
 Dra. Glenda Iralda Espinoza ³
 Dra. Clara Yamilet Serrano ²

1. Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca.
 2. Docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.
 3. Médico Tratante de "SOLCA", Cuenca-Ecuador.
- Correspondencia: Av. el Paraíso y Av. 10 de Agosto. Cuenca, Azuay, Ecuador
 Teléfono: 593 7 4051150, E-mail: fabricio.lafebre@ucuenca.edu.ec

RESUMEN

El reto actual para el odontólogo en la atención en salud oral es tratar a pacientes con problemas médicos complejos, que pueden presentar enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, alteraciones coronarias o pacientes que toman medicamentos que alteran la coagulación sanguínea. El objetivo de la presente revisión bibliográfica es brindar herramientas básicas para la interpretación de los valores reportados en las pruebas de laboratorio que se utilizan en odontología; las cuales corresponden a elementos figurados presentes en la sangre (glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas), factores de la coagulación y sus posibles alteraciones en pacientes con discrasias sanguíneas; para lo cual se ha realizado una revisión sistemática (scoping review), empleando las bases bibliográficas Pubmed, Scopus y Biblioteca Virtual de Salud. Se obtiene información detallada sobre los valores normales de las pruebas mencionadas, sin embargo se reporta en la bibliografía que la mayor parte de los pacientes son sometidos a estudios preoperatorios innecesarios que aumentan los costos y la morbilidad del procedimiento, por ello es importante que se consideren como normales los valores de cualquier examen de laboratorio que se encuentran comprendidos en dos desvíos estándar. Por lo tanto 2,5 % de los individuos sanos tendrán un valor infranormal y 2,5 % tendrán un valor supranormal.

Palabras clave: hemograma, fórmula leucocitaria, test de hemostasia.

ABSTRACT

The current challenge to the dentist in oral health care is to treat patients with complex medical problems that may have diseases such as diabetes mellitus, hypertension, heart diseases or patients who take drugs that alter blood clotting. The aim of this literature review is to provide basic tools for the interpretation of the values reported in the laboratory tests that are used in dentistry; which correspond to figurative elements that are found in blood (white blood cells, red blood cells and platelets), the coagulation factors and their possible alterations in patients with blood dyscrasias; for which a systematic review has been carried out (scoping review), using bibliographic databases Pubmed, Scopus and Virtual Health Library. Detailed information has been taken regarding the normal values of the tests mentioned, however in the literature it has been reported that most of the patients are subjected to unnecessary preoperative studies that increase costs and morbidity of the procedure, therefore it is important to consider that normal values of any laboratory test are included in two standard deviations. Therefore 2,5 % of healthy individuals will have a borderline value and 2,5 % will have a supranormal value.

Key words: blood count, blood differential, hemostasis test

INTRODUCCIÓN

Las pruebas biométricas de laboratorio en la práctica de la Odontología son muy importantes debido a que se pueden detectar alteraciones hematológicas, además que permitirán al profesional llevar a cabo los procedimientos odontológicos seguros (procedimiento odontológico es todo aquel acto que se realiza sobre la cavidad oral de un paciente), por lo tanto el odontólogo tiene que conocer los parámetros normales de un hemograma y su interpretación clínica y debe ser capaz de relacionar los datos reportados por el laboratorio con los signos y síntomas clínicos que presenta el paciente al momento de ser atendido en la consulta. El reto actual para el odontólogo en la atención en salud oral es la atención a pacientes con problemas médicos complejos o que toman medicamentos que alteran la coagulación sanguínea^{1,2,3}. El presente trabajo servirá para la práctica de odontología en el desarrollo de los diferentes procedimientos que así lo requieran, dando seguridad al paciente. De acuerdo al análisis y selección de la literatura se presentan los valores normales de los exámenes de laboratorio que se deben considerar en un paciente⁴. Se realizó una revisión sistemática (scoping review) de acuerdo a la metodología descrita por Arksey y O'Malley⁵, para ello se emplearon las bases bibliográficas Pubmed, Scopus y Biblioteca Virtual de Salud; se emplearon las palabras claves para la ecuación de búsqueda: cirugía bucodental, hemograma, fórmula leucocitaria, test de hemostasia; se limitaron los términos a salud humana y se restringieron las fechas desde abril 2012 hasta abril 2017, y se eligieron los idiomas español e inglés.

Se acepta desde hace más de dos décadas que la mayor parte de los pacientes son sometidos a estudios preoperatorios innecesarios que aumentan los costos y la morbilidad del procedimiento. Se definen como normales los valores de cualquier examen de laboratorio que se encuentran comprendidos en dos desvíos estándar. Por lo tanto, 2.5 % de los individuos sanos tendrán un valor infranormal y 2.5 % tendrán un valor supranormal⁶.

Hemograma. Descripción y número de las diversas clases de células que se encuentran en una cantidad determinada de sangre y de las proporciones entre ellas. En la serie roja se reportan los valores de hematíes, hemoglobina, hematocrito, volumen corpuscular medio⁷.

Hematíes, eritrocitos o glóbulos rojos:

- **Forma:** disco bicóncavo
- **Tamaño:** 7 micras
- **Color:** rojo debido a que en su interior se encuentra hemoglobina.
- **Vida media:** 120 días
- **Función:** transporte de oxígeno y dióxido de carbono y actúa como buffer para regulación del pH.

Valores normales: 5.000.000 x mm³ en el hombre y 4.500.000 x mm³, en la mujer, estos valores pueden variar de acuerdo a las necesidades fisiológicas específicas como la edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar en la que vive la persona, el tabaquismo y las diferentes etapas del embarazo. Al aumento de glóbulos rojos se le llama poliglobulia y al déficit anemia^{8,9,10}.

Hemoglobina: es una proteína compleja en cuya molécula está presente el hierro y es la responsable del color rojo de la sangre y del transporte de oxígeno desde los alveolos pulmonares hasta los tejidos y de dióxido de carbono en sentido contrario. A la disminución de la concentración de hemoglobina independientemente del número de eritrocitos se le llama anemia^{8,11,12}.

