



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de: Odontóloga.

Tema.

Lesiones cervicales no cariosas en pacientes que acuden al centro de Salud Andrés de Vera en el Cantón Portoviejo de la Provincia de Manabí de la República del Ecuador periodo marzo – junio de 2015.

Autora:

Paola Azucena Vera Loor

Director de tesis.

Dr. Jorge Mendoza Robles Mg.Gs.

Cantón Portoviejo - Provincia de Manabí - República del Ecuador.

2015

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Dr. Jorge Mendoza Robles Mg.Gs, certifica que la tesis de investigación titulada: Lesiones Cervicales no Cariosa en pacientes que acuden al centro de Salud Andrés de Vera en el cantón Portoviejo, de la provincia de Manabí, de la República del Ecuador periodo marzo – junio 2015. Es un trabajo original de Paola Azucena Vera Loor, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dr. Jorge Mendoza Robles Mg. Gs.

Director de tesis.

CERTIFICADO DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Tema

Lesiones cervicales no cariosas en pacientes que acuden al centro de Salud Andrés de Vera en el Cantón Portoviejo de la Provincia de Manabí de la República del Ecuador periodo marzo– junio de 2015.

Presentada y realizada por la egresada Paola Azucena Vera Loor. Tesis de grado sometida al tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

Tribunal.

Dra. Lucia Galarza Santana Mg. Gs.

Directora de carrera.

Dr. Jorge Mendoza Robles Mg.Gs.

Director de tesis.

Dr. Fabricio Loor Alarcón Mg. Ge

Ge

Miembro del tribunal.

Dra. Mónica Cabrera Sánchez.Mg.

Miembro del tribunal

DECLARACIÓN DE AUTORIA

La responsabilidad por las ideas, hechos y resultados de la presente investigación, titulada: Lesiones cervicales no cariosas en pacientes que acuden al centro de Salud Andrés de Vera en el cantón Portoviejo, de la provincia de Manabí, de la República del Ecuador, periodo mayo– junio de 2015, corresponderá exclusivamente a la autora, y el patrimonio de la tesis corresponderá a la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Paola Azucena Vera Loor.
Autora.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios ser maravilloso que me dio fuerza y fe para creer lo que me parecía imposible terminar. A mi familia maravillosa quienes han creído en mí enseñándome a valorar todo lo que tengo.

A mis amigos y compañeros que de una u otra manera siempre nos hemos apoyado, a mi prima Karen Lucas Loor por su valioso tiempo y su gran ayuda, y mi cuñada Ing. Vanessa Cobeña Cedeño que a pesar de sus ocupaciones siempre ha estado disponible con lo que le pida en todo momento gracias.

Y para finalizar a mi director de tesis el Dr. Jorge Mendoza Robles por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y enseñanza así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

Paola Azucena Vera Loor

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, que me ha dado fortaleza para continuar, por ello con toda la humildad de mi corazón dedico mi trabajo a Dios.

Y no podía faltar a un ser maravillo que tengo en mi vida mi Madre Azucena Loor Cabal gracias por darme lo que nunca nadie podrá darme jamás sus palabras sinceras y su amor incondicional a ella en especial le dedico el presente trabajo porque ha fomentado en mí el deseo de superación y de triunfo en la vida, esperando contar siempre con su valioso e incondicional apoyo.

A mis hermanos queridos Patricio y Alexander que siempre han estado junto a mí y brindándome su apoyo, muchas veces poniéndose en el papel de padres.

Y a este hombre el primer amor de toda mujer, mi Padre, el cual a pesar de haberlo perdido muy temprano ha estado siempre cuidándome y guiándome le mando todo mi amor hasta el cielo.

Paola Azucena Vera Loor.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo y de corte transversal realizado en 80 pacientes que acudieron en forma voluntaria al centro de salud Andrés de Vera, donde se pudo evaluar a una gran cantidad de pacientes de todas las edades y sexo encontrando 55 piezas dentales con lesiones cervicales.

La información recopilada en esta investigación de campo a través de la técnica de observación, más las respectivas anamnesis donde se observó en vivo varios aspectos tales como: el uso de prótesis removible con ganchos, la fuerza del cepillado dental, tipo de oclusión normal, traumática, y la presencia de lesiones cervicales que fue el motivo principal de esta investigación.

Las incidencia de lesiones clase V fue de etiología multifactorial; predomino la erosión en el sector antero inferior y mientras que en el grupo posterior las abfracciones cervicales fueron las que se observaron con mayor frecuencia en ambos maxilares, en forma bilateral en su gran mayoría.

Palabras claves: Erosión, lesión cervical, anamnesis, traumatismo

ABSTRACT

The present work is descriptive and cross-sectional type, made in 80 patients who came voluntarily to Centro de salud Andrés Vera, where of patients of all ages and sex, could be assessed, finding 55 teeth with cervical lesions.

The information collected in this field through the observation technique, plus the respective clinic history where it was observed several aspects such as: the use of removable prosthesis with hooks, the strength of tooth brushing, regular type, traumatic occlusion, and presence of cervical lesions, which was the main reason for this study.

The incidence of injury was class V multifactorial etiology; predominance erosion in the lower anterior sector and while the posterior cervical abfractions group were those that were observed more frequently in both jaws, bilaterally mostly.

Keywords: erosión, cervical injury, clinic history, trauma

ÍNDICE.

Certificación del director de tesis.	II
Certificación del tribunal examinador.	III
Declaración de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstract.	VIII
Índice.	IX
Introducción.	1
Capítulo I.	
1. Problematización.	2
1. 1. Tema.	2
1. 2. Formulación del problema.	2
1. 3. Planteamiento del problema.	2
1. 4. Preguntas de la investigación.	4
1. 5. Delimitación de la investigación.	4
1. 6. Justificación.	5
1. 7. Objetivos.	6
1. 6. 1. Objetivo general.	6
1. 6. 2. Objetivos específicos.	6

Capítulo II.

2.	Marco teórico Referencial y Conceptual.	7
2. 1.	Patologías dentarias de etiología no infecciosa.	7
2. 2.	Definición de lesiones cervicales no cariosas.	7
2. 3.	Características de las lesiones cervicales no cariosas.	8
2. 3. 1.	Etiología de las lesiones cervicales no cariosas.	9
2. 4.	Diagnóstico de las lesiones cervicales no cariosas.	9
2. 4. 1.	Ubicación de las lesiones cervicales no cariosas según el grupo de dientes.	9
2. 5.	Abrasión.	10
2. 5.1.	Características clínicas.	11
2. 5. 2.	Evolución de la abrasión.	11
2. 5. 3.	Lesiones por abrasión.	11
2. 5. 4.	Cepillado dental.	12
2. 5. 5.	Características de un cepillo dental.	12
2. 5. 6.	Técnica de cepillado.	12
	Tecnica normal	12
	Tecnica con movimientos verticales	12
	Tecnica con movimientos rotatorio	12
	Tecnica basadas en movimientos vibratorios	12
2. 5.7.	Etiología.	13
2. 5.8	Individuales.	13
2. 5.9.	Materiales.	14
2. 6.	Asociada al trabajo o profesión.	14
2. 7.	Asociadas a tratamientos .	15
2. 7. 1.	Tratamientos periodontal.	15

2. 7.2. Tratamiento protésico.	15
2. 8. Aparatología ortodóncica.	16
2. 9. Erosión.	16
2. 9. 1. Etiología.	17
2. 9. 2. Dietéticos.	17
2. 9. 3. Factores Intrínsecos.	20
2. 9. 4. Factores somáticos o involuntarios.	20
2. 9. 5. Factores psicósomáticos o voluntarios.	20
2. 9. 6. Severidad clínica y patogenia.	21
2. 9. 7. Localización.	21
2. 9. 8. Diagnóstico.	22
2. 9. 9. Características clínicas.	22
2. 9. 10. Prevalencia y severidad.	22
2. 10. Abfracción.	23
2. 10. 1. Etiopatogenia.	23
2. 11. Bruxismo.	24
2. 12. Oclusión.	26
2. 12. 1. Clasificación de las oclusiones dentarias.	27
2. 12. 2. Características clínicas.	28
2. 13. Tratamiento de las lesiones cervicales no cariosas.	28
2. 14. Selección de materiales restauradores.	30
2. 15. Resinas con microrelleno.	30
2. 16. Resinas híbridas compuestas.	31
2. 17. Ionómeros de vidrio o Ionómeros de vidrio modificados con resina.	31
2. 18. Resinas fluidas.	32

2. 19.	Resinas con macropartículas.	33
2. 20.	Hipótesis.	34
2. 21.	Unidades de observación y análisis .	34
2. 22.	Matriz de Operacionalización de las variables.	34

Capítulo III.

