



**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TESIS DE GRADO

TEMA:

**“LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS Y
SENSIBILIDAD DENTAL EN ADULTOS DEL SUB
CENTRO DE SALUD LA PIÑONADA”**

AUTORA:

BRAVO ZAMBRANO MARÍA FERNANDA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. PATRICIA BRAVO CEVALLOS

2011

CERTIFICACIÓN

Doctora Patricia Bravo Cevallos. Certifica que la tesis de investigación titulada **“LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS Y SENSIBILIDAD DENTAL EN ADULTOS DEL SUB CENTRO DE SALUD LA PIÑONADA”**, es original de María Fernanda Bravo Zambrano, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

DRA. PATRICIA BRAVO CEVALLOS

DIRECTORA DE TESIS

DECLARATORIA

La responsabilidad de las ideas, resultados, conclusiones y recomendaciones del presente trabajo investigativo de, **“LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS Y SENSIBILIDAD DENTAL EN ADULTOS DEL SUB CENTRO DE SALUD LA PIÑONADA”**, pertenece exclusivamente a la autora.

MA. FERNANDA BRAVO ZAMBRANO



**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TESIS DE GRADO
TEMA:**

**“LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS Y
SENSIBILIDAD DENTAL EN ADULTOS DEL SUB
CENTRO DE SALUD LA PIÑONADA”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

TESIS DE GRADO

Sometida a consideración del tribunal de revisión y sustentación, legalizado y examinado por el honorable consejo de Unidad Académica como requisito previo a la obtención del título de:

ODONTÓLOGA

Dra. Ángela Murillo, Mg, SP.
PRESIDENTA

Dra. Patricia Bravo Cevallos
DIRECTORA

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Ab. Ramiro Molina Cedeño
SECRETARIO ACADÉMICO

DEDICATORIA

Dedico esta tesis al motor principal de mi vida a **DIOS**, por darme la sabiduría y las fuerzas para seguir adelante, por haberme guiado siempre para terminar correctamente esta carrera, y por ser Él quien siempre estará junto a mí, guiando cada etapa de mi vida para alcanzar cada una de mis metas.

A mis **PADRES** Ing. Ramón Bravo Rivero y Marisol Zambrano García, que con su amor, cariño y confianza han estado junto a mí guiándome, ayudándome cada paso de la vida, por ser ese apoyo incondicional, por creer en mí, por ser mi fuente principal de inspiración y motivación para ser mejor cada día.

A mis **HERMANOS**, Víctor Alfonso y Andrea Samaria, por estar junto a mí cada día de mi vida y hacer de cada día una alegría infinita, por apoyarme y comprenderme en cada momento.

A mis **AMIGOS** de toda la vida que con su apoyo, cariño y comprensión han estado acompañándome siempre.

María Fernanda Bravo Zambrano

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios por llenar mi vida de dichas y bendiciones, a la Virgen Dolorosa, por ser mi guía constante, apoyo desde siempre y guiar cada paso de mi vida.

A mis padres que con el apoyo y cariño me han ayudado a seguir adelante, a ustedes infinitas gracias por siempre, por comprenderme, por confiar en mí y por estar junto a mí cada día, este logro mío es de ustedes también.

A mis hermanos por el cariño y el apoyo que me brindan. Se que cuento con ellos siempre.

A cada uno de los docentes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por su colaboración y dedicación, de manera especial a la Dra. Patricia Bravo, de igual manera para el Dr. Marco Flores por su colaboración en este trabajo de investigación.

Al Sub Centro de Salud La Piñonada, a su Directora Dra. Bernardita Navarrete, por sus enseñanzas y ayudas brindadas durante mis prácticas como interna de odontología.

A mis amigos con quien he compartido momentos y experiencias únicas.

María Fernanda Bravo Zambrano

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
INTRODUCCIÓN	i
ANTECEDENTES	iii
CAPITULO I	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
CAPITULO II	3
2 JUSTIFICACIÓN	3
CAPITULO III	4
3 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	4
3.1 Objetivo General	4
3.2 Objetivos Específicos	4
CAPITULO IV	5
4 HIPÓTESIS	5
CAPITULO V	6
MARCO TEÓRICO	6
5.1 MARCO INSTITUCIONAL	6
5.2 LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS	7
5.2.1 Definición	7
5.2.2 Clasificación de las lesiones cervicales no cariosas.	8
5.2.3 Abrasión	8
5.2.3.1 Factores que influyen en la abrasión:	9
5.2.3.1.1 Asociados al trabajo o profesión	12

5.2.3.1.2	Tratamiento periodontal	13
5.2.3.1.3	Tratamiento Protésico	13
5.2.3.1.4	Aparatología Ortodóntica	14
5.2.3.2	Tratamiento	14
5.2.4	Abfracción	14
5.2.4.1	Diagnóstico clínico	15
5.2.4.1.1	Abfracción y Dolor	15
5.2.5	Erosión	16
5.2.5.1	Etiología	17
5.2.5.1.1	Factores extrínsecos	17
5.2.5.1.2	Factores intrínsecos	21
5.2.1.2	La prevención y el tratamiento	22
5.2.6	Lesiones cervico - dentales frecuentes en el adulto mayor	23

5.3 SENSIBILIDAD 24

5.3.1	Mecanismos de la transmisión de la sensibilidad dental	24
5.3.1.1	Teoría hidrodinámica	24
5.3.1.1.1	Hipersensibilidad y túbulos dentinales Expuestos	25
5.3.1.1.2	Disturbios en los fluidos dentro de los túbulos dentinales	25
5.3.1.1.3	Etiología de la sensibilidad dental.	25
5.3.1.1.3.1	Dentina cervical expuesta	26
5.3.1.1.3.2	Cepillado	27
5.3.1.1.3.3	Enfermedad y terapia periodontal	30
5.3.1.1.3.4	Dieta	30
5.3.1.2	Manejo clínico del paciente	31
5.3.1.3	Tratamiento	32
5.3.1.3.1	Agentes para el alivio de la hipersensibilidad dental administrados por profesionales.	36
5.3.1.3.1.1	Oxalato férrico	36
5.3.1.3.1.2	Hidróxido de calcio	36
5.3.1.3.1.3	Fluoruros	37

5.3.1.3.1.4	Semiinvasivos	37
5.3.1.3.1.5	Adhesivos dentinarios	38

CAPITULO VI 39

6 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 39

6.1 MÉTODOS 39

6.1.1 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN 39

6.1.1.2 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN 39

6.2 TÉCNICAS 40

6.3 INSTRUMENTOS 40

6.4 RECURSOS 40

6.4.1 MATERIALES 40

6.4.2 TALENTO HUMANO 40

6.4.3 TECNOLÓGICOS 41

6.4.4 ECONÓMICOS 41

6.5 POBLACIÓN Y MUESTRA 41

6.5.1 POBLACIÓN 41

6.5.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA 41

CAPITULO VII 42

7 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN 42

7.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 42

7.2 CONCLUSIONES 72

BIBLIOGRAFÍA 73

PROPUESTA ALTERNATIVA

ANEXOS

ÍNDICE DE LOS GRAFICUADROS

7.1.1.- FORMULARIO DE ENCUESTAS A LOS PACIENTES

	Pág.
GRAFICUADRO N° 1	42
<i>¿Sabe Ud. que técnica de cepillado debe usar para su higiene oral?</i>	
GRAFICUADRO N° 2	44
<i>¿Qué tipo de cepillo dental utiliza para su higiene bucal?</i>	
GRAFICUADRO N° 3	46
<i>¿Qué alimentos le provocan dolor?</i>	
GRAFICUADRO N° 4	48
<i>¿Cuando Ud. consume alimentos cítricos cepilla sus dientes inmediatamente?</i>	
GRAFICUADRO N° 5	50
<i>¿Con qué frecuencia consume Ud. bebidas cítricas?</i>	
GRAFICUADRO N° 6	52
<i>Presenta Ud. algún mal habido hecho con los dientes como:</i>	
GRAFICUADRO N° 7	54
<i>¿Ha asistido Ud. a charlas educativas de salud bucal?</i>	
GRAFICUADRO N° 8	56
<i>¿Cada qué tiempo visita Ud. al odontólogo?</i>	
GRAFICUADRO N° 9	58
<i>¿Cree Ud. que los productos utilizados en la atención con el odontólogo ayuden a eliminar su sensibilidad dental?</i>	
GRAFICUADRO N° 10	60
<i>En su limpieza dental acompaña su higiene oral con:</i>	

7.1.2 HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES

GRAFICUADRO N° 11 62

Tipo de lesiones cervicales no cariosas presenta el paciente

GRAFICUADRO N° 12 64

Las lesiones cervicales no cariosas que presenta e paciente son en su mayoría de:

GRAFICUADRO N° 13 66

Las lesiones cervicales es más común en pacientes de:

GRAFICUADRO N° 14 68

Las lesiones cervicales no cariosas son más comunes en el lado:

GRAFICUADRO N° 15 70

La sensibilidad dental es más molesta a nivel de:

INTRODUCCIÓN

Las lesiones cervicales no cariosas que a menudo presentan los pacientes acompañada de sensibilidad dental son generalmente diagnosticadas a tiempo, cuando aun puede haber un diagnóstico favorable para la pieza dental, esto ocurre cuando el paciente asiste a la consulta odontológica a tratar su malestar dental.

La región cervical de las piezas dentarias es vulnerable frente a las agresiones físicas, químicas y mecánicas; y las superficies de esmalte, dentina y cemento están sujetas a la acción de diferentes procesos destructivos; y al ser expuesta la dentina, provoca sensibilidad dentinaria, problemas estéticos, exposición pulpar, etc.

De aquí parten la prevención oral, diagnóstico y el tratamiento oportuno a las distintas lesiones cervicales no cariosas, se recalca la importancia de este tema ya que se pudo obtener datos relevantes sobre los problemas que causa el descuido en la prevención en salud oral en los pacientes adultos, ya que este es un grupo que generalmente ha sido relegado a un segundo plano en cuanto a los programas de prevención que lleva a cabo el Ministerio de Salud Pública.

El desarrollo de esta investigación esta diseñada para aquellos pacientes que presentan lesiones cervicales no cariosas y sensibilidad dental, los mismos que por la falta de información no han tenido buenos hábitos bucales y no han asistido a la consulta odontológica.

El presente trabajo investigativo está organizado por dos partes: la primera por parte de la investigación bibliográfica, la cual muestra un desarrollo teórico con la ayuda de libros y páginas de internet y la segunda parte por la investigación de campo con la cual se logró realizar encuestas e historias clínicas a los pacientes atendidos en el S.C.S. La Piñonada.

Al concluir la investigación la tesis queda dividida de la siguiente manera:

El Capitulo I presenta el planteamiento del Problema y la Formulación del Problema.

El Capitulo II hace referencia a la Justificación de la investigación.

En el Capitulo III se establecen los objetivos, general y específicos.

El Capitulo IV se plantea la hipótesis general y específicas.

Capitulo V, se desarrolla el marco teórico.

Capitulo VI, se establece la metodología de la investigación.

Capitulo VII, se plantea la investigación de campo en donde están recopilados los datos de la investigación, y el análisis e interpretación de cada uno de los resultados.

Luego de haberse realizado el análisis de los datos obtenidos en la investigación de campo, se desarrollaron las conclusiones del trabajo investigado, y una propuesta alternativa de solución.

ANTECEDENTES

Las lesiones cervicales no cariosas se escogió como tema de está investigación debido a que la mayoría de las personas mayores de 30 años y más presentan desgaste cervical en sus piezas dentales, lo que ocasiona molestias dentales al paciente y sensibilidad dental.

La presencia de estos desgastes cervicales en las piezas dentales son muchas veces diagnosticados a tiempo por el profesional odontólogo, el cual mediante productos utilizados en la práctica diaria ayudan a calmar la sensibilidad dental, por esto se ha considerado realizar este trabajo para que ayude a aplicar mecanismos y estrategias a mejorar o solucionar el problema existente.

Lo que se desea con esta investigación es poder ofrecer ayuda al paciente mediante una técnica correcta de cepillado, mediante charlas educativas y cuidados preventivos en salud oral.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La caries es una de las enfermedades que más afecta a la población mundial. Existen lesiones que no son caries, pero que igualmente afectan a las piezas dentales, teniendo a veces que llegar a realizar grandes tratamientos estéticos.

En estas lesiones también se puede ver afectada la pulpa, con una mayor secreción de dentina reparativa que provoca un cierto grado de fibrosis o calcificación intrapulpal, que son fenómenos asociados a lesiones no cariosas.

Esta clase de problemas dentales se observan con mayor frecuencia en poblaciones rurales, ya que no existe o es casi nula los buenos hábitos de higiene oral, por el desconocimiento de normas sobre educación y prevención para mantener en buenas condiciones la salud oral.

Es importante aclarar que la erosión dental puede ser extrínseca e intrínseca. La extrínseca puede ser por dieta o por el medio ambiente en el que vive el paciente. Por ejemplo las personas que están expuestas en su labor a vapores ácidos, tales como trabajadores de producción de baterías o catadores de vinos han reportado un alto índice de hipersensibilidad. Por otra parte, la erosión intrínseca es común en pacientes con alcoholismo crónico y desórdenes alimenticios, lo que es común en muchos países subdesarrollados.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Por qué existe mayor desgaste cervical y sensibilidad dental en los pacientes atendidos en el S.C.S “La Piñonada”?

Esta interrogante fue respondida mediante el proceso de la investigación científica.

CAPITULO II

2. JUSTIFICACIÓN

Se investigó la falta de interés que presentan ciertos pacientes al control odontológico ocasionando un aumento de patologías bucales, el desconocimientos de hábitos adecuados de higiene oral, provocó lesiones cervicales no cariosas que ocasionó sensibilidad dentinaria lo que motivó la asistencia de estos pacientes a la consulta odontológica.

Las patologías bucales principales en nuestro país es la caries y la enfermedad periodontal de acuerdo al ultimo estudio epidemiológico del país (1996), estas patologías se encuentra entre las de mayor demanda de atención en los servicios de salud públicos del país, siendo importantes señalar que estas pueden ser controladas a través de la ejecución de acciones de protección integral de salud, de educación, prevención, y recuperación, así como el control de estas enfermedades y sus riesgos.

Las ciencias que se beneficiaron en esta investigación son las ciencias de la salud porque de esta manera se informó a los pacientes sobre adecuados hábitos de higiene oral para el cuidado de sus piezas dentales, la ciencia de la sociología porque benefició a la población la sociedad que estará comprendida entre jóvenes y adultos mayores de 30 años, y la ciencia estética porque buscó mejorar la estrecha relación entre el estado de salud bucal con la salud integral, que repercute en la calidad de vida de la población.

CAPITULO III

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre lesiones cervicales no cariosas y sensibilidad dental en adultos atendidos en el Sub Centro de Salud la Piñonada.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los pacientes que presentan lesiones cervicales no cariosas.
- Determinar el porcentaje de pacientes con lesiones cervicales no cariosas que presentan sensibilidad dental.
- Diseñar una propuesta alternativa de solución al problema de las lesiones cervicales no cariosas que ocasionan sensibilidad dental.

CAPITULO IV

4. HIPÓTESIS

Las lesiones cervicales no cariosas son la principal causa de sensibilidad dental en adultos atendidos en el Sub Centro de Salud la Piñonada.

CAPITULO V

5. MARCO TEÓRICO

5.1. MARCO INSTITUCIONAL

Creación.- La ciudadela San Gregorio Piñonada fue creada el 17 de Abril de 1982, producto de invasión de terrenos, en una zona considerada industrial, con el paso del tiempo su población mayoritariamente campesina se ha organizado de: tal manera que; se constituye en una comunidad urbano – periférica de gran importancia socio – económica y política del cantón. Dándole vida jurídica el entonces presidente Ing. León Febres Cordero, el 18 de octubre de 1986.

Funcionamiento y creación de la unidad operativa.- en mayo de 1985 el Estado a través de la prefectura del señor Richard Guillen construyó el Sub Centro de Salud Dr. Manuel Palomeque Barreiro, con la finalidad de brindar atención medica a quienes habitan en este sector.

Ubicación Geográfica: la ciudadela San Gregorio Piñonada esta ubicada al noroeste de la Parroquia Andrés de Vera del Cantón Portoviejo, a 4 ½ Km. de la ciudad, hacia el margen derecho de la carretera que conduce a Manta. Limita al norte con la fabrica de tubos Guillen, al sur con la Ciudadela José Fernando, al este con propiedades de la familia Vélez Guillen y al oeste con la carretera vía a Manta. Con una extensión territorial de aproximadamente 8 Km², incluida sus aéreas de afluencia.

El Sub Centro de Salud cuenta con dos médicos tratantes, una odontóloga, una obstetrix, una licenciada de enfermería con una auxiliar, una auxiliar administrativa, una educadora para la salud y un auxiliar de limpieza.

Cuenta con consultorios médicos, consultorio odontológico, un área de inmunización, un área curación y cirugía menor, cuenta con un área de farmacia, área de preparación y estadística, una bodega y una sala de espera.

Actualmente el número de pacientes mayores de 30 años en adelante es de 5.019 pacientes, de los cuales no todos pero si algunos padecen de lesiones cervicales no cariosas, esto ante un diagnóstico mas definitivo revelará cual es la población total con desgaste cervical en la piezas dentales.

