



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
DEPARTAMENTO FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
CAMPUS BÁRBULA

IMPLICACIONES BUCALES DEL PIERCING INTRAORAL Y PERIORAL

**Estudio Realizado en Estudiantes de Educación Media,
Diversificada y Profesional del Instituto Colegio El Viñado en el Año
Escolar 2007-2008**

Autoras:

Tovar Mariangélica
Urbano Madeleine

Tutor de Contenido: Prof. Conan Laya.
Tutor de Metodología: Prof. Yadira Corral.

Bárbula, Mayo de 2008



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
CAMPUS BÁRBULA

ÁREA DE INVESTIGACIÓN: Rehabilitación del Sistema

Estomatognático

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Patología Bucal

IMPLICACIONES BUCALES DEL PIERCING INTRAORAL Y PERIORAL

Trabajo de Grado Realizado para Optar al Título de Odontólogo

Autoras:

Tovar Mariangélica
Urbano Madeleine

Tutor de Contenido: Prof. Conan Laya.

Tutor de Metodología: Prof. Yadira Corral

Bárbula, Mayo de 2008



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
CAMPUS BÁRBULA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

En nuestro carácter de Tutores del Trabajo presentado por las Ciudadanas **Mariangélica Tovar**, Cédula de Identidad N° **16.448.079** y **Madeleine Urbano**, Cédula de Identidad N° **18.253.213** para optar al Grado de ODONTÓLOGO, consideramos que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe, cuyo título es: **Implicaciones Bucales del Piercing Intraoral y Perioral.**

En Bárbula, al los 2 días del mes de Mayo de 2008.

Od. Conan Laya
Tutor de Contenido
C.I: 7.102.872.

Prof. Yadira Corral
Tutor de Metodología
C.I: 4.128.849.

DEDICATORIA

A nuestros padres, hermanos y afectos más cercanos:

Por su incondicional apoyo a lo largo de nuestras vidas, dándonos con su amor el impulso necesario para formarnos como mejores seres humanos, ciudadanas y profesionales.

*No hay palabras suficientes para
Agradecer y retribuir tanta entrega.*

AGRADECIMIENTO

Al Odontólogo Conan Laya:

Por el tiempo dedicado, sus valiosas orientaciones y su apoyo generoso para el desarrollo de esta investigación.

A la Profesora Yadira Corral:

Por su asesoramiento, tutorías, recomendaciones y tiempo dedicado durante la realización de este trabajo.

Al personal docente y estudiantes del Instituto Colegio El Viñedo

Por su colaboración y ofrecernos su ayuda desinteresada para la realización de este estudio.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma hayan contribuido a la realización del presente trabajo de investigación.

A todos ellos

Gracias

ÍNDICE GENERAL

LISTA DE CUADROS.....	pp. viii
LISTA DE GRÁFICOS.....	x
LISTA DE IMÁGENES.....	xii
RESUMEN.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1
 CAPÍTULO	
I EL PROBLEMA.....	3
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos de la Investigación.....	6
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos.....	6
Justificación de la Investigación.....	6
II MARCO TEÓRICO.....	8
Antecedentes de la Investigación.....	8
Bases Teóricas.....	11
Sistema de Variables	32
Operacionalización de Variables.....	32
III MARCO METODOLÓGICO.....	34
Tipo y Diseño de la Investigación.....	34
Tipo.....	34
Diseño.....	34
Población y Muestra.....	35
Población.....	35
Muestra.....	35
Técnicas de Recolección de Datos e Instrumentos.....	36
Válidez y Confiabilidad.....	39
Procedimiento.....	40
Procedimientos Estadísticos.....	40
IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	41
Análisis de los Resultados.....	41
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	69
Conclusiones.....	69
Recomendaciones.....	69

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71 pp.
ANEXOS.....	74
A Cuestionario Policotómico	75
B Consentimiento Informado	78
C Tabla de Cálculos para la Confiabilidad.....	79
D Tabla Matriz de Datos	80

LISTA DE CUADROS

CUADRO	pp.
1 Complicaciones de los Piercing.....	20
2 Operacionalización de Variables.....	33
3 Matriz de Operacionalización del Instrumento.....	37
4 Esterilización de los materiales en la colocación del piercing intraoral o perioral.....	41
5 Esterilización del instrumental en la colocación del piercing intraoral o perioral.....	43
6 Desinfección de los materiales en la colocación del piercing intraoral o perioral.....	44
7 Desinfección del instrumental en la colocación del piercing intraoral o perioral	45
8 Frecuencia de la utilización de material desechable abierto en la presencia del portador del piercing.....	46
9 Frecuencia del uso de material desechable durante la colocación del piercing.....	48
10 Frecuencia del uso de material reciclado y esterilización para la colocación del piercing	49
11 Limpieza aseo del área de colocación del piercing	51
12 Seguimiento de las medidas de higiene luego de la colocación del piercing.....	52
13 Frecuencia de fractura dentaria luego de la colocación del piercing intraoral.....	54
14 Frecuencia de recesión gingival luego de la colocación del piercing intraoral.....	55

		pp.
15	Frecuencia de placa bacteriana luego de la colocación del piercing intraoral.....	57
16	Frecuencia de cálculo luego de la colocación del piercing intraoral.....	58
17	Frecuencia de sialorrea luego de la colocación del piercing intraoral.....	60
18	Frecuencia de inflamación de las encías luego de la colocación del piercing intraoral.....	61
19	Frecuencia de inflamación luego de la colocación del piercing perioral.....	62
20	Frecuencia de alergia luego de la colocación del piercing perioral.....	63
21	Frecuencia de dolor luego de la colocación del piercing perioral.....	64
22	Frecuencia de dolor luego de la colocación del piercing intraoral.....	65
23	Frecuencia de infección luego de la colocación del piercing intraoral o perioral.....	66

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO	pp.
1 Tipos de Piercing	14
2 Esterilización de los materiales en la colocación del piercing intraoral o perioral.....	42
3 Esterilización del instrumental en la colocación del piercing intraoral o perioral	43
4 Desinfección de los materiales en la colocación del piercing intraoral o perioral.....	44
5 Desinfección del instrumental en la colocación del piercing intraoral o perioral.....	46
6 Frecuencia de la utilización de material desechable abierto en la presencia del portador del piercing	47
7 Frecuencia del uso de material desechable durante la colocación del piercing.....	48
8 Frecuencia del uso de material reciclado y esterilización para la colocación del piercing.....	50
9 Limpieza y aseo del área de colocación del piercing.....	51
10 Seguimiento de las medidas de higiene luego de la colocación del piercing.....	53
11 Frecuencia de fractura dentaria luego de la colocación del piercing intraoral.....	55
12 Frecuencia de recesión gingival luego de la colocación del piercing intraoral.....	56
13 Frecuencia de placa bacteriana luego de la colocación del piercing intraoral.....	57
14 Frecuencia de cálculo luego de la colocación del piercing intraoral.....	59

	pp.
15 Frecuencia de sialorrea luego de la colocación del piercing intraoral.....	60
16 Frecuencia de inflamación de las encías luego de la colocación del piercing intraoral	61
17 Frecuencia de inflamación luego de la colocación del piercing perioral.....	62
18 Frecuencia de alergia luego de la colocación del piercing perioral.....	63
19 Frecuencia de dolor luego de la colocación del piercing perioral.....	64
20 Frecuencia de dolor luego de la colocación del piercing intraoral.....	65
21 Frecuencia de infección luego de la colocación del piercing intraoral o perioral.....	66

LISTA DE IMÁGENES

IMAGEN	pp.
1 Fotografía de colocación de Piercing Labrette.....	15
2 Fotografía de colocación de Piercing Barbell.....	15
3 Fotografía de colocación de Piercing Anillo.....	16
4 Fotografía de lengua.....	17
5 Fotografía de Piercings cerca de la comisura de los labios...	17
6 Fotografía de zona inflamada.....	19
7 Fotografía de múltiples Fracturas Dentarias.....	23
8 Fotografía de Recesión Gingival.....	24
9 Fotografía de Malposición Dentaria.....	25
10 Fotografía de epitelización del Piercing.....	26



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
CAMPUS BÁRBULA

IMPLICACIONES BUCALES DEL PIERCING INTRAORAL Y PERIORAL

Autor(es): Tovar Mariangélica

Urbano Madeleine

Tutores: Prof.Yadira Corral

Prof.Conan Laya

Fecha: Mayo de 2008.

RESUMEN

El presente trabajo es una investigación descriptiva cuyo objetivo general es Determinar las Implicaciones Bucales del Piercing Intraoral y Perioral en Estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio El Viñado en el Año Escolar 2007-2008. El tipo de investigación según el enfoque es cuantitativa, según el propósito es descriptiva y prospectiva; el diseño de investigación es no experimental transeccional. La muestra en esta investigación constó de 15 estudiantes, fue una muestra censal. Para recabar los datos se empleó un Cuestionario Policotómico. Con este estudio se obtuvieron conclusiones en cuanto a lesiones bucales producidas por el piercing intraoral y perioral siendo las más comunes recesión gingival, sialorrea, acumulación de placa bacteriana, dolor e inflamación; seguimiento de medidas preventivas, de higiene y limpieza de los sujetos de muestra las cuales fueron deficientes o no existían.

Palabras Clave: Piercing Intraoral, Piercing Perioral, Implicaciones Bucales.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
CAMPUS BÁRBULA

IMPLICATIONS BUCCAL OF THE PIERCING INTRAORAL AND PERIORAL

Authors: Tovar Mariangélica

Urbano Madeleine

Tutors: Prof.Yadira Corral

Prof.Conan Laya

Date: Mayo de 2008.

SUMMARY

The present work is a descriptive investigation whose general mission is to determine the Buccal Implications of the Piercing Intraoral and Perioral in Students of Middle, High and Vocational studies from the Institute “Colegio El Viñedo” for the 2007-2008 Scholar Year. The type of investigation according to the approach is quantitative, according to the intention she is descriptive and prospectiva; the design of investigation is nonexperimental transeccional. The sample in this investigation consists of 15 students, it was a censal sample. In order to successfully collect the data, we applied a Policotómico Questionnaire which allowed us to obtain conclusions regarding the buccal injuries produced by piercing intraoral and perioral. Among the most common injuries we found: gingival recession, sialorrea, accumulation of bacterial plate, inflammation and pain; pursuit of preventive measures, of hygiene and cleaning of the sample subjects as was deficient or they did not exist.

Key words: Buccal Piercing Intraoral, Piercing Perioral, Implications Buccal.

INTRODUCCIÓN

Existen numerosas patologías que afectan continuamente a personas poseedoras de piercing intraorales y periorales tales como: lesiones vasculares, inflamación, dolor, infecciones, alergias a los metales, traumatismos y fractura dentarias, acumulación de placa bacteriana y cálculo, malposiciones dentarias, aspiraciones, sialorrea, corrientes galvánicas, lesiones hiperplásicas y epitelización de la superficie del piercing.

Entre los antecedentes de esta investigación se puede mencionar el trabajo tipo experimental de Carreras-Presas (2005), el cual señalo que el piercing oral se ha convertido en una práctica habitual en nuestra sociedad. Debido a la importancia y frecuencia de las complicaciones nocivas para la salud derivadas de este procedimiento, los profesionales de la salud debemos estar al tanto de las mismas, para prevenirlas y tratarlas. Entre las complicaciones agudas más importantes destacan por su gravedad, infecciones, transmisión de enfermedades, endocarditis y angina de Ludwig. Las complicaciones crónicas del piercing derivan generalmente del traumatismo constante del adorno sobre mucosas y estructural dentales, encontrándose frecuentemente fracturas dentales y recesiones gingivales.

Esta investigación según el propósito es de tipo Descriptiva y Prospectiva y según el diseño es de tipo No experimental con Investigación Transeccional o Transversal donde se utilizará como instrumento de recolección de datos un cuestionario policotómico.

La investigación está estructurada en: capítulo I, denominado EL PROBLEMA donde se encuentran el planteamiento de problema, objetivo general, objetivos específicos y justificación de la investigación; capítulo II ; el MARCO TEÓRICO, en el cual están los antecedentes de la investigación ,las bases teóricas, sistema de variables y operacionalización de las variables; capítulo III, MARCO METODOLÓGICO donde se describen tipo y diseño de la investigación,

población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad, y procedimientos estadísticos; capítulo IV, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS, donde se presentan los cuadros y gráficos estadísticos. Luego de haber finalizado la investigación, recolección de datos y la fase de análisis de resultados, se hace posible dar respuesta a la interrogante y objetivos específicos que orientaron el desarrollo de la misma mediante las CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES, finalmente se da paso a las referencias bibliográficas que sirvieron para sustentar la investigación .

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento de Problema

Los Piercing intraorales y perioral están incrementando su popularidad en los últimos años, la inserción de objetos de metal en los tejidos intraorales y perioral han alcanzado una gran difusión en la población de adolescentes y adultos jóvenes en los países en vías de desarrollo como Venezuela.

Sin embargo, la práctica de colocación de joyerías y Piercing en distinta partes del cuerpo es muy antigua. Argollas, anillos, aretes y botones de oro, plata y acero eran utilizado como adornos en el pene, prepucio, escroto, pezones, clítoris y labios mayores desde hace muchos años y es una práctica de rutina en algunas culturas. En la actualidad es bastante común, según Mathews (1999), el uso de uno o varios adornos colocados en varios sitios del cuerpo y es considerado como una forma convencional de joyería.

Así, el arte en el cuerpo se realiza en forma de tatuaje y artículo de joyería que se llevan en sitios no tradicionales, con una intención cosmética o con una connotación sexual, pero en algunos casos es usado para producir dolor; presumiblemente, por razones masoquistas. Igualmente los Piercing en la boca son utilizados en algunos pueblos del tercer mundo. Afirma Perkins (1997) que en algunas tribus Amazónicas y de Etiopía son usados platos de madera en el labio inferior, y algunas tribus de Sudán utilizan tapones de madera en labio superior o

anillos de alambre que atraviesan el labio inferior, tales costumbres tienen un significado religioso, sexual, tribal o marital.

Así mismo, otras personas particularmente los chinos e hindúes, perforan los labios, mejillas o lengua con una variedad de implementar como un tipo de práctica religiosa. Sin embargo, a pesar de que en los países desarrollados y en vía de desarrollo esta práctica es poco usual, las perforaciones en la lengua y en los labios está actualmente ganando popularidad. La filosofía actual del Piercing es que cualquier superficie convexa pequeña, o las partes colgantes del cuerpo pueden agujerarse para llevar joyas. Los sitios normalmente perforados incluyen: orejas, cejas, nariz, lengua, pezones, ombligos, pene, escroto, labios y el clítoris.

En la actualidad, en la cavidad bucal tiende a usarse en labios, mejillas, lengua y úvula o una combinación de estos sitios, sin embargo, el lugar donde se colocan más frecuentemente es en la cara dorsal de la lengua. La perforación de la lengua se realiza típicamente en la línea media anterior al frenillo lingual. El procedimiento normalmente se lleva a cabo sin anestesia, se utiliza una pinza para sostener la lengua y se coloca un corcho debajo de esta con el fin de brindar apoyo. Posteriormente, Kretchmer y Moriasty (2001) señalan que la lengua se perfora con una aguja que tenga la misma medida del tallo del dispositivo que se va a colocar y éste se coloca de inmediato.

A juicio de los autores, lo que realmente es interesante del tema es que estos aditamentos son colocados por personas que no poseen los conocimientos necesarios para resolver los problemas que pueden surgir durante el acto o después del mismo tomando en cuenta, que aun sin complicaciones la cicatrización y las reacción adversas a consecuencia de los piercing son numerosas pero la más observada es el dolor y la inflamación. El edema que se origina en los casos de piercing en la lengua es debido a la vascularización del área, la cual lleva a una obstrucción con invaginación del metal en el cuerpo de la lengua durante la curación.

Igualmente, en otras partes de la boca las complicaciones son asociadas a infecciones producidas por la microflora existente en la boca y a la posible transmisión de microorganismos como al Virus de

Inmunodeficiencia Humana (VIH), Hepatitis B y C, al Herpes Simple, Epstein-Barr y a la Candida Albicans.

De la misma manera, Perkins (op. cit.) hace un reporte de una Angina de Ludwig, secundaria a un piercing en la lengua y asociado con dolor e inflamación de ésta y en el piso de la boca. Las otras complicaciones vienen dadas por astillamiento o fractura dentaria por el golpeteo del metal contra la superficie de los dientes y trauma gingival que en algunas ocasiones puede dar origen a reabsorciones óseas. Así, Kretchmer y Moriasty (op. cit.) reportan un caso de un piercing en lengua que produjo una periodontitis localizada a consecuencia del trauma constante sobre la encía, sumado al acúmulo de irritantes locales que presenta el paciente.

También, son consecuencia de esta práctica, según los autores anteriores, la mala pronunciación de algunas palabras, dificultad para masticar y tragar y la formación de tejidos cicatrízales que presentan hipersensibilidad a los metales, halitosis por acúmulo de bacterias, aumento del flujo salival, traumatismos y fracturas dentarias, bloqueo de las vías aéreas por severa inflamación de la lengua, deglución de la joyería. Al mismo tiempo, la persistencia de estos aditamentos en boca dan origen a lesiones que van desde un edema, hasta lesiones reactivas tipo: Fibromas, Mucocelos o Hiperplasias fibrosas Inflamatorias.

Por su parte, los odontólogos deben conocer los posibles riesgos de la colocación y el mantenimiento de los piercings intraorales y periorales para informar a sus pacientes. No obstante, no se puede ignorar que la población portadora de tales ornamentos es en muchas ocasiones reacia a quitárselos, por lo que también se debe recomendar y ofrecer tratamientos alternativos a los usuarios de los mismos.

En este marco, es inherencia del odontólogo el tratamiento de las complicaciones que surgen a consecuencia de la instalación de dichos aditamentos. También es llamado a realizar campañas que informen a los jóvenes, así como a los padres y representantes acerca del riesgo que corren

al permitir que personas no especializadas en el área de salud realicen una cirugía menor en la cavidad bucal.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar las implicaciones bucales del piercing intraoral y perioral en Estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio El Viñedo en el Año Escolar 2007-2008.