3.	Marco metodológico.	35
3. 1.	Modalidad de la investigación.	35
3. 2.	Tipo de investigación.	35
3. 3.	Métodos.	35
3. 4.	Técnicas.	35
3. 5.	Instrumentos.	35
3. 6.	Población y muestra.	36
3. 7.	Recolección de la información.	36
3. 8.	Procesamiento de datos.	36
3. 9.	Ética.	36
	Recursos.	37
	Presupuesto.	37
	Cronograma.	37

Capitulo IV.

4.	Análisis e interpretación de los resultados.	38
----	--	----

Capitulo V.

5.	Conclusiones y Recomendaciones.	60
5. 1.	Conclusiones.	60
5. 2.	Recomendaciones.	60

Capítulo VI.

6.	Propuesta.	61
6. 1.	Tema.	61
6. 2.	Clasificación de la propuesta.	61
6. 3.	Entidad ejecutora.	61
6. 4.	Localización geográfica.	61
6. 5.	Justificación.	61
6. 6.	Objetivo general.	62
6. 7.	Objetivos específicos.	62
6. 8.	Descripción de la propuesta.	63
6. 9.	Responsable.	63
6. 10.	Beneficiarios.	63
6. 11.	Factibilidad.	63
6. 12.	Sostenibilidad.	63
6. 13.	Diseño metodológico.	63
6. 14.	Cronograma.	64
6. 15.	Presupuesto.	64
	Anexos.	65

Bibliografía.

INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS

Cuadro 1. Distribución según la presencia de la lesión	38
Cuadro 2. Distribución por grupo de edades	40
Cuadro 3. Distribución de pacientes según el sexo	42
Cuadro 4. Pacientes con prótesis parcial removible	44
Cuadro 5. Tipo de lesión cervical por paciente	46
Cuadro 6. Lesiones cervicales en el sector anterior	48
Cuadro 7. Lesiones cervicales en el sector posterior	50
Cuadro 8. Fuerza del cepillado	52
Cuadro 9. Tipos de Oclusión	54
Cuadro 10. Consumo de alimentos ácidos	56
Cuadro 11. Hábitos orales	58

INTRODUCCIÓN

El tema de lesiones cervicales desde el estudio realizado se planteó la problemática existente analizándolo desde la perspectiva de su comportamiento a nivel mundial, de américa latina, hasta llegar a la problemática nacional.

El objetivo principal de este estudio, fue caracterizar las lesiones cervicales no cariosas en los pacientes que acudieron al centro de salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo, así mismo identificarlas por grupo dentarios más frecuente, establecer el tipo de lesión según edad y sexo, e identificar los factores etiológicos que se presentaron con mayor frecuencia .

Siendo las lesiones cervicales no cariosas la pérdida de sustancias dental en la unión amelocementario debido a un proceso diferente al de la caries dental. Dichas lesiones están cobrando cada vez más importancia en el mantenimiento de la salud bucal y son diagnosticadas con mayor frecuencia durante la exploración bucal habitual. Las mismas se presentan en una variedad infinita de formas, con o sin sensibilidad, pudiendo llegar a comprometer a la pulpa dental evidenciando una prevalencia en aumento de este tipo de lesión.

Como contribución a este investigación se realizaron charlas de tipo educativo, además la entrega de trípticos. Informando a los pacientes acerca de los daños en las piezas dentarias que se puede dar, debido a diferentes factores etiológicos que tiende a producir dicha lesión logrando así una manera de prevención.

CAPÍTULO I.

1. Problematización:

1.1. Tema.

Lesiones cervicales no cariosas en pacientes, que acuden al centro de Salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo

1.2. Formulación Problema.

¿Cuáles son las características de las lesiones cervicales no cariosas en pacientes que acuden al centro de Salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo?

1.3. Planteamiento del problema.

Investigando la información disponible en el sitio web Slideshare¹ en versión digital (2013) se puede citar que:

La pérdida de tejido dentario no cariosa es un problema actualmente creciente y preocupante a nivel Internacional, en la última década, algunos estudios muestran cifras de prevalencia que sugieren que el desgaste dental, donde se incluye las lesiones cervicales no cariosas, debe ser considerado el cuarto factor de riesgo para la estética, la funcionalidad y la longevidad de la dentición humana, después del trauma agudo, la caries y las enfermedades periodontales.

¹ Slideshare. (2013) Clínica integral del adulto. [en línea], consultado [25, enero, 2015]. recuperado de: <http://es.slideshare.net/katylieu/seminario-n17-lesiones-cervicales-no-cariosas>

Consultando la información disponible del sitio web de Bonin y Urquia² (2009) se puede citar que:

La incidencia de lesiones dentarias cervicales, ya sean cariogénicas o no cariogénicas (erosión, abrasión, Abfracción), es frecuente y oscila del 41% al 90% en personas entre 31 y 65 años de edad. La severidad se incrementa claramente con la edad y se traduce en pérdida de la estructura dentaria en el área cemento-adamantina, no sólo por caries sino también por una serie de factores etiológicos no cariogénicas y sus posibles interacciones. (p.21)

Analizando la información disponible en el sitio web disponible en la revista News América latina en versión digital publicado por Rossi y Rossi³ (2013) se puede citar que:

En evaluaciones sobre salud dental adulta, en el año 2009 se reportaron que adultos dentados muestran algún grado de pérdida de estructura dentaria .los hábitos de ingesta y el alto índice de estrés que en las últimas décadas está sometido el hombre, ha aumentado el grado y el tipo de pérdida de tejido dental manifestándose como la atricción, abrasión, erosión-corrosión, abfracción y sus múltiples combinaciones.(p.3)

Investigando la información disponible en el sitio web publicado por Castillo⁴ (2011) se puede referenciar que:

Este tipo de lesiones se generan en las superficies vestibulares de los dientes, principalmente cuando son expuestos a ácidos provenientes de la dieta (frutas y sus jugos, bebidas dietéticas/saborizadas, colas, etc.), por la abrasión producida por el cepillado dental frecuente, por la ingesta de bebidas deportivas durante la actividad física, por contactos inadecuados durante la masticación o por la combinación de estos factores. En este estudio 300 individuos que realizan sus actividades diarias en el valle de Cumbayá fueron entrevistados y examinados buscando definir la relación entre los hábitos alimenticios, de higiene oral y la actividad física con la presencia de lesiones no cariosas. Las muestras

² Bonin y Urquia (2009). Resistencia a la disolución ácida de materiales estéticos para la restauración de lesiones cervicales .*Revista Chilena*. Pg. 21. [en línea], consultado [15, octubre, 2014]. Recuperado de http://www.revistadentaldechile.cl/temas_nov_2009/pdf/disolucion_acida.pdf

³ Nérida Cuniberti de Rossi Guillermo Horacio Rossi(2013) *Rev. News América latina* . [en línea], consultado [15, diciembre , 2014]. Recuperado de <file:///C:/Users/Win7/Downloads/news-regional-03-sp.pdf>

⁴Castillo. (2011) . *Biblioteca Repositorio Digital* . Obtenido de Universidad San FranciscodeQuito[enlínea],consultado[15, octubre, 2014]. Recuperado de:<http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/1495>

estadísticas de un análisis descriptivo demostraron una relación directa y proporcional existiendo una mayor frecuencia de lesiones en el sexo femenino y observando que a medida que aumenta la edad la frecuencia de lesiones aumenta. (p.1)

Según los acontecimientos actuales, y estudios a nivel mundial que se han realizado, existe un gran porcentaje de estas lesiones cervicales. En Manabí no se han reportado estudios acerca de esta problemática, es por ello que se realizó este tipo de investigación ya que, nos permite evaluar el nivel de incidencia que presenta, y así mismo detectar el factor que la produce realizando de esta manera un buen diagnóstico con el fin de identificar las posibles causas del daño dentario evitando así nuevas recidivas. Se deberá tomar conciencia de la presencia estas lesiones cervicales no cariosas, ya que muchas pasan inadvertidas por el odontólogo y más aún por el paciente.

1.4. Preguntas de la investigación.

¿Qué grupos de dientes se ven más afectados por las lesiones cervicales no cariosas?

¿Cuáles son las lesiones no cariosas, que se presentan con mayor frecuencia?

1.5. Delimitación de la investigación.

Campo. Salud.

Área. Odontología.

Aspecto. Lesiones cervicales no cariosas

1.5.1 Delimitación Espacial.

El estudio se lo realizó a los pacientes mayores de 25 años de edad que acuden al centro de Salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo, Provincia de Manabí, República del Ecuador

1.5.2 Delimitación Temporal.

La investigación se la realizó durante el periodo marzo – junio de 2015.