5.2 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

5.2.1 LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS

“Las enfermedades bucales más prevalentes son la caries y la enfermedad periodontal, en la actualidad está aumentando el porcentaje de lesiones cervicales no cariosas y el desgaste dentario.

Las mismas se presentan en una variedad infinita de formas, con o sin sensibilidad, pudiendo llegar a comprometer la pulpa dental. Se deberá tomar conciencia de estas lesiones no cariosas, se las ve con mayor frecuencia, y muchas pasan inadvertidas por el profesional y más aún por el mismo paciente. El profesional, entonces, se deberá abocar al diagnóstico, su prevención y tratamiento.

Los pacientes se presentan a la consulta y nos hacen partícipes de su minusvalidez estética por no poder mostrar sus dientes al reír, su incomodidad al tener que taparlos por estar desgastados, implementar distintos mecanismos con los labios o esconderlos detrás de un bigote, para evitar mostrar esa línea oscura que es producto de la pérdida de esmalte y la consecuente retracción gingival.

En otras ocasiones se presentan en la clínica situaciones como el fracaso de una obturación cervical o la hipersensibilidad en los cuellos refractarios al tratamiento. Correspondería determinar si fue una práctica incorrecta y por eso se desprendió la restauración o un tratamiento inadecuado, y por ello persiste la sensibilidad.

5.2.1. Definición

Son la pérdida patológica de la estructura dentaria localizada en el límite amelocementario (LAC), no respondiendo a una etiología bacteriana. **Clasificación de las lesiones cervicales no cariosas.**¹

Las lesiones cervicales no cariosas se clasifican en Abrasión, Erosión y Abfracción.

5.2.3 ABRASIÓN

“Es el desgaste de la estructura dentaria causada por el frotado, raspado o pulido provenientes de objetos extraños y/o sustancias introducidas en la boca que al contactar con los dientes generan la pérdida de los tejidos duros a nivel del límite amelocementario.

Se localiza en el límite amelocementario (LAC), más frecuentemente por vestibular y desde canino a primer molar, siendo los más afectados los premolares del maxilar superior.

- La abrasión presenta un contorno indefinido, con una superficie dura y pulida, a veces con grietas.
- No presenta placa bacteriana ni manchas de coloración.
- Al esmalte se lo ve liso, plano y brillante, la dentina expuesta se presenta extremadamente púlida.

¹ “Lesiones Cervicales no Cariotas. La Lesión Dental del Futuro”. Dra. Nélica Cuniberti de Rossi y Dr. Guillermo Rossi. Editorial Médica Panamericana. 2009. <http://www.gador.com.ar/iyd/fao/fao48.pdf>

- La forma de la lesión es de plato amplio, con márgenes no definidos, siendo acompañada de recesión gingival.

Son lesiones de avance lento y su patrón de desgaste dependerá de su etiología, presentándose, según el tejido que involucra, en forma difusa o localizada. La respuesta defensiva del complejo dentino-pulpar frente a la agresión que genera la abrasión se concreta en la progresiva hipercalcificación tubular y esclerosis de la dentina subyacente a la lesión, además de la formación de dentina secundaria reparativa en la región pulpar correspondiente.

El factor más importante en la etiología de la abrasión es el cepillado con la utilización de pastas abrasivas. Las lesiones suelen ser más importantes en la hemiarcada opuesta a la mano hábil utilizada por el individuo para tomar el cepillo.

5.2.3.1 Factores que influyen en la abrasión:

- ✓ Hay dientes más mineralizados que otros y soportan más el desgaste
- ✓ El cepillado horizontal contribuye al desgaste
- ✓ Los dentífricos muy abrasivos producen más abrasión
- ✓ Los cepillos duros producen más abrasión
- ✓ La fuerza del cepillado

Evolución de la abrasión

El tipo y el grado del desgaste dependerá de:

- La ubicación del cepillo.

- La técnica de cepillado.
- El tejido dentario involucrado.

El contenido de sustancias abrasivas en la pasta dental. Es una lesión que evoluciona a través del tiempo, mientras el diente está sometido a la acción del cepillado, sin que ello involucre la edad cronológica.

Etiología

Las causas de la abrasión pueden clasificarse en:

- Individuales.
- Materiales.
- Asociadas al trabajo o profesión.
- Asociadas a tratamientos.

Individuales

El factor más importante en la etiología de la abrasión es el cepillado con la utilización de pastas abrasivas. Deberá tenerse en cuenta: la técnica, la fuerza, la frecuencia, el tiempo y la localización del inicio del cepillado. Las lesiones suelen ser más importantes en la hemiarcada opuesta a la mano hábil utilizada por el individuo para tomar el cepillo. También puede observarse que el desgaste es más intenso en los dientes más prominentes de la arcada como por ejemplo los caninos.

Materiales

A lo largo de la evolución sociocultural el hombre y la ciencia han ido modificando los elementos y hábitos de higiene. Las pastas dentales están compuestas por un detergente, un abrasivo de mayor o menor poder conforme al efecto que desea lograrse, agentes para saborizar y sustancias para facilitar su preparación. Los abrasivos que integran la composición de los dentífricos son el carbonato de calcio, el óxido de aluminio, la sílica hidratada y el bicarbonato de sodio. Muchas pastas dentales poseen en su composición bicarbonato de sodio o alúmina que se indicarían para “blanqueamiento dental”; en la realidad pulen la superficie y, de esta forma, quitarían las manchas sobre el esmalte. En consecuencia, son pastas abrasivas. A las de tipo medicinal se les agrega productos con efectos terapéuticos.

No se ha demostrado científicamente que las cerdas duras desgasten más el esmalte y que éste posea la capacidad de resistir la dureza de la cerda. La acción de la cerda dura y terminada en bisel sobre la dentina y el cemento expuestos determina índices de desgaste y abrasión de mayor magnitud cuando se combina con una pasta abrasiva. Filamentos no redondeados podrían ser potencialmente abrasivos y, en ocasiones, lesivos para la encía. Los elementos de higiene deben utilizarse en forma más cautelosa cuando se está en presencia de dentina expuesta al medio bucal. Attin y col.9 afirman en sus trabajos que el grado de abrasión está asociado a la cantidad de pasta y a la cantidad de saliva; a mayor cantidad de pasta y menor flujo salival, mayor abrasividad. En conclusión:

- El cepillado y el uso de palillos interdetales sin dentífrico produce lesiones mínimas al esmalte y la dentina aun con el paso del tiempo.
- El dentífrico es más relevante que el cepillo y el palillo en cuanto al desgaste.

La interacción entre la abrasión y la atrición, como suele ocurrir en dietas con grano grueso o partículas abrasivas, en la actualidad son informes anecdóticos.

La industrialización y la elaboración de los alimentos han generado alimentos con menor potencial desde el punto de vista de la abrasividad. Científicos expresan que los casos informados de abrasiones sugieren que algunos materiales abrasivos que se introducen regularmente en la boca, ya sea por hábito o provenientes del medio laboral, son responsables de éstas.

El desgaste va a depender de:

- La abrasividad y cantidad de la pasta.
- La longitud del mango (cuanto más próxima es la toma a la parte activa más fuerza se generará).
- La presión ejercida.
- El tipo de cerdas (dura o blanda).
- La terminación de las cerdas (las redondeadas son menos lesivas).
- La flexibilidad de las cerdas.
- El flujo salival.

El material de restauración también puede ser desgastado por acción de una técnica de cepillado inadecuada o pastas excesivamente abrasivas.

Los ionómeros convencionales van acompañando al desgaste pero siguen manteniéndose adheridos a la preparación; por lo tanto, son aptos para este tipo de lesión, ya que la unión química de la restauración con el diente es confiable.

5.2.3.1.1 Asociada al trabajo o profesión

Hábitos lesivos, como el interponer clavos entre los dientes y los labios (trabajadores de la construcción o zapateros), instrumentos musicales como la armónica y el polvo ambiental entre quienes trabajan con sustancias abrasivas (polvo de carborundum), son factores asociados al trabajo o profesión del individuo capaces de provocar la abrasión.

En los individuos que trabajan en contacto con sustancias abrasivas (polvos abrasivos), el elemento abrasivo se deposita en la cara vestibular del diente. A pesar de que coronario al tercio cervical existe autolimpieza, el movimiento de los tejidos blandos con esta sustancia interpuesta entre ellos hace que el diente termine siendo abrasionado, aunque pueda estar atenuado por el barrido de la saliva.

En el tercio cervical el abrasivo queda pegado, más aún si hay placa y, en el momento del cepillado, junto con la pasta dental, aumenta su capacidad abrasiva, por lo que se genera un círculo vicioso que favorece la pérdida de estructura dentaria por desgaste.

5.2.3.1.2 Asociada a tratamientos

5.2.3.1.3 Tratamiento periodontal

El uso de técnicas de higiene bucal inadecuadas, con elementos incorrectos, así como también la instrumentación excesiva por acción de reiterados raspajes y alisados radiculares, provoca la eliminación del cemento y la consecuente exposición de los túbulos dentinarios que pueden generar hipersensibilidad.

Zimmer y col, evaluaron la abrasión de la dentina que produce la profilaxis profesional con pastas abrasivas. Concluyeron que la limpieza dentaria profesional no se la considera como factor de pérdida de estructura dentaria.

5.2.3.1.4 Tratamiento protésico

Las lesiones son producidas por los retenedores de prótesis removibles dentomucosoportadas (poco profundas pero amplias, localizadas en la zona donde actúa el retenedor). Esta situación cobra relevancia cuando los brazos retentivos de una prótesis parcial removible se ubican en un lugar inadecuado o cuando existe falta del apoyo oclusal que provoca su desplazamiento hacia el apical, con lo que pierde de este modo su función.

Como resultado, el ajuste del retenedor generará una excesiva fricción sobre la zona cervical. La amplitud del desgaste dependerá del grado de resistencia de la mucosa.

5.2.3.1.5 Aparatología ortodóncica

En ocasiones pueden llegar a confundirse una lesión erosiva con una abrasiva cuando se trata de aparatos removibles de contención.

5.2.3.2 Tratamiento

En la abrasión oclusal, según la gravedad. Si es una lesión inicial se puede reparar con composite, pero el tratamiento definitivo suele ser una corona.

Si es una lesión cervical y hay sensibilidad, se intenta quitar la sensibilidad con barnices, resinas, colutorios o geles, y si aún así no desaparece la sensibilidad, se hace una restauración con una resina compuesta, y si aún así no mejora, se hace una endodoncia.”²

² “Lesiones Cervicales no Cariosas. La Lesión Dental del Futuro”. Dra. Nélica Cuniberti de Rossi y Dr. Guillermo Rossi. Editorial Médica Panamericana. 2009.

5.2.4 ABFRACCIÓN

“Son lesiones cervicales no cariosas o defectos con forma de cuña de un diente. La mayoría de ellas se presentan en las zonas cervicales vestibular o bucal de los primeros premolares, seguidos de los segundos premolares.

Los dientes maxilares y mandibulares parecen estar afectados por igual por las abfracciones, con la excepción de los caninos mandibulares que tienen un riesgo mucho menor de presentar abfracciones que los caninos maxilares. Por lo general la prevalencia del desarrollo de las abfracciones aumenta con la edad. Existe mucha discusión con respecto a su etiología. Algunos autores sugieren que las abfracciones son el resultado de la flexión de la raíz en la zona cervical cuando el diente es sometido a cargas oclusales fuertes; de ser así, entonces el bruxismo es una posible causa. En cambio, otros autores no encuentran una correlación importante entre la carga oclusal y las abfracciones.

Algunos consideran que las abfracciones se producen debido a un cepillado agresivo de los dientes

Es una pérdida de sustancia dentaria causada por fuerzas de carga biomecánica, pero esta pérdida está alejada de la zona de oclusión.

El esmalte es sometido a fuerzas permanentes que causan flexión, compresión del diente. Las fuerzas oclusales no son totalmente verticales, sino que también hay fuerzas de componente lateral y horizontal.

- Las fuerzas laterales producen flexión y fatiga en una zona alejada
- Las fuerzas horizontales producen flexión en la zona cervical
- Las fuerzas verticales producen compresión.

Al romper el esmalte en la zona cervical se produce una zona más susceptible al desgaste por el cepillado y al ataque bacteriano.

5.2.4.1 Diagnóstico Clínico

La abfracción clínicamente tiene una forma de cuña profunda con estrías y grietas, con ángulos ásperos, márgenes definidos, pudiendo presentarse en múltiples superficies en una pieza y rara vez llegan a ser circunferencial.”³

5.2.4.1.1 LA ABFRACCIÓN Y EL DOLOR

“Los estudios de Grippo y Coleman evaluaron retrospectivamente la asociación entre hipersensibilidad dentinaria y abfraccion.

La conclusión fue que durante un largo periodo mostraron una asociación positiva entre hipersensibilidad y abfracción.

Addy expresó que para que exista dolor debe darse dos procesos: uno, la exposición de la dentina con pérdida de esmalte y recesión gingival y el otro, la apertura de los túbulos dentinarios.

El dolor no es producto de una hiperemia pulpar como consecuencia de la compresión del paquete vasculonervioso en el ápice, sino que se debe a la exposición de los túbulos dentinarios que quedan al descubierto, lo que manifiesta que la lesión esta en actividad, al no disponer de tiempo requerido para remineralizar y ocluirlos.

El mecanismo de dolor responde a los postulados de la teoría de Branstromm, es decir el movimiento del fluido dentro de los canalículos dentinarios.”⁴

³ <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=38190>

⁴ <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=38190>

5.2.5 EROSIÓN

“La erosión se define como la progresiva pérdida de sustancia dentaria debida a un proceso químico que no involucra la acción bacteriana y que produce defectos que frecuentemente se presentan como depresiones en forma de cuña en las áreas vestibulares y cervicales de los dientes.

La erosión, también llamada corrosión, se define como la pérdida de la superficie de la estructura de las piezas dentales por acción química ante la presencia continua de agentes desmineralizantes especialmente ácidos y que no involucra la presencia de bacterias.

La erosión es causada por agentes ácidos o quelantes de origen intrínseco o extrínseco, en forma prolongada y reiterada en el tiempo.”⁵

“Estos ácidos actúan sobre el diente y, cuando el pH desciende por debajo del pH crítico (5,5) se disuelve el esmalte. Este descenso del pH se puede producir por los ácidos de la dieta, por reflujo gástrico, vómitos recurrente y por ácidos presentes en el ambiente de origen ocupacional. Generalmente, la pérdida de tejido duro dental en la erosión no suele relacionarse con la edad del paciente.

Por otra parte la saliva tiene un papel importante en la prevención de la erosión dental: aparte de su capacidad tamponadora en medio ácido, actúa como lubricante durante la función masticatoria por lo que reduce el daño sobre los tejidos dentarios.”⁶

⁵ <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=38190>

⁶ Odontología Preventiva y Comunitaria. – Principios, Métodos y aplicaciones, 3era Edición, Masson S.A., Barcelona – España 2005.

5.2.5.1 Etiología

“En la etiología de la erosión intervienen factores extrínsecos e intrínsecos.

5.2.5.1.1 Factores extrínsecos

✓ Ácidos exógenos

Generalmente son de procedencia ocupacionales, donde los trabajadores al estar expuestos a la influencia de vapores ambientales pueden presentar lesiones corrosivas, como por ejemplo, los que afectan a los trabajadores de fabricas de baterías (ácido sulfúrico) galvanizados, fertilizantes, industrias químicas (ácido clorhídrico), enólogos, con respecto a los enólogos, se ha comprobado que pueden llegar a catar alrededor de treinta clases de vino diferentes por sesión, y la lesión se ubica en vestibular de incisivos superiores.

La progresión de la lesión dependerá de los años transcurridos en la ocupación ejercida.

Otra de las causas son los nadadores por la incidencia de la cloración de las piletas; se ubica siempre en vestibular de incisivos superiores e inferiores.

✓ Medicamentos

Hay evidencias que demuestran que se generan erosiones en tratamientos prolongados con vitamina C por la acción del ácido ascórbico sobre el esmalte. Más aún, si el comprimido es efervescente, por la doble acción de la droga y el compuesto que genera la efervescencia. Uno potencial al otro.

Estudios demuestran que pastillas de nitroglicerina en pacientes con angina de pecho generan lesiones erosivas por su uso prolongado. Al igual que el consumo continuo del ácido acetilsalicílico en aquellos pacientes que tienen como hábito

masticar o colocar el comprimido entre las piezas dentales y los tejidos blandos bucales.

Los diurético, antidepresivos, hipotensores, antieméticos, antiparkinsonianos, antihistamínicos, algunos tranquilizantes, tratamientos con citostaticos, así como también la medicación utilizada para los asmáticos, actúan disminuyendo la cantidad de saliva; por lo tanto se ve afectada la posibilidad de remineralizar y neutralización ante la presencia de un elemento ácido.

✓ **Dietéticos**

Es un factor muy importante en la formación de estas lesiones; una dieta ácida colabora en la disolución del esmalte.

Linkosalo y col, sostienen que los lactovegetarianos tiene un 75.1% más de probabilidades de generar lesiones erosivas.