Hematocrito: es la proporción de glóbulos rojos en relación con el volumen sanguíneo. Sus valores normales se reportan como el porcentaje de células rojas de la sangre. Para hombres los valores normales son de 40 – 52% y para mujeres de 36 – 48 %. Para su interpretación se valora el número de glóbulos rojos circulantes, su forma y tamaño, lo que disminuye en cierta medida su utilidad

clínica. El hematocrito aumenta en cuadros de poliglobulia y hemoconcentración por deshidratación y desciende en las anemias y en los estadios de hemodilución¹³. Hemoconcentración es la disminución del volumen de plasma sanguíneo, sin que se hayan alterado los valores normales de los elementos figurados de la sangre¹⁴. Hemodilución es el aumento del volumen de plasma sanguíneo, sin que se hayan alterado los valores normales de los elementos figurados de la sangre^{14, 15}.

Volumen Corpuscular Medio (VCM) es el tamaño promedio de los glóbulos rojos, se mide en femtolitros (fL). El femtolitro es una unidad de medida de volumen igual a 10⁻¹⁵ litro. El VCM es un parámetro útil para diagnosticar las diferentes clases de anemias^{8,14}.

Tabla 1. Valores referenciales de hematies, hemoglobina, hematocrito y VCM en adultos.

	Hombres	Mujeres
Eritrocitos	5 000 000 x mm ³	4 500 000 x mm ³
Hemoglobina (g/dL)	13 – 17,5	12 – 15,5
Hematocrito (%)	40 – 52%	36 – 48 %
VCM	83 a 97 fL.	

Fuente de referencia. Munker, R (8)

Anemia: Anemia es la disminución de la concentración sanguínea de hemoglobina. La Organización Mundial de la Salud (OMS) es-

tablece que existe anemia cuando la concentración de hemoglobina en sangre es inferior a los valores considerados en la tabla 2.

Tabla 2. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar anemia al nivel del mar(g/l)*

Población	Sin anemia	Anemia *		
		Leve	Moderada	Grave
Niños de 6 a 59 meses de edad	110 o superior	100 -109	70 – 99	Menos de 70
Niños de 5 a 11 años de edad	115 o superior	100 -114	80 – 109	Menos de 80
Niños de 12 a 14 años de edad	120 o superior	110 -119	80 – 109	Menos de 80
Mujeres no embarazadas (15 años o mayores)	120 o superior	110 -119	80 – 109	Menos de 80
Mujeres embarazadas	110 o superior	100 -109	70 – 99	Menos de 70
Varones (15 años o mayores)	130 o superior	100 – 129	80 – 109	Menos de 80

* Hemoglobina en gramos por litro. Fuente de referencia. OMS (16).

Fórmula leucocitaria expresa el valor absoluto y porcentual de cada uno de los tipos de glóbulos blancos presentes en sangre periférica.

Valor absoluto: cantidad de leucocitos por cada mm³ de sangre en relación a todos los contados.

Valor porcentual: porcentaje de cada uno de los tipos de leucocitos por cada 100 contados.

Leucocitos o glóbulos blancos

Valores normales: 4.000 a 11.000 x mm³ de sangre en el adulto¹⁷.

Tabla 3. Clasificación de glóbulos blancos de acuerdo a la función que cumplen

Clases de leucocitos	Número x mm ³	Porcentaje
Neutrófilos	2500 - 7500	35 a 70%
Eosinófilos	50 - 500	0 a 5 %
Basófilos	10 - 100	0 a 2 %
Linfocitos	1500 - 4500	20 a 50%
Monocitos	200 - 800	0 a 10%

Fuente de referencia. Gaona, C (17)

Tabla 4. Alteraciones en los valores de los leucocitos

Células	Aumento	Disminución
Leucocitos	Leucocitosis	Leucopenia
Neutrófilos	Neutrofilia	Neutropenia
Linfocitos	Linfocitosis	Linfocitopenia
Monocitos	Monocitosis	Monocitopenia
Basófilos	Basofilia	Basopenia

Fuente de referencia. Manual de Prácticas de Biología. (18)

Leucocitosis Aumento de la cifra total de leucocitos por encima de los $11.000 \times \text{mm}^3$. Principalmente por el aumento de neutrófilos. Causado por infecciones de cualquier origen: bacteriano, viral, fúngico o parasitario. La leucocitosis por causas no infecciosas puede deberse a insuficiencia hepática severa, dolor agudo, procesos inflamatorios, situaciones post hemorrágicas, hipertermia no infecciosa, quemaduras extensas, la gota, coma diabético, intoxicaciones por metales pesados o monóxido de carbono, o efectos secundarios de fármacos como corticoides.

Neutrofilia: es el aumento de los neutrófilos por encima de $7.500 \times \text{mm}^3$. En muchas ocasiones la neutrofilia ocurre por infecciones agudas.

Linfocitosis: es el aumento linfocitos por encima de $4.000 \times \text{mm}^3$, la etiología es muy variada y puede estar determinada por: infecciosas bacterianas crónicas; tuberculosis; enfermedades virales como rubeola, parotiditis, varicela, hepatitis, brucelosis, fiebre tifoidea; enfermedades inflamatorias como colitis ulcerosas y la enfermedad del suero; endocrinopatías como diabetes mellitus, tirotoxicosis, acromegalia o por radiaciones.

Monocitosis: es la presencia de monocitos por encima de $1.000 \times \text{mm}^3$, su causa posible se debe a procesos subagudos y crónicos como en tuberculosis, brucelosis, paludismo, leishmaniasis en su segunda fase.