1.6. Justificación.

Las lesiones cervicales no cariosas son aquellas que se van a encontrar en el límite amelo-cementario (LAC), no respondiendo a una etiología bacteriana. En nuestro medio, la atención que se le debe brindar a este problema se dificulta por diferentes razones, entre estas tenemos el nivel educacional y socioeconómico que los pacientes presentan, ya que algunos carecen de conocimientos y recursos.

El estudio posee relevancia académica, debido a que de forma documentada se describirán las características de las diferentes lesiones cariosas en determinado grupos de dientes, durante el desarrollo de esta investigación.

El aporte científico de la investigación se fundamenta, por la temática que presentan las características de las lesiones no cariosas, ya que necesita revisarse y actualizarse constantemente, debido a que los resultados estadísticos que se obtengan en la investigación, ayudaran a otros estudios posteriores en la comparación retrospectiva con estadísticas, y también a investigaciones a realizarse en lugares diferentes.

La relevancia humana de esta investigación es mejorar los conocimientos y conciencia a los problemas de salud oral que se manifiesten en los pacientes que presenten estas manifestaciones clínicas por lesiones cervicales no cariosas. Los resultados podrán permitir sugerir soluciones generales, para que se mejore la atención y requerimientos a la salud oral. Se beneficiaron de forma directa los pacientes que acuden al centro de Salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

La investigación fue factible, ya que existió el interés por parte de las autoridades y del personal del centro de salud Andrés de Vera, debido a que proporcionaron la facilidad y el permiso correspondiente para realizar la investigación en el establecimiento del área de salud.

1.5. Objetivos.

1.5.1. Objetivo general.

Caracterizar las lesiones cervicales no cariosas en aquellos pacientes que acuden al centro de Salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

1.5.2. Objetivos específicos.

Identificar los grupos de dientes más frecuentes que presenta una lesión cervical no cariosa.

Establecer el tipo de lesión cervical no cariosa, según edad y sexo.

Identificar los factores etiológicos que se presenta con mayor frecuencia en la población estudiada.

CAPITULOII

1. Marco teórico conceptual.

1.1. Patologías dentarias de etiología no infecciosa

Observando la obra de Barrancos⁵ (2006) se puede citar que :

Los tejidos dentarios pueden ser afectados por procesos de etiología variada que provocan alteraciones de forma, tamaño, color, estructura y número de las piezas dentarias. Existen diferentes procesos destructivos crónicos, además de la caries dental, que determinan una pérdida irreversible de los tejidos mineralizados dentarios., podemos considerar las siguientes alteraciones: abrasión, desmasticación, erosión y abfracción. (p.291)

2.2. Definición de lesiones cervicales no cariosas:

Consultando la información publicada del sitio web de Castro⁶ (2003) señala que “Las lesiones cervicales no cariosas es la perdida de la estructura dentaria, por procesos de desgaste friccional (abrasión) disolución dental (erosión) y fuerzas físicas (abfracción)”(p.18).

Observando la obra de Barrancos⁷ (2006) se puede determinar que” Son aquellas que se encuentran ubicadas en el tercio gingival o cervical de las caras bucales o labiales y linguales de todas las piezas dentarias” (p.1018).

⁵ Barrancos, Julio (2006). Operatoria Dental: Integración Clínica. (4ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.

⁶ Castro. (2003) Tesis para Obtener el Título de Cirujano Dentista. Prevalencia de lesiones cervicales no cariosas según sus características clínica. [en línea], consultado [15, octubre, 2014]. Recuperado de <http://186.42.197.150/tes/odo/T427.pdf>

⁷ Barrancos, Julio (2006). Operatoria Dental: Integración Clínica. (4ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.

Analizando la información disponible del sitio web de Rossi y Rossi⁸ (2009) se puede citar que: “Muchas de las lesiones cervicales no cariosas presentan hipersensibilidad en el LAC (límite amelo cementario). Es una respuesta exagerada de la dentina expuesta que reacciona con dolor agudo ante estímulos mecánicos, físicos o químicos” (parr.1).

2.3. Características de las lesiones cervicales no cariosas.

Razonando la obra de Barrancos⁹ (2006) se puede referenciar que:

Una de las principales características de estas lesiones es, en general, la sensibilidad esta se caracteriza por la apertura de los túbulos, los cuales aumentan en cantidad y producen un dolor agudo y corto. En ellos también influyen la temperatura, la evaporación, el contacto, la presión osmótica o estímulos químicos, con irrigación del proceso odontoblasticos. (p.1018)

2.3.1. Etiología de las lesiones cervicales no cariosas:

Consultando la información publicada del sitio web de García¹⁰ (2012) se puede referenciar que:

Este tipo de lesiones son cada vez más frecuentes en toda la población, prevalecen en pacientes de edad avanzada, presentándose más profundas y amplias. Esto sucede porque los dientes de estos pacientes han estado expuestos a los factores etiológicos durante un período de tiempo mayor que los pacientes jóvenes, y consecuentemente, se espera que presenten mayor número de lesiones y de mayor severidad. Además suele ser común que presenten recesión gingival y pérdida de tejido óseo, con superficies radiculares expuestas, aumentando el riesgo de estas lesiones. (p.42)

Es por eso que existen múltiples mecanismos que pueden justificar la aparición de dichas lesiones, y por lo tanto ser un factor etiológico de desgaste cervical.

⁸ Rossi, Rossi (2009) Lesiones cervicales no cariosas. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A

⁹ Barrancos, Julio (2006). Operatoria Dental: Integración Clínica. (4ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.

¹⁰ García. (2012) “Prevalencia de lesiones cervicales no cariosas en pacientes de 18 a 60 años que asistan al servicio odontológico del hospital teófilo dávila e . universidad católica de santiago de guayaquil . . [en línea], consultado [15, enero, 2015]. Recuperado de <http://repositorio.ucsg.edu.ec:8080/bitstream/123456789/874/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-44.pdf>

2.4. Diagnóstico de las Lesiones Cervicales No Cariosas

Consultando la información disponible del sitio web de Salima y cols¹¹ (2009) determinan que:

Es difícil diagnosticar las LCNC durante su estadio primario porque se acompañan de muy pocos signos y casi ningún síntoma. Parece que existen algunas sugerencias en cuanto a que la forma de esta lesión está relacionada con su etiología

La Erosión.- Tienen las características forma de “U” o de disco poco profundo. Los márgenes son suaves al lingual que las superficies del esmalte que parece que haya sido pulida.

Las Abrasiones.- presentan frecuentemente forma de cuña o ranura, los márgenes son afilados y la superficie del esmalte esta rayada. Se localiza con frecuencia en las superficies vestibulares.

La localización más frecuente de las abfracciones es la vestibular y las formas más comunes son las de cuña que se van solapando y suelen ser aislada. (p.183)

Investigando la obra de Navarro y cols¹² (2010) “Clase V: ubicadas en el tercio cervical gingival por vestibular, palatino o lingual de todas las piezas”(cap.7).

2.4.1. Ubicación de las Lesiones Cervicales No Cariosa según el grupo de dientes

Investigando la obra de Rossi y Rossi¹³ (2009) se puede conocer que:

Incisivos puede darse pequeñas abrasiones por el fuerte cepillado

Caninos y premolares suelen ser uno de los más afectados por ser los dientes más prominentes y proclive a tener lesiones abrasivas.

Molares Los molares superiores e inferiores son lo más susceptibles debido a que son más difíciles de limpiar. (pp. 5-6)

¹¹ Salima y cols, (2009) lesiones Cervicales no cariosas y su asociación con la periodontitis . consultado [25, enero , 2014]. Recuperado de http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/articulos.pdf/193_04.pdf

¹² Navarro, A. D. (2006). *estetica en odontologia restauradora* . republica de España : Ripano .

¹³ Rossi,y Rossi (2009) Lesiones cervicales no cariosas . República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A

2.5. Abrasión

Investigando la obra de Graham y cols¹⁴ (1999) se puede referenciar que:

Every describió la abrasión como el desgaste de la sustancia dental, como resultado de la fricción de un material exógeno sobre la superficie debido a las funciones incisivas, masticatorias y de presión. A esto hay que añadirle el desgaste provocado por la limpieza dental. (p.28)

Consultando la información publicada del sitio web de Conway¹⁵ (2015) se puede referenciar que: “La abrasión de los dientes involucra un proceso mecánico anormal que resulta con el tiempo, en el desgaste del esmalte, la dentina y el cemento dental” (p.1).

Consultando la información publicada del sitio web Prop Dental¹⁶ (2013) se puede determinar que: “La abrasión es mayor en la unión cemento –esmalte, porque hay una recesión gingival. En otros casos el propio cepillado produce una retracción gingival dejando el cemento radicular al descubierto, pudiendo ser eliminado con más facilidad que el esmalte”(párr.2).