Holloway y sol. E Imfeld y col. Mencionan la importancia de las bebidas como factor erosivo; por ejemplo las *soft – drinks*, posee altas concentraciones de acido fosfórico (por ejemplo: bebidas colas o naranjas gasificadas)

Las bebidas gaseosas y los jugos naturales, el yogur, las bebidas saborizadas tienen un pH ácido, mientras que la leche, el agua mineral sin gas y las bebidas sin saborizar tiene un pH alcalino.

Las bebidas cola alcanzan un pH entre 2,37 y 2,18. No solo generan erosión por su bajo pH, sino que aquellas que poseen azúcar dan lugar al inicio de descalcificación por caries.

Las bebidas deportivas – suplemento mineral- posee en su composición acido ascórbico, maleico o tartárico, con un pH similar a los jugos de fruta que oscila en los 3,8.

En consecuencia tienen un pH menos ácido que las bebidas cola, por lo tanto, son más fáciles de neutralizar por la saliva.

Muchos deportistas corren el riesgo de erosión cuando, para reducir la deshidratación y como consecuencia de la sequedad bucal, sostienen y succionan trozos de frutas cítricas.

Wongkhantee y col. Demostraron que las bebidas deportivas y el jugo de naranja disminuyen significativamente la dureza del esmalte, pero no la de la dentina. Ello es debido a las diferencias de composición de ambos tejidos duros.

El esmalte está compuesto por un 87% de sustancias inorgánicas y es rápidamente disuelto en medio ácido.

El ácido cítrico es característico y predominante en los jugos; el ácido maleico es el que le sigue en importancia.

La acidez de los jugos se modifica según su variedad y el grado de maduración de las frutas de las que provienen.

El jugo de limón tiene un mayor contenido de ácido cítrico anhidro, que lo convierte en el más ácido. La acidez es un factor básico para la preservación de los alimentos, tal es el caso de los yogures.

Un papel auxiliar es cumplido por otros factores, como los conservantes químicos y el calor cuyo efecto se combina con la acidez del alimento líquido o sólido para generar daño.

El pH de un alimento es el que determina su supervivencia, el crecimiento de microorganismos durante el proceso de formación, el almacenaje y su distribución.

La frecuencia, la duración, la temperatura, la manera de exposición del ácido de comidas y bebidas han demostrado como afectan a la progresión de la erosión.

Estudios han reportado la correlación entre el reblandecimiento del esmalte, la erosión dental y la temperatura, ya que las reacciones químicas usualmente se ven incrementadas por la temperatura; la erosión es más severa en altas temperaturas.

Podrían advertirse a los pacientes de almacenar las bebidas en el refrigerador agregar hielo para reducir la temperatura y diluir el ácido, y de esta forma disminuir el riesgo de erosión.

Los vinagres los vinos tienen un pH de 2,3 a 2,7; por lo tanto se convierten en sustancias altamente erosivas.

Las cervezas son las bebidas alcohólicas menos erosivas ya que poseen un pH de 4,3 próximo a los 5,5, a partir del cual no produce daño al diente.”⁷

✓ **Exposición ambiental**

“En un estudio realizado un grupo de trabajadores era expuesto de manera continua a ciertos gases (que incluían ácidos sulfúrico, fosfórico, fluorhídrico) por lo menos sus dos terceras partes presentaron xerostomía, sensibilidad dentaria, y erosiones en las superficies vestibulares de los dientes anteriores.

✓ **Uso de drogas**

Metanfetamina, cocaína, y éxtasis, son drogas que promueven el desgaste y la erosión. Muchas de las personas que utilizan este tipo de drogas describen síntomas como: sequedad bucal, aprietan y/o rechinan los dientes durante los momentos en que se encuentran bajo los efectos de las drogas y en general se observa una higiene deficiente.”⁸

⁷ “Lesiones Cervicales no Cariosas. La Lesión Dental del Futuro”. Dra. Nélide Cuniberti de Rossi y Dr. Guillermo Rossi. Editorial Médica Panamericana. 2009.

⁸ <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=38190>

5.2.5.1.2 Factores intrínsecos

➤ Reflujo gastroesofágico

“La erosión causada por el reflujo gastroesofágico se observa con más frecuencia en las piezas dentarias posteriores y sobre las superficies linguales o palatinas de los dientes anteriores. Cuando se sospecha de la existencia del reflujo gastroesofágico deben realizarse los estudios correspondientes para diagnosticarlo, luego se hará el tratamiento adecuado para controlarlo, y luego el odontólogo podrá comenzar con el tratamiento.

Se indicará el uso de un protector nocturno con gel de flúor de aplicación tópica para reducir la sensibilidad y promover la remineralización.”⁹

➤ Bulimia

“Aproximadamente el 90% de los pacientes con bulimia presentan erosión dental, esto se debe principalmente a los episodios repetidos de vómitos autoinducidos que se realizan luego de ingerir comida en exceso.

En estas pacientes como es frecuente el vómito, se puede presentar una alta frecuencia en caries y una erosión dental de moderada a severa, debido a que el vómito presenta un Ph ácido de 3.8.”¹⁰

Los pacientes con bulimia necesitarán atención médica, apoyo nutricional, y terapia psicológica, además del tratamiento dental (éste no debe comenzar hasta que la enfermedad esté controlada).

Al analizar las causas que provocan las lesiones cervicales nos damos cuenta que estas mismas son las que provocaran sensibilidad sobre la pieza dental, lo cual

⁹ <http://www.dentadec.com/esp/ids/5/identrada/7/identificando-causas-de-erosion-dental>

¹⁰ http://www.ces.edu.co/PDF_Revistas/Pag33_38V21N2ODO.pdf

provoca molestias en el paciente, la sensibilidad dental como ya lo hemos visto se presenta ante una dentina expuesta la cual hace que se vuelva susceptible a reaccionar ante cualquier estímulo. El desgaste dental está íntimamente relacionado con el estilo de vida que lleve el paciente, sus hábitos laborales y también alimenticios.

Se deberá informar al paciente de los cuidados que debe de tener al ingerir alimentos o bebidas abrasivas, y de la técnica correcta de cepillado como la debe realizar sin sobrecargas y sin velocidad sobre las piezas dentales.

Una vez que se ha diagnosticada la erosión dental, se debe determinar el grado de actividad es decir si continua la acción de los ácidos. En lesiones activas, el esmalte suele mostrarse liso y amarillento, sin tinciones y suele ser insensible a los estímulos del frío y calor. En cambio en las lesiones erosivas inactivas, el tejido dental se tiñe ante sustancias como el café, el té o la nicotina. Comprobar la actividad de la erosión es importante para determinar la pauta de actuación.

El cepillado contribuye a la destrucción de tejidos duros afectados por los ácidos, por lo que cepillarse los dientes inmediatamente después de consumir alimentos ácidos puede acelerar la pérdida de tejido dental.

5.2.1.5.1 LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO

“Se plantea con los objetivos claros: el primero es reducir el potencial erosivo por parte de los ácidos, y el segundo, aumentar la resistencia del esmalte. La medida más efectiva es reducir la frecuencia de contacto con alimentos o bebidas acidas.

Se recomienda incrementar el consumo de alimentos con alto contenido en calcio y fosfatos (como la leche y el queso) sobre todo al finalizar las comidas, para neutralizar los ácidos de la dieta. Se pueden recomendar conjuntamente chicles sin azúcar que contienen carbamida (urea), con la finalidad de aumentar la capacidad tampón de la saliva.

La aplicación tópica de geles o barnices de flúor de forma periódica es útil para aumentar la resistencia del esmalte.

Otra recomendación es evitar cepillarse inmediatamente después de tomar alimentos ácidos.

En caso de patologías del aparato digestivo, o enfermedades como la bulimia, se debe derivar el paciente al especialista, por lo que es importante realizar un enfoque multidisciplinario. Para reducir el efecto del ácido sobre los dientes pueden confeccionarse férula protectora mientras persista el problema. Si se trata de erosión dental puede ser la hipersensibilidad debido a un excesivo desgaste. En estos casos puede estar indicado el uso de agentes desensibilizantes.”¹¹

5.2.6 LESIONES CERVICO - DENTALES FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR

“Es frecuente encontrar las lesiones cervicales (Erosión, Abrasión en los dientes remanentes de los adultos mayores)

Lesiones erosivas. La erosión, es una lesión de etiología química, que se manifiesta bajo la forma de una pérdida de sustancia a nivel del tercio gingival de los dientes, generalmente ubicada en la zona del límite amelo – cementario. Al quedar la dentina expuesta y en contacto con el medio bucal, se produce una sintomatología muy característica: reacción dolorosa antes estímulos de frío, calor, dulces, ácidos, y el contacto con cualquier objeto (cepillo o palillo).

¹¹ Odontología Preventiva y Comunitaria. – Principios, Métodos y aplicaciones, 3era Edición, Masson S.A., Barcelona – España 2005.

La abrasión por cepillado de dientes, a lo largo de la unión cemento esmalte, es uno de los modelos que se reconocen con mas facilidad, pues la lesión se localiza siempre en el cuello de los dientes.”¹²

5.3 SENSIBILIDAD DENTAL

“La sensibilidad dental es el nombre dado a la hipersensibilidad de la dentina o de la raíz. Es una respuesta exagerada de la dentina expuesta que reacciona con dolor agudo ante estímulos mecánicos, físicos o químicos. La sensibilidad dental puede desaparecer y volver a lo largo del tiempo.

5.3.1 MECANISMOS DE LA TRANSMISIÓN DE LA SENSIBILIDAD DENTAL

Fisiológicamente la dentina no es un tejido que esté constantemente percibiendo estímulos. No obstante, cuando su protoplasma vital, es decir su componente de túbulo y fluido dentinal quedan expuestos, transmiten en alguna forma las sensaciones táctiles, así como los cambios térmicos y químicos hacia la pulpa dental. Sin embargo, este mecanismo de estimulación de dentina a pulpa no ha podido ser claramente dilucidado o explicado. Existen tres teorías actualmente en la literatura, que han sido evaluadas para explicar este fenómeno, la hidrodinámica, la de transducción y la de modulación.

5.3.1.1 TEORÍA HIDRODINÁMICA

Esta teoría también conocida como la teoría hidrodinámica de Brannstrom, tiene un fuerte respaldo experimental, la cual plantea que un estímulo provoca el desplazamiento del líquido dentinal localizado en los túbulos dentinarios.”¹³

5.3.1.1.1 HIPERSENSIBILIDAD Y TÚBULOS DENTINALES EXPUESTOS

¹² Temas prácticos en Geriátría y Gerontología, Fernando Morales Martínez, Tomo II, Salud Bucal en Pacientes Geriátricos.

¹³ <http://www.dentsply.es/Noticias/clinica2607.htm>

“La hipersensibilidad dentinaria ocurre cuando la dentina queda expuesta y los túbulos se encuentran abiertos en la superficie dentinal. La recesión gingival es la vía primaria por la cual la dentina es expuesta en la región cervical del diente. Una vez la raíz esta expuesta, la capa protectora de cemento es fácilmente removida, lo que resulta en túbulos dentinales abiertos. La hipersensibilidad dentinaria afecta hasta un 57% de los pacientes.

5.3.1.1.2 DISTURBIOS EN LOS FLUIDOS DENTRO DE LOS TÚBULOS DENTINALES

Con base en la Teoría Hidrodinámica de Brannstrom, la hipersensibilidad dentinaria es causada por movimientos del fluido en los túbulos dentinales abiertos. Calor, frío, aire y presión pueden causar movimiento rápido del fluido en los túbulos dentinales abiertos.

5.3.1.1.3 COMO OCURRE EL DOLOR

Cada uno de estos estímulos produce un movimiento o disturbio del fluido en el túbulo dentinal (como se muestra con las flechas en la ilustración). Este cambio en el flujo del fluido causa un cambio de presión dentro de la dentina, lo cual activa los nervios intra dentales causando una señal que es interpretada como dolor”¹⁴

“Estos estímulos incluyen, aire, presión, frío y dulces principalmente. Es importante recalcar que el frío genera una contracción del fluido dentinal hacia la superficie, mientras que el calor produce una expansión de este fluido hacia el interior (Pulpa). En ambas formas se activan los nervios intradentales, pero hay una mayor susceptibilidad al frío. En cuanto a esto último se ha observado que una elevación en la temperatura, en 30 grados C sobre la temperatura ambiente, no produjo la misma sensación de dolor que una reducción equivalente en temperatura, la cual invariablemente genero una respuesta dolorosa penetrante y

¹⁴ <http://www.odontologiavirtual.com/2010/03/sensibilidad-dental-modo-de-accion-de.html>

de corta duración. Es por esto que el calor requiere de un mayor tiempo para generar dolor. A partir de los 40 años hay una disminución de hiperestesia dentinal, probablemente debida a cambio escleróticos en los túbulos dentinarios cuyo diámetro disminuye gradualmente con la edad resultando en una reducción en el movimiento del fluido dentinario.”¹⁵

"La hiperestesia dentinal varía en intensidad. Puede ser desde moderada hasta extremadamente dolorosa. En algunas personas la hiperestesia es tolerable mientras que en otras es un problema que afecta su calidad de vida, sus hábitos de higiene oral e incluso el tipo de alimentos que toman.

De acuerdo a la tolerancia de cada individuo se puede clasificar en 3 categorías:

- Sin sensibilidad
- Con sensibilidad moderada
- Con sensibilidad extrema

Los estímulos que producen hipersensibilidad pueden ser de 3 tipos:

MECÁNICOS

Trauma mecánico, puede ser el resultado del cepillado incorrecto que causa retracción gingival y abrasión de la superficie radicular, **pacientes** que desgastan sus dientes en exceso, presenten con frecuencia sensibilidad dental. La pérdida del esmalte en los bruxomanos causa dolor.

QUÍMICOS

Otra causa de exposición dentinaria con dolor sería la ingesta de ácidos que pueden lesionar químicamente la dentina.

¹⁵ http://www.javeriana.edu.co/academiapgndodencia/art_revision/revision_2006/i_a_revision24.html

Los alimentos dulces, amargos o ácidos pueden causar dolor; dentro de estos esta el blanqueamiento.

TÉRMICOS

Causados por la ingesta de alimentos líquidos fríos o calientes o cuando aire frío contacta con zonas de dentina expuesta.”¹⁶

5.3.1.2 CAUSAS

“Identificar los factores etiológicos y predisponentes; hábitos que traumatizan encías y dientes, la exposición a factores erosivos incluyendo aquellos que vengan del ambiente de trabajo, o del estilo de vida, medicamentos, enfermedades, dieta, deben ser considerados y tratados.

La sensibilidad dental generalmente es causada por áreas de la dentina o de la raíz expuestas debido a la retracción gingival o enfermedades periodontales. La retracción de la encía es muy común.

La raíz expuesta de un diente no posee la capa de esmalte, como su corona. Las raíces poseen una capa tenue llamada “cemento” que, cuando se pierde, deja la dentina descubierta. El cepillado excesivo o el uso de una crema dental muy abrasiva también pueden dañar el esmalte de los dientes y exponer la dentina. Una dieta muy ácida como, por ejemplo, un régimen con muchas frutas cítricas, pepinillos o gaseosas puede provocar erosión y disolver la superficie del diente. Bulimia y Reflujo Gastroesofágico también pueden causar erosión dental y sensibilidad debido a la acidez en la boca.

¹⁶ http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0213-12852003000500004&script=sci_arttext

El cepillado excesivo, el sarro, la cirugía periodontal, el púlido de las superficies de la raíz y la exposición a comidas ácidas o productos químicos pueden provocar exposición de la dentina.

5.3.1.3 FACTORES PREDISPONENTES

5.3.1.3.1 Dentina Cervical expuesta

Es el factor más influyente para producir una hipersensibilidad dentinal, donde cerca del 90% de las superficies hipersensibles son superficies cervicales vestibulares. Los túbulos dentinales de esta región cervical, al quedar expuestos pueden permitir el ingreso de bacterias, las cuales empiezan a crecer y acumularse dentro de estos túbulos hasta que sus toxinas, y después las bacterias mismas, alcanzan la pulpa causando una respuesta inflamatoria. Hay varios factores que pueden generar esta exposición dentinal, entre los que se encuentran el cepillado, la enfermedad y tratamiento periodontal. Estos dos factores producen una recesión gingival lo cual es el signo más común encontrado en pacientes con dientes hipersensibles. Otros factores son la atrición, abrasión, erosión, la falta de unión del esmalte con el cemento así como la atrofia marcada del proceso alveolar, con exposición de dentina y cemento.”¹⁷

5.3.1.3.2 Cepillado

“Cepillado Dental, debe convertirse en un hábito diario de limpieza. Debe realizarse inmediatamente después de ingerir los alimentos, siendo la medida preventiva más efectiva para evitar enfermedades, y se debe usar pasta de dientes que contienen fluoruro.”¹⁸

¹⁷ http://www.javeriana.edu.co/academiapgendodoncia/art_revision/revision_2006/i_a_revision24.html

¹⁸ <http://www.odonto-red.com.mx/higienedental.htm>

“El cepillado está muy relacionado con la dentina cervical expuesta. El cepillado fuerte produce abrasión de la superficie del esmalte, lo cual aumenta cuando se utiliza una crema dental. La crema dental contiene abrasivos como sílices artificiales los cuales se adhieren a la dentina y remueven el *smear layer*. En poblaciones que presentan una mejor higiene oral la hipersensibilidad dentinal ha sido más reportada.