Eosinofilia: se produce cuando los valores de eosinófilos son superiores a $500 \times \text{mm}^3$, las causas pueden ser: enfermedades alérgicas como asma bronquial, urticaria, enfermedad del suero, fiebre del heno; hipersensibilidad a alimentos y fármacos, picaduras de insectos; parasitosis como triquinosis, filariasis, amebiasis, toxocariosis; en infecciones agudas como escarlatina, sarampión, herpes zoster; enfermedades cutáneas como pénfigos, dermatitis atópica, eccemas, psoriasis, urticaria pigmentosa y síndrome de Well; intoxicaciones con arsénico, benzol, barbitúricos o por ingestión de triptófano.

Leucopenia por neutropenia: Se entiende por leucopenia la existencia de una cifra de leucocitos inferior a $4.000 \times \text{mm}^3$, la causa más frecuente es neutropenia, o descenso de los neutrofilos por debajo de $1.500 \times \text{mm}^3$. Las neutropenias se pueden clasificar en: neutropenia congénitas o también llamada Síndrome de Kostmann; neu-

tropenia adquirida secundaria que puede causada debido a reacciones de idiosincrasia por fármacos como antiinflamatorios, antibióticos, antiepilépticos, psicofármacos, diuréticos, antihipertensivos, antitiroideos, antihistamínicos, hipoglucemiantes; neutropenia adquirida infecciosa causada por enfermedades como varicela, sarampión, rubeola, hepatitis y la gripe; neutropenias toxicas causadas por intoxicaciones profesionales, medicamentos, benzol, metales pesados, arsénico o agentes alquilantes.

Linfopenia: También conocida como linfocitopenia, se produce cuando no hay suficientes linfocitos en el torrente sanguíneo. La linfopenia puede ser el resultado de: enfermedad de Hodgkin; leucemia, trastornos del sistema inmunológico; infecciones virales; sin embargo la cifra de linfocitos generalmente vuelve a la normalidad en cuestión de semanas después de que se resuelva la infección. Una de las causas virales más graves de una disminución en los linfocitos es la infección con el virus VIH, en este caso un bajo recuento de linfocitos es muy probable que conduzca a la infección con patógenos "oportunistas", los que normalmente no causan enfermedad en una persona normal.

Monocitopenia: Se presenta con cifras menores a $200 \times \text{mm}^3$, de monocitos, puede aparecer en el curso de las infecciones agudas, tratamientos con agentes citostáticos, administración prolongada de corticoides y algunas homeopatías.

Eosinopenia: Es posible observarla por lo general en las infecciones agudas como la fiebre tifoidea, tuberculosis, síndrome de

Cushing, tratamientos prolongados con corticosteroides, estados de estrés, en traumatismos y en quemaduras extensas¹⁷.

Hemostasia: La hemostasia es el fenómeno fisiológico que detiene el sangrado. La hemostasia es un mecanismo de defensa que junto con la respuesta inflamatoria y de reparación ayudan a proteger la integridad del sistema vascular después de una lesión tisular. En condiciones normales la sangre circula en fase líquida en todo el organismo. Después de una lesión vascular la sangre se coagula sólo en el sitio de la lesión para sellar únicamente el área lesionada. La transformación de sangre líquida en coágulo sólido está regulada por el sistema hemostático y depende de una interacción compleja entre la sangre que contiene las células y los factores que intervienen en la coagulación y la pared vascular o endotelio vascular, el cual cumple un papel fundamental dentro de la coagulación.

Para la hemostasia el organismo cuenta con el sistema de la coagulación que junto con sus mecanismos de retroalimentación asegura la eficacia de la misma, y con el sistema fibrinolítico que actúa como regulador del sistema de la coagulación al eliminar fibrina no necesaria para la hemostasia ^{19,20}.

En las personas sanas el equilibrio es perfecto, pero si disminuyen los factores de coagulación o el potencial fibrinolítico sobrepasa el potencial de coagulación, se producirá una hemorragia; si el potencial de coagulación sobrepasa el fibrinolítico o si disminuyen los factores inhibidores de la coagulación se producirá una trombosis ^{21,22,23}.

PRUEBAS DE HEMOSTASIA

Ante un paciente programado para la realización de una cirugía bucal que refiere una historia indicativa de alteración de la hemostasia es necesario retrasar la intervención y solicitar estudios de coagulación. Para efectos académicos se divide la hemostasia en primaria, secundaria y fibrinólisis. La hemostasia primaria incluye la fase vascular/epitelial y plaquetaria. La hemostasia secundaria es la coagulación propiamente dicha, y la fibrinólisis es el conjunto de mecanismos encargados de deshacer el coágulo de fibrina una vez formado²¹.

Tiempo de sangría Descrito por Duke en 1910 es la única técnica de función plaquetaria *in vivo*. Es el tiempo que tarda en detenerse la hemorragia después de una pequeña incisión estandarizada en la cara anterior del antebrazo, manteniendo una presión de 40 mmHg. Ha sido ampliamente utilizada como prueba de función plaquetaria preoperatoria hasta los años noventa y hoy sigue en uso, aunque en menor medida. No obstante, si está adecuadamente estandarizado y se realiza por personal con experiencia, este test da una idea global de la función plaquetaria en la hemostasia primaria modificada por otras células sanguíneas y el endotelio. El tratamiento con ácido acetil salicílico o clopidogrel alarga el tiempo de sangría. El tiempo de hemorragia normal es de 1 a 6 minutos y si supera los 6 minutos se considera prolongado o anormal. El tiempo de sangría se puede alargar por trombocitopenia o alteración de la función plaquetaria, en la enfermedad de Von Willebrand y en pacientes que toman aspirina o antiinflamatorios (AINES) durante 5-7 días²⁴.

Recuento plaquetario: El número normal de plaquetas oscila entre los 150.000 y 400.000/ μ l de sangre. Sin embargo, los efectos clínicos solo suelen observarse con recuentos plaquetarios inferiores a 50.000/ μ l. Desde un punto de vista funcional el recuento plaquetario no es imprescindible ya que el tiempo de sangría reflejará los problemas de número y calidad de plaquetas. Sin embargo con el recuento plaquetario se puede conocer mejor la naturaleza del problema del paciente con tiempo de sangría prolongado. Por ejemplo si el tiempo de hemorragia esta prolongado y el recuento plaquetario en límites normales, podría existir un problema en el funcionamiento plaquetario²⁴.