¹⁴ Graham y cols.(1999) Conservación y restauración de la estructura dental . Madrid España : editorial . Harcourt Brace

¹⁵ Conway.(2015) La Abrasión Dental y sus Consecuencias para la Salud Oral. [30 , enero, 2014]. Recuperado de <http://www.odontologos.mx/odontologos/reportajes/gum/abrasiondental.pdf>

¹⁶ Prop dental (2013) abrasión dental . [15 , febrero , 2015]. Recuperado de <https://www.propdental.es/desgaste-dental/abrasion/>

2.5.1. Características clínicas

Investigando la información disponible del sitio web de Gil y Gonzales¹⁷ (2013) se puede determinar que:

Dependen directamente de la naturaleza etiológica o el hábito responsable del mismo.
Forma de cuña (V) o ranura
Márgenes y ángulos redondeados, con contorno bien definido sin irregularidades.
Más amplias que profundas.
Superficies lisas y altamente pulidas.
Consistencia dura a la exploración.
Migración apical de la encía (recesión).
Mayor frecuencia en zona vestibular
Profundidad de 1 a 2 mm.
Los dientes adyacentes suelen estar afectados. (p.5)

2.5.2. Evolución de la abrasión

Razonando la obra de Rossi y Rossi¹⁸ (2009) se puede citar que: “El tipo y el grado del desgaste dependerá de: la ubicación del cepillo, la técnica de cepillado, el tejido involucrado, el contenido de sustancias abrasivas en la pasta dental “(p.4).

2.5.3. Lesiones por abrasión

Analizando la obra de Morales¹⁹ (2007) se puede citar que:

Las causas más frecuentes son: fumar pipa, masticar tabaco, cepillado agresivo de los dientes y empleo de polvos, sustancias y dentífricos abrasivos. La abrasión por cepillado de dientes, a lo largo de la unión cemento esmalte, es uno de los modelos que se reconocen con más facilidad, pues la lesión se localiza siempre en el cuello de los dientes. (p.101)

¹⁷ Gil y Gonzales (2013) Universidad central de Venezuela. Terapeútica de las lesiones Cervicales. [20, febrero, 2015]. Recuperado de http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_odontologia/Imagenes/Portal/Odont_Operatoria/Terap%C3%A9utica de las Lesiones Cervicales CavidadClase V.pdf

¹⁸ Rossi, y Rossi (2009) Lesiones cervicales no cariosas. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A

¹⁹ Morales (2007) temas prácticos en Geriatria y Gerontología. República de Costa Rica. Editorial: Universidad estatal a distancia.

2.5.4. Cepillado dental

Consultando la información disponible del sitio web de Saludalia²⁰ (2015) se puede concluir que: “El cepillado dental es un hábito cotidiano en la higiene de una persona. Es una actividad necesaria para la eliminación de la placa dental “(parr.1).

2.5.5. Característica de un cepillo dental:

Examinando la obra de Enrile y Fuenmayor²¹ (2009) se puede concluir que:

Las características de un cepillo dental manual adecuado para la higiene oral deben incluir:

Tamaño de mango adecuado para la edad y destreza motora del paciente que lo utilice.

Tamaño de la cabeza del cepillo adecuado al tamaño de la boca del paciente.

Uso de filamentos de nylon o poliéster de punta redondeada y tamaño inferior a 0,009 pulgadas de diámetro

Uso de filamentos suaves configurados según estándares de la industria.

Filamentos que permitan mejorar la eliminación de placa en los espacios interproximales y a lo largo del margen gingival. (p.78)

Es importante destacar que la mayoría de cepillos dentales manuales tienen a cumplir estos requisitos generales, solo depende del paciente la técnica que el utilice durante el cepillado para evitar que se produzca un cepillado agresivo.

2.5.6. Técnica de Cepillado

Observando la obra de Palma y Sánchez²² (2010) se puede referenciar que:

Técnica normal.

El cepillo dental se coloca en ángulo de 90° sobre la superficie dentaria realizando una actividad seguida de vaivén tanto a nivel superior como inferior.

Técnicas con movimientos verticales (barrido)

Existen distintos métodos, entre los que destaca el método fisiológico de Smith-Bell, donde el cepillo dental se dirige hacia nivel incisal o superficies oclusales, formando un ángulo de 90°, y realizando un tipo de higiene a nivel de la encía.

²⁰ Saludalia (2015) técnicas de cepillado dental . [26 , febrero , 2015]. Recuperado de <http://www.saludalia.com/vivir-sano/tecnicas-de-cepillado-dental>

²¹ enrile y Fuenmayor (2009) manual de higiene bucal . republica de buenos aire s: editorial panamericana

²² Palma y Sanchez (2010) Técnicas de ayuda odontológica y estomatología . republica d España

Técnicas con movimientos rotatorios

En esta técnica se aplica una serie de desplazamiento de forma circular con el cepillo, manteniendo el cepillo dental equivalente a la línea de oclusión. Las caras vestibulares se limpian manteniendo los dientes en oclusión.

Técnicas basadas en movimientos vibratorios.

Destaca el método de Bass, las cerdas del cepillo se sitúan en un ángulo de 45° en dirección al ápice del diente en el fondo del surco gingival y se realizan circulación vibratoria en sentido horizontal. (p.180)

Se debería recomendar a los pacientes el uso de cepillo dental con cerdas suaves, si se utiliza un cepillo manual se le debe enseñar al paciente como usarlo correctamente sin aplicar demasiada fuerza.

2.5.7. Etiología

Las causas de la abrasión pueden clasificarse en:

2.5.8. Individuales

Analizando la obra de Rossi y Rossi²³ (2009) se puede concluir que “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” (p.7).

Consultando la información disponible del sitio web disponible en la revista CES Odont. (2010) en versión digital se puede citar que: “Clínicamente, la abrasión presenta varios patrones relacionado con la causa. La abrasión por cepillado dental traumático se presenta como pequeños surcos horizontales en la superficie vestibular, donde podría exhibirse una porción de cemento o dentina” (p.30).

²³ Rossi y Rossi (2009) Lesiones cervicales no cariosas. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A

2.5.9. Materiales

Examinando la obra de Rossi²⁴ (2009) se puede determinar que:

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. (p.8)

Touminen, Eisenburge y Addy 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 estas.

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 generara)

La presión ejercida

El tipo de cerdas (dura o blanda)

La flexibilidad de las cerdas.

El flujo salival. (p.12)

Consultando la información disponible del sitio web de Conway²⁵ (2015) se puede citar que: “Los dentífricos disponibles actualmente contienen de manera regular gel de sílice, carbonatos, fosfatos u oxido de aluminio como agentes abrasivos” (p.2)

2.6. Asociadas al trabajo o profesión

Examinando la obra de Rossi²⁶ (2009) se puede referenciar que:

Hábitos que pueden causar daños dentales, colocando objetos entre las piezas dentarias (en aquellos que trabajan en construcción o zapateros) , instrumentos musicales como la armónica y el polvo ambiental con los que trabajan con sustancias abrasivas , son factores asociados 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

²⁴ Rossi y Rossi (2009) Lesiones cervicales no cariosas. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A

²⁵ Conway.(2015) La Abrasión Dental y sus Consecuencias para la Salud Oral. [30 , enero, 2015]. Recuperado de <http://www.odontologos.mx/odontologos/reportajes/gum/abrasiondental.pdf>

²⁶ Rossi y Rossi (2009) Lesiones cervicales no cariosas . República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A

pesar que existe la autolimpieza , el movimiento de los tejidos blandos con esta sustancia interpuesta entre ellos hace el diente termine abrasionado . (p.14)

2.7. Asociadas a tratamientos

2.7.1 Tratamientos periodontal

El uso de técnicas de higiene bucal inadecuados, con elementos incorrectos , así como la instrumentación excesiva por acción de reiterados raspajes y alisados radiculares, provoca eliminación del cemento y la consecuentes exposición de los túbulos dentinarios que pueden generar hipersensibilidad.(p.14)

Consultando la información disponible del sitio web de Romero²⁷ (2008) se puede concluir que: “En cuanto al raspado y alisado radicular es un procedimiento para el tratamiento de la enfermedad periodontal. Sin embargo, no sólo se eliminan las bacterias y el cálculo de la superficie radicular, sino el cemento y partes de la dentina” (párr. 25).

2.7.2 Tratamiento protésico

Indagando en la obra de Rossi y Rossi²⁸ (2009) se puede citar que:

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 de apoyo oclusal que provoca su desplazamiento hacia apical, con lo que pierde de este modo su función. Como resultado, el ajuste del retenedor genera una excesiva fricción sobre la zona cervical .la amplitud del desgaste dependerá del grado de resiliencia de la mucosa. (p.15)

²⁷ Romero.(2008) . teorías y factores etiológicos involucrados en la hipersensibilidad dentinaria Art .acta odontológica venezolana [20 , febrero , 2015]. Recuperado de.http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/1/teorias_factores_etiologicos_hipersensibilidad_dentinaria.as

²⁸ Rossi y Rossi (2009) Lesiones cervicales no cariosas . República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A

Consultando la información publicada del sitio web disponible en la revista en versión digital Scielo²⁹ (2003) se puede referenciar que: “Se ha demostrado que el efecto de la prótesis no es el causante de la abrasión; sino la retención de los alimentos a ese nivel y a la formación de ácidos” (párr.34).