El cepillado dental incorrecto parece ser un factor etiológico en la dentina hipersensible. Debe instruirse al paciente a realizar una adecuada técnica de cepillado que prevenga la pérdida de dentina y la hipersensibilidad resultante. La fuerza excesiva, los cepillos dentales de cerdas duras, y las pastas dentales altamente abrasivas deben evitarse.

También debe evitarse el cepillado dental inmediatamente después del consumo de comidas y bebidas ácidas ya que esta acción en combinación con desmineralización ácida de la dentina superficial es capaz de acelerar la pérdida de estructura dental y apertura de los túbulos dentinales.”¹⁹

“Métodos del cepillado.- A lo largo de los dos últimos siglos han sido descritos diversos métodos de cepillado sin que, actualmente, exista ninguna evidencia de que una técnica sea superior a otra. Hansen y Gjermon afirmaron que el método ideal de cepillado es el que permite una completa eliminación de placa en el menor tiempo posible y con una presión que no cause ninguna lesión a los tejidos.”²⁰

“Existen muchas técnicas, pero cabe destacar que más que la técnica lo importante es la minuciosidad, el cuidado con el que se realiza el cepillado, consiguiendo así el mismo resultado con cualquiera de las técnicas.

¹⁹ http://www.javeriana.edu.co/academiapendodncia/art_revison/revison_2006/i_a_revison24.html

²⁰ Libro Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración Manual de Higiene Bucal, España 2009.

Aunque está claro que existen casos en que debido a determinadas patologías o factores como la falta de cooperación o falta de destreza manual se recomienda una técnica determinada. Es importante en todas las técnicas seguir un orden que deberá ser siempre el mismo para no olvidar ninguna superficie dentaria. Para enseñar a la gente a cepillarse hay que enseñarles una rutina: en primer lugar cepillar la mitad superior derecha por la parte externa, seguida de la mitad superior izquierda también por la parte externa, mitad inferior izquierda y mitad inferior derecha también por la parte externa.

Seguiremos otra vez el mismo orden pero ahora por la parte interna. A continuación las caras oclusales de los dientes y por último cepillaremos la lengua. En total la técnica de cepillado correcto debe durar entre 2-3 minutos.

Cabe destacar las distintas técnicas existentes aunque no todas ellas son utilizadas:

- Técnica de fregado u horizontal. Es una técnica sencilla y la más recomendada en niños. Consiste simplemente en "fregar" los dientes con movimientos horizontales.

- Técnica circular o de Fones. Es la técnica recomendada en niños más pequeños, dada la menor destreza a la hora de realizar el cepillado dental. Consiste en movimientos circulares amplios con la boca del niño cerrada, abarcando desde el borde de la encía del diente superior al inferior. Con ella se consigue remoción de la placa y al mismo tiempo se masajean las encías.

- Técnica vertical. Con los dientes contactando se van cepillando de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.

- Técnica del rojo al blanco. Se cepilla desde las encías hacia el diente. Los penachos se sitúan en la encía y vamos haciendo movimientos de arriba hacia abajo en la arcada superior y de abajo hacia arriba en la arcada inferior.

- Técnica de Bass. Es la más efectiva. Situamos el cepillo con una inclinación de 45°. Se trata de realizar unos movimientos vibratorios antero posteriores, pero sin desplazar el cepillo de su punto de apoyo. Deben ser movimientos muy cortos para que las cerdas se flexionen sobre sus propios ejes pero que las puntas no se desplacen de los puntos de apoyo. Así conseguimos desmenuzar la placa bacteriana, que asciende por el penacho, por lo cual cada vez tenemos que lavar bien el cepillo porque los penachos se cargan de placa bacteriana. Es una técnica muy recomendada en adultos. Se deben ir cepillando de dos o tres piezas, siguiendo la secuencia que hemos explicado antes. En la cara masticatoria de los dientes hacer movimientos de fregado rápido para eliminar todos los restos de alimentos.

Lo ideal es que se realice el cepillado después de cada comida, aunque se recomienda que el cepillado más minucioso se realice por la noche antes de ir a la cama.

5.3.1.3.3 Enfermedad y Terapia Periodontal

Por otra parte, pacientes que están siendo sometidos a terapia periodontal, son muy susceptibles a esta condición de dentina expuesta, debido a que la pérdida de cemento o el retiro del mismo durante el tratamiento generan superficies cervicales expuestas. Es por esto que el índice de hipersensibilidad en pacientes con problemas periodontales aumenta hasta un rango entre 73-98%. La intensidad máxima de sensibilidad se desarrolla durante las 3 tres primeras semanas posteriores al tratamiento periodontal, sea raspaje y curetaje así como procedimientos quirúrgicos. Hay reportes de pacientes que refieren sensibilidad

hasta 3 años después de la terapia periodontal, sin embargo esta sensibilidad es reportada como temporal y no va a durar durante toda la vida.

5.3.1.3.4 Dieta

Los ácidos comunes de la comida que podrían causar erosión y desmineralización de la superficie del esmalte y dentina incluyen: el ácido Máfico, Fumático, Cítrico, Ascórbico y Fosfórico.

Éstos usualmente tienen niveles de pH alrededor o por debajo de 6, lo cual es tan ácido, que aún durante breves periodos de exposición, los túbulos dentinales cubiertos con cemento o con una capa de barrillo dentinario perderían contenido mineral.

En un estudio se observó que el jugo de frutas congelado contiene más ácido que el no congelado.

La erosión y la hipersensibilidad dentinaria ocurren cuando la gente consume grandes cantidades de jugos de fruto con contenido ácido. Se propone que una acidez aumentada, permite la descalcificación en un periodo de tiempo prolongado, exponiendo la dentina, descubriendo los túbulos dentinales y manifestando una aumentada hipersensibilidad dentinal.

Por otra parte, otras bebidas como el vino tinto, blanco y el yogurt han demostrado tener la capacidad de remover el *smear layer* después de una preparación cavitaria, dejando los túbulos expuestos.

Para finalizar este punto, es importante aclarar que la erosión dental puede ser extrínseca e intrínseca. La extrínseca puede ser por dieta como ya se describió, o por el medio ambiente en el que vive el paciente. Por ejemplo las personas que están expuestas en su labor a vapores ácidos, tales como trabajadores de producción de baterías o catadores de vinos han reportado un alto índice de

hipersensibilidad. Por otra parte, la erosión intrínseca es común en pacientes con, alcoholismo crónico y desórdenes alimenticios.

En vista del papel que ejerce la dieta ácida en el inicio de la hipersensibilidad dentinal es necesario concientizar al paciente sobre lo importante que resulta evitar este tipo de comidas como un factor importante en el manejo de esta condición.

Entre las sugerencias que se le pueden dar está beber algo neutral o alcalino como la leche o el agua después de consumir ácidos y evitar ingerir ácidos antes de dormir o durante la noche.”²¹

5.3.1.4 MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE

“El manejo de un paciente que sufre de hipersensibilidad dentinal debe basarse en un correcto diagnóstico de la condición por parte del odontólogo, quién a su vez debe tomar en cuenta otras condiciones que son similares en cuanto a síntomas realizando un diagnóstico diferencial.

Identificar los factores etiológicos y predisponentes; hábitos que traumatizan encías y dientes, la exposición a factores erosivos incluyendo aquellos que vengan del ambiente de trabajo, o del estilo de vida, medicamentos, enfermedades, dieta, deben ser considerados y tratados.

En vista del papel que ejerce la dieta ácida en el inicio de la hipersensibilidad dentinal es necesario concientizar al paciente sobre lo importante que resulta evitar este tipo de comidas como un factor importante en el manejo de esta condición. Obtener una historia escrita de la dieta del paciente debe estar dirigida a identificar los agentes etiológicos y tener una base para orientarlo. Entre las

²¹ http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc_cepillado

sugerencias que se le pueden dar está beber algo neutral o alcalino como la leche o el agua después de consumir ácidos, utilizar pitillos, y evitar ingerir ácidos antes de dormir o durante la noche.

Finalmente el manejo exitoso del paciente recae en gran medida en la buena comunicación, la cual es de vital importancia en la odontología porque aumenta la calidad y cantidad de información obtenida aumentando la confianza hacia el médico y disminuye la ansiedad, mejorando el resultado del tratamiento.

5.3.1.5 TRATAMIENTO

Debido a que la hipersensibilidad dentinaria puede ser el resultado de tratamientos dentales, todo paciente debe ser informado de los potenciales riesgos del tratamiento. Explicarle al paciente anticipadamente la posibilidad de potenciales eventos dolorosos después de la terapia periodontal y la colocación de restauraciones recientes puede fortalecer grandemente la relación odontólogo-paciente y disminuir el dolor y la ansiedad.

Además, explicarle al paciente las posibles causas de la hipersensibilidad dental puede ayudar a modificar o controlar estos factores causales y a su vez mejorar el resultado del tratamiento.

La hipersensibilidad puede recurrir si el individuo no inicia un programa preventivo el cual incluye, análisis dietético de comidas ácidas y su eliminación, mantenimiento de un excelente control de placa, corrección de cualquier hábito que pueda producir abrasión, proveer fluoruros tópicos en otras formas, eliminación de cualquier fuente de irritación incluyendo las pastas altamente concentradas y saborizadas.

La hipersensibilidad cede a menudo sin terapéutica; es probable que esto se relacione con el hecho de que la permeabilidad dentinaria puede disminuir de manera espontánea. Los fenómenos naturales que favorecen la desensibilización

incluyen la formación de dentina reparativa por la pulpa, la obturación de los túbulos por formación de depósitos minerales (esclerosis dentinaria) y la producción de cálculos sobre la superficie de dentina.

La reducción en la sensibilidad dentinal sin trauma a la pulpa puede lograrse de varias maneras:

- Oclusión de los túbulos dentinales
- Bloqueo de la respuesta nerviosa pulpar.

Aunque los tratamientos restaurativos o la endodoncia pueden ser efectivos para tratar ciertos tipos específicos de exposición dentinal, el caso de la dentina hipersensible no requiere una restauración.

El desensibilizante ideal debería cumplir los siguientes requisitos:

- a) No irritar la pulpa
- b) No producir dolor cuando se aplica
- c) Ser de fácil aplicación
- d) Ser consistentemente efectivo
- e) Ser permanentemente efectivo
- f) De rápida acción
- g) No producir decoloración del diente

La terapéutica a emplear puede ser realizada por un profesional o con tratamientos que el paciente puede seguir en casa, usualmente implica la aplicación de un material en la superficie dental.

La hipersensibilidad dental grave, debería ser tratada en el consultorio. Después de evaluar el número, gravedad y localización de las zonas sensibles, se aconseja a los facultativos que desarrollen un plan de tratamiento. Las zonas de hipersensibilidad más graves deberían ser tratadas por los pacientes en casa.

El asesoramiento para eliminar los alimentos y bebidas ácidas de la dieta, así como instrucciones sobre un control efectivo de la placa y técnica de cepillado adecuadas para romper los hábitos del cepillado abrasivo, son cruciales para el plan de tratamiento.

Secuencia del tratamiento de la hipersensibilidad

- Limpieza de la superficie a tratar con brochitas y pasta para profilaxis, de forma tal que quede la superficie dura, libre de ácidos y desengrasada.
- Lavar con abundante agua.
- Aislar, de preferencia con dique de goma.
- Secar, sin resecar para evitar el colapso de las fibras colágenos y obtener una buena hibridización en caso de usar resinas.
- Proteger aéreas vecinas.
- Aplicar el medicamento conforme las instrucciones que requiera.”²²

Sugerencias para la prevención de la hipersensibilidad

“Para los pacientes evitar:

- La recesión gingival debida a un cepillado incorrecto.
- Alterar la salud periodontal eliminando la placa bacteriana mediante una buena técnica de higiene.

²² http://www.javeriana.edu.co/academiapgendodoncia/art_revision/revision_2006/i_a_revision24.html

- Cepillos de filamentos blandos con dentífricos abrasivos, con una opresión excesiva y durante mucho tiempo.
- Cepillarse inmediatamente después de consumir comidas o bebidas acidas.
- El uso incorrecto de instrumentos auxiliares de higiene.
- Frotar objetos sobre la superficie del esmalte.
- El consumo de bebidas ácidas.

Para los profesionales evitar:

- El exceso de instrumentación de las superficies radiculares durante la eliminación del cálculo durante el alisado radicular y detoxificación radicular.
- El exceso de pulido de las raíces expuestas durante la eliminación de manchas o el uso de fresas con filo en la punta que al momento de pulir la restauración puede generarse en cervical un escalón desgastando cemento.
- La violación del espacio biológico periodontal que puede provocar un remodelado inflamatorio no bacteriano, lo que en un futuro va a producir recesión gingival.
- La confección de brazos retentivos de prótesis parcial removibles fuera del límite amelocementario.

5.3.1.5.1 AGENTES PARA EL ALIVIO DE LA HIPERSENSIBILIDAD DENTAL CUANDO SON ADMINISTRADOS POR PROFESIONALES.

Los agentes desensibilizantes de aplicación clínica se utiliza para proporcionar alivio de la sensibilidad táctil y térmica en las superficies radiculares expuestas, una vez descartadas otras causas patológicas.

5.3.1.5.1.1 Oxalato Férrico

Un producto que contiene 6% de oxalato férrico (Sensodyne sealant Dentine Desensitizing Kit, Block, drug Company Inc.) puede ser el agente más efectivo disponible para los facultativos.

El mecanismo de acción de este producto es su habilidad, al ser aplicado en la superficie de la raíz, para penetrar en los túbulos dentinales y formar cristales de oxalato férrico cálcico.

Los cristales ocluyen los túbulos, evitando el movimiento del fluido que activa las fibras de las terminaciones sensoriales.

Estudios demostraron que el uso de este agente trae beneficios en la salud oral de paciente demostrando:

- Mejoría significativa en sensibilidad al aire en todos los puntos.
- Respuesta significativa al agente.
- Mejoría de la sensibilidad táctil en todos los puntos.

5.3.1.5.1.2 Hidróxido de Calcio

Es muy utilizado como relleno de la cavidad. Cuando se aplica cerca de la pulpa, el hidróxido de calcio estimula la formación de dentina secundaria. El mecanismo de acción esta relacionado con la deposición directa de hidróxido de calcio dentro de los túbulos dentinales y posible aumento de la mineralización de la dentina peritubular.

Normalmente el hidróxido de calcio es pulido sobre la superficie de la raíz, con aplicaciones repetidas en períodos de tiempo diversos siendo necesario para obtener alivio del dolor. Si esto no funciona, la aplicación de hidróxido de calcio en la zona sensible y el cubrirla con relleno periodontal durante varios días algunas veces tienen éxito.

5.3.1.5.1.3 Fluoruros

Hasta cierto grado, el fluoruro estañoso y fluoruro sódico proporciona alivio en la hipersensibilidad dental. El mecanismo de acción del fluoruro puede ser debido a la formación de un precipitado a lo largo de las paredes de los túbulos, entre los iones del fluoruro o calcio en el fluido tubular dental.

Esta reacción reduce el diámetro del túbulo lo cual reduce el flujo de fluidos y la transmisión de estímulos externos por los fluidos. Generalmente las visitas múltiples a la consulta del dentista son necesarias para producir alivio. Los resultados de estudios clínicos son dudosos.”²³

5.3.1.5.1.4 Semiinvasivos

“Están indicados en presencia de hipersensibilidad severa cuando esta afectando la calidad de vida del paciente con cambios en los hábitos de alimentación, bebida y actividades deportivas.

En estos casos, el tratamiento incluye agentes capaces de fraguar, como los ionómeros vítreos, o de polimerizar, como los selladores fotopolimerizables o sistemas de resinas adheridas para ocluir los túbulos dentinarios.

5.3.1.5.1.5 Adhesivos dentinarios

Se los utiliza como medio para bloquear mecánicamente el túbulo.

Los agentes de fotocurado se utilizan para obtener una desensibilización y de larga duración. La dentina debe de ser removida ya condicionada antes de la colocación de las resinas.

Se prepara la superficie para que posteriormente el adhesivo realice un correcto sellado.

²³ Lesiones Cervicales No Cariosas, Sugerencias para la prevención de la hipersensibilidad, Parte II Hipersensibilidad y Tratamiento de las lesiones cervicales no cariosas.

La resina a utilizarse deberá ser de baja viscosidad. Otros productos con soluciones de metacrilatos y sus componentes diluidos en acetona impregnan y adhieren la dentina sin necesidad de grabarla.

Es un sellador cervical aplicable en abrasiones y erosiones para proteger la dentina de los ácidos, disminuye la hipersensibilidad en especial en abfracciones.

La presencia de triclosan reduce la posibilidad de caries. Deberá aplicarse en programa de 6 meses.

Los selladores tienen un relleno ultrafino que oblitera los canalículos.

La superficie radicular quedara comprometida debido a la presencia del material de restauración para realizar cualquier procedimiento futuro de restauración permanente para cubrir la raíz con tejidos blandos.