Tiempo de coagulación: Es la prueba de las diátesis hemorrágicas o coagulopatías (hemostasia secundaria). El tiempo de coagulación indica el estado de los factores plasmáticos que intervienen en el mecanismo de la coagulación como son: globulina antihemofílica, protrombina, fibrinógeno, etc, o aquellos que lo dificultan como la antitrombina, aunque hay que resaltar su escaso valor, pues es normal en muchos casos en los que estos factores están alterados. El tiempo de coagulación normal es de 5 a 10 minutos. Solo si es superior a 12 minutos puede considerarse patológico²⁴.

Tiempo de tromboplastina parcial TTP: Esta prueba refleja la capacidad de la sangre para coagularse en los vasos sanguíneos en la zona lesionada. Por lo general el TTP oscila entre 25-35 segundos y los resultados superiores a 35 segundos pueden considerarse anormales o prolongados. El TTP es sensible en deficiencias del 30-40% de todos los factores de coagulación salvo de los factores VII y XIII²⁴.

Tiempo de protrombina TP (Índice de Quick): Esta prueba es un tiempo de coagulación en condiciones especiales, refleja la capacidad de la sangre vertida por los vasos lesionados para coagularse. Los valores varían de un laboratorio a otro y los resultados pueden expresarse de dos maneras diferentes: en segundos necesarios para la formación del coágulo, valores normales entre 10-15 segundos y en porcentajes de la actividad de la protrombina con valores normales entre 85-110%. Esta prueba es útil para averiguar las alteraciones de la coagulación de diversas enfermedades adquiridas como deficiencia de vitamina K, hepatopatías, coagulación intravascular²⁴.

Tiempo de trombina: Es un tiempo de coagulación del plasma provocado por la unión de trombina como agente activador, este convierte el fibrinógeno en fibrina que constituye la mayor parte del coágulo sanguíneo. Por tanto solo determina la capacidad del fibrinógeno para formar el coágulo inicial, el intervalo normal está entre los 9-13 segundos ²⁴.

Utilidad del tiempo de sangría:

- Detección de enfermedades congénitas de las plaquetas.
- Defectos hemostáticos en pacientes con rinorragias a repetición.
- Defectos hemostáticos en pacientes con preeclampsia.
- Monitoreo del posible sangrado asociado por uremia, enfermedad de Von Willebrand, enfermedades congénitas de la función plaquetaria, enfermedades hepáticas crónicas, alcoholismo agudo, ingestión de aspirina, anemia.

- Toma de decisión de la terapia en la trombocitopenia autoinmune.

Utilidad del recuento de plaquetas:

La reducción importante del recuento de plaquetas (menos de 50.000) se acompaña de un incremento del riesgo de hemorragia intraoperatoria. No hay descripción de casos con trombocitopenia grave en pacientes sin datos clínicos previos que sugieran coagulopatía. La profundización del estudio está indicada si la historia clínica o la exploración física sugieren la existencia de trombocitosis o trombocitopenia.

Utilidad del tiempo de protrombina:

Presenta resultados anormales con muy baja frecuencia en pacientes asintomáticos o en los que la clínica no aporta sospechas de diátesis hemorrágica⁶.

Tabla 5. Valores referenciales del estudio básico de coagulación

PRUEBAS	VALORES
TTPa: Tiempo de tromboplastina parcial activado (segundos)	25 – 35
Ratio TTPa paciente/TTPa control	1 – 1.2
TP: Tiempo de protrombina (segundos)	10 – 15
Ratio TP paciente/TP control	1 – 1.2
Actividad de protrombina (%)	70-100%
International Normalized Ratio (INR)	0.8 – 1.2

Fuente de referencia . Dasí, M (25)

Tabla 6. Valores recomendados para cirugías electivas según riesgo hemorrágico

	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto*
Hemoglobina (g/dl)	>10	>10	> 10 – 11
TTPa ratio	<1.8	<1.5	<1.5
TP ratio	<1.8	<1.5	<1.5

*Según comorbilidades. Fuente de referencia: Dasí, M (25)

MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE HEMOFÍLICO

Los anestésicos por bloqueo sólo deben ser administrados en hemofílicos severos y moderados previa autorización del hematólogo, en estos casos se debe evitar la anestesia troncular por el peligro de hemorragias profundas, por lo cual se recomienda el uso de anestesia infiltrativa, intrapulpar e intraligamentaria. Utilizar pre medicación con hipnóticos y sedantes para procedimientos quirúrgicos grandes sobre todo en pacientes nerviosos y aprehensivos, la misma que debe ser administrada por vía oral y no la vía parenteral para evitar hematomas. En cuanto a las cirugías odontológicas sólo se puede realizar cirugías indispensables y se debe evitar la cirugía electiva. Los dientes primarios no deben ser extraídos antes de su caída natural. No se debe extraer más de dos dientes por sesión, eliminando esquiras, hueso, sarro etc., que dificulte la hemostasia. La hemostasia local con gasa se realiza cada 30 minutos. En el post operatorio se le indican antifibrinolíticos en forma de enjuague bucal por un tiempo de tres a cuatro minutos repitiéndose cada 6 horas por 5 a 7 días. En el sitio de la exodoncia se debe colocar la gasa humedecida con el antifibrinolítico por 20 mi

nutos. Cuando el paciente sufre de sangrado en el post-operatorio deberá ser nuevamente evaluado por el equipo tratante para decidir si es nuevamente trasfundido con factor de reemplazo y continuar la terapia vía oral. Se debe evitar el uso de la sutura, realizar la sutura con seda no reabsorbible para prevenir la respuesta inflamatoria ²⁶.