Objetivos Específicos

1. Establecer los tipos de lesiones bucales producidas por el uso del piercing intraoral en la salud bucal de los estudiantes de la muestra.
2. Establecer los tipos de lesiones bucales producidas por el uso del piercing perioral en la salud bucal de los estudiantes de la muestra.
3. Conocer las medidas de higiene que siguen los portadores del piercing de los estudiantes de la muestra.
4. Identificar las medidas de prevención que siguen los portadores del piercing de los estudiantes de la muestra.

Justificación de la Investigación

La presente investigación se enmarca en el Área Prioritaria Salud Pública, en el Área de Investigación: Rehabilitación del Sistema Estomatognático; en la Línea de Investigación: Patología Bucal, la cual está dirigida al estudio de la fisiología y patología que afectan al sistema estomatognático, su diagnóstico, tratamiento y control de forma interdisciplinaria.

Los piercing intraorales y periorales han incrementando su popularidad en los últimos años, la inserción de objetos de metal en los tejidos intraorales y perioral han alcanzado una gran difusión en la población de adolescentes y adultos jóvenes. Profundizar en el conocimiento de las implicaciones de los piercing intraoral y perioral, es de gran importancia para el odontólogo general, ya que será útil en sus estudios y formación profesional, para ofrecerle a sus pacientes la instrucción necesaria acerca del tema en estudio.

En la teoría, esta investigación puede ser útil como referencia bibliográfica para estudios posteriores, realizados por los profesionales de la salud bucal.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

Desde la antigüedad se han venido realizando piercings intraorales con motivaciones muy diversas a lo largo de la historia. Desde épocas ancestrales se practica la perforación de diferentes partes del cuerpo para llevar pendientes. Un pendiente es un elemento decorativo colocado en la oreja -o menos a menudo- en otra parte del cuerpo. La realización y el uso de tatuajes, piercings (del adjetivo inglés que significa penetrante), escarificaciones y marcas con hierro candente han pasado a denominarse "*body art*" y es una moda que ha ido ganando terreno de forma espectacular entre jóvenes en los últimos años. En la antigüedad, era una costumbre de ciertas poblaciones que podían estar alejadas de nuestra cultura, pero actualmente se está prodigando en el mundo occidental. Entre las investigaciones que se han realizado se tienen las que siguen a continuación.

Por su parte, **Ardila Medina** (2001), en su trabajo de investigación sobre Recesiones Gingivales causadas por piercings orales, tipo experimental, observó que la única complicación evidente de acuerdo a los casos estudiados fue la presencia de una recesión gingival localizada. La recesión fue restringida al área gingival que estaba en estrecha relación con el piercing determinando que ella esta directamente asociada al elemento intraoral.

En otro orden de ideas, los autores **De la Teja, Cadena y Escudero Castro** (2003), en su trabajo de investigación de tipo experimental realizado en el Servicio de Estomatología del Instituto Nacional de Pediatría, recibieron pacientes adolescentes que exhiben algún tipo de adorno y perforación facial o de una estructura bucal. En algunos casos, el hallazgo de objetos insertados en la mucosa bucal, la lengua o labios es fortuito y hasta sorprendente, ya que no es el motivo de la consulta, pero en otros casos la causa de la consulta se debe a sangrados o infecciones originados por el uso de dichos objetos colocados en las perforaciones. Esto requirió el retiro del adorno, el uso de antibióticos e incluso intervenciones quirúrgicas para tratar estas complicaciones. Convino, además, en dar consejos a los pacientes.

Concluyeron que, conforme se popularizan estas prácticas aumentan proporcionalmente las complicaciones que causan y ya forman parte de las consultas en los hospitales. Algunos médicos y estomatólogos están habituados y preparados para tratar estas complicaciones; sin embargo, muchos otros desconocen la magnitud y morbilidad de estas prácticas, y en ocasiones la etiología de las lesiones pasa inadvertida. Hoy es necesario que el pediatra y el estomatólogo pediatra conozcan las consecuencias que puede tener este “arte corporal” y ayuden a los adolescentes y sus familias en la toma de decisiones y en el tratamiento de las complicaciones que se presentan.

De otra manera, la Dra. **Bitterman** (2003), en su investigación de tipo experimental acotó que el uso de joyería intraoral colocada mediante perforación de la lengua o del labio es una práctica cada vez más común. Esta moda es relativamente más reciente y, por lo tanto, sólo con el paso del tiempo saldrán a relucir las múltiples consecuencias que trae para la cavidad oral. A pesar de eso, ya están apareciendo reportes de casos clínicos en donde la colocación de joyería intraoral se relaciona con problemas de recesión gingival y de pérdida ósea.

En el caso, se reportó un paciente con periodontitis severa localizada asociada al uso de joyería intraoral. Se presentó un paciente periodontalmente sano, a excepción de la zona en contacto con cuerpo extraño, razón por la cual se empieza a dilucidar una asociación causal entre el uso de joyería intraoral que requiere perforación y problemas periodontales localizados.

Por otra parte, **Ortega** (2003), en su trabajo de investigación tipo experimental sobre Morfopatología del piercing lingual, el cual se realizó en la Clínica Odontológica de la Universidad de Murcia, Se demostró que durante la persistencia del implante en todo el experimento imposibilita el cierre de la herida, mediante fibrosis y que además, favorece la reepitelización por crecimiento del epitelio desde los bordes, excepto en una zona central de uno de los lados del trayecto, se cree que es por causa de la necrosis del epitelio regenerado debido a la presión continua que ejerce el piercing. De ahí el interés de la realización de estudios experimentales similares de mayor evolución con el fin de confirmar la posible reepitelización total del trayecto. Esta investigación es de gran interés para nuestro estudio ya que se puede estimar que el piercing intraoral representa actualmente un auténtico fenómeno social y sanitario, por lo cual trae como consecuencia una gran variedad de implicaciones en la cavidad bucal.

De la misma manera, **Carreras-Presas** (2005) en su trabajo de investigación tipo experimental, señaló que el piercing oral se ha convertido en una práctica habitual en nuestra sociedad. Debido a la importancia y frecuencia de las complicaciones nocivas para la salud derivadas de este procedimiento, los profesionales de la salud debemos estar al tanto de las mismas, para prevenirlas y tratarlas. Entre las complicaciones agudas más importantes destacan por su gravedad, infecciones, transmisión de enfermedades, endocarditis y angina de Ludwig. Las complicaciones crónicas del piercing derivan generalmente del traumatismo constante del adorno sobre mucosas y estructural dentales, encontrándose frecuentemente

fracturas dentales y recesiones gingivales. El objetivo general del presente artículo es realizar una revisión pormenorizada de aquellos aspectos del piercing en relación con la salud oral.

También, **Houston** (2005), menciona en su trabajo de investigación tipo experimental, realizado en la Universidad Estatal de Ohio (EEUU), que llevar un pendiente cuyo tornillo posterior esté en contacto con esta zona provoca recesión de las encías. «Básicamente, se trata de un microtraumatismo continuado debido al roce del metal con la mucosa oral» (p. 2), explica el autor. El hecho de que las encías pierdan terreno eleva la sensibilidad de los dientes al frío y al calor, ya que la raíz queda más expuesta a los elementos externos. Dichas molestias también suponen un obstáculo para la higiene bucal y un caldo de cultivo idóneo para la placa bacteriana, causante directo de la inflamación de las encías y las caries. Cuando la recesión gingival es muy acusada, pueden llegar a perderse las piezas dentales, pues éstas pierden toda sujeción al hueso mandibular y la única solución para evitar este trastorno es retirar el abalorio.

De igual manera, estas investigaciones son de gran interés para el presente estudio puesto que los procedimientos para la ubicación de piercing son usualmente realizados de manera empírica y sin control aséptico regulatorio, con el desconocimiento del tipo de metal utilizado, la calidad, tipo de perforación y técnica de colocación.

Bases Teóricas

El significado del "*body art*", según De Urbiola y Viñals Iglesias (2005), normalmente responde a demandas estéticas pero en ocasiones supera el simple deseo de mejorar la imagen, siendo otros los motivos como la búsqueda de la propia identidad, la provocación, el riesgo, la osadía, la rebelión, el placer sexual y los trastornos mentales que en ocasiones llevan a perforarse zonas muy sensibles del cuerpo. El *body piercing* no es un invento

de este siglo ya que esta práctica se emplea desde hace unos 60.000 años. Muchas etnias se reconocían por collares u otras ornamentaciones; de esta forma se diferenciaban diversos grupos dentro de una misma población: los cazadores, la mujer del jefe de la tribu, los brujos, los guerreros, etc.

Cabe decir que, en ocasiones era un símbolo de virilidad, coraje y realeza, mientras que en otras tenía un sentido puramente estético. En el antiguo Egipto un pendiente en el ombligo significaba formar parte de la realeza. En la época romana los centuriones llevaban piercings en el pezón como símbolo de virilidad y coraje. También, afirma Perkins (1997) que en los templos mayas y aztecas los sacerdotes se colocaban un *piercing* en la lengua como signo de comunicación con los dioses. Los esquimales y los Aleuts colocaban piercings en el labio inferior de las niñas recién nacidas como parte de un ritual de purificación y en los varones adolescentes como ritual de tránsito hacia la pubertad. Los materiales empleados podían ser piedras, huesos o el marfil. En Norteamérica, también formaba parte de la tradición de la cultura Sioux. Sin embargo, estas prácticas fueron cayendo en desuso con las influencias del cristianismo Europeo y Americano.

Actualmente, señalan De Urbiola y Viñals Iglesias (op. cit.) que todavía en algunas zonas del Tercer Mundo se utilizan piercings orales por razones religiosas, tribales, sexuales o maritales. Como ejemplos, la tribu Surma de Etiopía se coloca grandes platos en el labio inferior y en igual ubicación una tribu brasileña, los Suya, lucen discos de madera. Algunos pueblos del sur de la India se perforan la lengua con una broca para mantener un voto de silencio.

Por su parte, en países del Primer Mundo y hacia los años 80 estas tendencias fueron aumentando de forma vertiginosa entre la juventud debido a diferentes factores: grupos de música de rock, la moda de la exageración, la anormalidad, lo monstruoso, los modelos sociales. Una encuesta realizada en el año 2001 en la Universidad de Pace en Pleasantville (Nueva York) desvelaba que 51% de los estudiantes llevaban algún tipo de piercing

(excluyendo los del lóbulo de la oreja) y 17% del total había tenido complicaciones médicas.

Dentro de este cuadro, un estudio de Sean (2001) indica que tanto los tatuajes como los piercings pueden ser unos marcadores de conductas de riesgo en jóvenes de entre 12 y 22 años de los Estados Unidos; en el estudio se realizaron unos cuestionarios, observándose que los portadores de tatuajes y/o piercings estaban más relacionados con alteraciones en las conductas alimentarias, el uso de drogas duras (cocaína, éxtasis) o blandas (tabaco, alcohol, marihuana), la actividad sexual (precocidad, número de parejas, uso de contraceptivos), las tendencias suicidas y la violencia, respecto al resto de adolescentes encuestados; el estudio también indicaba una mayor prevalencia de tatuajes y especialmente de piercings entre las chicas (36,7% piercings en chicas frente a 10,1% entre chicos).

Hay que decir que, el tema es controvertido y no todos los autores relacionan el *body art* con estas tendencias de comportamiento, sin olvidar tampoco que son estudios realizados en países distintos a Venezuela. De hecho, se sabe que algunos estamentos como la Asociación Dental Americana se han posicionado en contra de los piercings orales y en algunos países se han formulado leyes para regularlos.

En el año 2001, el Gobierno de la Generalitat de Catalunya en España, aprobó ciertas medidas aplicables a los establecimientos de tatuaje o de piercing con el objetivo de proteger la salud de los usuarios y del personal dedicado a estas actividades. Esta legislación a parte de incidir en la formación, también obligaba a todos los establecimientos a seguir ciertas normas de control: equipamiento de primeros auxilios, autorización de los ayuntamientos, vacunación del personal frente a la hepatitis B y el tétanos y la utilización de material de un solo uso (Ilaraza ,2004).

Cabe decir que, Grey (2002) señala que si la persona que realiza el piercing es profesional no hay que temer los siguientes riesgos:

- Contraer una enfermedad transmisible del anillador, como el sida o la hepatitis.
- Ser perforado con una pistola para las orejas o un catéter o cualquier otro instrumento inadecuado.
- Ser perforado con anestésicos
- Ser anillado con joyas hechas con materiales, tamaños, grosores o estilos inapropiados.
- Desarrollar una reacción química debida a los productos de limpieza recomendados por el anillador.
- No hacer seguimiento de cuidados en el caso de que ocurran complicaciones.

Tipos de Piercings

Principalmente se distinguen tres tipos de piercings:

- ♣ Labrette
- ♣ Barbell
- ♣ Anillo (ver gráfico 1)

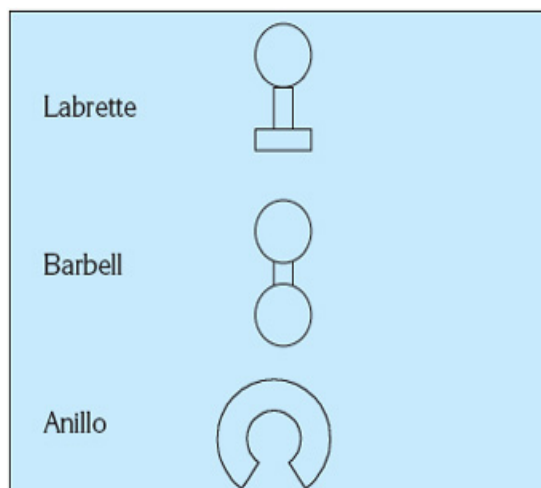


Gráfico 1. Tipos de Piercing. Tomado de: De Urbiola y Viñals Iglesias (2005), p.1.

- **Labrette:** es una barra limitada en un extremo por una esfera y en el otro por un cierre en forma de un disco plano y liso (este tipo de piercing se coloca sobretodo en el labio inferior).



Imagen 1. Fotografía de colocación de Piercing Labrette. Tomado de: De Urbiola y Viñals Iglesias (2005), p. 1.

- **Barbell:** es una barra limitada por dos esferas, una en cada extremo, siendo una de ellas el cierre; las barras pueden ser rectas o curvas. Normalmente se colocan en la lengua. Inicialmente se mantienen con un tallo más largo y a las dos semanas –aproximadamente- se reemplazan por otros con el tallo más corto.



Imagen 2. Fotografía de colocación de Piercing Barbell. Tomado de: De Urbiola y Viñals Iglesias (2005), p. 1.

– **Anillos:** Normalmente se colocan en los labios y menos a menudo en zonas laterales de la lengua.



Imagen 3. Fotografía de colocación de Piercing Anillo. Tomado de: Gutiérrez Lobo (2004), p. 1.

Localizaciones Orales

La alta prevalencia de las perforaciones ha convertido en arte la originalidad, llegándose a perforar zonas muy poco convencionales, entre ellas:

– **La lengua:** es la zona más usual. Se pueden hacer dos tipos de perforaciones: dorsoventral o dorsolateral. En la zona dorsoventral, la perforación se realiza en esta dirección, normalmente es central y suelen colocarse barbells; en partes más laterales de la lengua y en la punta se colocan sobretodo anillos. La lengua puede ser objeto de varias perforaciones en diferentes zonas. En las perforaciones centrales, respecto a las laterales, hay menos riesgo de sangrado si se evitan los vasos sanguíneos mayores. La lengua, seguida del labio inferior es la zona oral donde se colocan más piercings. El tiempo promedio de curación de la zona perforada es de unas 4 semanas.



Imagen 4. Fotografía de lengua. Tomado de: Gutiérrez Lobo (2004), p. 1.

– **El labio:** puede perforarse en cualquier punto de su perímetro alrededor del borde bermellón. Es posible encontrar anillos cerca de la comisura labial o en el centro del labio inferior, pero en éste normalmente se colocan labrettes. Las perforaciones se realizan desde fuera hacia el interior de la cavidad oral.



Imagen 5. Fotografía de Piercings cerca de la comisura de los labios.
Tomado de: Gutiérrez Lobo (2004), p.2.

Afirma Gutiérrez Lobo (op. cit)) que, un piercing en esta zona hace que aumente el flujo de saliva, de manera que el líquido puede salir por el orificio, creando un efecto muy poco estético. Además, la humedad constante hace que la piel se macere alrededor del adorno, lo que eleva el riesgo de colonización bacteriana e infección. Asimismo, estos adornos pueden provocar erosión en las encías que pueden derivar en gingivitis y caída de piezas dentales. El tiempo promedio de curación de la herida tras la perforación es de unas 5 semanas.

– **Las mejillas** (conocidos como *dimples*): es una región poco utilizada. La perforación llega hasta la mucosa yugal y el *piercing* es externo.

– **El frenillo lingual**: son muy poco comunes. Se denominan "*Web*" *piercing*.

– **La úvula**: son muy raros por el elevado riesgo de complicaciones y por la dificultad de perforarla; muchos "*piercers*" se niegan a colocarlos.

Clínica Asociada a las Complicaciones

La clínica de las complicaciones puede presentarse durante la colocación del piercing, poco tiempo después o a largo plazo. Urbiola y Viñals Iglesias (op. cit.) consideran que las principales complicaciones ocasionadas por el uso de los piercings son las señaladas a continuación (Ver resumen en el Cuadro 1):

1.- Lesiones vasculares: Las hemorragias son una complicación posible durante la perforación especialmente en un órgano tan vascularizado como es la lengua, que contiene la arteria y la vena lingual con sus diferentes vasos. Si la aguja traspasa alguna estructura vascular, la hemorragia se controla -en general- eficazmente, no obstante pueden producirse sangrados extremos que precisen atención sanitaria inmediata.

2.- Inflamación: A las 6-8 horas tras una perforación lingual los tejidos circundantes empiezan a inflamarse, incrementándose el proceso durante los 3-4 días siguientes. Los ganglios submentonianos y submandibulares

también pueden agrandarse por el proceso inflamatorio. Estos efectos pueden prolongarse algunas semanas.