Es entonces necesario encontrar un material que reaccione químicamente con la superficie de la dentina, que se adhiera íntimamente a la estructura dentaria y que reduzca significativamente la apertura de los túbulos dentinarios debido al contacto prolongado con los fluidos orales, alimentos ácidos o el cepillado con sustancias abrasivas.”²⁴

²⁴ Lesiones Cervicales no Cariosas. La Lesión Dental del Futuro”. Dra. Nélida Cuniberti de Rossi y Dr. Guillermo Rossi.; Editorial Médica Panamericana. 2009.

CAPITULO VII

7.- RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

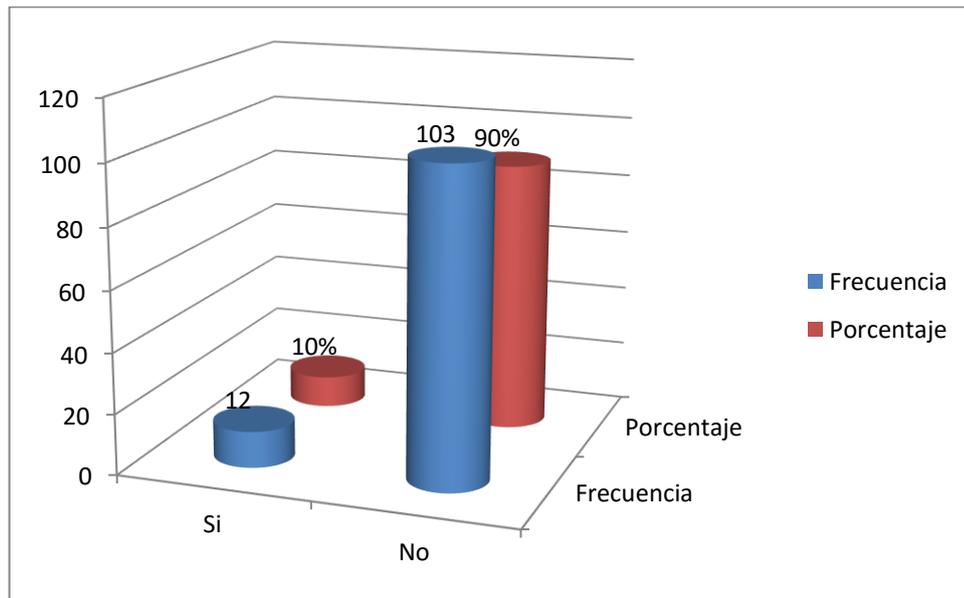
7.1.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

7.1.1.- FORMULARIO DE ENCUESTAS A LOS PACIENTES

GRAFICUADRO N° 1

1. *¿Sabe Ud. que técnica de cepillado debe usar para su higiene oral?*

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	10
No	103	90
TOTAL	115	100



FUENTE: Encuesta a los pacientes del S.C.S La Piñonada mayores de 30 años.

ELABORADO POR: Ma. Fernanda Bravo Z.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos por el presente cuadro el 90 % de los pacientes no saben cual es la técnica adecuado de cepillado que deben usar.

Según lo indicado en el libro Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración Manual de Higiene Bucal, España 2009.

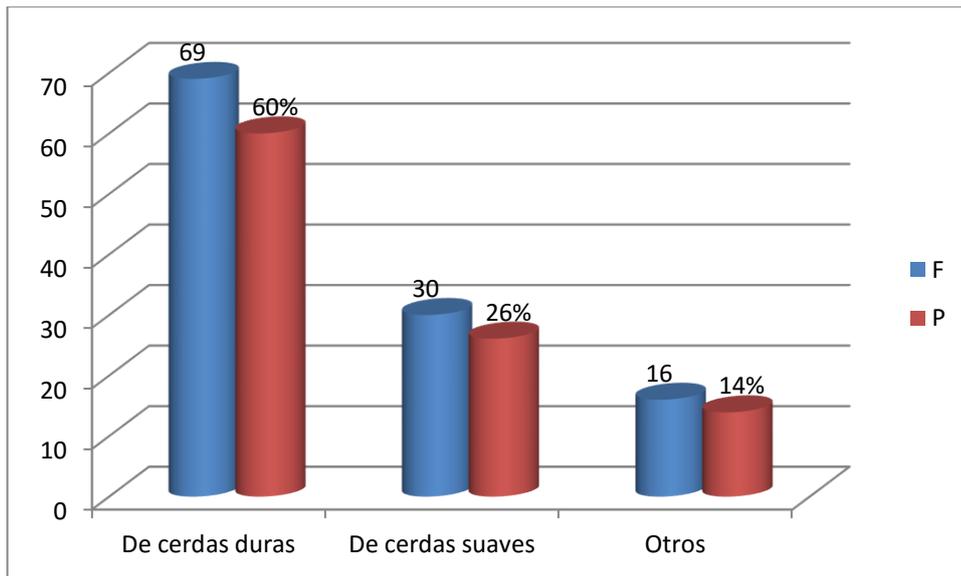
Métodos del cepillado.- a lo largo de los dos últimos siglos han sido descritos diversos métodos de cepillado sin que, actualmente, exista ninguna evidencia de que una técnica sea superior a otra. Hansen y Gjermon afirmaron que el método ideal de cepillado es el que permite una completa eliminación de placa en el menor tiempo posible y con una presión que no cause ninguna lesión a los tejidos.

Lo que indica que una buena técnica empleada por el paciente permitirá que se apliquen medidas preventivas de higiene oral.

GRAFICUADRO N° 2

2. ¿Qué tipo de cepillo dental utiliza para su higiene bucal?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
De cerdas duras	69	60
De cerdas suaves	30	26
Otros	16	14
TOTAL	115	100



FUENTE: Encuesta a los pacientes del S.C.S La Piñonada mayores de 30 años.

ELABORADO POR: Ma. Fernanda Bravo Z.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se puede constatar que de los 115 pacientes encuestados los 69 pacientes que corresponde al 60 % contestaron que utilizan para su higiene bucal cepillos de cerdas duras.

Como lo indica la página de internet;

http://www.javeriana.edu.co/academiapgendodoncia/art_revision/revision_2006/i_a_revision24.html

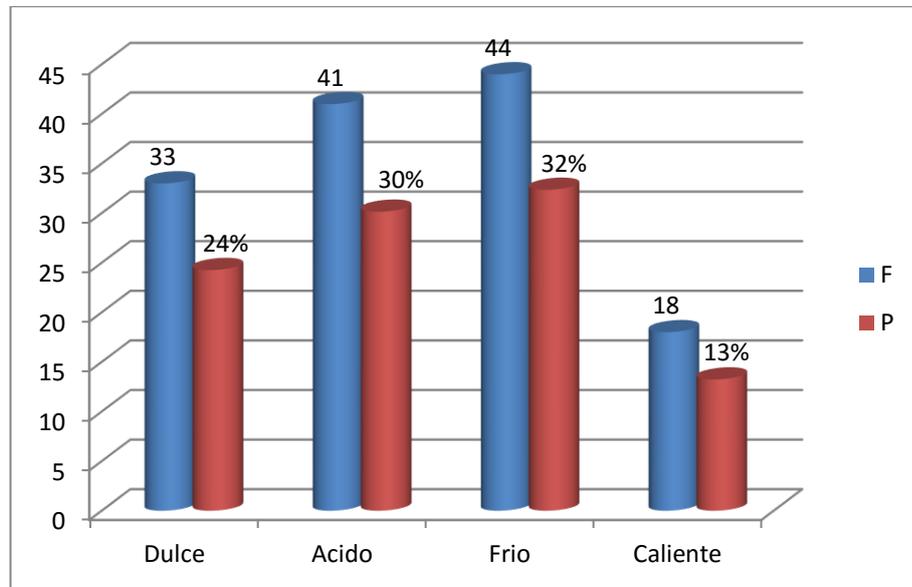
La fuerza excesiva, los cepillos dentales de cerdas duras, y las pastas dentales altamente abrasivas deben evitarse. Demostrándose de esta manera que, una mala técnica de cepillado acompañada también del mal uso del cepillo dental provocaron desgastes cervicales en las piezas dentales de estos pacientes.

Según el texto de Odontología Preventiva, de la Dra. Bertha Yoshiko, Capítulo 9 Medidas preventivas en Odontología, indica que; *Por lo general, es preferible el cepillo de mango recto, cabeza pequeña y recta, fibras sintéticas y puntas redondeadas para evitar las lesiones gingivales, y de cerdas blandas o medianas para tener mayor acceso a todas las partes del diente.* Con esta indicación podemos confirmar que si los pacientes tuvieran buena educación en cuando a los cuidados de sus piezas dentales usarían cepillos y técnicas correctas que ayuden a prevenir el desgaste dentario.

GRAFICUADRO N° 3

3. ¿Qué alimentos le provocan dolor?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Dulce	33	24
Acido	41	30
Frio	44	32
Caliente	18	13
TOTAL	136	100



FUENTE: Encuesta a los pacientes del S.C.S La Piñonada mayores de 30 años.

ELABORADO POR: Ma. Fernanda Bravo Z.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 115 pacientes encuestados 44 que corresponde al 32% contestaron que los alimentos que le provocan dolor es el frío, siendo este el causante de la sensibilidad dental en estos pacientes al consumir ciertos alimentos fríos.

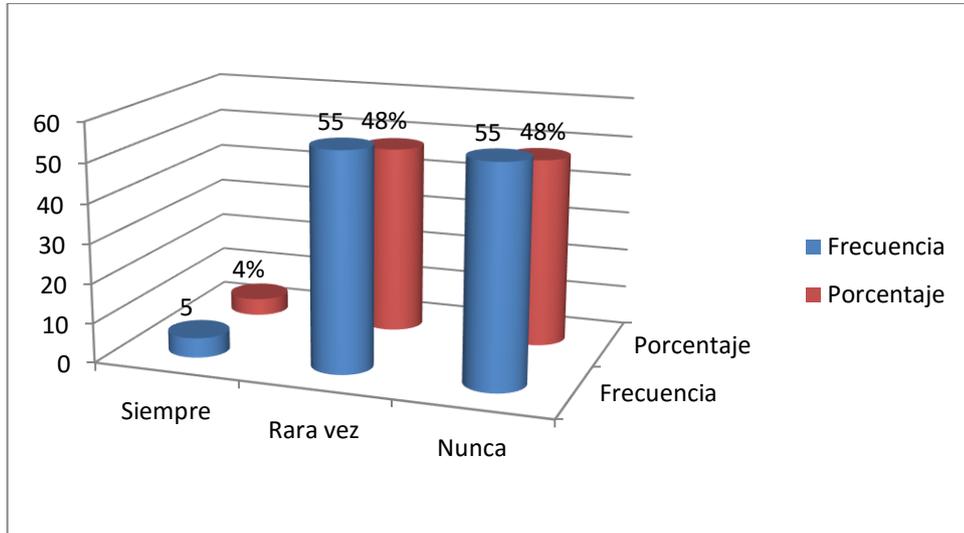
Según lo indica la página de internet;
(<http://www.odontologiavirtual.com/2010/03/sensibilidad-dental-modo-de-accion-de.html>)

Con base en la Teoría Hidrodinámica de Brannstrom, la hipersensibilidad dentinaria es causada por movimientos del fluido en los túbulos dentinales abiertos. El Calor, el frío, el aire y la presión pueden causar movimiento rápido del fluido en los túbulos dentinales abiertos. Lo que demuestra que los pacientes presentan dentina expuesta ya sea ocasionada por atrición, bruxismo, abrasión, erosión, cepillado excesivo o enfermedad periodontal, provocando sensibilidad dental.

GRAFICUADRO N° 4

4. ¿Cuando Ud. consume alimentos cítricos cepilla sus dientes inmediatamente?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	5	4
Rara vez	55	48
Nunca	55	48
TOTAL	115	100



FUENTE: Encuesta a los pacientes del S.C.S La Piñonada mayores de 30 años.
ELABORADO POR: Ma. Fernanda Bravo Z.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El presente cuadro y gráfico presenta señala que el 48 % no cepilla sus dientes inmediatamente cuando consume alimentos cítricos, y que un 48 % indica que rara vez lo hace.

Según lo indicado en la página de internet

<http://www.nogoya451.com/index.php/columnasdeopinion/columnaodontologia/7016-sensibilidad-dental>

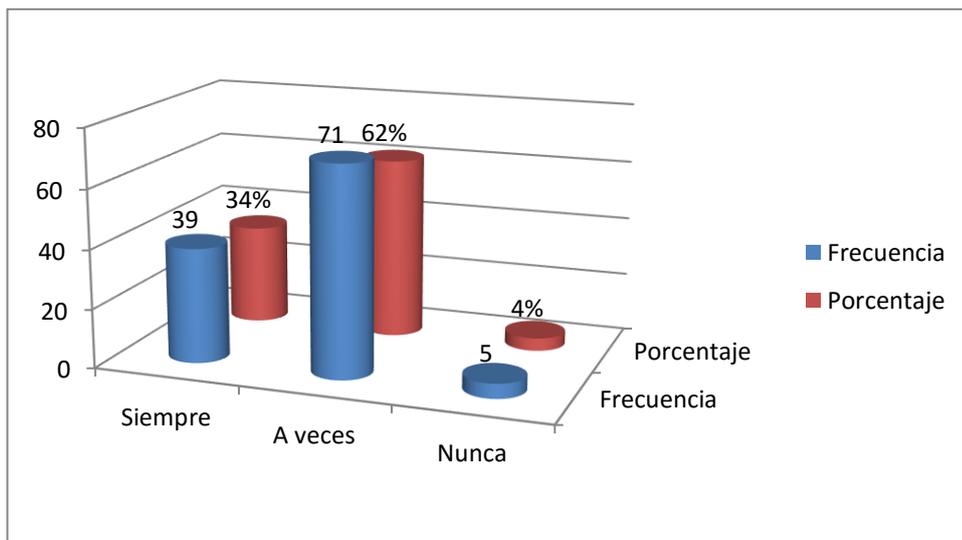
No hay que cepillarse con pasta dental después de comer fruta o beber gaseosas en general. Tratar de cepillarse después de 2 horas. Pero si no es posible, cepíllate con el cepillo mojado en agua caliente y nada más.

De esta manera queda demostrado que estos paciente que rara vez realizan el cepillado inmediatamente después de consumir alimentos cítricos deberán no realizarlo hasta después de dos horas como lo indica la página de internet.

GRAFICUADRO N° 5

5. ¿Con qué frecuencia consume Ud. bebidas cítricas?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	39	34
A veces	71	62
Nunca	5	4
TOTAL	115	100



FUENTE: Encuesta a los pacientes del S.C.S La Piñonada mayores de 30 años.

ELABORADO POR: Ma. Fernanda Bravo Z.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El presente cuadro y gráfico presenta que un 62% de los pacientes contestaron que a veces consumen bebidas cítricas.

La pagina de internet,

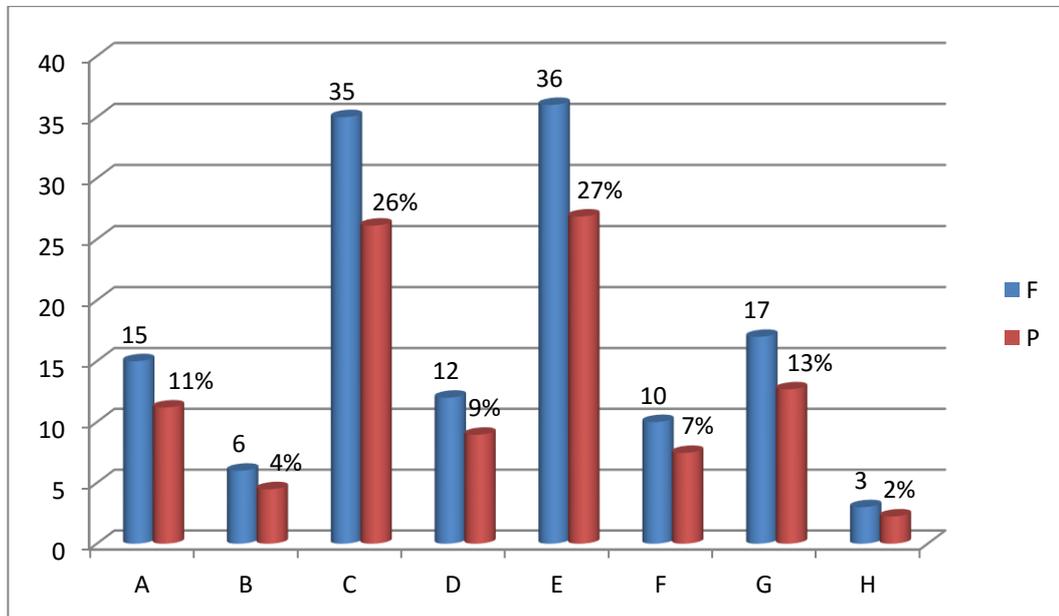
http://odontoclinica.cl/odontoblog/wpcontent/uploads/2008/09/lcnc_trat.pdf

Un estudio confirmó que ciertas bebidas carbonatadas, frutas cítricas y sus jugos, así como también el vino entre otros, poseen un Ph en un rango compatible con la disolución del esmalte y aun de la dentina. Lo que demuestra que el consumo inapropiado de estas bebidas cítricas causa daño a nivel de piezas dentales.