BIOQUÍMICA HEMÁTICA

Glucosa: Es una azúcar simple formada por seis átomos de carbono. Su metabolismo oxidativo proporciona la gran parte de energía que utiliza el organismo, por lo que existen distintos mecanismos de control homeostático para mantener unas concentraciones constantes que oscilan entre 70 y 100mg/dL en ayunas.

Hiperglucemia: Se considera hiperglucemia cuando los valores de glucosa superan los 100 mg/dL en ayunas; puede ser transitoria y no muy elevada en situaciones de ansiedad, esfuerzos musculares intensos y a veces en la menstruación, otra causa es la intolerancia a la glucosa caracterizada por valores de

glucemia basal de entre 100 y 125mg/dL o de glucemias de 140-199mg/dL a las dos horas de una prueba de sobrecarga oral de glucosa. Si los valores son aún más elevados se trata de una enfermedad llamada diabetes mellitus, definida por la OMS en 1998 por valores de glicemia basal mayor o igual a 126mg/dL, 200 mg/dL a cualquier hora del día o valores de hemoglobina glicosilada, o glucemia a los 120 minutos de la prueba de tolerancia oral a la glucosa. Un caso especial de la diabetes es la gestacional que habitualmente cede después del parto, pero que es un factor predisponente de una diabetes futura.

Hipoglucemia: Hipoglucemia se considera a valores inferiores de 70 mg/dL y se considera como patológica cuando se reportan valores inferiores a 55mg/dl, el valor de hipoglucemia sintomática varía mucho de forma individual y según la situación clínica, por lo que el diagnóstico de hipoglucemia se realiza mediante síntomas subjetivos, concentración baja en glucosa y alivio sintomático tras la elevación de la glucemia. Se ha dividido en dos grupos: la de ayuno por la aparición del cuadro después de 5-6 horas tras la última ingesta de azúcar y la reactiva en la que los síntomas aparecen a las 2-4 horas después del consumo de alimentos.

Los exámenes que deben realizarse los pacientes son el hemograma completo de Schilling con su serie roja, serie blanca y fórmula leucocitaria, pruebas de hemostasia para evitar cualquier eventualidad por presencia de hemorragias, la bioquímica hemática para determinar niveles altos o bajos de glucosa, ya que esto impedirá la buena cicatrización de los tejidos afectados en el acto operatorio.

Al encontrarse con cualquier alteración en los valores de los exámenes complementarios de laboratorio tanto el paciente como el familiar o acompañante deben ser informados sobre el diagnóstico, pronóstico y el plan de tratamiento informando los riesgos y beneficios ²⁷.

CONCLUSIONES

Los exámenes hematológicos son anormales en sólo el 2,5 % de aquellos pacientes cuya historia clínica o examen físico no revelan patología. Antes de una operación mayor considerada como un procedimiento clínico terapéutico que involucra sangrado y /o riesgo del mismo, es recomendable la determinación de las pruebas de laboratorio necesarias ya que es un marcador muy sensible; por ejemplo con una hemoglobinemia menor de 8 g/100 ml se incrementa los problemas de los procedimientos significativamente.

La lesión quirúrgica estimula la respuesta hemostática que en condiciones patológicas puede conducir a una hemorragia incontrolable durante la cirugía, para evitar que esto ocurra y no tener que recurrir a una transfusión, que implica un riesgo por las posibles consecuencias es importante conocer acerca de los problemas de la coagulación para minimizar así las pérdidas hemáticas y la necesidad de transfusión. La probabilidad de que un paciente sin antecedentes clínicos de hemorragias sufra una alteración de la coagulación durante un acto quirúrgico es del 0,008 %. En el postoperatorio son más frecuentes y graves las complicaciones trombóticas y tromboembólicas que las hemorrágicas. La ingesta de aspirina o de otros antiinflamato-

rios no esteroideos altera los resultados del coagulograma y deben ser suspendidos una semana antes del procedimiento para evitar riesgos de sangrado. La correlación clínica con la práctica odontológica en cuanto al conocimiento de hematología es importante debido a que variaciones en el tiempo de sangría o en la biometría sanguínea pueden complicar los procedimientos odontológicos que requieran de una operación mayor.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Iglesias Corchero AM. Factores de Riesgo Odontológico en pacientes médicamente comprometidos registrados en un Centro de Atención Primaria de Odontología del Servicio Galego de Saúde-SERGAS. 2014 [citado 25 de abril de 2017]; Disponible en: <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/10011>
- Faculta de Medicina de la Universidad de Chile. Diabetes Mellitus. Bases de la Medicina Clínica. Unidad 7. Tema 7.4 [documento en línea] Chile. Año 2010. Disponible en: http://www.basesmedicina.cl/diabetes/704_insulinoterapia/insulinoterapia_paciente_amb.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Nota descriptiva N° 312. Enero 2015 [documento en línea] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
- Sempertegui J. Correlación entre la medicina del laboratorio y las ciencias básicas y clínicas. Imprenta Gráficas Lituma. Cuenca, Ecuador. Año 2012.
- Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci.* 2010;5(1):1.
- Bumaschny E, Raffa CI, Rechman P. Evaluación preoperatoria del paciente quirúrgico. *Encicl Cir Dig F Galindo.* 2013;101:1-20.
- Maya GC. Del hemograma manual al hemograma de cuarta generación. *Med Lab.* 2007;13(11-12):511-550.
- Munker R., Hiller E., Glass J, Paquette R. (2006) *Modern Hematology: Biology and Clinical Management.* Second Edition. USA. Humana Press.
- de Miguel Llorente, D., Suárez, J. G., Rubio, M. L., & de Ozalla, C. B. A. (2001). Protocolo diagnóstico de las poliglobulias. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 8(52), 2789-2791.
- Sanz M.A., Carreras E., (2015), *Manual práctico de Hematología Clínica 5ª Ed.*, Molins de Rei, España: Ediciones Escofet Zamora S.L.
- Merino, A. H. (2012). Anemias en la infancia y adolescencia. Clasificación y diagnóstico. *Pediatría Integral.* Madrid-España. Págs, 357-364.
- Hernández-Reyes, L. (2013). Avances y aplicación clínica de la biometría hemática automatizada. *Rev Cubana Hemat Inmunol Hemoter*, 29(1).