2.8. Aparatología ortodóncica

Razonando en la obra de Rossi y Rossi³⁰ (2009) se puede determinar que “En ocasiones pueden llegar a confundirse una lesión erosiva con una abrasiva cuando se trata de aparatos removibles de contención “(p.15).

2.9. Erosión

Consultando la información publicada del sitio web disponible en la revista Fdi³¹ (2007) en versión digital se puede concluir que: “Es un proceso multifactorial que conduce a la pérdida del esmalte y la dentina, implica la disolución de ácido en la que no interviene la presencia de bacteria y que puede afectar todo los grupos de edades” (parr.1).

Consultando la información publicada del sitio web disponible en la revista Salud Scielo en versión digital publicado por fajardo y Mafla³² (2011) se puede determinar que:

Esta es causada por soluciones químicas las cuales entran en contacto con los dientes. La apariencia de los dientes erosionados es suave, sedosa y brillante, a

²⁹ Scielo (2003) Avances en Odontoestomatología. .consultado [20 , febrero , 2015]. Recuperado http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0213-12852003000500004&script=sci_arttext

³⁰ Rossi y Rossi (2009) Lesiones cervicales no cariosas . República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A

³¹ Fdi (2007) Erosion dental .consultado [20 , febrero , 2015]. Recuperado <http://www.fdiworldental.org/media/24766/Dental-erosion-2007-Sp.pdf>

³² fajardo y mafla (2011) . diagnostico y epidemiologia de la erosion dental .Rev Scielo [28, febrero , 2015]. Recuperado http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072011000200009&script=sci_arttext

veces mate, la superficie del esmalte tiene una ausencia de periquimatis y esmalte intacto en el margen gingival. (parr.1)

2.9.1. Etiología

Razonando la obra de Rossi³³ (2009) se puede citar que.

En la etiología de la erosión interviene factores extrínsecos e intrínsecos.

Factores extrínsecos

Ácidos exógenos

Medicamentosos.

Dietéticos.

Ácidos exógenos.-

Generalmente son de procedencia ocupacional, donde los trabajadores de fábricas de baterías (ácido sulfúrico) galvanizadores, fertilizantes, industria químicas (ácido clorhídrico) enólogos, pueden estar asociados a este tipo de lesiones.

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. (p.20)

Medicamentos.-

Hay evidencias que demuestran que se generan erosiones en tratamientos prolongados con vitamina C por la acción de 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 potencia 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 del ácido acetilsalicílico en aquellos pacientes que tienen como hábito masticar o colocar el comprimido entre las piezas dentales y tejidos blandos bucales.(p.20-2)

2.9.2. Dietéticos

Considerando la obra de Cuenca y Baca³⁴ (2013) se puede referenciar que:

El estilo de vida y los hábitos dietéticos, como el tipo de alimentación, así como la frecuencia con la que se consumen ciertos alimentos son un factor muy importante en la etiología de la erosión dental,

³³ Rossi y Rossi (2009) Lesiones cervicales no cariosas. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A

³⁴ Cuenca y Baca (2013) odontología preventiva y comunitaria, principios, métodos y aplicaciones. República de España: Editorial S.I.

El patrón de desgaste a causa de la dieta depende del hábito. Por ejemplo, si existe un consumo excesivo de cítricos, la pérdida de tejido dental afectará, principalmente, a las caras incisales y vestibulares de los incisivos superiores, mientras que si se debe a reflujos gástricos, el desgaste aparecerá en las superficies palatinas de los dientes superiores y en las caras oclusales inferiores. (p.197)

Consultando la información publicada del sitio web de Mantuana³⁵(2011) se puede concluir que :

Para entender que es la erosión ácida, es importante saber que, cuanto menor sea el pH más ácida será una sustancia, asumiendo que esos resultados oscilan de 1 a 14, considerando un pH neutro. Los cuales tienden a estar presente en la dieta o en el interior del organismo.

Ácidos Intrínsecos

Proviene de nuestro organismo (ácido clorhídrico)

Jugos gástricos

Reflujo gástrico.

Bulimia.

Ácidos Extrínsecos

Proviene de la dieta

Jugos

Gaseosas

Frutas

Vino Tinto. (p.p 3-4-5).

Razonando la obra de Rossi³⁶ (2009) se puede citar que

Holloway y col. mencionan la importancia de las bebidas como factor erosivo; por ejemplo las soft-drinks, que poseen altas concentraciones de ácido fosfórico (por ejemplo: bebidas colas o naranjas gasificadas).

Las bebidas gaseosas y los jugos naturales, el yogur, las bebidas de soja saborizadas tienen un pH ácido, mientras que la leche, el agua mineral sin gas y las bebidas de soja sin saborizar tienen un pH alcalino. Las bebidas cola alcanzan un pH entre 2,37 y 2,81. No solo generan erosión por su bajo pH sino que aquellas que poseen azúcar dan lugar al inicio de descalcificación por caries,

³⁵ Mantuana (2011) .erosion acida dental . rev . Slideshare. .consultado [28, febrero , 2015]. Recuperado <http://es.slideshare.net/DraStellaMarisMaturana/erosin-cida>

³⁶ Rossi y Rossi (2009) Lesiones cervicales no cariosas . República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A

El jugo de limón tiene un mayor contenido de ácido cítrico anhidro, que lo convierte en el más ácido. Y los ácidos orgánicos, generalmente son los ácidos cítricos, málicos, oxálicos y tartáricos. (pg.22)

Consultando la información publicada del sitio web eHow³⁷ en español (2015) en versión digital se puede concluir que:

De todos los factores que afectan las cualidades del vino, el pH está dentro de los más importantes. El pH de un vino afecta al sabor, la textura, el color y el olor del mismo. Los diferentes vinos se mantienen típicamente dentro de ciertos valores de pH. La mayoría de vinos blancos están entre los 3 y 3.3 de pH. La mayoría de vinos rojos están entre los 3.3 y 3.5 de pH.

Consultando la información publicada del sitio web eHow³⁸ en español (2015) en versión digital se puede concluir que:

Los limones y las limas son frutas comunes en la mayoría de las cocinas. Las pruebas revelan que los limones frescos exprimidos contienen 1.44g por onza (mililitro) de ácido cítrico, y las limas frescas exprimidas contienen 1.38g por onza. El pH de estos jugos oscila entre 2 y 2.35. (párr.1)

Considerando la obra de Ricketts y Bartlett³⁹(2013) se puede referenciar que: “La causa más común de la erosión es el consumo frecuente de ácidos (ácidos extrínsecos). La fuerza del ácido en la dieta también es importante” (p.49).

Razonando la obra de Rossi y Rossi⁴⁰(2009) se puede citar que: “Será un desafío muy grande poder detener este inconveniente que sufren las piezas dentales pues cuantos más conservantes, más elaboración y elementos químicos tengan los alimentos, la erosividad se hará presente.”(p.23).

³⁷ Dick (2015) Los niveles del pH del vino . Ehow en español. consultado [28, febrero , 2015]. Disponible en: http://www.ehowenespanol.com/niveles-ph-del-vino-sobre_91696/

³⁸ Cross (2015) .tipos de jugos ácidos. Ehow en español. consultado [28, febrero , 2015]. Disponible en http://www.ehowenespanol.com/tipos-jugos-acidos-lista_120245/

³⁹ Ricketts- y Bartlett. (2013) Ododntologia Operatoria avanzada un abordaje clínico . republica de Venezuela . editorial : Amolca .

⁴⁰ Rossi y Rossi (2009) Lesiones cervicales no cariosas . República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A

2.9.3. Factores Intrínsecos

2.9.4. Factores somáticos o involuntarios

Observando la obra de Gil⁴¹ (2010) se puede concluir que: “Se trata de ácidos gástricos que se ponen en contacto con los dientes tras el vómito o el reflujo esofágico” (p.329).

Razonando la obra de Rossi⁴² (2009) se puede citar que:

Figura la presencia del jugo gástrico en la cavidad oral, llegando a hacer la regurgitación o por vómito. El reflujo gastroesofágico es una condición fisiológica llegando a ser frecuentes en algunas personas.