GRAFICUADRO N° 6

6. *Presenta Ud. algún mal habido hecho con los dientes como:*

	HÁBITOS	Frecuencia	Porcentaje
A	Abrir botellas	15	11
B	Sostener clavos	6	4
C	Usar palillos	35	26
D	Morder cualquier objeto	12	9
E	Comer limón y frotarlo sobre sus dientes	36	27
F	Todos	10	7
G	Ninguno	17	13
H	Otros	3	2
TOTAL		134	100



FUENTE: Encuesta a los pacientes del S.C.S La Piñonada mayores de 30 años.

ELABORADO POR: Ma. Fernanda Bravo Z.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Podemos apreciar que 26% de los pacientes usa palillos y un 27 % tiene como mal hábito comer limón muy seguido y frotarlo sobre los dientes.

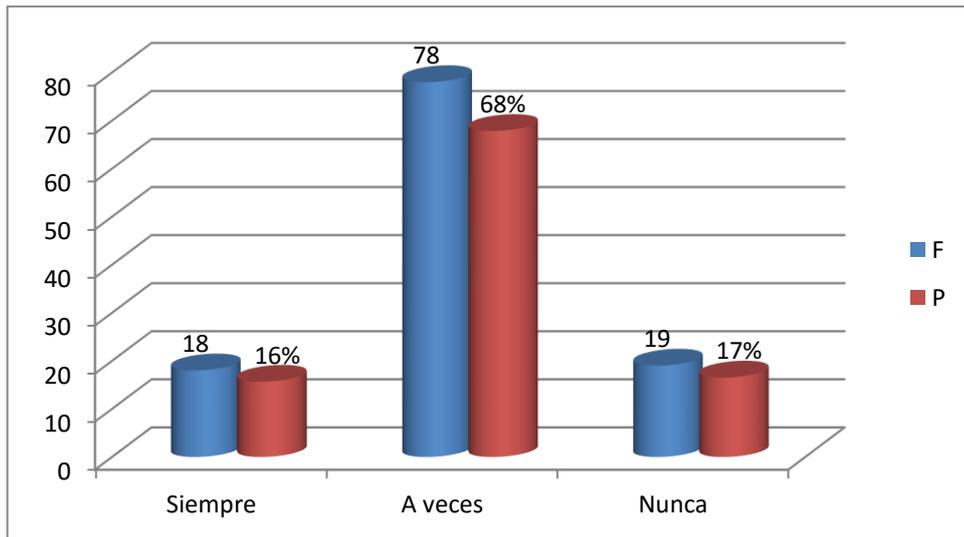
Lo que indica la pagina de internet http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0213-12852003000500004&script=sci_arttext, *abrasión por hábitos adquiridos (Dentro de estos tenemos los fumadores de pipa, costureras, zapateros)*

<http://www.nogoya451.com/index.php/columnasdeopinion/columnaodontologia/7016-sensibilidad-dental>, *cuando terminas de comer frutas, el ácido queda pegado en los dientes. Luego te cepillas con dentífrico malo, con tu cepillo duro y con fuerza para limpiar mejor. Los ácidos atacan al diente, erosionándolo y aumentando el desgaste. Abre los conductillos dentinarios y provoca la sensibilidad dentinaria.* Esto indica que existe influencia de los malos hábitos sobre las estructuras duras de los dientes.

GRAFICUADRO N° 7

7. ¿Ha asistido Ud. a charlas educativas de salud bucal?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	18	16
A veces	78	68
Nunca	19	17
TOTAL	115	100



FUENTE: Encuesta a los pacientes del S.C.S La Piñonada mayores de 30 años.

ELABORADO POR: Ma. Fernanda Bravo Z.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos en el presente cuadro y el gráfico solamente el 68 % de los encuestados indica que; a veces asisten a charlas educativas de salud bucal, mientras que un 17 % no ha asistido nunca a charlas educativas de salud bucal.

Según el texto del Libro Operatoria Dental, Integración Clínica de Barrancos Mooney, Capitulo 20 Prevención en Cariología, Medidas Preventivas de Aplicación masiva.- Educación para la salud, Buenos Aires – Argentina 2006.

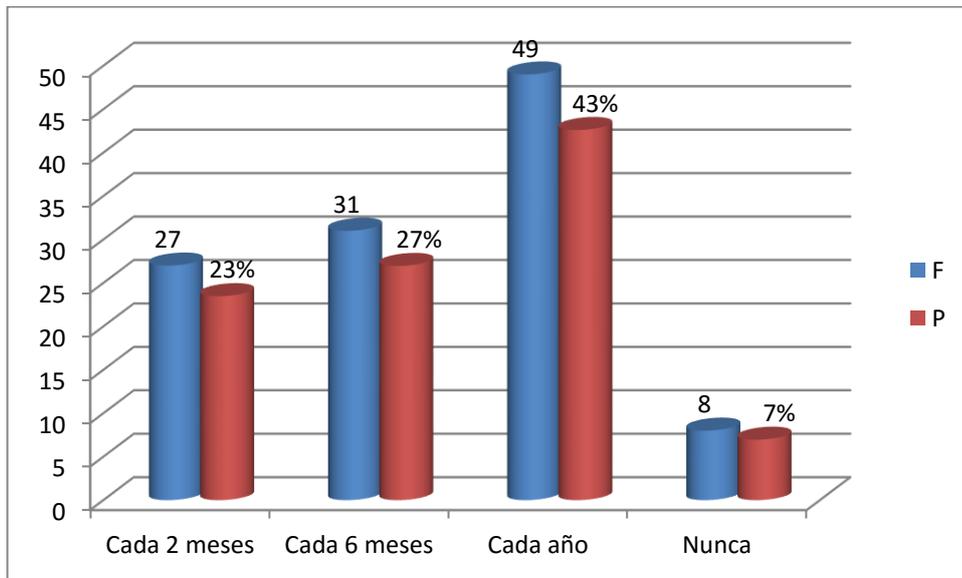
La promoción para el desarrollo humano y educación para la salud como una categoría dependiente es idealmente al que se incluye en la dinámica social y cultural como práctica cotidiana e incorpora no solo a los profesionales de la salud sino también a los usuarios (beneficiarios) en una intervención que permita nuevas modalidades de relación. Por eso es importante capacitar a los estudiantes de grado y postgrado en técnica de comunicación interpersonal y prepararlos para que adquieran facilidad en comunicación de doble vía.

Lo que demuestra que si los pacientes asisten a charlas educativas podrán interpretar las enseñanzas y ponerlas en práctica previniendo de esta manera enfermedades bucales y así puedan llevar a cabo las recomendaciones dadas por el profesional odontólogo.

GRAFICUADRO N° 8

8. ¿Cada qué tiempo visita Ud. al odontólogo?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Cada 2 meses	27	23
Cada 6 meses	31	27
Cada año	49	43
Nunca	8	7
TOTAL	115	100



FUENTE: Encuesta a los pacientes del S.C.S La Piñonada mayores de 30 años.
ELABORADO POR: Ma. Fernanda Bravo Z

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos en el cuadro y gráfico se observa que un 43 % de pacientes encuestados asiste cada año a la consulta odontológica.

La página de internet; <http://www.odontomarketing.com/bocasana02.htm>

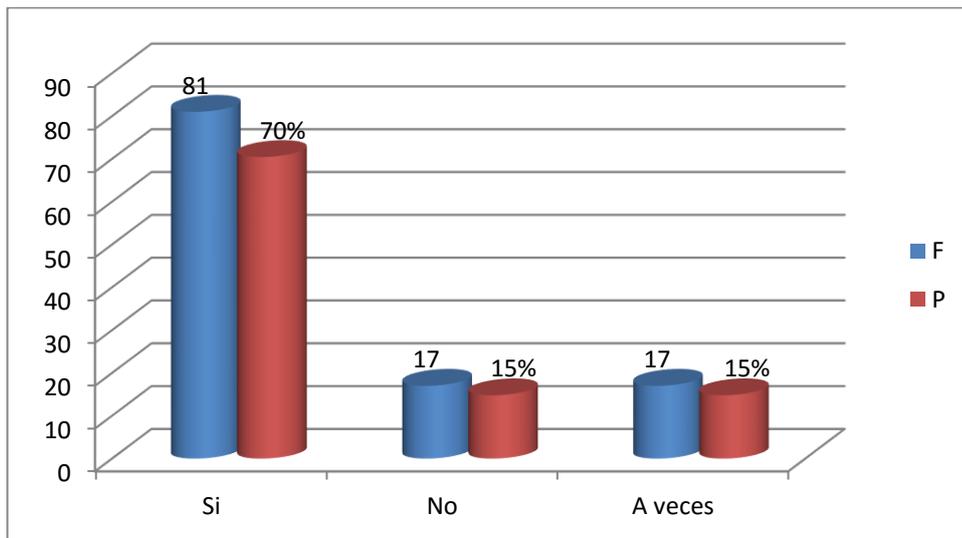
Queremos que reflexione acerca del siguiente concepto: Acudiendo regularmente al dentista, se puede prevenir la aparición de las enfermedades de la boca y es posible darles tratamiento cuando recién aparecen y nos han causado relativamente pocos daños.

Lo que nos indica que si estos pacientes asistieran al odontólogo cada 6 meses se podría prevenir el desgaste cervical previniendo de esta manera la sensibilidad dental.

GRAFICUADRO N° 9

9. *¿Cree Ud. que los productos utilizados en la atención con el odontólogo ayuden a eliminar su sensibilidad dental?*

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	81	70
No	17	15
A veces	17	15
TOTAL	115	100



FUENTE: Encuesta a los pacientes del S.C.S La Piñonada mayores de 30 años.
ELABORADO POR: Ma. Fernanda Bravo Z.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Podemos apreciar que un 70% de los pacientes encuestados contestaron Si; al creer que los productos utilizados en la consulta odontológica ayudan a eliminar la sensibilidad dental.

Lo que nos indica la pagina de internet,

<http://www.odontologica.8k.com/textos/hipersensibilidad.htm>

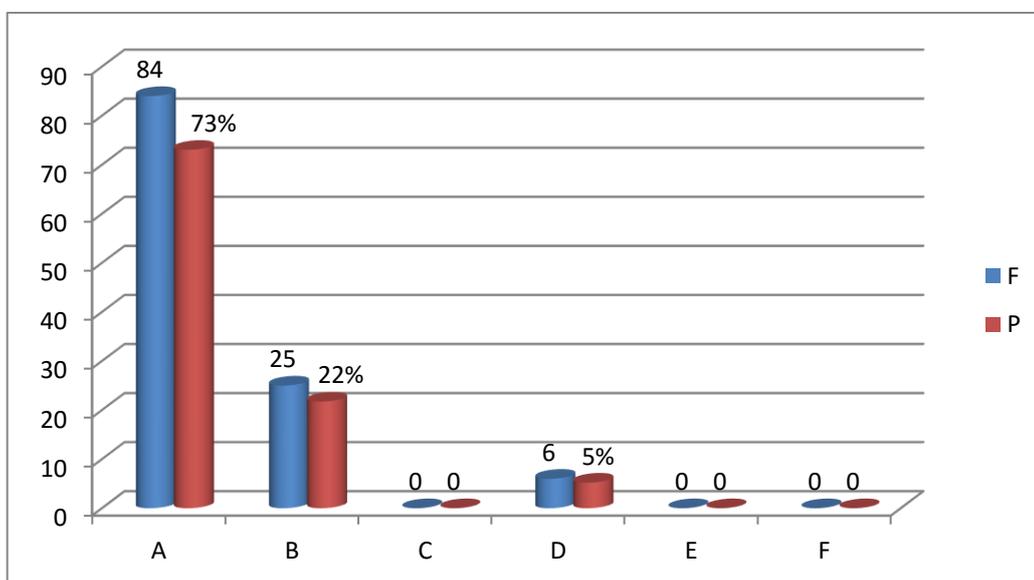
Estos productos actúan ya sea sellando la zona expuesta de los túbulos o reduciendo la habilidad del nervio en transmitir la señal de dolor.

Lo que demuestra que los productos usados por el profesional de salud si calma la sensibilidad dental de estos pacientes cuando asisten a la consulta por sensibilidad dental.

GRAFICUADRO N° 10

10. En su limpieza dental acompaña su higiene oral con:

	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
A	Cepillo y pasta dental	84	73
B	Enjuague bucal	25	22
C	Seda dental	0	0
D	Todas las anteriores	6	5
E	Ningunas	0	0
F	Otro	0	0
	TOTAL	115	100



FUENTE: Encuesta a los pacientes del S.C.S La Piñonada mayores de 30 años.

ELABORADO POR: Ma. Fernanda Bravo Z.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos en el presente cuadro y gráfico, el 73% de pacientes acompaña su higiene oral con cepillo y pasta dental.

La pagina de internet <http://www.odonto-red.com.mx/higienedental.htm>

Cepillado Dental Debe convertirse en un hábito diario de limpieza. Debe realizarse inmediatamente después de ingerir los alimentos, siendo la medida preventiva más efectiva para evitar enfermedades, y se debe usar pasta de dientes que contienen fluoruro.

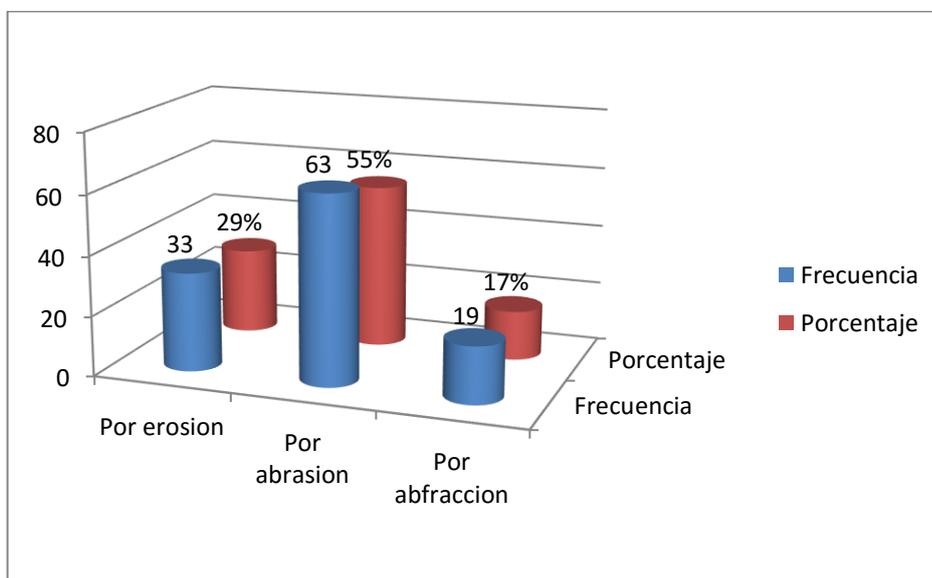
Lo que demuestra que realizando una higiene oral regular, obtenemos la mejor forma de prevenir las enfermedades en la cavidad oral.

7.1.2.- HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES

GRAFICUADRO N° 11

11. Tipo de lesiones cervicales no cariosas presenta el paciente

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Por erosión	33	29
Por abrasión	63	55
Por abfracción	19	17
TOTAL	115	100



FUENTE: Historia Clínica a los pacientes del S.C.S La Piñonada mayores de 30 años.

ELABORADO POR: Ma. Fernanda Bravo Z.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los datos obtenidos en el presente cuadro y gráfico indican que 55% de los pacientes presenta Abrasión dental en sus piezas dentales.

Según como lo indica la pagina de internet,

<http://www.odontofarma.com/2009/02/abrasion-dental.html>

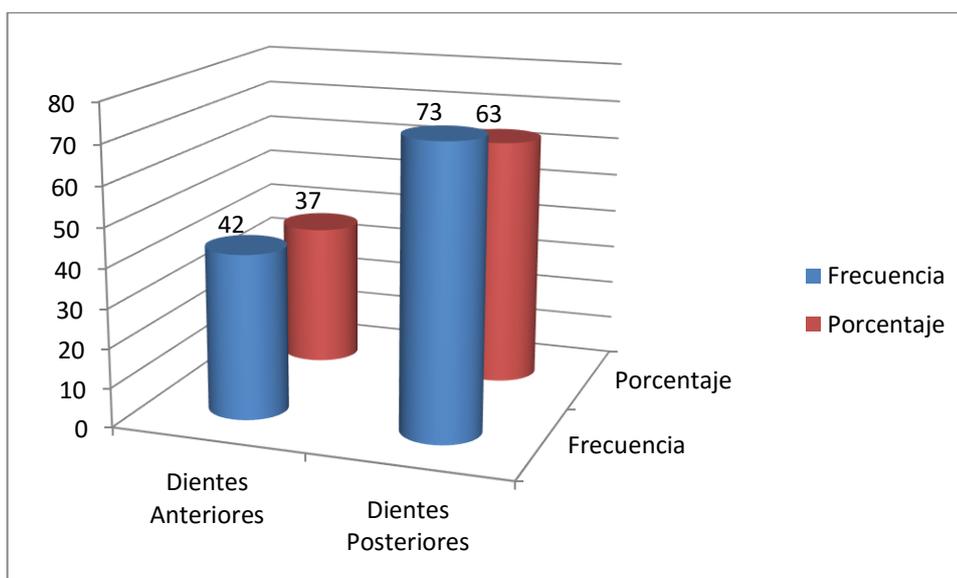
La abrasión es la perdida de sustancia dental producida por un trauma externo, el ejemplo mas común es el del cepillado incorrecto. Un cepillo duro, que irrite a la encía y la haga retroceder, provoca la retracción de la misma y el descubrimiento de la zona del cuello dentario que presenta la característica muesca de la abrasión.