13. Henry J. Laboratorio en el Diagnóstico Clínico. 20ª ed. United States: Marban; 2010.
14. Henry J. Laboratorio en el Diagnóstico Clínico. 20ª ed. United States: Marban; 2010.
15. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra. Año 2011. Disponible en: <http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin/es/>.
16. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud,; 2011.
17. Gaona, C. A. (2003). Interpretación clínica de la biometría hemática. Medicina Universitaria, 5(18), 35.
18. Solis, D et al (2011) Manual de Prácticas de Biología. Universidad de Cuenca.
19. Feely Ma, Collins Cs, Daniels Pr, Kebede Eb, Jatoi A, Mauck KF. Preoperative testing before noncardiac surgery: guidelines and recommendations. Am Fam Physician. 2013 Mar 15;87(6):414-.
20. Heiniger Ai, Cuesta Ma. Recomendaciones para el control del tratamiento anticoagulante oral para profesionales de atención primaria. UCG hematología 2003. http://www.carloshaya.net/uchematologia/media/Recomendaciones_TAO.pdf. Accedido: 1/10/2013.
21. Páramo, J. A., Panizo, E., Pegenaute, C., & Lecumberri, R. (2009). Coagulación 2009: una visión moderna de la hemostasia. Rev Med Univ Navarra, 53(1), 19-23.
22. Jaime J, Gómez D. Hematología La sangre y sus enfermedades. Editorial Mc Graw Hill. México. Año 2012.
23. Barret K, Barman S, et al. Fisiología Médica. 24 edición. Editorial Mc Graw Hill. México D.F. Año 2013.
24. Lewis, S. M., Bain, B. J., & Bates, I. (2008). Hematología práctica. Elsevier España.
25. Dasí M.A., Haya S., Mateo J., Tàssies D., Vallés J. (2007) Trombosis y Hemostasia. Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia. Grupo Acción Médica SA.
26. Quintero Parada, E., Sabater Recolons, M. M., Chimenos Kustner, E., & López López, J. (2004). Hemostasia y tratamiento odontológico. Avances en Odontostomatología, 20(5), 247-261.
27. 1. Wisse, B. Examen de glucemia. MedlinePlus [documento en línea] Washington, Estados Unidos. Año 2014. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003482.htm>.

Universidad de Cuenca

Facultad de Odontología

Revista de la Facultad de Odontología

Instrucciones a los Autores y Normas de Publicación

Dirección de Publicaciones de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca

Los manuscritos deben presentar resultados originales, que no hayan sido publicados ni están siendo considerados para publicación en otra revista y que se ajustan a normas éticas internacionales de propiedad intelectual y autoría.

1. **Secciones.** La revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca consta de las siguientes secciones regulares:
 - a. **Editoriales:** artículos de opinión abordando temas específicos y de actualidad en el campo de la ciencia y salud. Corresponden a invitaciones efectuadas por el Editor y el Comité Editorial.
 - b. **Reportes de Investigación:** artículos originales correspondientes a protocolos de investigación, estudios finalizados con diseños observacionales (cohortes, caso-control, transversales, correlación, series de casos y reportes de caso ampliados), diseños experimentales (ensayos clínicos) y diseños integrativos (metanálisis y revisiones sistemáticas).
 - c. **Educación en odontología:** artículos correspondientes al proceso de enseñanza y formación profesional, relacionados con los sistemas educativos universitarios, particularmente de odontología.
 - d. **Reportes científicos:** artículos correspondientes a revisiones ampliadas y comunicaciones cortas, sobre temas para educación en odontológica continua. Generalmente corresponden a invitaciones efectuadas por el Editor y el Comité Editorial. Solamente artículos de extremo interés y posean el mérito suficiente en su contenido serán aceptados de autores no invitados.
 - e. **Cartas de Investigación:** artículos correspondientes a casos clínicos cortos y trabajos de investigación en general cuyo contenido, complejidad metodológica y alcance de resultados no justifica una mayor extensión.
 - f. **Cartas al Editor:** artículos de opiniones a trabajos previamente publicados en la revista, puntos de debate y comunicaciones científicas puntuales.
 - g. **Otras secciones no regulares:** (Salud Pública, Crónicas de la Facultad, Historia de la Odontología) son consideradas dentro de un número de la revista cuando se considera pertinente por parte de los editores.

2. **Estructura de los artículos originales.** la revista de la Facultad de odontología de la Universidad de Cuenca procura seguir las recomendaciones del Comité Internacional de Revistas Biomédicas (<http://www.icmje.org>) los artículos científicos que se presenten deberán estar redactados íntegramente en castellano, inglés o portugués, a una sola columna, con un tamaño de página A4, idealmente a doble espacio y márgenes de 2cm a cada lado. Todas las páginas deberán estar numeradas consecutivamente en el ángulo inferior derecho, ninguna página debe tener características propias de un proceso de diagramación para imprenta.

Los manuscritos, para efectos metodológicos se ordenarán de la siguiente manera: 1. Título. 2. Resumen en español e inglés incluidos las palabras clave. 3. Texto, con la introducción o planteamiento del problema, métodos, resultados en cuadros, tablas o gráficos y discusión. 4. Referencias bibliográficas de acuerdo a las Normas de Vancouver.

- 1.1 **Título.** Debe ser específico para describir adecuadamente el contenido del artículo, deberá tener de 8 a 10 palabras.

Nombres de los Autores. Constarán debajo del título, para cada autor/coautor deberá utilizarse una de las siguientes modalidades con fines de la respectiva citación en caso de publicación:

- Primer nombre – inicial del segundo nombre – primer apellido.
- Primer nombre – segundo nombre completo – primer apellido.
- Primer nombre – inicial del segundo nombre – primer y segundo apellidos.