Imagen 6. Fotografía de zona inflamada. Tomado de: De Urbiola y Viñals Iglesias (2005), p.3.

Por lo tanto, una lengua edematosa debida a la perforación con un objeto metálico, puede dificultar la alimentación, comprometer el habla o incluso la respiración, por la obstrucción de la vía aérea en el caso de formarse una angina de Ludwig, requiriendo una rápida atención del profesional. Los labios igualmente pueden inflamarse tras la colocación de un piercing.

3.- Dolor: Los tejidos que rodean la herida causada por el piercing, debido a la inflamación o a la ulceración, provocan dolor. La inflamación y el dolor son –de hecho- las complicaciones más frecuentes. El tiempo necesario para que remitan totalmente los síntomas tras una perforación lingual se calcula entre 3 y 5 semanas.

4. Lesiones nerviosas: La lengua es un órgano inervado por diferentes pares craneales como el nervio trigémino, el facial, el hipogloso y el

glossofaríngeo. Existe el riesgo de lesionar algún nervio durante la colocación de piercing, pudiéndose alterar el sentido del gusto o la función motora -en forma de parestesia- según el nervio afectado. Este tipo de lesiones son más frecuentes con los piercing dorsolaterales que con los dorsoventrales, pero pueden suceder con ambos. La pulpa dentaria también puede afectarse. El proceso vendrá determinado por el continuo movimiento del piercing sobre el diente que puede provocar una fractura que ocasione finalmente una pulpitis.

Cuadro 1

Complicaciones de los piercings

Complicaciones ocasionadas por el uso de piercings
➤ Lesiones vasculares ➤ Inflamación ➤ Dolor ➤ Infecciones: ▪ Locales ▪ Bacteriemia ▪ Transmisión de enfermedades ▪ Endocarditis ▪ Angina de Ludwig ➤ Alergias a los metales ➤ Traumatismos y fractura dentarias ➤ Acumulación de placa bacteriana y cálculo ➤ Malposiciones dentarias ➤ Aspiraciones-Ingestiones ➤ Sialorrea ➤ Corrientes galvánicas ➤ Alteraciones del habla/masticación/deglución ➤ Lesiones hiperplásticas y epitilización de la superficie del piercing

Nota: Tomado de: De Urbiola y Viñals Iglesias (2005), p. 3.

5.- Infecciones: Las personas que realizan piercings deben observar normas de control contra infecciones, como la esterilización de agujas y otros instrumentos, para evitar la transmisión de enfermedades, pero muchos de

estos individuos no poseen licencia de trabajo y a menudo han aprendido el oficio por cuenta propia. El piercing intraoral posee un alto riesgo de infección debido al elevado nivel de bacterias en la boca. La infección puede causar una variedad de problemas de salud; entre las infecciones que se pueden presentar se tienen:

5.1.- *Infecciones locales*: entre 10 y 20% de todos los piercings se infectan localmente. Los agentes causales más frecuentes son los estafilococos aureus, los estreptococos del grupo A y las pseudomonas.

5.2. *Bacteriemia*: Tras una colocación reciente, se deberá solicitar atención sanitaria si aparecen síntomas de bacteriemia como fiebre, escalofríos, temblores y un enrojecimiento circundante a la perforación.

5.3.- *Transmisión de enfermedades*: Se han descrito un reducido número de casos de hepatitis fulminante tras la colocación de piercings; sin embargo hay pocos estudios que constaten el riesgo de transmisión de enfermedades relacionadas con esta práctica. Potencialmente, la infección podría deberse a una mala higiene, a instrumentos mal esterilizados o a un mal aislamiento del campo local, en centros donde normalmente también se realizan tatuajes. Podrían transmitirse virus como el HIV, la hepatitis B, C y delta, el herpes simple, el Epstein-Barr, infecciones por cándidas o bacterias como el tétanos, las pseudomonas, los estafilococos aureus, los estreptococos, etc.

5.4.- *Endocarditis bacteriana*: los piercings pueden provocar una grave infección del endocardio valvular en personas que sufren alteraciones cardíacas previas.

5.5.- *Angina de Ludwig*: es una infección bacteriana debida principalmente a un estreptococo hemolítico. Puede presentarse inmediatamente después de la perforación intraoral, provocando una celulitis difusa del suelo de la boca y de la región suprahioidea que afecta al tejido conectivo y se extiende rápidamente a la región submandibular, submental y sublingual. Esta infección puede dificultar el habla la deglución y la

respiración llegando a comprometer la vida del paciente, por lo que es imprescindible un tratamiento urgente.

6.- Alergias a los metales: En función del tipo de material del piercing puede aumentar el riesgo de irritaciones crónicas o de hipersensibilidad al metal. Es importante una adecuada elección del tipo de material para evitar posibles complicaciones y una sustancia a evitar es el níquel. Un estudio realizado por Lhotka. Presentó una hipersensibilidad al níquel en 18% de hombres y en 23% de mujeres junto con elevados índices de hipersensibilidades a otras sustancias como el cromo que hasta entonces formaban parte de la mayoría de los *piercings*. De Urbiola y Viñals Iglesias (op. cit.) consideran como la reacción alérgica más común la dermatitis de contacto, dónde el níquel y cobalto juegan un papel importante.

Del mismo modo, según una directiva de la Unión Europea, a mediados de la década de los noventa, se restringió el uso de níquel en todos los productos que estuvieran en contacto directo con los tejidos humanos. Las sustancias metálicas más inertes y menos tóxicas inicialmente recomendadas para formar parte de los *piercings* eran el oro de 14K o 18K, el niobium, el acero inoxidable y el titanio. Sin embargo, Ilarraza (op. cit.) señala que el acero inoxidable ha demostrado una buena biocompatibilidad, pero una de sus principales limitaciones en el uso clínico es su tendencia a la corrosión por su contenido en cromo y níquel, elementos bien conocidos por sus efectos tóxicos y carcinogénicos.

También, el acero inoxidable conserva aún un importante lugar en la fabricación de piercings con un baño dorado. El oro es un material bien aceptado al tener una escasa o nula toxicidad, sin embargo algunos componentes pueden presentar cierta alergia o toxicidad en determinadas personas. Especialmente, el titanio no presenta citotoxicidad y tiene una elevada resistencia a la corrosión en contacto con los fluidos orgánicos, siendo un material recomendable en la fabricación de los piercings.

7.- Traumatismos y fracturas dentarias: Son las lesiones más frecuentes descritas por el uso de los *piercings* intraorales. El hábito de empujar y jugar con el pendiente contra los dientes o, simplemente, el hecho de tener un objeto extraño en la boca puede ocasionar fracturas, fisuras, abrasiones o desprendimientos de espículas de esmalte (*chipping*) provocando (sobretudo si existe implicación pulpar) sensibilidades a sustancias frías o dulces y la aparición de dolor al ejercer una presión en el diente afectado.

Así mismo, De Urbiola y Viñals Iglesias (op. cit) registró que 80% de pacientes con un piercing lingual, habían sufrido alguna pérdida en su estructura dentaria. Las complicaciones dentarias son más habituales en los portadores de barbells linguales (en la zona de molares e incisivos inferiores) que en los piercings labiales. En los portadores de coronas de porcelana o con hábitos parafuncionales como el bruxismo, aumenta mucho el riesgo de fracturas o desgastes.



Imagen 7. Fotografía de múltiples Fracturas Dentarias. Tomado de: De Urbiola y Viñals Iglesias (2005), p. 5.

8.- Alteraciones periodontales: La acción reiterada del traumatismo metálico contra el periodonto puede causar una leve, moderada o severa

recesión gingival junto a traumas en los tejidos vecinos. Las lesiones periodontales se relacionan en 64,3% de casos con el uso de piercings linguales y en 35,7% con los colocados en el labio inferior. Los colocados en la lengua provocaban la recesión en la cara lingual de los incisivos antero-inferiores junto con un aumento en la profundidad de las bolsas periodontales; los piercings colocados en el labio inferior provocaron recesiones en la cara vestibular de los incisivos inferiores sin aumentar la profundidad de las bolsas periodontales.

Del mismo modo, el desarrollo de las recesiones en la cara vestibular de los incisivos inferiores puede desarrollarse entre los 6 meses y los dos años tras la colocación del piercing. La recesión gingival -a parte de problemas de índole estético- puede provocar una abrasión de la superficie radicular con un aumento de la sensibilidad y una predisposición a la caries en la zona expuesta. En ocasiones puede aparecer una hiperplasia de los tejidos afectados con edema y dolor como consecuencia de la lesión.



Imagen 8. Fotografía de Recesión Gingival. Tomado de: López De Ávila (2006), p. 2.

9.- Acumulación de placa bacteriana y formación de cálculo:

Kretchmer y Moriasty describen que la perforación lingual con un *barbell* puede provocar acúmulos de placa y cálculo supra y subgingival en dientes anteroinferiores debido a que la esfera inferior del piercing contacta continuamente con los dientes.

10. Malposición dentaria:

La malposición se explica por un desequilibrio de las fuerzas musculares de la lengua frente al orbicular de los labios y el anillo del buccinador.



Imagen 9. Fotografía de Malposición Dentaria. Tomado de: Gutiérrez Lobo (2004), p. 4.

11.- Aspiraciones e ingestiones:

La mala fijación del piercing puede provocar su aspiración o deglución, ocasionando lesiones en el aparato respiratorio o digestivo. Éstas también pueden deberse a la manipulación durante la colocación o a movimientos en los que se ejerce gran presión, por ejemplo en las comidas.

12.- Sialorrea:

El contacto de un artefacto metálico en la boca puede estimular la producción de saliva, que incluso puede ser más fluida. El efecto

de estimulación salival fue descrito en 8 de 51 individuos en un estudio californiano.

13.- Corrientes galvánicas: Los pacientes pueden mostrar una hipersensibilidad en las restauraciones de amalgama en contacto con el metal del piercing.

14.- Alteraciones del habla, masticación o deglución: El piercing puede obstaculizar el habla al interferir los movimientos normales de la boca provocando defectos en la pronunciación. También la masticación y la deglución pueden estar comprometidas debido a la interposición del objeto.

15.- Lesiones hiperplásicas y epitelizaciones del piercing: La perforación de los tejidos blandos puede cicatrizar de forma hiperplásica. Un factor que puede contribuir a las lesiones hiperplásicas es el movimiento continuado del piercing en el tejido sobre el que se inserta.



Imagen 10. Fotografía de epitelización del Piercing. Tomado de: De Urbiola y Viñals Iglesias (2005), p.4.

También, De Urbiola y Viñals Iglesias (op. cit.) dice que la herida causada por la colocación del piercing puede evolucionar (tras varios meses)

con el recubrimiento epitelial del mismo, lo que supone una complicación en el momento en que se desea retirarlo.

En la actualidad, los dentistas deben conocer los posibles riesgos de la colocación y el mantenimiento de los piercings intraorales para informar a sus pacientes. No obstante, no se puede ignorar que la población portadora de tales ornamentos es en muchas ocasiones reacia a quitárselos, por lo que también se debe recomendar y ofrecer tratamientos alternativos a los usuarios de los mismos.

Por ejemplo, si el portador de un piercing consulta por una inflamación o un dolor grave, se deberá retirar el piercing y prescribir un colutorio o un gel de clorhexidina, un antiinflamatorio sistémico, en algunos casos dar una terapia antibiótica, y realizar un seguimiento posterior. Los efectos de la inflamación inmediata tras la colocación de un piercing pueden ser paliados con enjuagues de suero salino o con los tratamientos anteriormente descritos. Los piercings labiales respecto a los linguales parecen ser menos agresivos si consideramos el número de infecciones postoperatorias tras su colocación. En los casos en que la inflamación de la lengua sea generalizada, afecte a la faringe o comprometa a la deglución o a la vía aérea, el tratamiento será urgente con la administración de antibióticos y corticoides sistémicos.

Al mismo tiempo, Gutiérrez Lobo (op. cit.) señala que ante una Angina de Ludwig el tratamiento debe ser hospitalario, enérgico y multidisciplinario, con antibioticoterapia intensa acompañada de ciertas medidas -según la gravedad- como es el desbridamiento profiláctico de todos los espacios afectados y el control del grado de dificultad respiratoria.

Además, es importante pautar las medidas profilácticas frente a la endocarditis bacteriana en aquellas personas que quieran realizarse una perforación y presenten alguna alteración cardíaca susceptible. Las pautas señaladas por la American Heart Association 1997, citado por De Urbiola Viñals Iglesias (op. cit.), son las siguientes:

➤ **Pauta Estándar:** Amoxicilina 2 gr, por vía oral, 1 hora antes de la intervención

➤ **Alérgicos a la Penicilina:** Clindamicina 600 mg o Cefalexina/Cefadroxilo 2 gr o Azitromicina/Claritromicina 500 mg por vía oral 1 hora antes

➤ **Intolerancia a la vía oral:** Ampicilina 2 gr, por vía intramuscular o endovenosa, 30 min antes.

➤ **Alérgicos a la Penicilina con intolerancia a la vía oral:** Clindamicina 600 mg por vía endovenosa 30 minutos antes; o Cefazolina 1 gramo intramuscular o endovenosa 30 minutos antes.

Asimismo, según el autor anterior, para evitar las fracturas y los desgastes dentarios lo ideal es recomendar al paciente la retirada del piercing o como alternativa el uso de barbells linguales de tallo más corto; el tratamiento conservador deberá restaurar la superficie afectada y realizar una endodoncia si hay afectación pulpar; tras la restauración dentaria, la fractura puede recidivar en poco tiempo si no se retira el piercing o si persiste el hábito de golpear y jugar con él; es importante advertir a los pacientes de tal posibilidad; en estos casos están indicados los protectores dentales. Este consejo también debe darse a los atletas usuarios de piercings intraorales.

De la misma manera, De Urbiola y Viñals Iglesias (op. cit.) describen que uno de los problemas del paciente que acude al odontólogo reside en que no siempre lleva puesto el piercing que usa normalmente y podemos encontrarnos con desgastes, roturas del esmalte de incisivos o de molares, o recesiones gingivales de difícil explicación si no reconocemos el antecedente.

De hecho, López De Ávila (op.cit.) afirma que ante la presencia de un acúmulo de placa bacteriana, cálculo supra o subgingival, recesiones gingivales y/o movilidad dentaria, se debe aconsejar también la retirada del piercing; además se deben dar instrucciones de higiene oral, realizar una profilaxis y un raspado y alisado radicular en la región afectada con el fin de

reducir la inflamación, el sangrado gingival y la posible pérdida de soporte óseo. La progresión de la recesión gingival se detiene con la retirada del piercing, aunque el tratamiento definitivo puede implicar la cirugía del defecto tisular y el posterior control del paciente. Es preciso realizar radiografías periapicales para valorar un posible ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal y/o un adelgazamiento de la lámina dura.

Así, los pocos casos en que se presente un posible galvanismo, deben tratarse sustituyendo la obturación de amalgama por una resina como el composite; otra posibilidad es sustituir el piercing metálico por otro material, ya sean sólo las esferas o los cierres o también la barra.

Para resumir, la presencia de un piercing en la cavidad oral puede interferir la práctica odontológica en diferentes momentos:

- Ante una exploración radiográfica puede ser necesario retirarlo ya que si es metálico representa un artefacto radiográfico que puede impedir la visualización de algunas estructuras. Si se trata de una radiografía panorámica debe retirarse cualquier objeto metálico situado por encima del cuello. Los piercings de la mejilla o del labio deben ser retirados antes de realizar radiografías periapicales o de aleta de mordida. Frente a un artefacto radiopaco en la radiografía deberemos plantearnos el diagnóstico diferencial con un piercing intraoral.

- La necesidad o no de retirar el piercing para una anestesia local dependerá del criterio de cada profesional. En las anestésicas tronculares -al afectar la lengua- se incrementa el riesgo de fractura dentaria hasta la total desaparición de la misma. Si se requiere anestesia general para una intervención quirúrgica existe la controversia sobre la necesidad o no de retirar el piercing (sobre todo los linguales); durante la anestesia el piercing podría ser aspirado, traumatizar los tejidos o ser un obstáculo en la intubación. Al retirarlo, un método simple para evitar que la perforación se cierre, es la colocación de un hilo de nylon o un catéter epidural muy fino a modo de anillo.

Medidas de Higiene del Piercing Intraoral

Cuando se tiene un piercing intraoral es necesario mantener una higiene bucal constante que además del cepillado, el cual debe realizarse inmediatamente después de ingerir alimentos incluya el uso del enjuague bucal como complemento. Igualmente, según Rojas (2007), para ayudar durante este proceso es muy importante, tener una dieta sana y no consumir drogas, alcohol o grasas, ya que puedan irritar la perforación y el área que la rodea

Medidas de Higiene del Piercing Perioral

En el caso de los piercings perioral, es necesario mantener limpia la zona donde se encuentra la perforación, para esto es recomendable limpiarla con agua tibia y jabón neutro o de glicerina. Además, Rojas (op. cit.) señala que es necesario enjuagar la zona con agua abundante, para eliminar todo resto de jabón; al momento de secar el lugar se debe utilizar algo absorbente como una toalla desechable, ya que de esta manera se evitan los hongos que pueden estar en una toalla de cara y manos y además las partículas que se desprenden del algodón y gasas, las que podrían quedar dentro de la herida y retrasar su cicatrización.

Medidas Preventivas

Antes de la colocación del piercing, Rojas (op. cit.) puntualiza las siguientes medidas preventivas:

- Se debe utilizar material desechable de un solo uso, abierto en la presencia, con los adecuados contenedores de material contaminado para su eliminación posterior.

- El material no desechable e instrumental debe esterilizarse en una cámara apropiada a 121°C durante 15 minutos.

-Los materiales e instrumental que no puedan ser esterilizados de esta forma deben de ser lavados y mantenidos en un líquido esterilizador (clorhexidina o alcohol de 70°) o desinfectante.

-La manipulación del material se debe de hacer con guantes desechables estériles.