El contenido del jugo gástrico presente en la boca está formado por ácido hidroclohidrico, pepsina, sales biliares y tripsina. En la erosión, la dentina que se llega a exponer suele ser el resultado de la disolución del esmalte por acción del ácido clorhídrico y la pepsina (enzima protectora del jugo gástrico). La cantidad, la calidad y el tiempo del material corrosivo que permanece en contacto con los dientes es el causante del daño. (p.24)

2.9.5. Factores psicossomáticos o voluntarios

Consultando la información disponible del sitio web de la revista en versión disponible de Nachón y cols⁴³ (2003) se puede concluir que: “Los trastornos de la conducta alimentaria tales como la anorexia y la bulimia, se caracterizan por la autoinducción del vómito. Al presentarse esta conducta de manera periódica por un lapso de tiempo aproximado, los tejidos dentales se verán afectados” (párr.1).

⁴¹ Gil (2010) Tratado de Nutrición. Composición y calidad nutritiva de los alimentos. República de Madrid: editorial Panamericana.

⁴² Rossi y Rossi (2009) Lesiones cervicales no cariosas. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A

⁴³ Nachón y Cols (2003) Manifestaciones bucales en pacientes anoréxicos y bulímicos de tipo compulsivo purgativo. Rev. Médica. Consultado [28, febrero, 2015]. Disponible en http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol3_num2/articulos/manifestaciones_bucales.html

Observando la obra de Rossi y Rossi⁴⁴(2009) se puede citar que:

Aparecen los disturbios alimentarios, como la anorexia y la bulimia.

La bulimia (también llamada síndrome de córner y vomitar compulsivamente) es un desorden psiquiátrico donde la frecuente regurgitación forzada y el vómito provocado generan la disolución acida de las superficies dentarias expuestas, lo cual tiene efectos devastadores.

Los principales efectos odontológicos de la bulimia son; alteraciones de las glándulas salivales, consecuentemente hay xerostomía, decoloración y erosión en el esmalte dentario.

Según Scheutzel la manifestación clínica de la erosión se presenta cuando el ácido gástrico ha actuado en los tejidos dentarios regularmente, varias veces por semana, en un periodo de hasta aproximadamente 1 a 2 años. (p.25)

2.9.6. Severidad clínica y patogenia

La severidad clínica fue clasificada por Eccles y Jeukins según el tejido que compromete:

Clase1: afecta solamente el esmalte, por lo tanto, es una lesión superficial.

Clase2: afecta la dentina, es localizada y compromete menos de un tercio de esta.

Clase3: también en dentina, es generalizada y compromete más de un tercio de esta.

Manneberg y Col clasifican la erosión según la patogenia en:

Lesión latente: se presenta inactiva, no tan descalcificada, con un esmalte brillante, con bordes gruesos y prominentes.

Lesión manifiesta: se presenta con bordes delgados en esmalte, con dentina expuesta sin brillo, lisa, amplia y redondeada, progresiva.

2.9.7. Localización

Están afectadas las superficies internas de los dientes, los bordes y la superficie masticatorios, cuando el origen es el ácido clorhídrico proveniente del estómago. Las superficies vestibulares están afectadas cuando se consume suministros alimenticios con alto porcentaje de contenido cítrico (limón, naranja, pomelo etc.) o por acción de sustancias acidas provenientes del medio laboral.

⁴⁴ Rossi y Rossi (2009) Lesiones cervicales no cariosas . República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A

2.9.8. Evolución

Leve: con escasas alteraciones

Moderada: con evolución de meses

Grave: pérdida de esmalte y dentina con pérdida de cúspides y fosas, lo que puede disminuir la dimensión vertical e indicar años de evolución. (p.p28-29).

2.9.9 Diagnóstico

Consultando la información disponible del sitio web de Fajardo y Mafla⁴⁵ (2011) se puede concluir que:

El diagnóstico en estadios tempranos es difícil de identificar, debido a que existen pocos signos y síntomas. La apariencia suave, sedosa y brillante, a veces mate en la superficie del esmalte con la ausencia de periquimàties y del esmalte intacto a lo largo del margen gingival, son signos típicos de erosión dental en esmalte (p.181)

2.9.10. Características clínicas:

Examinando la obra de Rossi⁴⁶ (2009) se puede referenciar que:

La erosión posee un área averiada, delicada, de aspecto áspero y opaco.

El esmalte: se ve liso, opaco sin decoloración, con periquimàties ausentes y la matriz inorgánica desmineralizada.

En la dentina: los ácidos débiles actúan sobre el tejido intertubular y los ácidos fuertes atacan la zona externa; los cuales tienden a presentar diseños de embudos. (p.p 30-31)

2.9.11. Prevalencia y severidad

La lesión erosiva aumenta con la edad; el primer premolar es el más afectado. En los países europeos la erosión acida está considerada como el componente más importante de pérdida de estructura dentaria, a diferencia de otros continentes donde la atricción es considerada como la causa más predominante. (p.31)

⁴⁵ Fajardo y mafla (2011) . diagnostico y epidemiologia de la erosion dental .*Rev Scielo* .consultado [28, febrero , 2015]. Recuperado http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072011000200009&script=sci_arttext

⁴⁶ Rossi yRossi (2009) Lesiones cervicales no cariosas . República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A

2.10. Abfracción

Analizando la información disponible en el sitio web de Díaz y cols⁴⁷ (2011) se puede citar que: “La abfracción es la pérdida microestructural de tejido dentario, en áreas de concentración del estrés” (p.744).

Investigando la información disponible en el sitio web de Vásquez y cols⁴⁸(2008) se puede concluir que:

Durante la masticación y para función las piezas dentarias llegan a ponerse en unión realizando un impulso, de manera derecha que se trasmite hacia el nivel del punto axial de la superficie dental, de manera que será recibido por el componente del periodonto y otro horizontal, que provoca deformación lateral del diente a nivel cervical .(p.52)

2.10.1 Etiopatogenia

Consultando la obra de Rossi y Rossi⁴⁹ (2009) se puede concluir que:

Todo proceso de masticación presenta un momento donde el alimento se distribuye en oclusal y otro donde existe un contacto dentario en el cual se presentan fuerzas axiales, que se distribuyen a lo largo del periodonto sin producir daño alguno al disiparse en él.

Pueden también presentarse fuerzas horizontales .lo cual tiende a causar daños a nivel de la corona a dentaria realizando un dobles de la misma principalmente en el área cervical.

Esta fuerza se va a centrar en el límite amelocementario y flexionan el diente por lo cual se las considera lesivas. En toda fuerza de este tipo deberá tenerse en cuenta la dirección, la magnitud, la frecuencia y el punto de aplicación.

El estrés traccional en el LAC de la superficie vestibular provocaría fatiga, flexión y deformación del diente. La dentina es más resistente a la tracción que el esmalte sin embargo se deforma elásticamente más que el esmalte y este se desplazaría como una unidad rígida sobre ella. Con esta alteración que sufre la estructura dentaria, empieza perdida de la misma en el área donde se concentra la tensión. (p.p39y41)

⁴⁷Diaz y Cols (2011) Lesiones no cariosas: atrición, erosión abrasión, abfracción, bruxismo. consultado [15, marzo , 2015]. Recuperado <http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2011/ora1138d.pdf>

⁴⁸ Vasquez. (2008) .lesiones cervicales no cariogenicas . [15, marzo , 2015]. Recuperado <http://www.coem.org.es/sites/default/files/revista/cientifica/vol5-n3/49-58.pdf>

⁴⁹ Rossi yRossi (2009) Lesiones cervicales no cariosas . República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A

Consultando la información disponible del sitio web disponible en la revista en versión digital Bol Med Hosp Infant Mex publicado por Murrieta y cols⁵⁰ (2011) se puede citar que:

Hábitos parafuncionales.- Un hábito es cualquier acto adquirido mediante la experiencia y realizado regular y automáticamente.

La importancia de estos hábitos para la odontología radica en que todos los hábitos bucales parafuncionales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan los dientes entre sí, ya que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. (p.26-27)

Analizando la obra de Suzuki⁵¹ (2010) podemos citar que:

En un individuo con bajo umbral de tolerancia, un contacto prematuro puede desencadenar una actividad parafuncional (tal como bruxismo o apretamiento), que se manifiesta a través de una serie de señales y síntomas que caracterizan un cuadro de disfunción. (p.159)

Consultando la información disponible del sitio web disponible en la revista Cubana Ortod en versión digital publicado por Castillo y Cols⁵² (2001) se puede concluir que: “Entre estos hábitos se pueden citar la onicofagia, la protección lingual, la masticación unilateral, el apretamiento, el rechinamiento y la mordedura de labios, lengua, carillos u otros objetos”(p.15).