Detalle de los autores. Para cada autor/coautor deberá indicarse los datos actualizados de:

- Título académico.
- Lugar de trabajo.
- Cargo institucional.
- Ciudad y país en el que se realizó el trabajo.

- 1.2 **Resumen.** En estilo estructurado para artículos de investigación y estilo narrativo para aquellos de tipo revisión. Las cartas de investigación y las cartas al editor no requieren de resumen. Constará de 200 palabras en artículos originales, así como en los de revisión y opinión; y, de 50 a 100 para los informes de casos clínicos. Deberá estructurarse de la siguiente manera: objetivos, métodos, resultados y conclusiones. No se utilizarán abreviaturas excepto cuando se utilicen unidades de medida.

Palabras clave. Todo artículo llevará de 3 a 10 palabras clave en español y en inglés (Key words). Se relacionarán con los descriptores de las ciencias de la salud (DeCS) o con los términos MeSH (Medical Subject Headings).

- 1.3 **Texto.** El texto del artículo científico se presentará en el siguiente orden: introducción, métodos, resultados, discusión, conclusiones y referencias bibliográficas; en caso necesario se incluirá la declaración de conflicto de intereses y fuente de financiamiento, luego de las conclusiones.

Cuando se utilicen abreviaturas estarán precedidas por el significado completo de las mismas la primera vez que aparezcan en el texto. Cada referencia, figura o tabla se citará en

el texto en orden numérico (el orden en el cual se menciona en el texto determinará los números de las referencias, figuras o tablas).

Se indicará en el texto los sitios de las figuras y tablas. Las figuras contarán con la respectiva autorización si el material ha sido publicado previamente. Las fotografías no permitirán la identificación de la persona, a menos que se disponga de la autorización para hacerlo.

Detalles de la escritura según el tipo de manuscrito.

- a. **Reportes de investigación.** Para los artículos originales los autores deberán considerar la extensión correcta (sin resumen y referencias bibliográficas) y estructura según el tipo de trabajo. Para diseños observacionales (cohortes, caso y control, transversales), experimentales (ensayos clínicos) e integrativos (revisiones sistemáticas y metaanálisis), idealmente con un máximo entre 4000 a 5000 palabras, hasta 6 tablas y 4 figuras, salvo que se encuentre justificado un mayor número de las mismas. El cuerpo del manuscrito deberá tener como apartados: introducción, sujetos y métodos, resultados, discusión. Solo deberán emplearse las referencias bibliográficas más relevantes para el artículo.

Las revisiones sistemáticas y metaanálisis deberán seguir la normativa PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metaanalyses), los estudios observacionales analíticos las normas STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) y los ensayos clínicos las normas CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials).

Para trabajos con diseño de series de casos, la extensión máxima deberá ser de 3500 palabras. Se aceptarán hasta 4 tablas y 2 figuras. Apartados iguales al anterior. Los artículos con diseño reporte de caso serán excepcionalmente publicados de forma ampliada en esta sección de la revista. La extensión máxima será de 3000 palabras y se aceptarán hasta 4 tablas o figuras. El cuerpo del manuscrito deberá tener como apartados: introducción, presentación del caso, discusión. El comité editorial se reserva el derecho de reducir la extensión de artículos sobre reportes de casos puntuales y publicarlos en la sección de Cartas de Investigación.

En los artículos sobre protocolos de investigación la extensión máxima deberá ser de 6000 palabras y se aceptarán hasta 6 tablas y 4 figuras. El cuerpo del manuscrito deberá tener los siguientes apartados: Introducción- Justificación del estudio- Metodología- discusión (sobre los resultados que se prevé obtener y sus potenciales implicaciones en la práctica clínica). La revista recomienda a los autores también registrar las investigaciones en la Dirección de Inteligencia de la salud de Ministerio de Salud Pública.

- b. **Cartas de Investigación.** Los autores deberán procurar que el contenido tenga más de 1500 palabras, incluyendo referencias bibliográficas. Se aceptará hasta dos tablas y una figura. El número máximo de referencias bibliográficas será de 10. No tendrá resumen. El cuerpo deberá tener como apartados: Contexto – Métodos – Resultados – Comentario; y para reportes de caso: Contexto Presentación del caso- Comentario.
- c. **Cartas al Editor.** Deberá poseer título y detalles de los autores. El contenido estará en un máximo de 1000 palabras, incluyendo referencias bibliográficas. Se aceptará hasta una tabla y una figura; y máximo 5 referencias bibliográficas.
- d. **Reportes científicos/Educación médica/ otros artículos de revisión.** Los autores deberán procurar una extensión entre 4000 y 5000 palabras, sin considerar resumen referencias bibliográficas. Se aceptarán hasta 4 tablas y 4 figuras, salvo que se justifique un mayor

número de las mismas. El cuerpo del artículo podrá contener títulos y subtítulos según sea pertinente para facilitar la lectura. El total de referencias bibliográficas deberá encontrarse acorde al contenido y extensión del documento.

Introducción

Tiene el objetivo de familiarizar al lector con la temática, la finalidad y el sentido del artículo científico. En ella se exponen las motivaciones que impulsaron a realizar la investigación, el problema a investigar, el objetivo que se propone, la metodología que se aplica para obtener los resultados; y, muy brevemente, las conclusiones obtenidas.

Métodos

Se describirá las particularidades de la investigación de acuerdo al tipo de diseño; una adecuada descripción posibilita que la experiencia pueda ser comprobada y recreada por otros investigadores y científicos. Esta norma es compatible con la credibilidad y veracidad de todo trabajo científico. Es importante presentar el universo o población de estudio, las características de la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, las variables que intervienen, el diseño estadístico y los métodos matemáticos utilizados para demostrar las hipótesis.