Después de la colocación del piercing, Rojas (op. cit.) señala que:

-Antes de limpiarlo, lavarse las manos. Después, quitar cuidadosamente con un cotonete humedecido en agua tibia cualquier formación (costras) que se presente en la pieza de joyería o entorno a la perforación; una vez que se haya realizado la limpieza, mover el arete de un lado a otro por lo menos siete veces. Finalmente, enjuagar con agua y con jabón neutro o antibacterial.

-Nunca limpiar una perforación con alcohol, agua oxigenada o merthiolate, son productos que pueden causar irritación.

-No se debe tocar la perforación con las manos sucias ni permitir que alguien la succione o la chupe. No se debe permitir que la saliva de otras personas entre en contacto con la perforación, especialmente durante el tiempo de curación.

-En caso de infección leve, irritación o molestia, se deben aplicar fomentos de agua con sal o té de manzanilla sobre la perforación.

-El cuerpo cicatriza rápido cuando está sano, por lo que es ideal dormir lo suficiente, evitar el estrés, drogas y el abuso de bebidas alcohólicas.

-La aplicación de vitamina E durante el lapso de curación ayuda a reducir la formación de cicatrices.

-Evita nadar en cualquier fuente de agua natural o artificial (mar, río, lago, albercas, etc.). Aunque el agua se vea limpia puede tener bacterias que causen infecciones en la perforación.

-No jugar rudo ni halar el arete, ya que esto puede provocar que el cuerpo lo rechace o se retrase en sanar.

-Es importante recordar que el éxito de la perforación depende, 50 % de la técnica y la experiencia del perforador, y el resto depende de la manera en la que el cliente cuide su perforación.

-En las perforaciones orales se recomienda tomar Ibuprofeno 500 mg. antes de dormir y por la mañana para reducir la inflamación.

Sistema de Variables

Variables

Variable 1: Uso del Piercing

Definición Operacional:

Colocación del piercing intraoral y perioral que implica el uso de medidas de higiene para su colocación y las medidas de prevención de lesiones

Variable 2: Implicaciones Bucales del Piercing Intraoral y Perioral.

Definición Operacional:

Consecuencias médico-odontológicas que se presentan por la colocación de los piercing intraoral y perioral.

Operacionalización de las Variables

A continuación se presenta la Tabla de Operacionalización de las variables de la investigación (Cuadro 2) en la cual se presenta el objetivo general, las variables, dimensiones, indicadores y criterios.

Cuadro 2

Tabla de Operacionalización de Variables

	Variables	Dimensiones	Indicadores	Criterio
Determinar las implicaciones bucales del piercing intraoral y perioral en Estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio El Viñedo en el Año Escolar 2007-2008.	V1= Uso del piercing.	Medidas de Higiene	Esterilización y Desinfección de: Instrumentos Materiales Uso de material desechable	Presencia / Ausencia Presencia/ Ausencia Presencia/ Ausencia
	Colocación del piercing intraoral y perioral que implica las medidas de higiene del portador para su colocación y las medidas de prevención de lesiones.	Medidas de Prevención de Lesiones	Limpieza y Aseo del área Seguimiento de las recomendaciones	Frecuencia Frecuencia
	V2= Implicaciones bucales del piercing intraoral y perioral.	Consecuencias Médico-Odontológicas Intraorales	Tipos de Lesiones: Fracturas Dentarias Recesión Gingival Dolor Traumatismo Acumulación de placa bacteriana Formación cálculo dental Sialorrea Inflamación gingival	Presencia/ Ausencia Presencia/ Ausencia Presencia/ Ausencia Presencia/ Ausencia Presencia/ Ausencia Presencia/ Ausencia Presencia/ Ausencia Presencia/ Ausencia
	Consecuencias médico-odontológicas que se presentan por la colocación de los piercing intraoral y perioral, caracterizadas por el tipo de lesión que producen.	Consecuencias Médico-Odontológicas Periorales	Tipos de Lesiones: Dolor Inflamación Alergia Infecciones	Presencia/ Ausencia Presencia/ Ausencia Presencia/ Ausencia Presencia/ Ausencia

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo y Diseño de la Investigación

La presente investigación es según el enfoque de tipo Cuantitativa, al respecto Sierra (2004) explica que ésta “...permite cuantificar el fenómeno, tiene método definido, mide los resultados de la relación causa-efecto con preferencia numérica, es objetiva” (p. 57). De acuerdo a este autor, según el propósito es de tipo Descriptiva y Prospectiva, señala que

...descriptiva es la base y punto inicial de otros tipos y está dirigida a determinar `cómo es ´ o `cómo está ´ la situación de las variables que deberán estudiarse en una población, la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia) y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando ese fenómeno. (p. 57)

Por otro lado, García Romero (1999) señala que Prospectiva es aquel “...estudio en el que toda la información se recoge en un futuro, según criterios del investigador previamente establecidos” (p.45).

Además, el diseño es de tipo No experimental con Investigación Transeccional o Transversal. Al respecto Sierra (op. cit.) dice que:

No experimental son las que se realizan sin manipular deliberadamente variables. Es decir, en este tipo de diseño de investigación no se hace variar intencionalmente la variable independiente, “lo que se hace es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. (p. 63)

Así mismo, la Investigación Transeccional o Transversal “recolecta datos en un solo momento, su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado; puede abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores” (p. 64).

También, es una Investigación de Campo, que según Arias (2004) “consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigado o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios) sin manipular o controlar variable alguna” (p. 28).

Población y Muestra

Población

Sierra (op. cit.) la define como

...el conjunto de todos los elementos que presentan una característica determinada o que corresponden a una misma definición y a quienes se les estudiarán sus características y relaciones. Es decir, que es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes, es la delimitación espacial del estudio, hasta donde puede alcanzar la generalización de los resultados. (p. 64)

La población para la presente investigación está conformada por los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio “El Viñedo” durante el Año Escolar 2007-2008 que poseen Piercings Intraorales y Periorales, un total de 22 estudiantes.

Muestra

Sierra (op. cit.) dice que “...es un subconjunto de la población, es decir, una parte de la población. Debe ser representativa de la población de

donde se extrae” (p. 65). Según Arias (2004) “una muestra representativa es aquella que por su tamaño y características similares a la del conjunto, permiten hacer inferencias o generalizar los resultados al resto de la población con un margen de error conocido” (p. 98).

En la presente investigación, se tomó una muestra de 15 estudiantes que representan 68,18% de los estudiantes que se han colocado piercings en la institución escolar objeto de estudio.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica que se empleara es la encuesta, Arias (op. cit.) la define como “una técnica que pretende obtener información que suministra un grupo o muestra de sujetos acerca de si mismos, o en relación con un tema en particular” (p. 70).

Se aplicó como Instrumento de Recolección de Datos, un Cuestionario Policotómico (Anexo A, Cuadro 3), un cuestionario según Arias (op.cit) “...es una modalidad de encuesta que se realiza mediante un instrumento o formato en papel contentivo de una serie de preguntas, se le denomina cuestionario administrado porque debe ser llenado por el encuestado, sin intervención del encuestador” (p. 72).

También, se empleó el Consentimiento Informado (Anexo B) ya que la Bioética, según Sánchez Alfonso y otros (2006) toman y consideran al ser humano en su relación estrecha con sus factores ambientales, como naturaleza, cultura, religión, política y sociedad, entre otros. Su campo es mucho más amplio y, sobre todo más interdisciplinario que el de la ética biomédica, la cual se circunscribe más a los temas relacionados con los pacientes y el personal de la salud que los atiende. No es sólo un código de derechos y obligaciones, sino una imprescindible herramienta que posibilita la ayuda a nuestros semejantes a realizarse a plenitud como personas, sobre la base de las leyes que rigen el movimiento y desarrollo de las ciencias de la

salud, que guíen a la persona y la conduzcan al enfrentamiento de la posibilidad técnica con la licitud ética.

Cuadro 3

Matriz de Operacionalización del instrumento

Objetivo General: Determinar las implicaciones bucales del piercing intraoral y perioral en Estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio El Viñado en el Año Escolar 2007-2008.			
Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítemes
V1= Uso del piercing.	Medidas de Higiene	Esterilización y Desinfección de: Instrumentos	1 al 4
		Materiales Uso de material desechable	5 al 7
	Medidas de Prevención de Lesiones	Limpieza y Aseo del área	8
		Seguimiento de las recomendaciones	9
V2= Implicaciones bucales del piercing intraoral y perioral.	Consecuencias Médico-Odontológicas Intraorales	Tipos de Lesiones:	10
		Fracturas Dentarias	11
		Recesión Gingival	18
		Dolor	12
		Traumatismo	
		Acumulación de placa bacteriana	13
		Formación cálculo dental	
		Sialorrea	14
		Inflamación gingival	15
	Consecuencias Médico-Odontológicas Periorales	Tipos de Lesiones:	
		Dolor	19
		Inflamación	16
		Alergia	17
		infecciones	20

Descripción del Cuestionario

Se utilizó un cuestionario autoadministrado de respuestas cerradas, utilizando una escala tipo Likert cuyas alternativas son: Definitivamente SI, Posiblemente SI, No Se, Posiblemente No, Definitivamente No; este

cuestionario constaba de 20 ítemes, se elaboraron dos versiones, una primera versión de 10 ítemes y luego de la consulta a expertos se añadieron más reactivos dando como resultado una segunda versión para un total de 20 ítemes.

Principio de la Beneficencia de las Normas de Bioética

La esencia de este principio consiste en la obligación ética de aumentar, tanto como ello sea posible, los beneficios y reducir al mínimo los daños y prejuicios que el individuo pueda recibir. De igual manera, del principio bioético de la beneficencia se derivan normas que exigen el establecimiento de los de la investigación según Sánchez Alfonso, González, Lena y Báez (2006):

- ❖ que éstos sean del todo razonables, tomando en consideración los beneficios que se esperan obtener,
- ❖ que la concepción de la investigación que se pretende realizar sea sensata y atinada
- ❖ y que los investigadores que habrán de intervenir en la misma tengan el grado de idoneidad requerido para llevar a cabo debidamente sus tareas, al tiempo que salvaguarden el bienestar de los sujetos de la investigación.

También, cuando se trata del cuidado de los enfermos, nunca debe ser olvidado el ambiente cargado de valores de todo tipo en que se realiza o ejecuta la intervención médica de que se trate. Es por esta simple y llana razón que deben ser elaboradas listas de verificación de datos no científicos con el objeto de abordar como es debido las cuestiones personales y el conocimiento de aquellos valores que resultan imprescindibles para el establecimiento de una correcta relación médico-paciente y determinar, en definitiva, lo que es mejor para el mismo. (Alfonso et al, op.cit)

Igualmente, la intervención médica no se puede basar única y exclusivamente en datos científicos, por la compleja naturaleza de la explicación médica en sí, nunca debe olvidarse que los conceptos de salud, bienestar objetivo y subjetivo y felicidad, al igual que sus opuestos, son mucho más inclusivos y dicen mucho más de la realidad objetiva del individuo que los datos de él obtenidos en el laboratorio.

Del mismo modo, implícitamente contenida en la letra del principio bioético de la beneficencia está la prohibición de infligir deliberadamente daños a otras personas. Este importante y trascendental aspecto de la beneficencia se expresa a veces, por algunos autores e investigadores en este campo, como un principio separado de la Bioética, al cual se le ha dado la denominación de principio de la no-maleficencia, o lo que es lo mismo, no ocasionar daño alguno.

Validez y Confiabilidad

Según Sierra (2004) "...se entiende por validez cuando un instrumento es válido si mide lo que en realidad pretende medir" (p. 81). La confiabilidad se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados (Hernández Sampieri y otros, 1991), para ello se aplicó una prueba piloto a un grupo de sujetos con características similares a la muestra y con base en estos datos se efectuó la operación matemática.

A fin de asegurar hasta donde sea posible, de la confiabilidad del cuestionario, el mismo fue administrado a título de prueba a 15 estudiantes de la Facultad de Odontología que poseían piercing intraoral o perioral.

La técnica empleada para el cálculo de la confiabilidad fue el alfa de Cronbach, dando como resultado 0,72 (Anexo C)

$$\alpha = \frac{k}{k-1} * \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{Total}^2} \right] = 0,72$$

Procedimiento

Fases:

1. Observación y diagnóstico
2. Aplicación del Consentimiento Informado y la Recolección de Datos
3. Análisis de los datos: Estadísticos a usar, Estadística Descriptiva

Procedimientos Estadísticos

La estadística, Según Spiegel Murray (2004) "...se ocupa de los métodos científicos para recolectar, organizar, resumir, presentar y analizar datos, así como de sacar conclusiones válidas y tomar decisiones con base en este análisis" (p. 1). Así mismo, la estadística descriptiva tal como la define el mismo autor, es la "...parte de la estadística que busca únicamente describir y analizar un grupo determinado, sin sacar conclusiones o inferencias acerca de un grupo más grande" (p.1).

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La búsqueda de los datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario a los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio “El Viñedo” que posean Piercing Intraorales y Periorales, dicho cuestionario elaborado por el autor estuvo conformado por 20 Ítems, dando como resultado la aceptación de los estudiantes, en relación al método de información propuesto.

Luego de codificar y tabular los datos que arrojó la muestra seleccionada y su interacción entre los grupos relacionados directamente con el proceso de registro, se presentan a continuación el análisis de las cifras obtenidas.

Presentación Resultados

Ítem 1:

Cuadro 4

Esterilización de los materiales en la colocación del piercing intraoral o perioral.

ITEM 1	F	FR
Definitivamente No	5	33%
Posiblemente No	8	53%
No se	0	0%
Posiblemente Sí	2	13%
Definitivamente Sí	0	0%
Total	15	100%

Nota. Datos obtenidos con el Instrumento de recolección de datos.

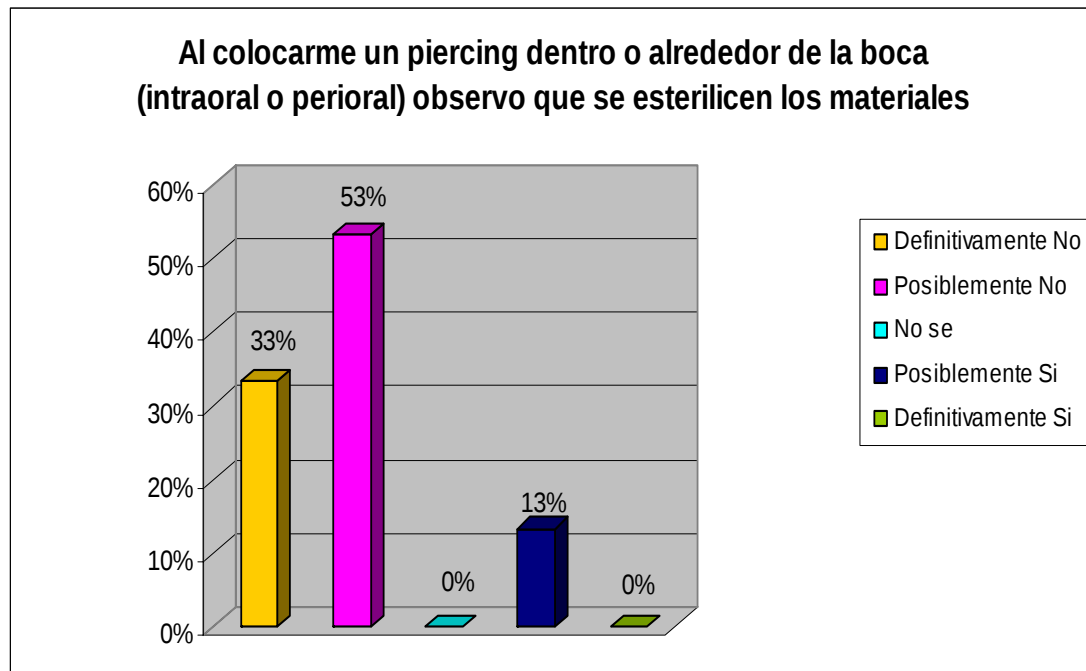


Gráfico 2. Esterilización de los materiales en la colocación del piercing intraoral o perioral. Tomado de: Cuadro 4.

Interpretación del Ítem 1

En el cuadro 4 y gráfico 2, se observa que el mayor porcentaje (53%) de los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio “El Viñado” que poseen Piercing Intraorales y Periorales posiblemente no se percató de la esterilización de los materiales en el momento de la colocación del piercing y 13% posiblemente sí observó que los materiales eran esterilizados.

Esto indica que la mayoría de la población no sigue medidas de prevención antes de la colocación del Piercing Intraoral y Perioral.

Ítem 2:

Cuadro 5

Esterilización del instrumental en la colocación del piercing intraoral o perioral

ITEM 2	F	FR
Definitivamente No	5	33%
Posiblemente No	7	47%
No se	2	13%
Posiblemente Sí	1	7%
Definitivamente Sí	0	0%
Total	15	100%

Nota: Datos obtenidos con el Instrumento de recolección de datos.

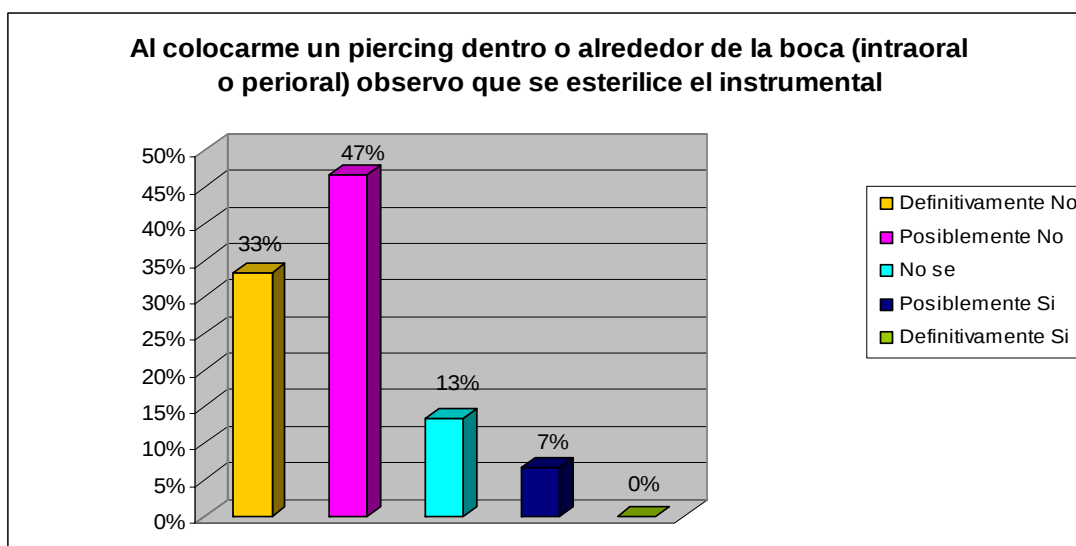


Gráfico 3. Esterilización del instrumental en la colocación del piercing intraoral o perioral. Tomado de: Cuadro 5.