2.11. Bruxismo.

Investigando la obra de Barrancos⁵³ (2006) se puede determinar que: “El bruxismo es definido como una actividad parafuncional que consiste en el

⁵⁰ (2011) Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México. Art . Bol Med Hosp Infant Mex [15, marzo, 2015]. Recuperado <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2011/hi111d.pdf>

⁵¹ Suzuki, E. M. (2010). *rehabilitacion oral contemporanea*. Republica de Venezuela : Amolca .

⁵² Castillo y Cols. (2001) . HÁBITOS PARAFUNCIONALES Y ANSIEDAD VERSUS DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR . Rev Cubana Ortod. consultado [15, marzo, 2015]. Recuperado http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16_1_01/ord03101.pdf

⁵³ Barrancos, Julio (2006). *Operatoria Dental: Integración Clínica*. (4ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.

apretamiento y frotamiento excesivo de los dientes entre sí en forma rítmica y que conduce al desgaste de una o más piezas dentarias” (p.256).

Analizando la obra de Geissberger⁵⁴ (2012) podemos concluir que “El bruxismo común grado de destrucción en diferente niveles, el bruxismo en formas severas lleva a menudo a un daño prematuro de la dentición a una edad temprana”(cap.5)

Comparando la obra de Borrás y Rosell⁵⁵ (2011) se puede concluir que

A su vez el bruxismo puede ser nocturno o diurno, diferenciándose ambos en que:

El bruxismo nocturno es rítmico y conlleva sonidos, el diurno no.
El nivel de conciencia del sujeto es diferente en ambas conductas.
Los sujetos que presentan bruxismo nocturno afirman no presentar dicho comportamiento durante el día. .(p.p37-38)

Analizando la información disponible en el sitio web publicado por Duarte⁵⁶ (2011) se pudo concluir que:

Factores externos:

- 1) Contactos prematuros en los movimientos de cierre,
- 2) Interferencias Oclusales en movimientos excéntricos:
 - a) Contacto en balanza
 - b) Restauraciones defectuosas, estas son de algún manera encargadas de que se pierda la armonía en las relaciones oclusales en estado normal.

Factores internos:

Se basa en las deficiencias nutricionales, índice deficitario de calcio, hipovitaminosis, alteraciones gastrointestinales, parásitos y modificaciones presión sanguínea.(párr.8 y 9)

⁵⁴ Geissberger, M. (2012). *odontología estetica en la practica clinica* . Republica de Venezuela : Amolca .

⁵⁵ Borrás y Rosell (2011) guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados republica de España

⁵⁶ Duarte (2011) Bruxismo y sus consecuencias . consultado [15, marzo , 2015]. Recuperado <http://www.monografias.com/trabajos84/bruxismo-consecuencias/bruxismo-consecuencias.shtml>

Investigando la obra de Phyllis y Balch⁵⁷ (2000) se puede citar que: “El bruxismo se puede presentar cuando los dientes son sensibles al calor y al frío. El estrés y la ansiedad son causas frecuentes del bruxismo”(p.157).

2.12. Oclusión.

Investigando la obra de Díaz⁵⁸ (2015) se puede concluir que: “La palabra oclusión se refiere al contacto entre dientes de arcadas opuestas al cerrarse los maxilares (oclusión estática) y durante los diferentes movimientos maxilares (oclusión dinámica)”(p.97).

Consultando la información disponible del sitio web de Díaz y cols⁵⁹ (2011) se puede referenciar que: “Esta teoría denominada Abfracción plantea que las fuerzas de oclusión lateral generadas durante la masticación parafunciones (bruxismo) y oclusión desbalanceadas hacen que el diente se flexione y se generen esfuerzos de tensión y compresión”(p.744).

Investigando la obra de Bechelli⁶⁰ (2009) podemos concluir que :

Al respecto pensamos que existen contactos leves, especialmente en el lado de no trabajo, y que estos se presentan en mayor o menor cantidad según los siguientes factores

Etapa de la masticación
Tipo de alimento
Organización de las arcadas dentarias.(p.136)

⁵⁷ Phyllis Balch., (2000) recetas nutritivas que curan . estado de new york

⁵⁸ Diaz C (2015) Anatomía dental para higienistas de atención primaria. República de España : editorial Vison Net

⁵⁹ Díaz y Cols(2011) Lesiones no cariosas: atrición, erosión abrasión, abfracción, bruxismo. consultado [15, marzo , 2015]. Recuperado <http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2011/ora1138d.pdf>

⁶⁰ Bechelli, A. A. (2009). *oclusion y diagnostico en Reabilitacion Oral* . Republica de España : medica panamericana .

Examinando la obra de Mathetws⁶¹ (1987) “En el lado de no trabajo las cúspides palatinas maxilares pasan oblicuas, distal y bucalmente en relación a las vertientes linguales de las cúspides bucales mandibulares” (p.25).

2.3.1. Clasificación de las oclusiones dentarias

Consultando la información disponible del sitio web de Andia⁶² (2015) se puede concluir que:

Oclusión Fisiológica u Oclusión Normal.- Comúnmente llamada oclusión normal, sugiriendo que no hay presencia de enfermedad o disfunción. (p.22)

Características clínicas:

No se presentan manifestaciones dentarias de parafunciones, por ejemplo: atriciones, fracturas, hiperemia pulpar.

Actividades funcionales normales de deglución, de masticación, fonación y respiración.

Presenta una relativa estabilidad oclusal sin aparente migración dentaria.

Se observará un peridonio relativamente sano en relación a actividades para funcionales.

Oclusión No Fisiológica o Mala Oclusión u Oclusión Traumática.- Presenta alteración de la normalidad funcional asociados a desarmonías oclusales.

Características clínicas:

Se relaciona con la inestabilidad oclusal en céntrica.

Presenta contactos prematuros e interferencias oclusales.

Presencia de manifestaciones de bruxofacetas céntricas y excéntricas.

También presenta sintomatología disfuncional asociada a trastornos temporomandibular, como también se observará la presencia de recesiones gingivales y abfracciones cervicales.(pp23- 24)

⁶¹ -Bechelli, A. A. (2009). *oclusion y diagnostico en Reabilitacion Oral* . Republica de España : medica panamericana .

Mathetws, M. D. (1987). *la oclusion en odontologia restauradora* . Republica de España : Labor .

⁶² Andia (2015) oclusion en odontologia restauradora y estetica dental . consultado [15, marzo , 2015]. <http://www.monografias.com/trabajos-pdf4/oclusion-odontologia-restauradora/oclusion-odontologia-restauradora.pdf>

2.12.2. Características clínicas:

Consultando la información disponible del sitio web de Ordoñez⁶³ (2012) se puede citar que:

Se presenta en forma de cuña, es profunda, con márgenes bien definidos, y se puede encontrar en solo un diente, ocasionalmente la lesión, o parte de ella, puede ser subgingival.

La lesión de cuña profunda presenta estrías y grietas, con ángulos ásperos, márgenes definidos, puede presentarse en múltiples áreas en una pieza llegando a ser circunferencial.

El fondo de algunas abfracciones presenta superficies angulares que se encuentran entre 45 y 120°. En ocasiones también puede presentarse angulado o un poco redondeado. Su ubicación será siempre en el límite amelo-cementario, favorecidas por menor espesor de esmalte y donde los cristales son más cortos y quebradizos.(p.92-93).

2.13. Tratamiento de las lesiones cervicales no cariosas

Consultando la información disponible del sitio web disponible en el artículo dentalHub publicado por Vásquez⁶⁴ (2010) se puede concluir que:

La presencia de la lesión no exige de inmediato un tratamiento a excepción de la presencia de sintomatología que obligue a eliminar la causa que la produce. Antes de tratar una LCNC, se deberán corregir los hábitos lesivos de cualquier naturaleza.

En caso de abfracción:

Ajustar la oclusión teniendo presente que el desgaste no es preventivo.

Rehabilitar la guía canina, si es que está perdida.

Si es un paciente con para función se confeccionara una placa relajante.

Si hay mal posiciones que generan parafunciones se hará ortodoncia.

En caso de erosión:

Las medidas para prevenir la progresión de la erosión son las siguientes:

Controlar la dieta

Recomendar pastas dentales de baja abrasividad con contenido de flúor

Tratar los trastornos de la conducta alimenticia.

No cepillar inmediatamente después del contacto con los ácidos.

⁶³ Ordoñez. (2012) "prevalencia de lesiones cervicales no cariosas en pacientes de 18 a 60 años que asistan al servicio odontológico del hospital teófilo dávila e . universidad católica de santiago de guayaquil . consultado [15, marzo , 2015]. <http://repositorio.ucsg.edu.ec:8080/bitstream/123456789/874/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-44.pdf>

⁶⁴ Vásquez (2010) cervicales art.dental HUB consultado [15, marzo , 2015]. <https://es.scribd.com/doc/39818792/CERVICALES>

Aplicar tratamientos tópicos colutorios y barnices con altas concentraciones de flúor. .