Resultados

La exposición de los resultados precisa de la descripción científica del nuevo conocimiento que aporta la investigación, así como de los resultados que la justifican. Se seleccionará de manera ordenada lo que es significativo para la finalidad del artículo, es decir, para el mensaje que se quiere divulgar. Una revisión minuciosa de los datos acopiados y una actitud reflexiva de su significación ayudan a seleccionar la información relevante y a definir adecuadamente la esencia del nuevo conocimiento obtenido.

La utilización de tablas o gráficos estará sujeta a la naturaleza de los datos. Cuando se trata de manifestar y de visualizar una tendencia o proceso en evolución es recomendable el uso de un gráfico, en tanto que las tablas ofrecen mayor precisión y permiten leer los valores directamente. En ambos casos serán auto explicativos es decir, que eviten remitirse al texto y sean convincentes por sí mismos. El título y las notas explicativas a pie de tabla y gráfica serán breves y concretas.

Discusión

Constituye la parte esencial del artículo científico y el punto culminante de la investigación. Tiene el propósito de utilizar los resultados para obtener un nuevo conocimiento. No se trata de reiterar los resultados con un comentario sino entrar en un proceso analítico y comparativo con la teoría y los resultados previos de otras investigaciones, para buscar las explicaciones al problema planteado, así como inferir su validez científica en el contexto específico del campo investigativo. Es fundamental contrastar los resultados y conclusiones con estudios previos a la luz de las teorías citadas.

Referencias bibliográficas

Las Referencias bibliográficas serán escritas de acuerdo a las Normas de Vancouver.

Artículos de Revista

Apellido, inicial del nombre. Título. Abreviatura de la revista. Año y mes. Volumen (número): páginas.

Ejemplo:

Amoroso-Silva PA, Ordinola-Zapata R, Duarte MAH, Gutmann JL, del Carpio- Perochena A, Bramante CM, et al. Micro-computed Tomographic Analysis of Mandibular Second Molars with C-shaped Root Canals. J Endod. 2015 Jun;41(6):890-5.

Libros

Apellido, inicial del nombre. Título. Número de edición. Ciudad; Editorial; año, página.

Ejemplo:

Guerrero, R. González, C. Medina, E. Epidemiología. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano, S.A.;1981, p. 52.

Internet

Apellido, inicial del nombre. Título. Disponible e: dirección de página web. Fecha de actualización.

Lazcano E, Salazar E, Hernández M. Estudios Epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. Disponible en

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000200009&lng=es&nrm=iso accedido en 04 de julio de 2011.

Ensayo

Es un escrito en prosa con lenguaje conceptual y expositivo que expone con profundidad, madurez y sensibilidad una interpretación menos rigurosa metodológicamente sobre diversos temas, sean filosóficos, científicos, históricos, etc. El punto de vista que asume el autor al tratar el tema adquiere primacía. La nota individual, los sentimientos del autor, gustos o aversiones se ligan a un lenguaje más conceptual y expositivo. Combina el carácter científico de los argumentos con el punto de vista y la imaginación del autor. La estructura del ensayo tiene: Introducción, Desarrollo, Conclusiones y referencias bibliográficas. Tiene una extensión de hasta 5000 palabras.

Casos clínicos

Se realiza la descripción y análisis de casos clínicos con una extensión máxima de 5000 palabras con la siguiente estructura: Título, Resumen, Introducción, Presentación del caso que incluya procedimientos diagnósticos, tratamiento y evolución; Discusión, Conclusiones y Referencias bibliográficas. Se incluye tablas con datos analíticos y hasta cinco gráficos de alta calidad. La Revista de la facultad publicará los casos que tengan mayor relevancia científica, profesional y social.

Revisiones bibliográficas

Son escritos para analizar diversos temas con profundidad sobre temas de interés académico, científico, profesional o social relacionados con la salud. La extensión es de hasta 10 páginas, pueden contener hasta 10 cuadros o gráficos y hasta 100 referencias bibliográficas. Contiene un resumen de aproximadamente 200 palabras. Contiene al menos de Introducción, Desarrollo y Conclusiones.

Artículos de reflexión

Son escritos de análisis filosóficos, éticos o sociales relacionados con la salud con contenido crítico, con una extensión de hasta 5000 palabras. Pueden ser elaborados a pedido del Director o por iniciativa de los autores.

Imágenes en salud

Se puede incluir imágenes de interés sobre las diversas ramas de las ciencias de la salud, con presentación de eventos o acontecimientos, su descripción, explicación, evolución y desenlace. Puede contener hasta 500 palabras y hasta 5 imágenes con su numeración y nota explicativa al pie. Las imágenes deben ser de óptima calidad. No deben identificarse a las personas, salvo que exista autorización escrita para su publicación.

Aspectos éticos

Los artículos científicos para su publicación se sujetarán a las normas nacionales e internacionales de Bioética para investigación y publicación.

Entrega

Los trabajos científicos a ser publicados en la Revista de la Facultad serán entregados en la Secretaría de la Comisión de Publicaciones y enviados al e-mail revista.odontologia@ucuenca.edu.ec en original y una copia con material gráfico en formato JPG incluido, en papel bond, medida estándar ISO A4, con márgenes de 2.5cm a cada lado, impreso sob

re una sola cara y a 1.5 puntos de espacio interlineado, con letra tamaño 12 puntos, en Word con una extensión máxima de 10 paginas; se acompañará en el medio electrónico el contenido que incluye texto, tablas, fotografías, figuras y gráficos, indicando el programa en el que fue procesado; incluirá la autorización para la publicación de fotografías en las que se identifique a las personas.

**COMISIÓN DE PUBLICACIONES:
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE CUENCA
I.S.S.N. 1390-0889
REVISTA CONSTA EN EL DIRECTORIO LATINDEX
DESDE EL AÑO 1995**



150 AÑOS
DE INNOVACIÓN
Y COMPROMISO SOCIAL

Edificio de la Facultad de Odontología
Av. El Paraíso Teléfono: (593) 7 405 1000 Ext. 3200
www.ucuenca.edu.e