Interpretación del Ítem 2

En el cuadro 5 y gráfico 3, se observa que el mayor porcentaje (47%) de los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto

Colegio “El Viñedo” que poseen piercing intraorales y periorales posiblemente no se percató de la esterilización del instrumental en el momento de la colocación del piercing y 7% posiblemente si observó que el instrumental fue esterilizado.

Esto indica que la mayoría de la población estudiada no sigue medidas de prevención antes de la colocación del Piercing Intraoral y Perioral.

Ítem 3:

Cuadro 6

Desinfección de los materiales en la colocación del piercing intraoral o perioral.

ÍTEM 3	F	FR
Definitivamente No	5	33%
Posiblemente No	7	47%
No se	0	0%
Posiblemente Sí	2	13%
Definitivamente Sí	1	7%
Total	15	100%

Nota: Datos obtenidos con el Instrumento de recolección de datos.

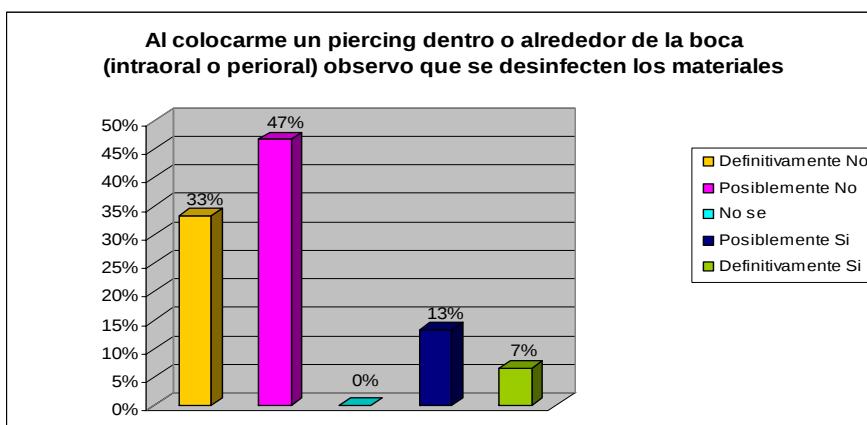


Gráfico 4. Desinfección de los materiales en la colocación del piercing intraoral o perioral. Tomado de: Cuadro 6.

Interpretación del Ítem 3

En el cuadro 6 y gráfico 4, se observa que el mayor porcentaje (47%) de los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio “El Viñado” que poseen Piercing Intraorales y Periorales posiblemente no se percató de la desinfección de los materiales en el momento de la colocación del piercing y 7% definitivamente si observó que el material fue desinfectado.

Esto indica que la mayoría de la población estudiada no sigue medidas de prevención antes de la colocación del Piercing Intraoral y Perioral.

Ítem 4:

Cuadro 7

Desinfección del instrumental en la colocación del piercing intraoral o perioral

ITEM 4	F	FR
Definitivamente No	7	47%
Posiblemente No	6	40%
No se	1	7%
Posiblemente Sí	1	7%
Definitivamente Sí	0	0%
Total	15	100%

Nota: Datos obtenidos con el Instrumento de recolección de datos.

Interpretación del Ítem 4

En el cuadro 7 y gráfico 5, se observa que el mayor porcentaje (47%) de los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio “El Viñado” que poseen Piercing Intraorales y Periorales

definitivamente no se percató de la desinfección del instrumental en el momento de la colocación del piercing.

Esto indica que la mayoría de la población estudiada no sigue medidas de prevención antes de la colocación del Piercing Intraoral y Perioral.

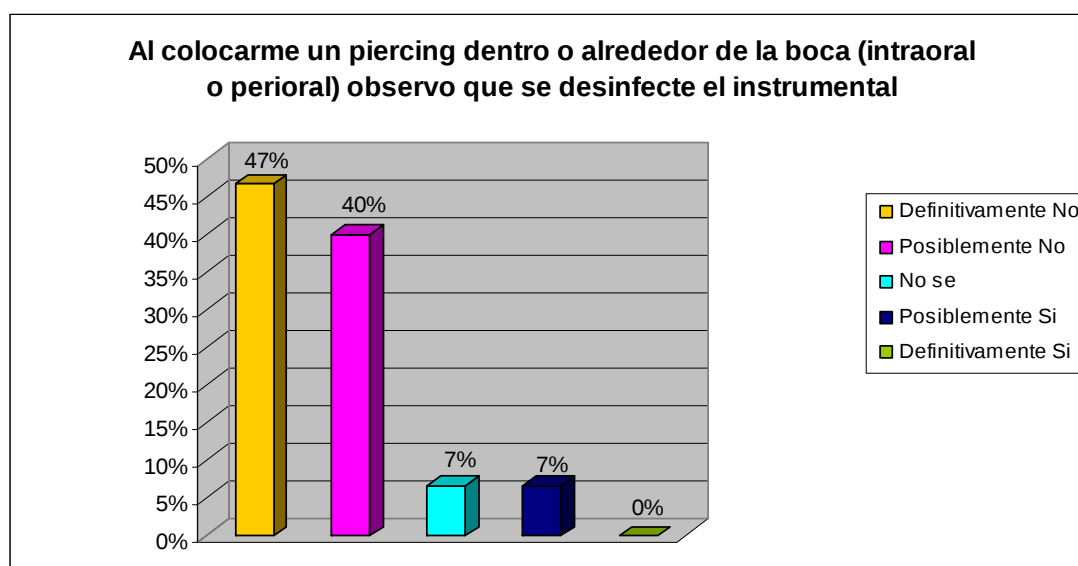


Gráfico 5. Desinfección del instrumental en la colocación del piercing intraoral o perioral Tomado de: Cuadro 7.

Ítem 5:

Cuadro 8

Frecuencia de la utilización de material desechable abierto en la presencia del portador del piercing

ÍTEM 5	F	FR
Definitivamente No	1	7%
Posiblemente No	8	53%
No se	3	20%
Posiblemente Sí	3	20%
Definitivamente Sí	0	0%
Total	15	100%

Nota: Datos obtenidos con el Instrumento de recolección de datos.

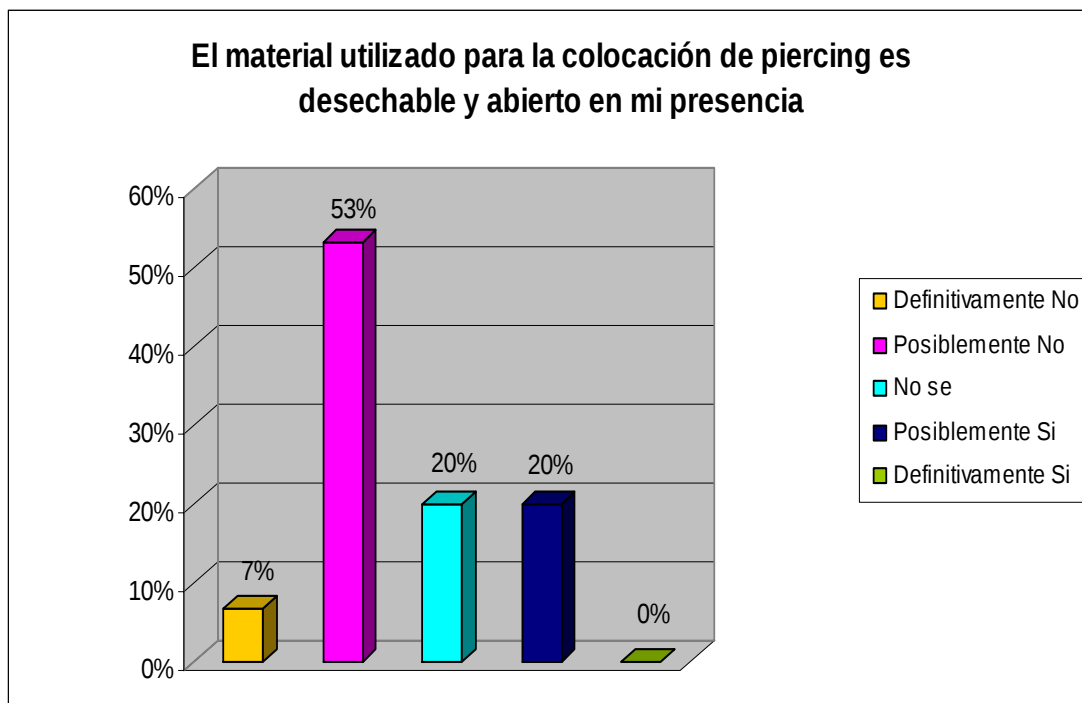


Gráfico 6. Frecuencia de la utilización de material desechable abierto en la presencia del portador del piercing. Tomado de: Cuadro 8.

Interpretación de Ítem 5

En el cuadro 8 y gráfico 6, se observa que el mayor porcentaje (53%) de los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio “El Viñado” que poseen Piercing Intraorales y Periorales posiblemente no se percató que el material desechable fue abierto en su presencia en el momento de la colocación del piercing y el 7% restante definitivamente no observó que el material desechable fue abierto en su presencia en el momento de la colocación del piercing.

Esto indica que la mayoría de la población estudiada no siguió medidas preventivas. Según Rojas (op. cit), antes de la colocación del piercing, se debe utilizar material desechable de un solo uso, con los adecuados contenedores de material contaminado para su eliminación posterior.

Ítem 6:

Cuadro 9

Frecuencia del uso de material desechable durante la colocación del piercing.

ITEM 6	F	FR
Definitivamente No	0	0%
Posiblemente No	5	33%
No se	7	47%
Posiblemente Sí	1	7%
Definitivamente Sí	2	13%
Total	15	100%

Nota: Datos obtenidos con el Instrumento de recolección de datos.

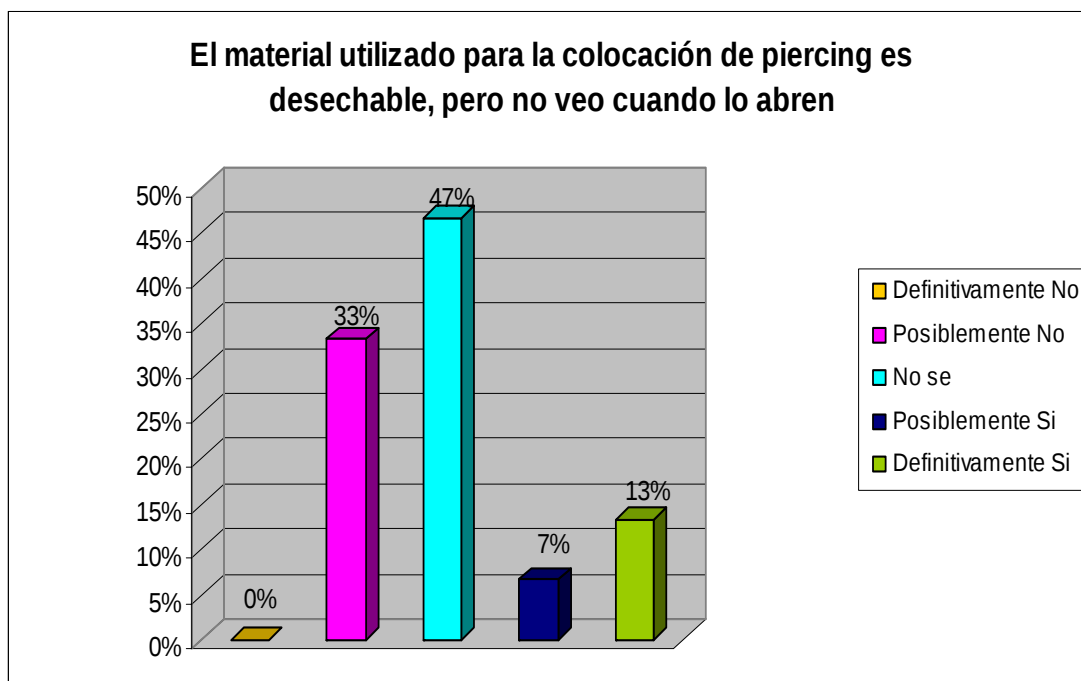


Gráfico 7.Frecuencia del uso de material desechable durante la colocación del piercing. Tomado de: Cuadro 9.

Interpretación del Ítem 6

En el cuadro 9 y gráfico 7, se observa que el mayor porcentaje (47%) de los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio “El Viñedo” que poseen Piercing Intraorales y Periorales no sabe si el material era desechable y no sabe si fue abierto en su presencia en el momento de la colocación del piercing y 7% posiblemente si observó que el material era desechable pero no abierto en su presencia en el momento de la colocación del piercing.

Esto indica que la mayoría de la población estudiada no siguió medidas preventivas.

Ítem 7:

Cuadro 10

Frecuencia del uso de material reciclado y esterilización para la colocación del piercing

ITEM 7	F	FR
Definitivamente No	0	0%
Posiblemente No	2	13%
No se	12	80%
Posiblemente Sí	1	7%
Definitivamente Sí	0	0%
Total	15	100%

Nota: Datos obtenidos con el Instrumento de recolección de datos.

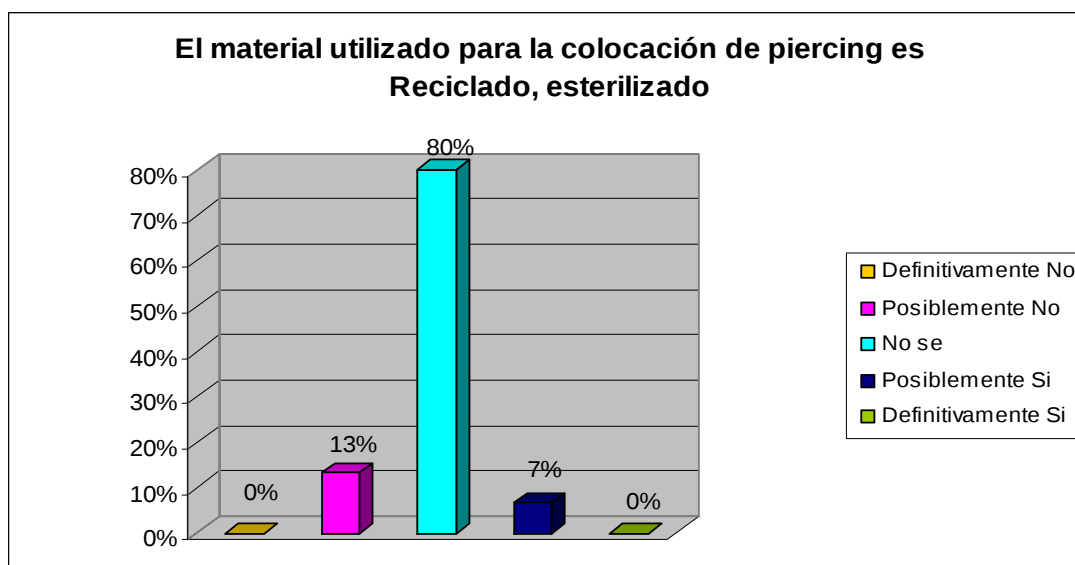


Gráfico 8. Frecuencia del uso de material reciclado y esterilización para la colocación del piercing . Tomado de: Cuadro 10.

Interpretación del Ítem 7

En el cuadro 10 y gráfico 8, se observa que el mayor porcentaje (80%) de los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio “El Viñedo” que poseen Piercing Intraorales y Periorales no sabe si el material era reciclado, esterilizado y 7% posiblemente si observó que el material era reciclado, esterilizado en el momento de la colocación del piercing.

Esto indica que la mayoría de la población desconoce si se tuvieron las medidas preventivas durante la colocación del Piercing Intraoral y Perioral. Según Rojas (op. cit), se debe utilizar material desechable de un solo uso, abierto en la presencia, con los adecuados contenedores de material contaminado para su eliminación posterior y el material no desechable e instrumental debe esterilizarse en una cámara apropiada a 121°C durante 15 minutos.

Ítem 8:

Cuadro 11

Limpieza y aseo del área de colocación del piercing

ITEM 8	F	FR
Definitivamente No	3	20%
Posiblemente No	9	60%
No se	0	0%
Posiblemente Sí	2	13%
Definitivamente Sí	1	7%
Total	15	100%

Nota: Datos obtenidos con el Instrumento de recolección de datos.