Esto indica que los pacientes atendidos presentan esta lesión cervical debido a una mal técnica del cepillado y por el consumo de sustancias abrasivas.

GRAFICUADRO N° 12

12. Las lesiones cervicales no cariosas que presenta e paciente son en su mayoría de:

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Dientes Anteriores	42	37
Dientes Posteriores	73	63
TOTAL	115	100



FUENTE: Historia Clínica a los pacientes del S.C.S La Piñonada mayores de 30 años.
ELABORADO POR: Ma. Fernanda Bravo Z.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como se puede ver en el cuadro y gráfico N° 5, las lesiones cervicales no cariosas presenta el paciente en su mayoría son del 63% de dientes posteriores.

Según lo indica libro de Patología Oral y Maxilo Facial Contemporánea, España 2006;

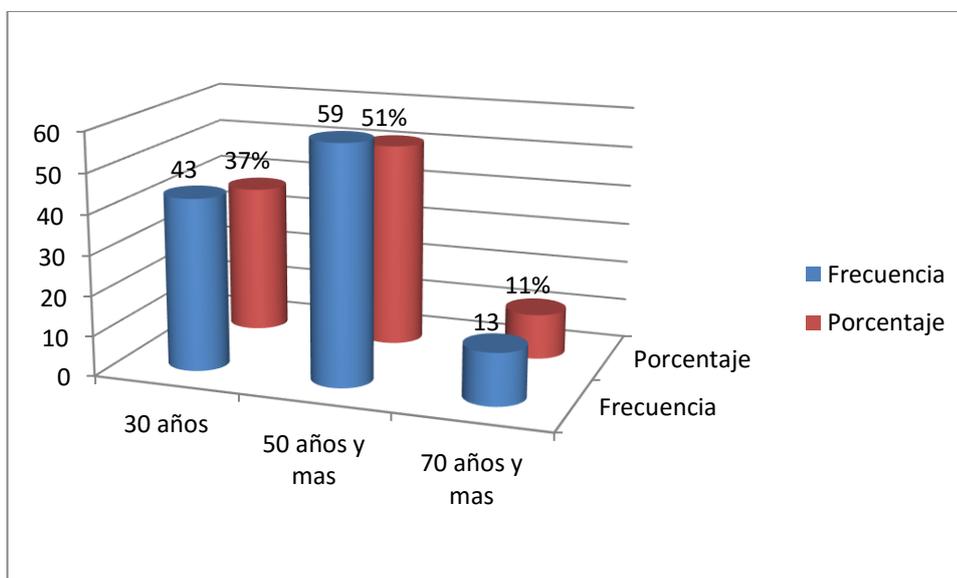
La abrasión grave suele afectar sobre todo a los dientes anteriores y premolares de las arcadas con mayor afectación en las piezas maxilares que en las mandibulares.

Teniendo como resultado que los pacientes presentan este desgaste a nivel de tanto en piezas anteriores como posteriores.

GRAFICUADRO N° 13

13. Las lesiones cervicales es más común en pacientes de:

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
30 - 49 años	43	37
50 – 69 años y mas	59	51
70 años y mas	13	11
TOTAL	115	100



FUENTE: Historia Clínica a los pacientes del S.C.S La Piñonada mayores de 30 años.
ELABORADO POR: Ma. Fernanda Bravo Z.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El presente cuadro y gráfico muestra que las lesiones cervicales son más comunes en pacientes entre 50 años y más, lo que corresponde a un 51 % de los pacientes.

Según el libro de: Temas prácticos en Geriatria y Gerontología, Fernando Morales Martínez, Tomo II, Salud Bucal en Pacientes Geriátricos,

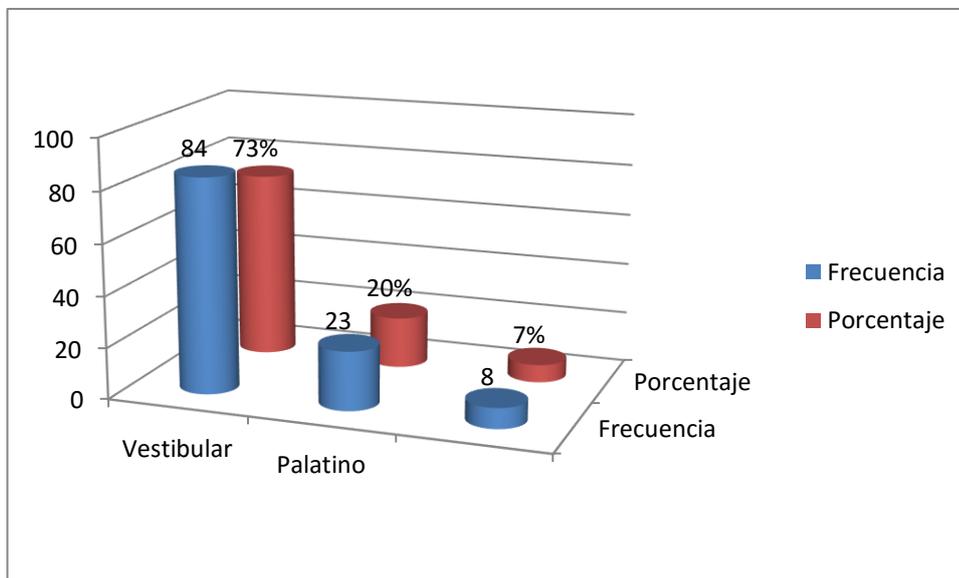
Es frecuente encontrar las lesiones cervicales (Erosión. Abrasión en los dientes remanentes de los adultos mayores)

Demostrando que en los pacientes mayores si es frecuente encontrar este tipo de lesiones cervicales no cariosas en la cavidad bucal.

GRAFICUADRO N° 14

14. Las lesiones cervicales no cariosas son más comunes en el lado:

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Vestibular	84	73
Palatino	23	20
Lingual	8	7
TOTAL	115	100



FUENTE: Historia Clínica a los pacientes del S.C.S La Piñonada mayores de 30 años.

ELABORADO POR: Ma. Fernanda Bravo Z..

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos en el presente cuadro y gráfico, el 73% presenta lesiones cervicales a nivel vestibular de las piezas dentales.

La página de internet dice;

http://www.javeriana.edu.co/academiapendodoncia/art_revision/revision_2006/i_a_revision24.html

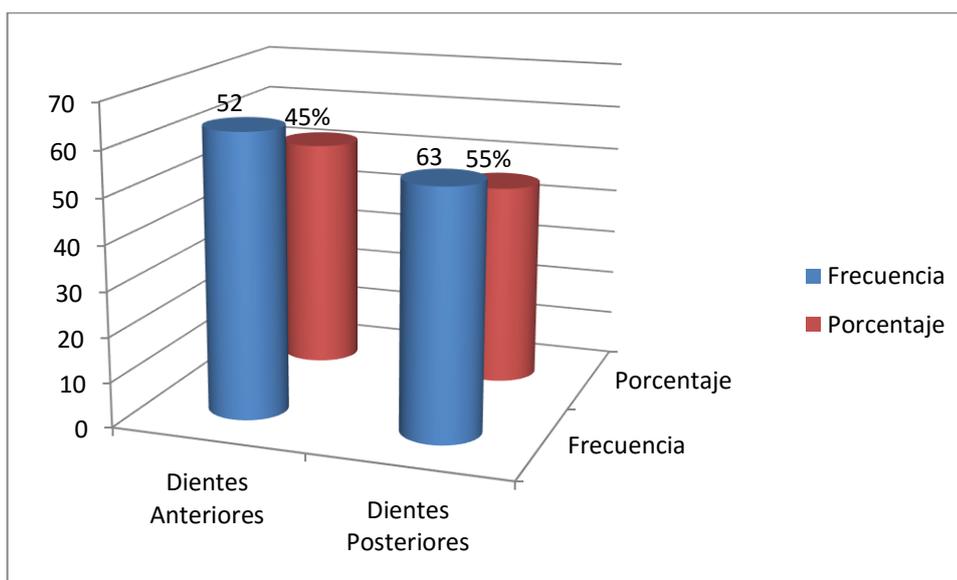
Dentina Cervical expuesta, es el factor más influyente para producir una hipersensibilidad dentinal, donde cerca del 90% de las superficies hipersensibles son superficies cervicales vestibulares.

Lo que nos confirma que la mayoría de las lesiones cervicales no cariosas son mas comunes en las zonas vestibulares de las piezas dentales.

GRAFICUADRO N° 15

15. La sensibilidad dental es más molesta a nivel de:

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Dientes Anteriores	52	45
Dientes Posteriores	63	55
TOTAL	115	100



FUENTE: Historia Clínica a los pacientes del S.C.S La Piñonada mayores de 30 años.
ELABORADO POR: Ma. Fernanda Bravo Z.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los resultados obtenidos en el presente cuadro y gráfico el 55 % de los pacientes presenta mayor sensibilidad a nivel de piezas posteriores y un 45 % en piezas anteriores, lo que demuestra que no está tan marcada la diferencia entre ambas opciones.

Según la página de internet,

http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc_cepillado

Se propone que una acidez aumentada, permite la descalcificación en un periodo de tiempo prolongado, exponiendo la dentina, descubriendo los túbulos dentinales y manifestando una aumentada hipersensibilidad dentinal, provocando mayor desgaste cervical siendo muy común en caninos, premolares y molares.

Siendo así que una mala técnica del cepillado, provoca desgaste cervical prologando acompañado de una sensibilidad dental.

7.2 CONCLUSIONES

- Se observó que los pacientes presentan en su mayoría lesiones cervicales no cariosas por abrasión debido a la utilización de una mala técnica de cepillado y por el consumo de sustancias abrasivas, también los pacientes que asisten al S.C.S poseen un escaso conocimiento de higiene oral, ya que desconocen sobre una correcta técnica de cepillado y otras medidas preventivas.
- De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta se constató que el (51%) de los pacientes atendidos entre 50 y 69 años presentan lesiones cervicales no cariosas que ocasiona sensibilidad dental se constató también que el consumo de alimentos fríos provoca sensibilidad en las piezas dentales de los pacientes.
- La poca asistencia de los pacientes a una consulta odontológica, hace que presenten lesiones cervicales no cariosas con frecuencia lo que ocasiona sensibilidad permanente en la cavidad oral de las mismas, presentándose con frecuencia en las piezas posteriores de los pacientes atendidos en el S.C.S.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Barrancos Money, (2006) Operatoria Dental, Capítulo 48 Restauraciones Estéticas Cervicales, Pp 292 – 293; Capitulo 17 Patologías dentarias de etiología no infecciosa. Pp. 1018- 1024; Editorial Panamericana, Buenos Aires Argentina.
- ✓ Cuenca Sala Emili – Baca García Pilar, (2008) Odontología Preventiva y Comunitaria: Principios, métodos y aplicaciones. Barcelona – España.
- ✓ Higashida Bertha Y., (2009) Odontología Preventiva, Capitulo 9, Medidas Preventivas en Odontología, pp. 145 – 154; Segunda Edición, Mc.Graw-Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.; México.
- ✓ Lanata E. J, (2008.) Atlas de Operatoria Dental, Capitulo 1: Diagnostico en Operatoria Dental, pp., 16-17, Buenos Aires; Alfaomega Grupo Editorial; Argentina.
- ✓ Morales Martínez Fernando, (2007) Temas prácticos en Geriátría y Gerontología, Tomo II, San José – Costa Rica.
- ✓ Patología Oral y MaxiloFacial Contemporánea, (2006), J. Philip Sapp, Lewis R.Eversole, George P. Wysocki, España.
- ✓ Rossi Guillermo H. – Cuniberti Nélide (2009) Lesiones cervicales no cariosas: La lesión dental del futuro, Primera Edición, Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires – Argentina.
- ✓ Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, (2009) Manual de Higiene Bucal, Editorial Medica Panamericana, Madrid – España.

- ✓ <http://odontoclinica.cl/odontoblog/wpcontent/uploads/2008/09/lcnctrat.pdf>
- ✓ <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v19n5/original3.pdf>
- ✓ http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/1/teorias_factores_etiologicos_hipersensibilidad_dentinaria.asp
- ✓ http://www.ces.edu.co/PDF_Revistas/Pag33_38V21N2ODO.pdf
- ✓ <http://www.dentsply.es/Noticias/clinica2607.htm>
- ✓ <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=38190>
- ✓ http://www.javeriana.edu.co/academiapgendodoncia/art_revision/revision_2006/i_a_revision24.html
- ✓ <http://www.odontofarma.com/2010/08/que-es-la-sensibilidad-dental.html>
- ✓ <http://www.odontologiavirtual.com/2010/03/sensibilidad-dental-modo-de-accion-de.html>
- ✓ <http://www.dentadec.com/esp/ids/5/identrada/7/identificando-causas-de-erosion-dental>
- ✓ http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc_cepillado
- ✓ <http://www.odonto-red.com.mx/higienedental.htm>
- ✓ <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=38190>

PROPUESTA ALTERNATIVA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

NOMBRE DEL PROYECTO

Educación preventiva para disminuir las lesiones cervicales no cariosas en los pacientes adultos atendidos en el S.C.S La Piñonada.

FECHA DE LA PRESENTACIÓN

Enero 2011

ENTIDAD EJECUTORA

- Sub Centro de Salud La Piñonada.

CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO

- De orden educativo

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

Sub Centro de Salud La Piñonada, de la Ciudad de Portoviejo.

2. JUSTIFICACIÓN

El proyecto se justifica porque después del trabajo de investigación realizado se demuestra que los pacientes presentan lesiones cervicales no cariosas porque no poseen una adecuada técnica de cepillado, poseen malos hábitos alimenticios y

por el poco interés de asistir a la consulta odontológica determinando la presencia de sensibilidad dental.

3. MARCO INSTITUCIONAL

Creación.- La ciudadela San Gregorio Piñonada fue creada el 17 de Abril de 1982, producto de invasión de terrenos, en una zona considerada industrial, con el paso del tiempo su población mayoritariamente campesina se ha organizado de tal manera que; se constituye en una comunidad urbano – periférica de gran importancia socio – económica y política del cantón. Dándole vida jurídica el entonces presidente Ing. León Febres Cordero, el 18 de octubre de 1986.

Funcionamiento y creación de la unidad operativa.- en mayo de 1985 el Estado a través de la prefectura del señor Richard Guillen construyó el Sub Centro de Salud Dr. Manuel Palomeque Barreiro, con la finalidad de brindar atención medica a quienes habitan en este sector.

Ubicación Geográfica: la ciudadela San Gregorio Piñonada esta ubicada al noroeste de la Parroquia Andrés de Vera del Cantón Portoviejo, a 4 ½ Km. de la ciudad, hacia el margen derecho de la carretera que conduce a Manta. Limita al norte con la fabrica de tubos Guillen, al sur con la Ciudadela José Fernando, al este con propiedades de la familia Vélez Guillen y al oeste con la carretera vía a Manta. Con una extensión territorial de aproximadamente 8 Km², incluida sus aéreas de afluencia.

El Sub Centro de Salud cuenta con dos médicos tratantes, una odontóloga, una obstetriz, una licenciada de enfermería con una auxiliar, una auxiliar administrativa, una educadora para la salud y un auxiliar de limpieza.

Cuenta con consultorios médicos, consultorio odontológico, un área de inmunización, un área curación y cirugía menor, cuenta con un área de farmacia, área de preparación y estadística, una bodega y una sala de espera.

Actualmente el número de pacientes mayores de 30 años en adelante es de 5.019 pacientes.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar las medidas de salud oral a través de charlas educativas para disminuir las lesiones cervicales no cariosas en los pacientes adultos que asisten al S.C.S. La Piñonada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar a los pacientes sobre técnicas de cepillado dental y hábitos alimenticios.
- Educar al paciente adulto para mejorar sus hábitos incorrectos en salud oral.
- Incentivar a los pacientes adultos para que acudan a la consulta odontológica de manera voluntaria en busca de tratamientos adecuados.

5. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA:

Mediante la investigación realizada se observó que los pacientes no tenían adecuados hábitos de higiene oral por desconocimiento de los mismos, por lo que se estableció esta propuesta para difundir los cuidados y hábitos de higiene correctos para una buena técnica de cepillado oral.

La propuesta investigativa esta diseñada con el fin que pueda llevarse a cabo, siendo necesaria la colaboración del personal que labora en el S.C.S La Piñonada

y pacientes atendidos en el Sub Centro de Salud, de esta manera se logró realizar la propuesta con el fin de mejorar la higiene oral de sus habitantes.

Lo que se busca con esta propuesta es modificar los hábitos de higiene oral para prevenir enfermedades que afecten la salud oral de los mismos.

6. BENEFICIARIOS

- ✓ Los beneficiarios serán los pacientes del S.C.S La Piñonada.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

Para el cumplimiento de los objetivos se realizarán las siguientes actividades:

- ✓ Reunión con el personal del S.C.S La Piñonada para la socialización de la propuesta alternativa de solución.
- ✓ Elaboración de un cronograma de trabajo.
- ✓ Charlas educativas a los pacientes del S.C.S La Piñonada y entrega de los trípticos informativos a los pacientes del S.C.S La Piñonada.
- ✓ Entrega de una gigantografía para enseñar la correcta técnica de cepillado dental a través del personal del S.C.S. La Piñonada.

8. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA																					
Meses																					
Actividades	Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Meses Restantes
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Reunión con las autoridades	X																				
Elaboración del plan de cada temática		X																			
Elaboración de trípticos			X																		
Elaboración de gigantografía			X																		
Charlas Educativas a los usuarios del S.C.S				X																	
Entrega de Trípticos				X																	
Entrega de gigantografía				X																	

9. PRESUPUESTO

Rubros	Cantidad	Unidad de medida	Valor unitario	Costo total	Fuentes de financiamiento	
					Autogestión	Aporte institucional
Transporte y varios	15	Galones	2.00	30.00	30.00	
Trípticos	150	Resma	0.05	7.50	7.50	
Gigantografía	1		25.00	25.00	25.00	
Total					62.50	

10. ESTRATEGIAS DE SOSTENIBILIDAD

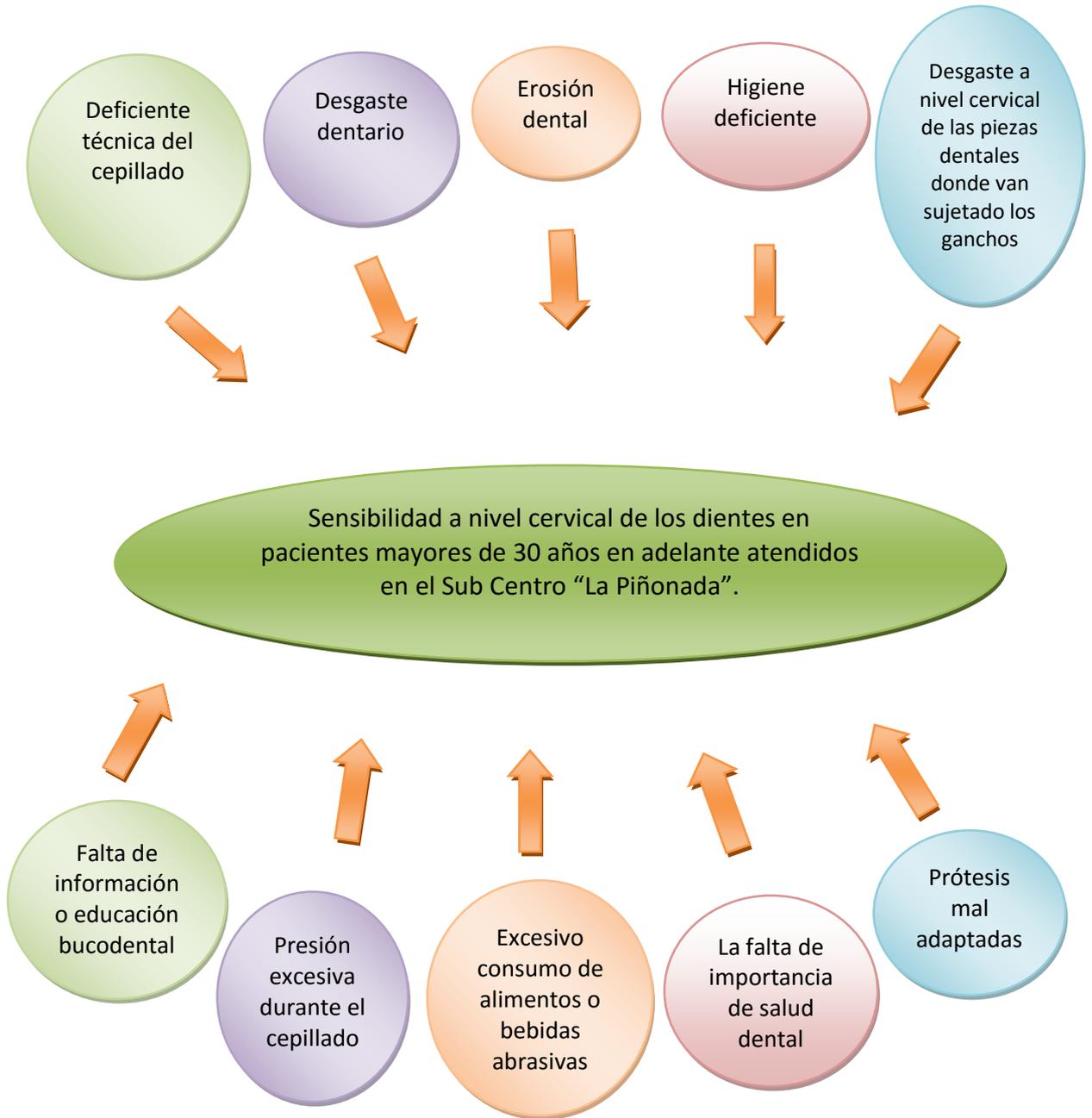
Se dio sostenibilidad al proyecto por la capacitación que se le dio al personal que labora en el S.C.S mediante charlas educativas, que serán replicados a los usuarios que asisten a la consulta.

Se establecerá mecanismo de control y monitoreo a través del Director para observar si los usuarios están aplicando los correctos hábitos de higiene oral para disminuir la sensibilidad dental ocasionada por las lesiones cervicales no cariosas.

11. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

La propuesta fue financiada por la autora de la investigación.

ÁRBOL DEL PROBLEMA



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin	Predecesoras	Nombres de los recursos
DISEÑO DE LA PROPUESTA	4 días	lun 15/11/10	Jue 18/11/10		
Planificación de la propuesta	2 días	lun 15/11/10	mar 16/11/10	28	Autora de tesis
Elaboración de la propuesta	2 días	mié 17/11/10	jue 18/11/10	30	Autora de tesis
Correcciones del diseño de la propuesta	1 día	vie 19/11/10	vie 19/11/10	31	Autora de tesis y Tutor de tesis
Redacción del borrador del informe final	3 días	lun 22/11/10	mié 24/11/10	32	Autora de tesis
Correcciones del borrador del informe final	2 días	jue 25/11/10	vie 26/11/10	34	Autora de tesis y Tutor de tesis
Presentación del borrador del informe final para correcciones	1 día	lun 29/11/10	lun 29/11/10	35	Autora de tesis
Correcciones finales del borrador del informe	4 días	mar 07/12/10	vie 10/11/10	37	Autora de tesis y Tutor de tesis
DEFENSA DEL INFORME FINAL					
Aprobación de la tesis	4 días	mar 12/01/11	sab 15/01/11		Autora de tesis, Tutor de tesis – Miembro del tribunal

PRESUPUESTO

Rubros	Cantidad	Unidad de medida	Valor unitario	Costo total	Fuentes de financiamiento	
					Autogestión	Aporte institucional
Fotocopias	300	Unidad	0.03	9.00	9.00	
Internet	2	meses	33.00	66.00	66.00	
Encuadernación	3	resma	4.00	12.00	12.00	
Materiales de Oficina	4	Cartucho	20.00	80.00	80.00	
Transporte y varios	13	Galones	2.00	26.00	26.00	
Trípticos	150	Resma	0.05	7.50	7.50	
Gigantografía	1		25.00	25.00	25.00	
Empastado	3	Ejemplar	5.00	15.00	15.00	
Total						240.50



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FORMULARIO DE ENCUESTAS

DIRIGIDAS A LOS PACIENTES DEL S.C.S La Piñonada

SOBRE: Lesiones cervicales no cariosas y sensibilidad dental en pacientes mayores de 30 años atendidos en el S.C.S La Piñonada.

INDICACIONES:

- A. Soy estudiante de la carrera de Odontología y solicitamos su colaboración.
- B. La encuesta es anónima con el fin de obtener mayor libertad en las opiniones.
- C. Requerimos que conteste todas las preguntas del cuestionario con sinceridad.
- D. Por favor contestar únicamente una alternativa a cada pregunta.
- E. Se le agradece habernos proporcionado su información.

1. ¿Sabe Ud. qué técnica de cepillado debe usar para su higiene oral?

Si No No sabe

2. ¿Qué tipo de cepillo dental utiliza para su higiene bucal?

De cerdas duras De cerdas suaves Otros

3. ¿Qué alimentos le provocan dolor?

Dulce Ácido Frio Caliente

4. ¿Cuándo Ud. consume alimentos cítricos cepilla sus dientes inmediatamente?

Siempre A veces Rara vez Nunca

5. ¿Con qué frecuencia consume Ud. bebidas cítricas?

Siempre A veces Rara vez Nunca

6. ¿Presenta Ud. algún mal hábito hecho con los dientes como:

- a) Abrir botellas
- b) Sostener clavos
- c) Usar palillos
- d) Morder cual objeto
- e) Comer limón muy seguido y frotarlo sobre los dientes
- f) Todos
- g) Ninguno
- h) Otros

7. ¿Ha asistido Ud. a charlas educativas de salud bucal?

a. Siempre A veces Rara vez Nunca

8. ¿Cada que tiempo visita Ud. al odontólogo?

b. Cada 2 mese Cada 6 meses Cada año Nunca

9. ¿Cree Ud. que los productos utilizados en la atención con el odontólogo ayudan a eliminar su sensibilidad dental?

Si No A veces Nunca

10. En su limpieza dental acompaña su higiene oral con:

- a) Cepillo y pasta dental
- b) Enjuague bucal
- c) Seda dental
- d) Todas las anteriores
- e) Ningunas
- f) Otros



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

HISTORIA CLÍNICA

DIRIGIDAS A LOS PACIENTES DEL S.C.S La Piñonada

SOBRE: Lesiones cervicales no cariosas y sensibilidad dental en pacientes mayores

de 30 años atendidos en el S.C.S La Piñonada.

Nombre: _____ **Sexo:** M

Edad: _____

Enfermedad o problema actual: _____

Presión Arterial

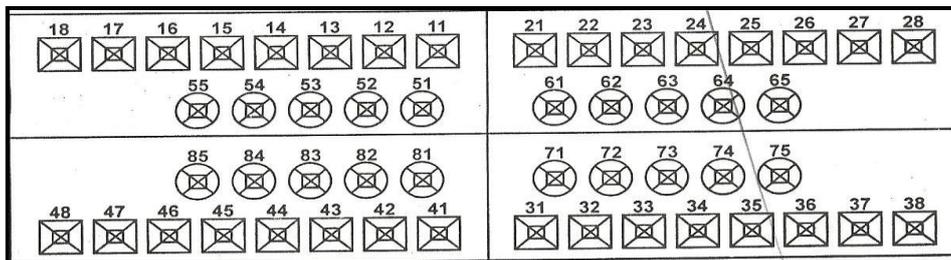
Antecedente personales y familiares:

- | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Alergia al antibiótico | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | Enf. Cardíaca | <input type="checkbox"/> |
| Alergia a la anestesia | <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | Otro | <input type="checkbox"/> |
| Hemorragias | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | | |
| VIH Sida | <input type="checkbox"/> | Hipertensión | <input type="checkbox"/> | | |

Examen de Sistema Estomatognático:

- | | | | | | |
|---------------|--------------------------|-----------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Labios | <input type="checkbox"/> | Lengua | <input type="checkbox"/> | Glándulas salivales | <input type="checkbox"/> |
| Mejillas | <input type="checkbox"/> | Paladar | <input type="checkbox"/> | Orofaringe | <input type="checkbox"/> |
| Max. Superior | <input type="checkbox"/> | Piso | <input type="checkbox"/> | A.T.M | <input type="checkbox"/> |
| Max. Inferior | <input type="checkbox"/> | Carrillos | <input type="checkbox"/> | Ganglio | <input type="checkbox"/> |

ODONTOGRAMA



1 Tipo de lesiones cervicales no cariosas presenta el paciente:

Por erosión

Por abrasión

Por abfracción

2 Las lesiones cervicales que presenta el paciente son en su mayoría de:

Dientes anteriores

Dientes posteriores

3 Las lesiones cervicales es mas común en pacientes de:

30 años

50 años y más

70 años y más

4 Las lesiones cervicales no cariosas son mas comunes en el lado:

Vestibular

Palatino

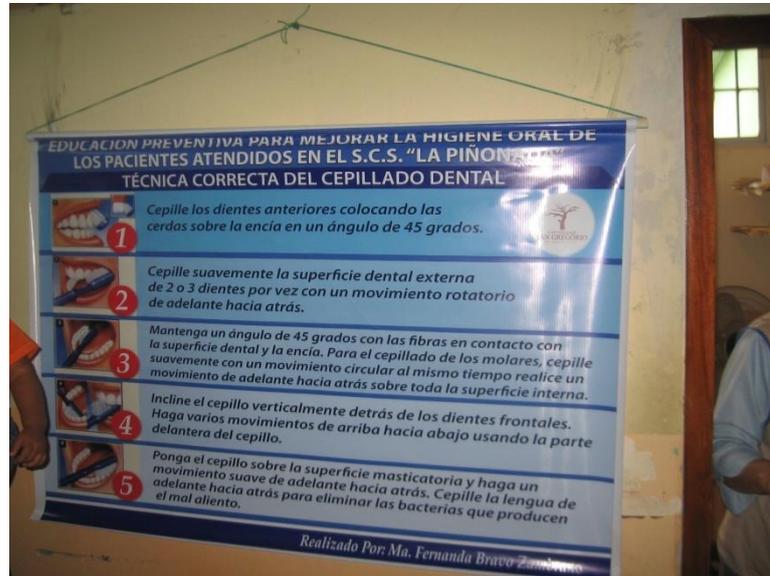
Lingual

5 La sensibilidad dental es mas molesta a nivel de:

Dientes anteriores

Dientes posteriores

ENTREGA DE LA GIGANTOGRAFIA



FOTOGRAFÍAS DE LA REALIZACIÓN DE LAS ENCUESTAS Y FICHAS DE OBSERVACIÓN

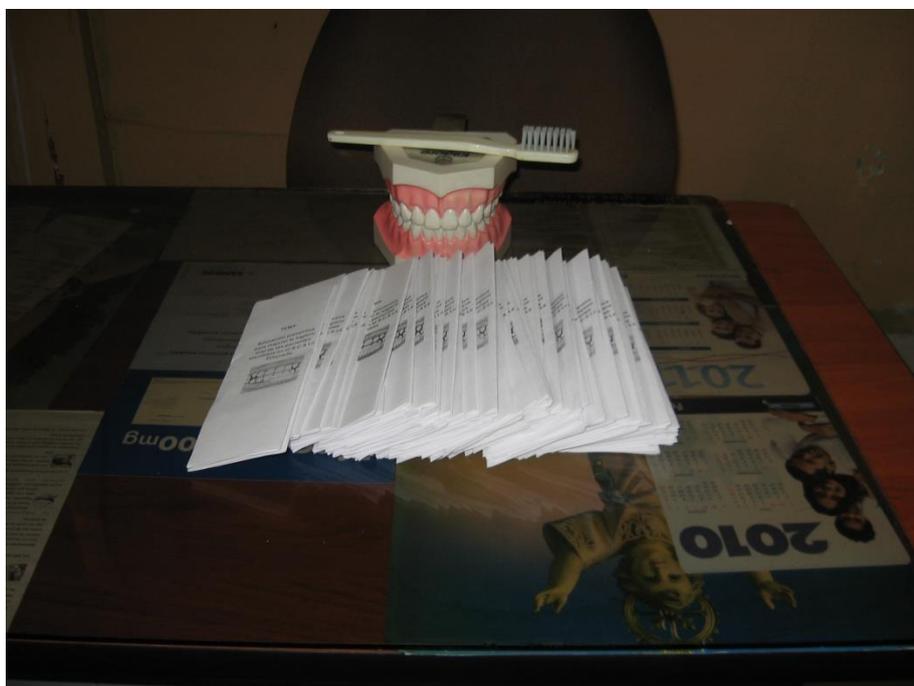






CUMPLIMIENTO DE LA PROPUESTA

ENTREGA DE TRÍPTICOS





CHARLAS EDUCATIVAS A LOS PACIENTES DEL S.C.S LA PIÑONADA



ACTA DE COMPROMISO

El día Lunes 3 de Enero del 2011 en la oficina de la Directora del S.C.S La Piñonada, con la presencia de la Directora y también Odontóloga, Dra. Bernardita Navarrete, María Fernanda Bravo Zambrano egresada de la carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, con la responsabilidad que se continúe con la ejecución de charlas educativas para mejorar y disminuir la sensibilidad dental de los pacientes que acuden al S.C.S, procedemos a suscribir la presente acta en los siguientes términos.

1. Se comprometen a seguir adelante con la propuesta realizando charlas educativas para mejorar o disminuir la sensibilidad dental de los pacientes que acuden al Sub Centro de Salud La Piñonada.
2. Para la ejecución de las charlas educativas, el Odontólogo deberá utilizar el material de apoyo (trípticos y gigantografía) entregados por la Egresada de la Universidad San Gregorio de Portoviejo de la carrera de Odontología.

Por la presente quien suscribe se compromete a cumplir con lo establecido.

Dra. Bernardita Navarrete M.
DIRECTORA Y ODONTÓLOGA DEL S.C.S LA PIÑONADA

Ma. Fernanda Bravo Z.
EGRESADA DE LA USGP