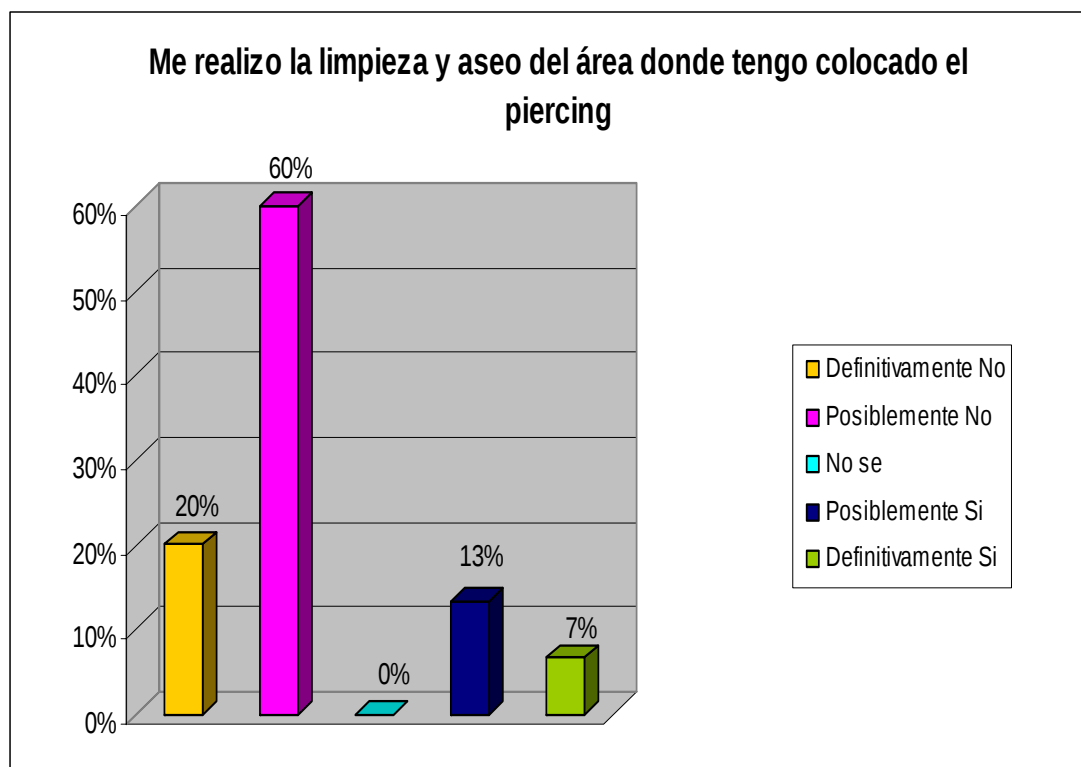


Gráfico 9. Limpieza y aseo del área de colocación del piercing. Tomado de: Cuadro 11.

Interpretación del Ítem 8

En el cuadro 11 y gráfico 9, se observa que el mayor porcentaje (60%) de los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio “El Viñedo” que poseen Piercing Intraorales posiblemente no se realizan la limpieza y el aseo en el área donde está colocado el piercing y 7% definitivamente si se lo realizan.

Esto indica que la mayoría de la población estudiada no se realiza la correcta limpieza y aseo del área. Según Rojas (op. cit) antes de limpiarlo, lavarse las manos. Después, quitar cuidadosamente con un cotonete humedecido en agua tibia cualquier formación (costras) que se presente en la pieza de joyería o entorno a la perforación; una vez que se haya realizado la limpieza, mover el arete de un lado a otro por lo menos siete veces. Finalmente, enjuagar con agua y con jabón neutro o antibacterial.

Ítem 9:

Cuadro 12

Seguimiento de las medidas de higiene luego de la colocación del piercing

ITEM 9	F	FR
Definitivamente No	1	7%
Posiblemente No	11	73%
No se	0	0%
Posiblemente Sí	2	13%
Definitivamente Sí	1	7%
Total	15	100%

Nota: Datos obtenidos con el Instrumento de recolección de datos.

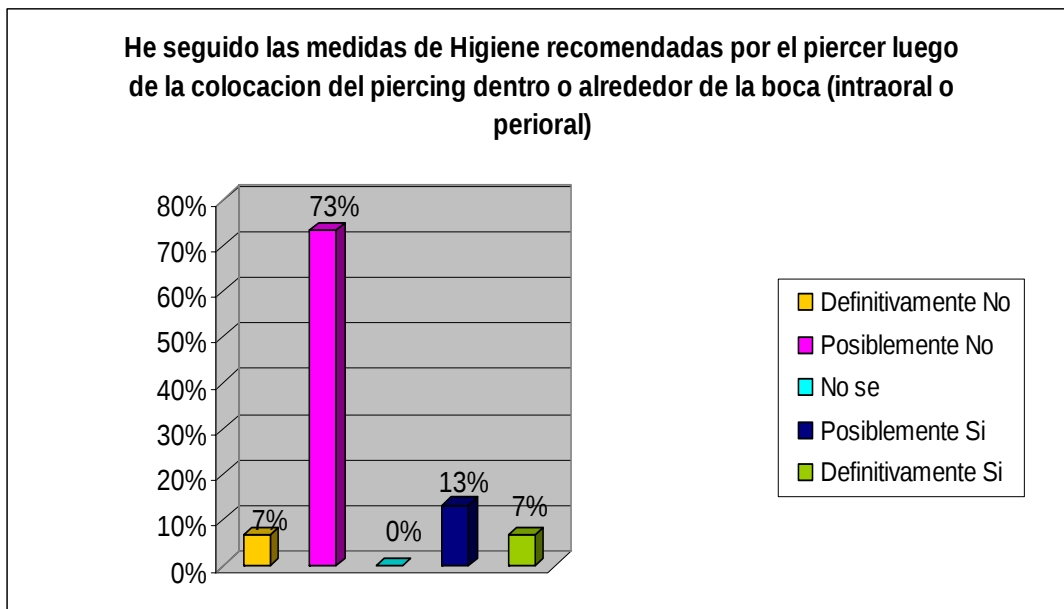


Gráfico 10. Seguimiento de las medidas de higiene luego de la colocación del piercing. Tomado de: Cuadro 12.

Interpretación del Ítem 9

En el cuadro 12 y gráfico 10, se observa que el mayor porcentaje (73%) de los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio “El Viñedo” que poseen Piercings Intraorales posiblemente no sigue las medidas de higiene recomendadas por el piercer luego de la colocación del piercing.

Esto indica que la gran mayoría de los estudiantes que poseen piercing Intraoral y Perioral no siguen las medidas de higiene necesarias para mantener limpia la zona de la perforación. López De Ávila (op.cit.) afirma que cuando se tiene un piercing intraoral es necesario mantener una higiene bucal constante que además del cepillado, el cual debe realizarse inmediatamente después de ingerir alimentos incluya el uso del enjuague bucal como complemento.

Ítem 10:

Cuadro 13

Frecuencia de fractura dentaria luego de la colocación del piercing intraoral

ITEM 10	F	FR
Definitivamente No	2	13%
Posiblemente No	5	33%
No se	2	13%
Posiblemente Sí	4	27%
Definitivamente Sí	2	13%
Total	15	100%

Nota: Datos obtenidos con el Instrumento de recolección de datos.

Interpretación del Ítem 10

En el cuadro 13 y gráfico 11, se observa que el mayor porcentaje (33%) de los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio “El Viñedo” que poseen Piercing Intraorales posiblemente no se percato de presentar fractura dentaria luego de la colocación del piercing intraoral.

Esto indica que la mayoría de la población estudiada no presento fractura dentaria. Según De Urbiola y Viñals Iglesias (op. cit), son las lesiones mas frecuentes descritas por el uso de los piercings intraorales.

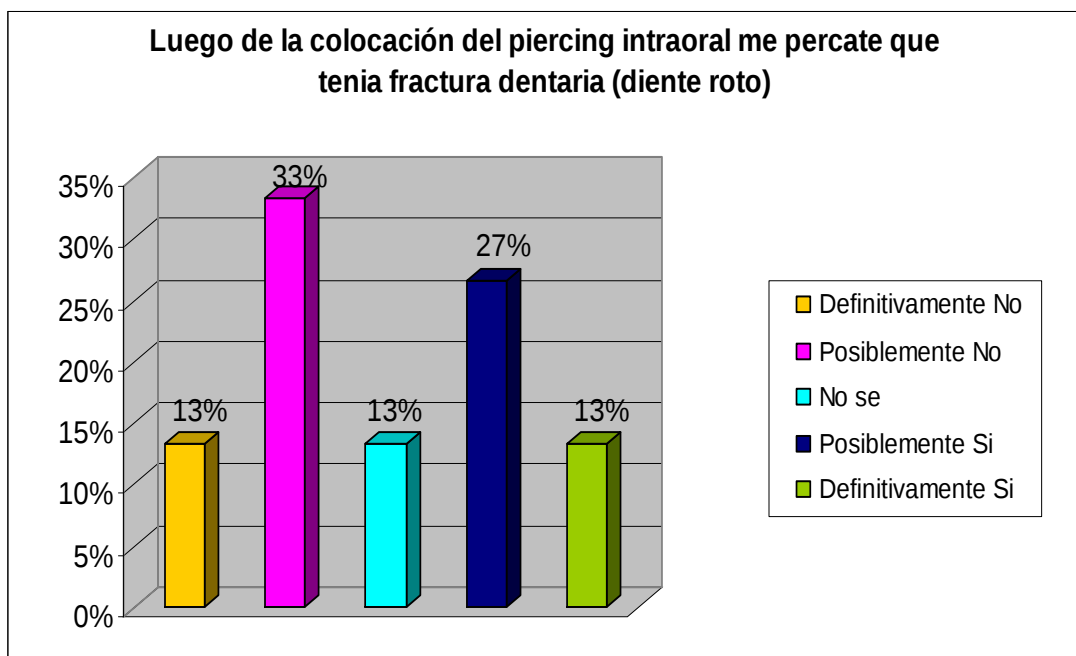


Gráfico 11. Frecuencia de fractura dentaria luego de la colocación del piercing intraoral. Tomado de: Cuadro 13

Ítem 11:

Cuadro 14

Frecuencia de recesión gingival luego de la colocación del piercing intraoral

ITEM 11	F	FR
Definitivamente No	1	7%
Posiblemente No	0	0%
No se	5	33%
Posiblemente Sí	3	20%
Definitivamente Sí	6	40%
Total	15	100%

Nota: Datos obtenidos con el Instrumento de recolección de datos.

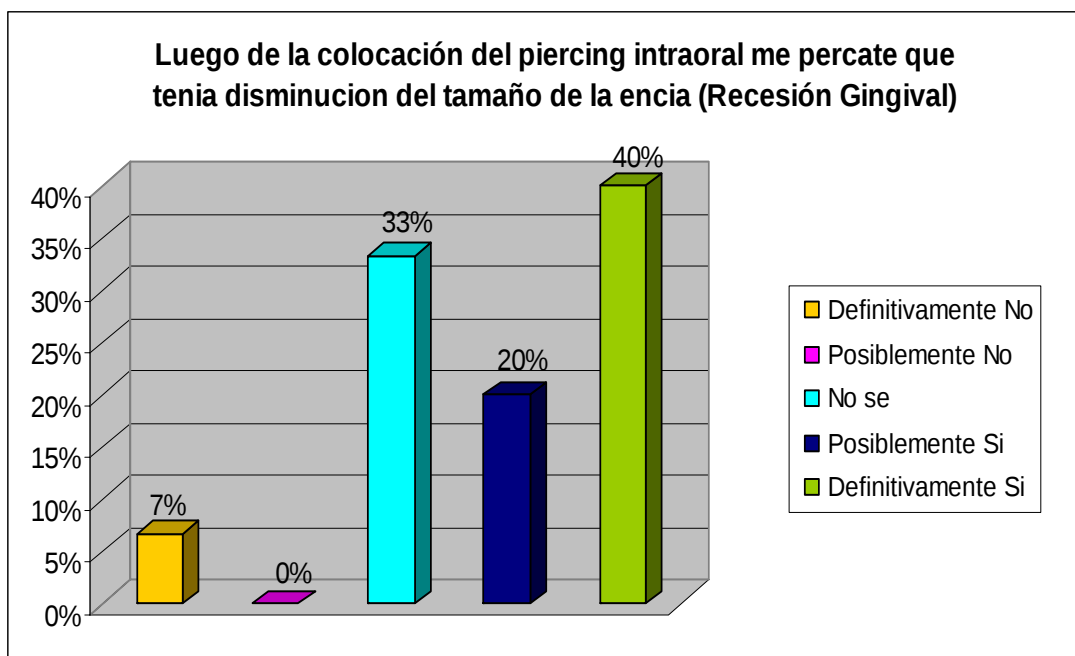


Gráfico 12. Frecuencia de recesión gingival luego de la colocación del piercing intraoral. Tomado de: Cuadro 14.

Interpretación del Ítem 11

En el cuadro 14 y gráfico 12, se observa que el mayor porcentaje (40%) de los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio “El Viñado” que poseen Piercing Intraorales definitivamente si presentaron recesión gingival luego de su colocación, y 7% definitivamente no.

Esto indica que la gran mayoría de los estudiantes presentaron recesión gingival. Urbiola y Viñals Iglesias (op. cit.) señalan que a parte de problemas de índole estético- puede provocar una abrasión de la superficie radicular con un aumento de la sensibilidad y una predisposición a la caries en la zona expuesta.

Ítem 12:

Cuadro 15

Frecuencia de placa bacteriana luego de la colocación del piercing intraoral

ITEM 12	F	FR
Definitivamente No	0	0%
Posiblemente No	0	0%
No se	0	0%
Posiblemente Sí	1	7%
Definitivamente Sí	14	93%
Total	15	100%

Nota: Datos obtenidos con el Instrumento de recolección de datos.

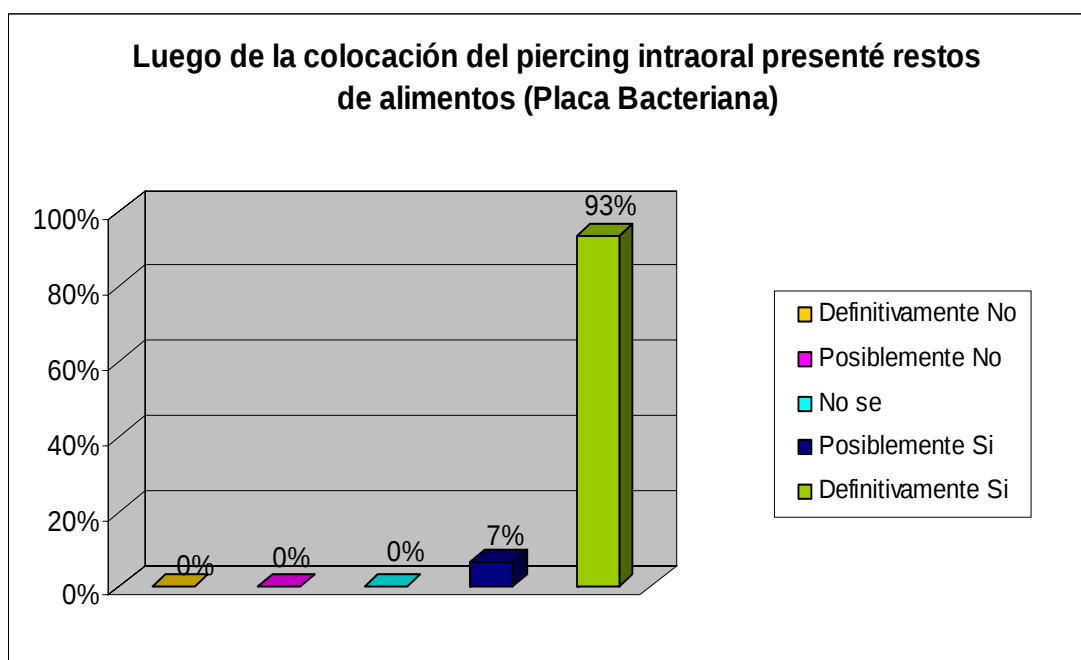


Gráfico 13.Frecuencia de placa bacteriana luego de la colocación del piercing intraoral. Tomado de: Cuadro 15.

Interpretación del Ítem 12

En el cuadro 15 y gráfico 13, se observa que el mayor porcentaje (93%) de los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del

Instituto Colegio “El Viñedo” que posee Piercing Intraorales definitivamente si presentaron placa bacteriana luego de su colocación, y 7% posiblemente sí, dando como resultado que toda la población de la muestra presentó placa bacteriana.

Esto indica que toda la población presentó placa bacteriana a causa de la colocación del piercing intraoral y una mala higiene bucal por parte de los estudiantes. Kretchmer y Moriasty (op.cit) describen que la perforación lingual puede provocar acúmulos de placa y cálculo supra y subgingival en dientes anteroinferiores debido a que la esfera inferior del piercing contacta continuamente con los dientes

Ítem 13:

Cuadro 16
Frecuencia de cálculo luego de la colocación del piercing intraoral

ITEM 13	F	FR
Definitivamente No	0	0%
Posiblemente No	1	7%
No se	8	53%
Posiblemente Sí	6	40%
Definitivamente Sí	0	0%
Total	15	100%

Nota: Datos obtenidos con el Instrumento de recolección de datos.

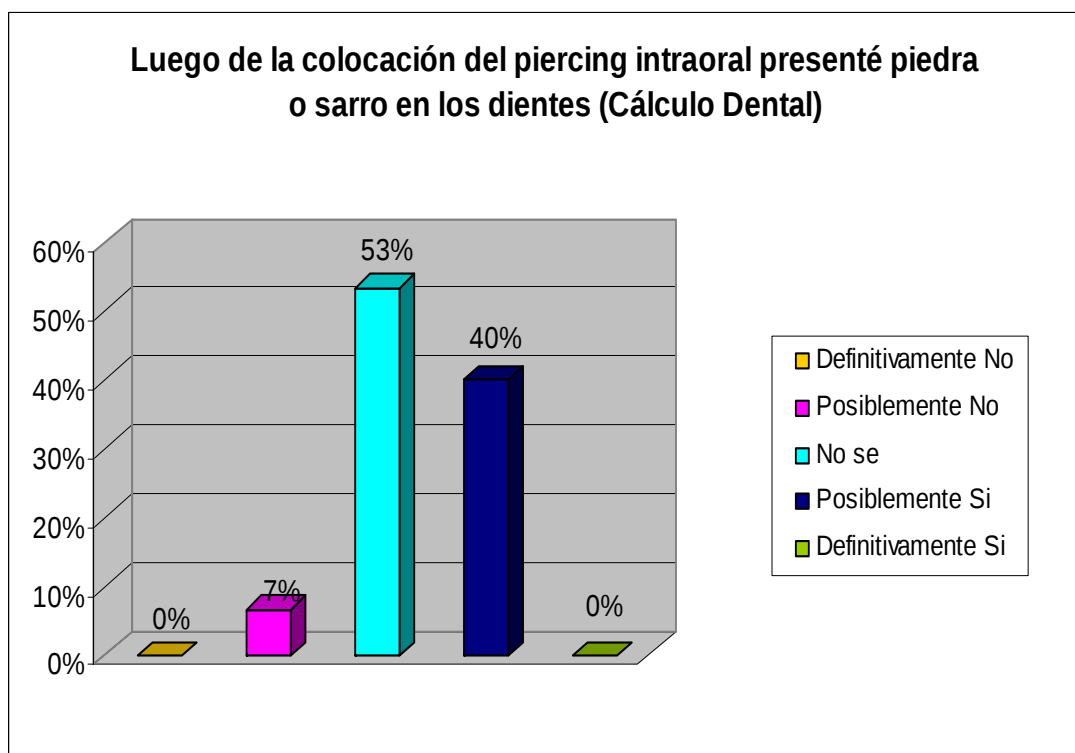


Gráfico 14. Frecuencia de cálculo luego de la colocación del piercing intraoral. Tomado de: Cuadro 16

Interpretación del Ítem 13

En el cuadro 16 y gráfico 14, se observa que el mayor porcentaje (53%) de los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio “El Viñado” que poseen Piercing Intraorales no saben si presentaron cálculo dental luego de su colocación, 40% posiblemente si y 7% posiblemente no.

Esto indica que la mayoría de la población estudiada no sabe si presenta formación de cálculo dental. Kretchmer y Moriasty (op.cit) describen que la perforación lingual puede provocar acúmulos de placa y cálculo supra y subgingival en dientes anteroinferiores debido a que la esfera inferior del piercing contacta continuamente con los dientes.

Ítem 14:

Cuadro 17

Frecuencia de sialorrea luego de la colocación del piercing intraoral

ITEM 14	F	FR
Definitivamente No	0	0%
Posiblemente No	0	0%
No se	0	0%
Posiblemente Sí	7	47%
Definitivamente Sí	8	53%
Total	15	100%

Nota: Datos obtenidos con el Instrumento de recolección de datos.

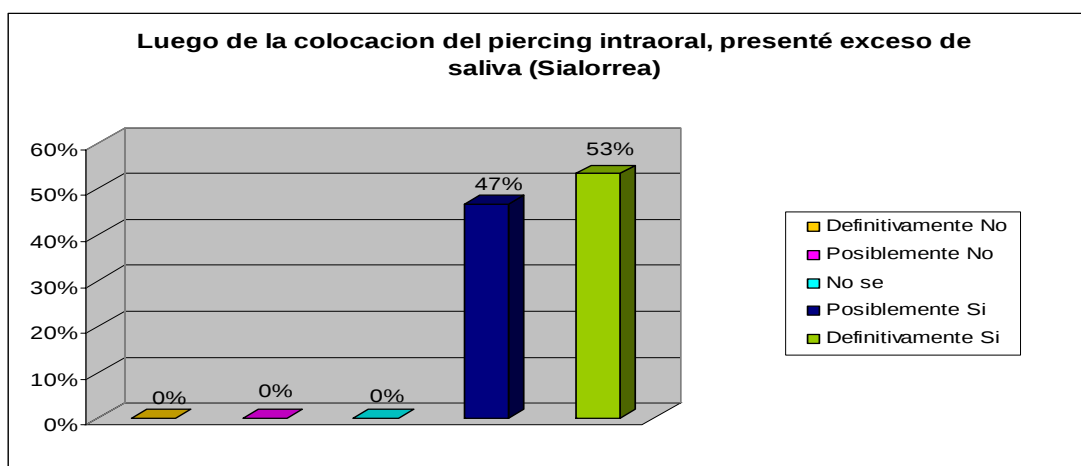


Gráfico 15.Frecuencia de sialorrea luego de la colocación del piercing intraoral. Tomado de: Cuadro 17.

Interpretación del Ítem 14

En el cuadro 17 y gráfico 15, se observa que el mayor porcentaje (53%) de los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio “El Viñedo” que poseen Piercing Intraorales definitivamente si presentaron sialorrea luego de su colocación, y 47% posiblemente si, dando como resultado que toda la muestra presentó sialorrea. Esto indica

que la mayoría presentó sialorrea luego de la colocación del piercing intraoral.

Ítem 15

Cuadro 18

Frecuencia de inflamación de las encías luego de la colocación del piercing intraoral

ITEM 15	F	FR
Definitivamente No	0	0%
Posiblemente No	1	7%
No se	6	40%
Posiblemente Sí	4	27%
Definitivamente Sí	4	27%
Total	15	100%

Nota: Datos obtenidos con el Instrumento de recolección de datos.

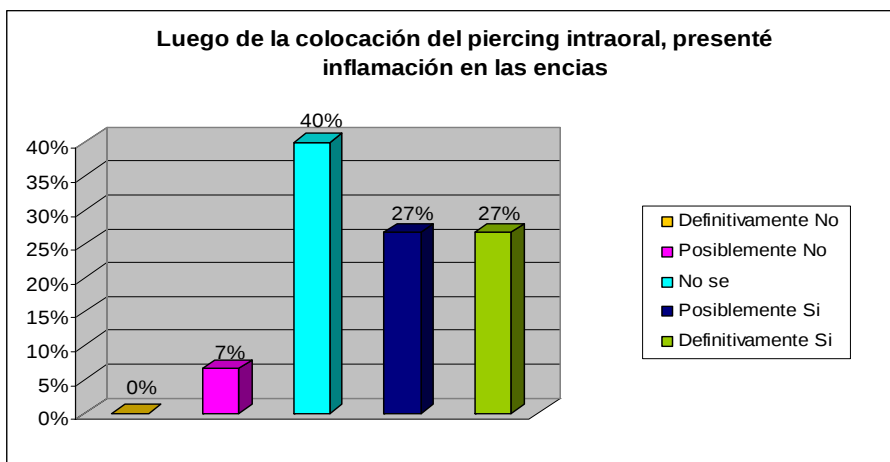


Gráfico 16. Frecuencia de inflamación de las encías luego de la colocación del piercing intraoral. Tomado de: Cuadro 18

Interpretación del Ítem 15

En el cuadro 18 y gráfico 16, se observa que el mayor porcentaje (40%) de los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del

Instituto Colegio “El Viñedo” que poseen Piercings Intraorales no sabe si presentan inflamación de las encías, y 7% posiblemente no.

Esto indica que la mayoría de la población desconoce la presencia de inflamación gingival luego de la colocación del piercing intraoral.

Ítem 16:

Cuadro 19

Frecuencia de inflamación luego de la colocación del piercing perioral

ITEM 16	F	FR
Definitivamente No	0	0%
Posiblemente No	1	7%
No se	2	13%
Posiblemente Sí	1	7%
Definitivamente Sí	11	73%
Total	15	100%

Nota: Datos obtenidos con el Instrumento de recolección de datos.

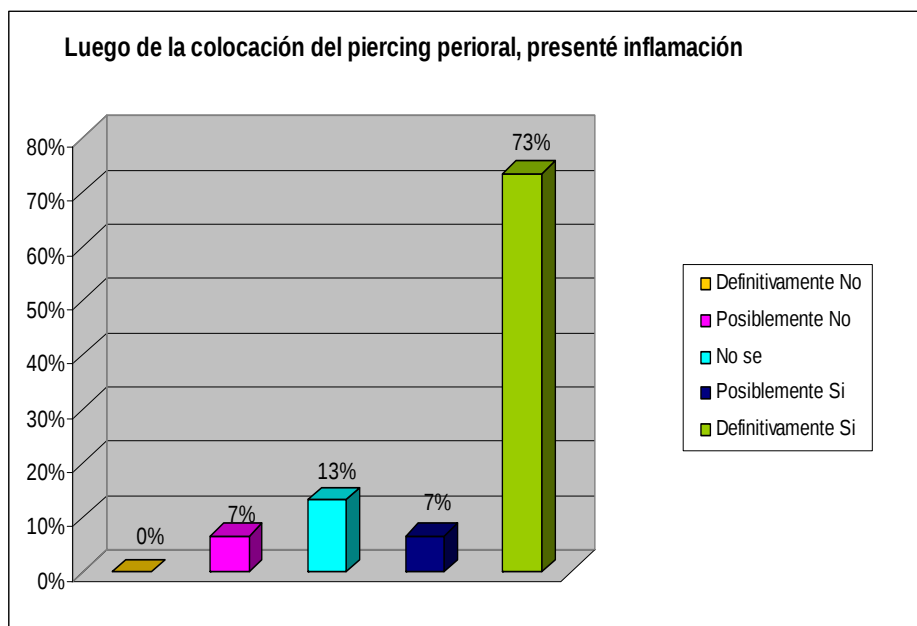


Gráfico 17.Frecuencia de inflamación luego de la colocación del piercing perioral. Tomado de: Cuadro 19.

Interpretación del Ítem 16

En el cuadro 19 y gráfico 17, se observa que el mayor porcentaje (73%) de los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio “El Viñedo” que poseen Piercing perioral definitivamente si presentan inflamación luego de la colocación del piercing, y 7% posiblemente no. Esto indica que la gran mayoría de la población presentó inflamación.

Ítem 17:

Cuadro 20

Frecuencia de alergia luego de la colocación del piercing perioral

ITEM 17	F	FR
Definitivamente No	4	27%
Posiblemente No	11	73%
No se	0	0%
Posiblemente Sí	0	0%
Definitivamente Sí	0	0%
Total	15	100%

Nota: Datos obtenidos con el Instrumento de recolección de datos.

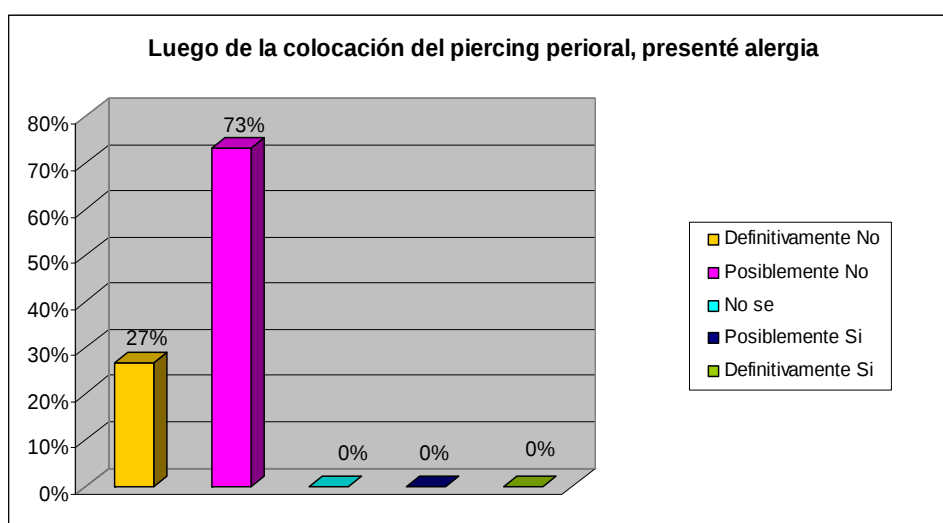


Gráfico 18.Frecuencia de alergia luego de la colocación del piercing perioral.
Tomado de: Cuadro 20.

Interpretación del Ítem 17

En el cuadro 20 y gráfico 18, se observa que el mayor porcentaje (73%) de los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio “El Viñedo” que poseen Piercing perioral posiblemente no presentan alergia, y 27% definitivamente no, dando como resultado que ninguno de la muestra tuvo presencia de alergia. Esto indica que la mayoría de la población no tuvo presencia de alergia luego de la colocación del piercing perioral. Según De Urbiola y Viñals Iglesias (op. cit), en función del tipo de material del piercing puede aumentar el riesgo de irritaciones crónicas o de hipersensibilidad al metal.

Ítem 18:

Cuadro 21

Frecuencia de dolor luego de la colocación del piercing perioral

ITEM 18	F	FR
Definitivamente No	2	13%
Posiblemente No	4	27%
No se	3	20%
Posiblemente Sí	6	40%
Definitivamente Sí	0	0%
Total	15	100%

Nota: Datos obtenidos con el Instrumento de recolección de datos.

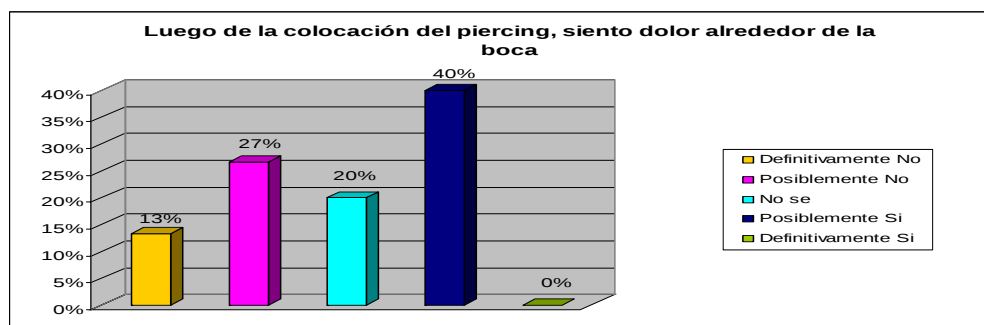


Gráfico 19.Frecuencia de dolor luego de la colocación del piercing perioral. Tomado de: Cuadro 21.

Interpretación Ítem 18

En el cuadro 21 y gráfico 19, se observa que el mayor porcentaje (40%) de los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio “El Viñado” que poseen Piercing perioral posiblemente si sienten dolor alrededor de la boca, y 13% definitivamente no.

Esto indica que la mayoría de la población tuvo presencia de dolor luego de la colocación del piercing perioral. Según De Urbiola y Viñals Iglesias (op. cit), los tejidos que rodean la herida causada por el piercing, debido a la inflamación o a la ulceración, provocan dolor siendo las complicaciones más frecuentes.

Ítem 19:

Cuadro 22

Frecuencia de dolor luego de la colocación del piercing intraoral

ITEM 19	F	FR
Definitivamente No	0	0%
Posiblemente No	1	7%
No se	0	0%
Posiblemente Sí	5	33%
Definitivamente Sí	9	60%
Total	15	100%

Nota: Datos obtenidos con el Instrumento de recolección de datos.

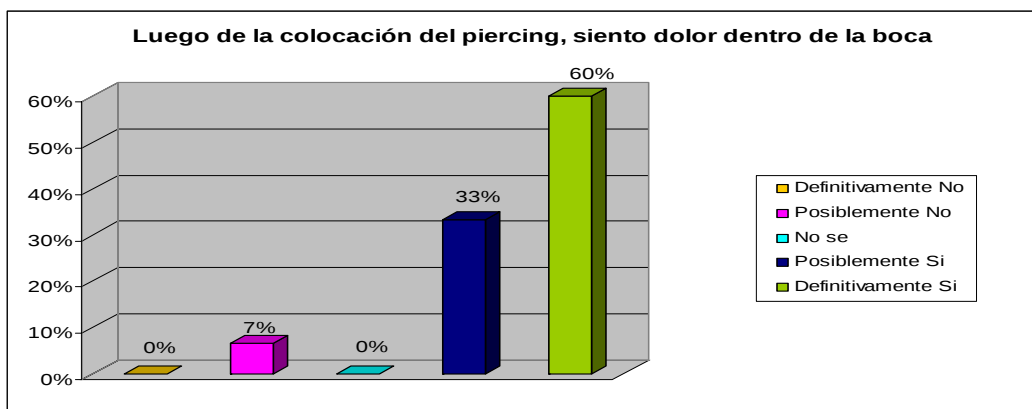


Gráfico 20. Frecuencia de dolor luego de la colocación del piercing intraoral.
Tomado de: Cuadro 22

Interpretación del Ítem 19

En el cuadro 22 y gráfico 20, se observa que el mayor porcentaje (60%) de los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio “El Viñedo” que poseen Piercing intraoral definitivamente si sienten dolor dentro de la boca, y 7% posiblemente no.

Esto indica que la mayoría de la población tuvo presencia de dolor luego de la colocación del piercing perioral.

Ítem 20

Cuadro 23

Frecuencia de infección luego de la colocación del piercing intraoral o perioral

ITEM 20	F	FR
Definitivamente No	1	7%
Posiblemente No	9	60%
No se	1	7%
Posiblemente Sí	2	13%
Definitivamente Sí	2	13%
Total	15	100%

Nota: Datos obtenidos con el Instrumento de recolección de datos.

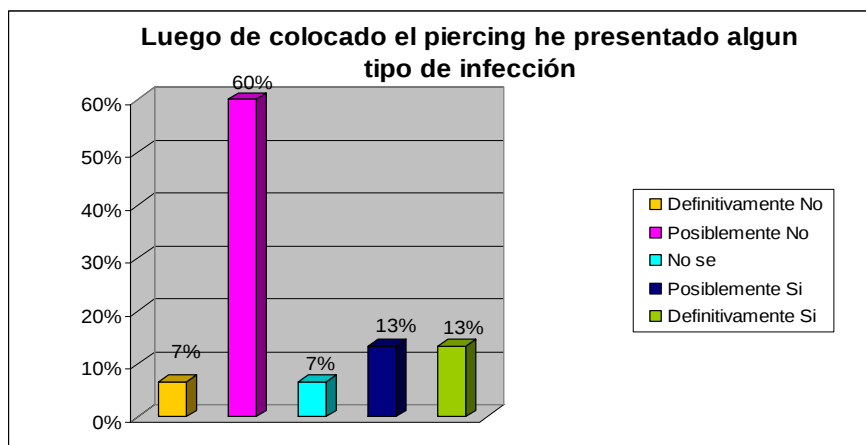


Gráfico 21. Frecuencia de infección luego de la colocación del piercing intraoral o perioral. Tomado de: Cuadro 23

Interpretación del Ítem 20

En el cuadro 23 y gráfico 21, se observa que el mayor porcentaje (60%) de los estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio “El Viñedo” que poseen Piercing intraoral o perioral posiblemente no ha presentado infección luego de la colocación de éste.

Esto indica que la mayoría de la población estudiada no presentó algún tipo de infección luego de la colocación del piercing intraoral o perioral. Según De Urbiola y Viñals Iglesias (op. cit), las personas que realizan piercings deben observar normas de control contra infecciones, para evitar la transmisión de enfermedades, el piercing intraoral posee un alto riesgo de infección debido al elevado nivel de bacterias en la boca.

Discusión

La mayoría de los estudiantes de la muestra no sigue medidas de prevención antes de la colocación del Piercing Intraoral y Perioral. Según Rojas (op. cit.), el material no desechable debe esterilizarse en una cámara apropiada a 121° C durante 15 minutos. Además, los materiales que no puedan ser esterilizados deben ser lavados y mantenidos en un líquido esterilizador (clorhexidina o alcohol de 70°) o desinfectante.

Asimismo señala que, se debe utilizar material desechable de un solo uso, abierto en la presencia, con los adecuados contenedores de material contaminado para su eliminación posterior.

La mayoría de la muestra presentó sialorrea luego de la colocación del piercing intraoral. Gutiérrez Lobo (op. cit) dice que el contacto de un artefacto metálico en la boca puede estimular la producción de saliva, que incluso puede ser más fluida.

Cabe decir que, toda la población presentó placa bacteriana a causa de la colocación del piercing intraoral y una mala higiene bucal por parte de los

estudiantes. Kretchmer y Moriasty (op.cit) describen que la perforación lingual puede provocar acúmulos de placa y cálculo supra y subgingival en dientes anteroinferiores debido a que la esfera inferior del piercing contacta continuamente con los dientes.

Igualmente, desconocen la presencia de inflamación gingival luego de la colocación del piercing intraoral. López De Ávila (op. cit) dice que la acción reiterada de traumatismo metálico contra el periodonto puede causar una inflamación leve, moderada o severa. De Urbiola y Viñals Iglesias (op. cit.) señalan que una lengua edematosa debida a la perforación con un objeto metálico, puede dificultar la alimentación, comprometer el habla o incluso la respiración, por la obstrucción de la vía aérea, necesitando una rápida atención profesional.

Otra particularidad es que, hubo presencia de dolor luego de la colocación del piercing perioral, en muchos de los casos. Según De Urbiola y Viñals Iglesias (op. cit), los tejidos que rodean la herida causada por el piercing, debido a la inflamación o a la ulceración, provocan dolor siendo las complicaciones más frecuentes.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Una vez finalizada la investigación, recolección de datos y la fase de análisis de resultados, se hace posible dar respuesta a la interrogante y objetivos específicos que orientaron el desarrollo de la misma, a través de las siguientes conclusiones:

En lo que se refiere al Objetivo Específico número 1, se estableció los tipos de lesiones bucales más comunes producidas por el uso del piercing intraoral, siendo estas: inflamación gingival, acumulación de placa bacteriana, sialorrea y recesión gingival y dolor intraoral.

En lo que concierne al Objetivo Específico número 2, de igual forma se logró establecer los tipos de lesiones bucales más comunes producidas por el uso del piercing perioral, las cuales son: inflamación y dolor perioral.

En el Objetivo Específico número 3 se observó que las medidas de higiene y limpieza de la muestra eran deficientes, restándole importancia a la misma luego de la colocación del piercing.

Finalmente, también pudo observarse que referente al Objetivo Específico número 4 los portadores de piercing intraoral y/o perioral no se percataron de las medidas preventivas durante la colocación del piercing, como: esterilización de instrumentos y materiales, desinfección de instrumentos y materiales, el uso de material desechable abierto en su presencia.

Recomendaciones

Es importante plantear en base a la investigación una serie de propuestas, las cuales se espera que sean tomadas en cuenta en un futuro, a continuación se presentan las siguientes:

- Profundizar y estudiar la variable piercing intraoral y perioral, puesto que actualmente existe mucha desinformación sobre las implicaciones causadas por la colocación de estos.
- Educar a la población juvenil a través de programas educativos sobre las implicaciones bucales del uso de piercing intraoral y perioral.
- Promover la investigación a nivel universitario sobre las diferentes implicaciones bucales que se pueden presentar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ardila Medina, R. (2001), *Recesiones Gingivales causadas por piercing orales*. [Documento en línea] Disponible: <http://www.scielo.isciii.es/scielo/revista/2001>. [Consulta: 2006, septiembre 12]
- Arias, F. (2004), *El proyecto de Investigación*. (4ta ed.). Caracas, Venezuela: Editorial Episteme. S.A.
- Bitterman, B. (2003), *ADA Statement on Intraoral/Perioral Piercing and tongue splitting*. [Documento en línea] Disponible: <http://www.ada.org/prof/resources/positions/statements/piercing.asp>. [Consulta: 2006, diciembre 10]
- Carreras- Presas. (2005). *Piercing Oral, una práctica habitual en nuestra sociedad*. [Documento en línea]. Disponible: http://www.lavozdigital.es/jerez/prensa/20061006/temas_jer/dentistas-alertan-riesgos-piercing_2006006.html. [Consulta: 2006, diciembre 10]
- De la Teja, A.; Cadena, J. y Escudero, C. (2003), *Nuevas tendencias en odontología cosmética*. [Documento en línea], Disponible: http://www.revistavisiondental.net/articulo_piercing_oral.htm. [Consulta: 2006, diciembre 09]
- De Urbiola, G. y Viñals, I. (2005), *Piercing bucal: lo que los dentistas deben saber*, [Documento en línea], Disponible: <http://www.apcd.org.br/biblioteca/revista/2005/>. [Consulta: 2006, septiembre 12]
- García Romero, H. (1999), *Metodología de la Investigación*. (4ta ed.). México: Mc Graw Hill.
- Grey, N. (2002). *El "piercing" en la lengua tiene riesgo incluso para la vida*. [Documento en línea] Disponible: <http://qbsystems.com/news/155.htm> [Consulta: 2006, septiembre 12]
- Gutiérrez Lobo, A. (2004). *Los riesgos del Piercing*. [Documento en línea]. Disponible: <http://revista.consumer.es/web/es/2007101/salud/71042.php>. [Consulta: 2006, septiembre 12]
- Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1991). *Metodología de la Investigación* México: Mc Graw Hill.

- Houston, L. (2005). *Perforación Oral* [Documento en línea]. Disponible: http://www.cda.org/member_benefits_&_resources/patient_education_tools/factsheets/oral_piercing_spanish. [Consulta: 2006, septiembre 13]
- Ilarraza, M. (2004). *Prevención en la colocación del piercing*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.misionrevolucion.com/articulo/11>. [Consulta: 2006, septiembre 15]
- Kretchmer, M. y Moriasty, J. (2001), Metal piercing thoroughly the tongue and localized loss of attachment. [Documento en línea], Disponible: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/piercings_manifestaciones_bucales.asp. [Consulta: 2006, septiembre 14]
- López De Ávila, H. (2006). *Piercing Moda y Cultura*. [Documento en línea]. Disponible: http://www.indalia.es/index.php?option=com_content&task=view&id=118&Itemid=5. [Consulta: 2006, septiembre 12]
- Mathews, M. (1999), *Nuevas Tendencias*. [Documento en línea]. Disponible: <http://meneame.net/story/riesgos-del-piercing-lengua014>. [Consulta: 2006, octubre 14]
- Ortega, V. (2003), *Morfolopatología del piercing lingual*. [Documento en línea], Disponible: <http://www.patologia.es/volumen36/vol36-num2/36-2n10.htm>. [Consulta: 2006, Diciembre 10]
- Perkins, C. (1997). *A complication of tongue piercing*. [Documento en línea], Disponible: <http://tribalpiercing.net/story/riesgos-del-piercing-lengua014>. [Consulta: 2006, octubre 14]
- Rojas (2007). *Medida de Higiene y Prevención del Piercing*. [Documento en línea], Disponible: http://www.novenet.es/index.php?option=com_content&task=view&id=111&Itemid=8. [Consulta: 2007, julio 10]
- Sánchez Alfonso, I.; González Pérez, T.; Lena, C y Báez, R. (2006). *La bioética y su relación con la tecnología médica*. [Documento en Línea]. Disponible: <http://www.monografias.com/trabajos5biore/biore2.shtml>. [Consulta: 2007, noviembre 10]
- Sean, C. (2001). *Conductas de Riesgo*. [Documento en línea]. Disponible: <http://tattoandbodypiercing/story/index.php?option=com>. [Consulta: 2006, octubre 14].

Sierra, C. (2004). *Estrategias para la elaboración de un proyecto de investigación*. Maracay, Venezuela: Insertos médicos de Venezuela C.A.

Spiegel Murray, R. (2002) *Estadística*. (2da ed.). México: Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A.

ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
CAMPUS BARRIOJA

Cuestionario

Apreciado Estudiante

El presente cuestionario tiene por finalidad determinar las implicaciones bucales del piercing intraoral y perioral en Educación Media, Diversificada y Profesional.

Es importante que contestes cada una de las preguntas con la mayor sinceridad posible; en este sentido, te garantizamos que la información que suministres será de estricta confidencialidad.

Debes tener presente que no existen respuestas correctas o incorrectas, por lo que te invitamos a que respondas cada pregunta que aparece a continuación con la mayor honestidad posible y en su totalidad, para que los resultados del estudio reflejen lo más fidedignamente posible la realidad existente.

¡Muchas gracias por tu colaboración!

Edad: ____ años Sexo: Masculino ____ Femenino ____

Año (grado que cursas): ____ Mención: ____

Lugar de Habitación:

Municipio: ____ Urbanización/Barrio: ____

Nº de Piercings que te has colocado y lugar:

Labio ____ Lengua ____ Frenillo ____

Nariz ____ Ceja ____ Diente(s) ____

Otro ____

Instrucciones

Contesta según las indicaciones dadas:

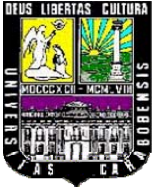
A continuación, aparece un conjunto de proposiciones que expresan algunas ideas acerca de la Investigación. Después de cada proposición se presentan alternativas de respuestas posibles. Señala con una equis (X) en la casilla que refleje tu apreciación de la afirmación hecha en la proposición.

DS: Definitivamente Sí PS: Posiblemente Sí NS: No Se PN: Posiblemente No DN: Definitivamente No						
Proposiciones		DS	PS	NS	PN	DN
1	Al colocarme un piercing dentro o alrededor de la boca (intraoral o perioral) observo que se esterilicen los materiales					
2	Al colocarme un piercing dentro o alrededor de la boca (intraoral o perioral) observo que se esterilice el instrumental					
3	Al colocarme un piercing dentro o alrededor de la boca (intraoral o perioral) observo que se desinfecten los materiales					
4	Al colocarme un piercing dentro o alrededor de la boca (intraoral o perioral) observo que se desinfecte el instrumental					
5	El material utilizado para la colocación de piercing es Desechable y abierto en mi presencia					
6	El material utilizado para la colocación de piercing es Desechable, pero no veo cuando lo abren					
7	El material utilizado para la colocación de piercing es Reciclado, esterilizado					
8	Me realizo la limpieza y aseo del área donde tengo colocado el piercing.					
9	He seguido las medidas de higiene recomendadas por el piercer luego de la colocación del piercing dentro o alrededor de la boca (intraoral o perioral)					
10	Luego de la colocación del piercing intraoral me percaté que tenía Fractura dentaria (diente roto)					
11	Luego de la colocación del piercing intraoral me percaté que tenía disminución del tamaño de la encía (recesión gingival)					
12	Luego de la colocación del piercing intraoral presenté acumulación de restos de alimentos (placa bacteriana)					
13	Luego de la colocación del piercing intraoral presenté Piedra o sarro en los dientes (cálculo dental)					
14	Luego de la colocación del piercing intraoral, presenté exceso de saliva (sialorrea)					
15	Luego de la colocación del piercing intraoral, presenté Inflamación de las encías					

16	Luego de la colocación del piercing perioral, presenté Inflamación					
17	Luego de la colocación del piercing perioral, presenté Alergia					
18	Luego de la colocación del piercing, siento dolor alrededor de la boca					
19	Luego de la colocación del piercing, siento dolor dentro de la boca					
20	Luego de colocado el piercing he presentado algún tipo de infección					

¡Gracias por tu colaboración!

ANEXO B
Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
Facultad de Odontología
Dpto. Formación Integral del Hombre

CONSENTIMIENTO PREVIA INFORMACIÓN

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que **la Br. Madeleine Urbano** y **la Br. Mariangélica Tovar** realicen un trabajo de investigación y autorizo mi participación en el mismo.

Entiendo que se me realizarán diferentes preguntas sobre mi salud y que el equipo de investigadores asume preservar la confidencialidad de mis datos, por completo.

Al ser elegido para este estudio por contar con los requisitos buscados por los investigadores, se me ha notificado que es del todo voluntario y que aun iniciada la investigación puedo rehusarme a responder alguna pregunta o realizar alguna prueba así como retirarme en el momento de la investigación que yo decida.

El objetivo principal de esta investigación es Determinar las implicaciones bucales del piercing intraoral y perioral en Estudiantes de Educación Media, Diversificada y Profesional del Instituto Colegio El Viñedo en el Año Escolar 2007-2008.

Nombre y Apellido del Participante: _____

Cédula de Identidad: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____

ANEXO C

Tabla de Cálculo de la Confiabilidad

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL PUNTAJE
1	1	1	1	1	2	4	3	2	2	4	3	1	2	2	2	1	4	2	2	4	44
2	2	2	2	2	3	3	3	1	2	2	2	1	2	1	3	1	4	3	1	4	44
3	2	3	2	2	4	4	3	2	2	3	2	1	3	1	3	1	5	4	1	4	52
4	2	2	2	1	2	1	3	2	1	4	3	1	4	2	3	2	4	4	1	2	46
5	1	1	1	1	2	3	3	2	2	2	1	1	3	1	1	3	4	4	2	4	42
6	2	2	2	2	1	2	3	2	2	1	1	1	3	2	2	1	5	2	1	3	40
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	2	3	1	2	4	4	4	1	4	66
8	1	1	1	1	2	4	3	2	2	4	3	1	2	2	2	1	4	2	2	4	44
9	2	2	2	1	2	1	3	2	2	3	3	1	2	1	3	1	5	2	1	5	44
10	1	2	1	2	2	3	2	1	2	4	1	1	3	2	1	1	4	3	4	1	41
11	2	1	2	1	2	3	2	1	2	5	3	1	2	2	4	1	4	1	1	4	44
12	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	1	2	1	3	1	4	3	1	4	45
13	4	2	4	2	4	4	3	4	4	1	1	1	3	2	3	1	4	2	2	2	53
14	1	1	1	1	2	3	3	2	2	2	1	1	3	1	1	3	4	2	2	4	40
15	1	1	1	1	2	4	3	2	2	3	2	1	2	1	3	2	3	1	1	4	40
SUMA	28	27	28	24	37	46	44	31	33	44	29	16	39	22	36	24	62	39	23	53	685
PROMEDIO	1,9	1,8	1,9	1,6	2,5	3,1	2,9	2,1	2,2	2,9	1,9	1,1	2,6	1,5	2,4	1,6	4,1	2,6	1,5	3,5	45,67
DESVIACION	1,0	0,9	1,0	0,8	0,9	1,0	0,5	0,9	0,8	1,2	0,9	0,3	0,6	0,5	0,9	1,0	0,5	1,1	0,8	1,1	6,83
VARIANZA	1,0	0,7	1,0	0,7	0,8	1,1	0,2	0,8	0,6	1,5	0,8	0,1	0,4	0,3	0,8	1,0	0,3	1,1	0,7	1,1	46,67
SUMATORIA DE LAS VARIANZAS DE LOS ITEMS																					14,9

$$\alpha = \frac{k}{k-1} * \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{Total}^2} \right] =$$

ANEXO D

Tabla Matriz de Datos

SUJETO	ITEM'S																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	PN	DN	PN	DN	PN	NS	PN	DN	PN	DN	NS	DS	PS	PS	PN	DS	PN	DN	DS	PN
2	PN	PN	PN	PN	NS	NS	NS	DN	PN	PS	PS	DS	PS	DS	NS	DS	PN	NS	DS	PN
3	PS	PS	PS	PS	PS	PN	PS	PS	PS	PN	DS	PS	NS	DS	PS	PN	PN	PN	DS	PN
4	PN	PN	PN	DN	PN	DS	NS	PN	DN	PN	NS	DS	PN	PS	NS	PS	PN	PN	DS	PS
5	PN	NS	PN	PN	PS	PN	NS	PN	PN	NS	PS	DS	NS	DS	NS	DS	DN	PN	DS	PN
6	PN	PN	PN	PN	DN	PS	NS	PN	PN	DS	DS	DS	NS	PS	PS	DS	DN	PS	DS	NS
7	PN	PN	PN	DN	PN	DS	NS	PN	PN	NS	NS	DS	PS	DS	NS	DS	DN	PS	DS	DN
8	DN	DN	DN	DN	PN	PN	NS	PN	PN	PN	NS	DS	PS	PS	PS	DS	PN	PS	PS	PN
9	PN	NS	DS	NS	NS	NS	NS	DS	DS	DN	DN	DS	NS	DS	DS	DS	DN	DN	DS	DS
10	DN	PN	DN	PN	PN	NS	PN	DN	PN	PN	DS	DS	NS	PS	DS	DS	PN	NS	PN	DS
11	DN	DN	DN	DN	PN	NS	NS	PN	PN	PS	DS	DS	NS	DS	DS	NS	PN	PN	PS	PN
12	PN	PN	PN	PN	NS	NS	NS	PN	PN	PS	PS	DS	PS	DS	NS	DS	PN	NS	DS	PN
13	PS	PN	PS	PN	PS	PN	NS	PS	PS	DS	DS	DS	NS	PS	NS	DS	PN	PS	PS	PS
14	DN	DN	DN	DN	PN	NS	NS	PN	PN	PS	DS	DS	NS	DS	DS	NS	PN	PS	PS	PN
15	DN	DN	DN	DN	PN	PN	NS	PN	PN	PN	NS	DS	PS	PS	PS	DS	PN	PS	PS	PN