Monitorear las lesiones en forma periódica

En caso de abrasión:

Corregir hábitos de cepillado

Controlar el uso de elementos abrasivos.

Se aconseja tratar sin corregir hábitos cuando:

El defecto es tan profundo que puede comprometer la integridad estructural del diente y/o provocar una exposición pulpar.

La sensibilidad es intolerable

Cuando el defecto contribuye a un problema parodontal.

Cuando el área lesionada está incluida en el diseño de una prótesis parcial removible.

Cuando compromete la estética.

Analizando la obra de Crispin⁶⁵ (1998) podemos concluir que :

Po lo tanto Antes de proceder a la restauración de estas áreas es prudente realizar un análisis y el ajuste de las interferencias oclusales .así mismo para prevenir la progresión de las lesiones deben modificarse las patrones o hábitos que puedan contribuir (técnica de higiene oral , dieta , y hábitos parafuncionales. (p.102)

Analizando la obra de Mondelli⁶⁶ (2009) podemos concluir que

La forma de resistencia para las cavidades de clase V no es muy crítica , pues el área cervical del diente no está directamente expuesta a los esfuerzos masticatorios (fuerzas masticatorias) , sin embargo , las paredes circundantes de la preparación se deben confeccionar con terminación en ángulo recto con la superficie externa del diente , evitándose “prismas de esmalte friables (frágiles) y restauraciones con poco espesor al nivel marginal .(p.157)

⁶⁵ Crispin, B. J. (1998). *Bases prácticas de la odontología estética*. República de España : Massom , S,A

⁶⁶ Mondelli, J. (2009). *Fundamentos de odontología restauradora*. Santos .

Consultando la información disponible del sitio web disponible en el artículo dentalHub publicado por Vásquez⁶⁷ (2010) se puede referenciar que:

2.14. Selección de materiales restauradores

Abrasión:

Los materiales restauradores tienen que tener una elevada resistencia al desgaste por ejemplo:

Resinas con microrelleno

Resinas híbridas

Ionomeros de vidrio o ionomeros de vidrio modificados con resina.

Erosión:

Las restauraciones deberán ser insolubles en los ácidos tener un buen sellado marginal y liberar flúor.

Ionomeros de vidrio y ionomeros de vidrio modificados con resina.

Abfracción:

Los materiales restauradores deberán ser muy flexibles por ejemplo:

Resinas fluidas

Resinas con micropartículas

Ionomeros de vidrio modificados con resina.(p.5)

2.15. Resinas con microrelleno

Analizando la información disponible en el sitio web de Rodríguez y cols⁶⁸ (2007) se puede citar que: “se comportan mejor en la región anterior, donde las ondas y la tensión masticatoria son relativamente pequeñas, proporcionan un alto pulimiento y brillo superficial, confiriendo alta estética a la restauración “(párr.26).

Razonando la obra de Theodore y cols⁶⁹ (2015) Se cree que las restauración de composite de microrelleno puede flexionarse, más que despegarse, cuando el diente se dobla bajo fuertes fuerzas oclusales”(p.572).

⁶⁷ Vasquez (2010) cervicales art.dental HUB consultado [15, marzo, 2015]. <https://es.scribd.com/doc/39818792/CERVICALES>

⁶⁸ Rodríguez y cols (2007). evolución y tendencias actuales en resinas compuestas- Art. acad odontológica venezolana consultado [25, marzo, 2015].

http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/3/evolucion_tendencias_resinas_compuestas.asp

⁶⁹ Theodore M.Roberson Harald O.Heyman Edward. J Swift, J. (2015). *Arte y ciencia de la Odontología Conservadora*. República de España : Elsevier .

2.16. Resinas híbridas compuestas

Analizando la información disponible en el sitio web de Iruretagoyena⁷⁰ (2014) se puede referenciar que:

Están indicadas en sector anterior y posterior (en premolares donde la estética es importante)

Ventajas:

Excelente estética, buenas características de pulido y textura; diferentes grados de opacidad y translucidez en diferentes matices y fluorescencia.
menor contracción de polimerización,
baja absorción de agua.(párr.5)

Razonando la obra de Masioli⁷¹ (2013) podemos concluir que:

Es importante seleccionar resinas compuestas con excelente pulido superficial, para evitar el acumulo de biofilm dental. Debido al íntimo contacto de la restauración con el tejido gingival, la falta de pulido y el consecuente acumulo de biofilm pueden acarrear inflamación gingival (p.253)

2.17. Ionómeros de vidrio o ionómeros de vidrio modificados con resina.

Razonando la información disponible en el sitio web de Gil y Saenz⁷² (2000) se puede citar que:

Estructura dental. Ellos han sido utilizados exitosamente en cavidades clase III y V, como materiales de base y como agentes de cementación. El cemento de vidrio ionomérico es un cemento de una reacción ácido-base. El ácido es un homopolímero o copolímero de ácidos alquenoicos tales como el ácido acrílico, maléico y el ácido itacónico. El componente básico es un Aluminio silicato de vidrio que contiene flúor.(párr.4)

Analizando la obra de Brenda⁷³ (2010) podemos concluir que: “La polimerización del composite genera un estrés interno, que se considera más

⁷⁰ Iruretagoyena (2014) . tipos de resina compuesta: La elección para distintos casos clínicos . .Salud dental para todos consultado [25, marzo , 2015]. [.http://www.sdpt.net/OPERATORIADENTAL/tiposresinacompuesta.htm](http://www.sdpt.net/OPERATORIADENTAL/tiposresinacompuesta.htm)

⁷¹ masioli. (2013). *odontología restauradora de la A a la Z*. ponto .

⁷² Gil y Sáenz (2000) . ¿vidrio ionomeric modificado con resina o resina modificada con vidrio ionomeric . consultado [25, marzo , 2015]http://www.actaodontologica.com/ediciones/2001/1/compomero_vidrio_ionomeric_modificado.asp

importante que la variación dimensional del material en la cavidad, ya que puede implicar pérdida de unión en la interface diente composite”(p.235).

Analizando la obra de Hued⁷⁴ (2010) Podemos citar que :

- Ventajas del ionòmero de vidrio
- Adhesión química del diente
- Biocompatibilidad
- Liberación de flúor sin perder masa
- Propiedades físico –mecánicas excelentes similares a la dentina
- No contrae al endurecer
- Compatibles con otros materiales dentales
- Se une a otros elementos. (p.61)

2.18. Resinas fluidas

Investigando la información disponible en el sitio web de Iruretagoyena⁷⁵ (2014) se puede referenciar que :

Llamadas en inglés "Flow" son resinas micro híbridas donde se ha disminuido el componente inorgánico hasta que sean lo suficiente mente fluida para lograr cierto grado de escurrimiento.

Ventajas:

- La alta humectabilidad de la superficie dental, lo que se traduce en el aseguramiento de penetración en todas las irregularidades de la misma,
- Puede formar espesores de capa mínimos que mejora o elimina las inclusiones de aire,
- Poseen alta flexibilidad por lo que tiene menos posibilidad de desalojo en áreas de concentración de estrés (cavidades de clase V y III),
- Son radiopacas y se encuentran disponibles en diferentes colores.(párr12)

⁷³ f.brenna, L. B. (2010). *odontología restauradora procedimientos terapeuticos y perspectiva de futuro* . Republica de España : Elsevier .

⁷⁴ Hued, R. J. (2010). *idontologia adhesiva y estetica* . Republica de España : Ripano .

⁷⁵ Iruretagoyena (2014) . tipos de resina compuesta: La elección para distintos casos clínicos . .Salud dental para todos consultado [25, marzo , 2015]. [.http://www.sdpt.net/OPERATORIADENTAL/tiposresinacompuesta.htm](http://www.sdpt.net/OPERATORIADENTAL/tiposresinacompuesta.htm)

2.19. Resinas con macropartículas

Investigando la información disponible en el sitio web de Fernández (2015) se puede concluir que:

Las resinas de macropartículas surgieron como respuesta a las desventajas que tenían las resinas de macropartículas sobre todo al pobre poder de pulimento. Los fabricantes agregaron rellenos más pequeños, más redondeados, blandos y con una distribución de tamaños más apropiada, mejorando las características de manipulación, superficie acabada más lisa, terminado más rápido y buena estabilidad de color.(párr.4)

2.20. Hipótesis.

¿Los pacientes atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera padecen de lesiones cervicales no cariosas debido a factores mecánicos externos?

2.21. Unidades de observación y análisis

Las personas involucradas en esta investigación son los pacientes que acuden al centro de Salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo, de la provincia de Manabí, de la República del Ecuador en el periodo marzo-Junio de 2015.

2.22. Matriz de Operacionalización de las variables.

Anexo 1, pag 65.

CAPÍTULO III.

3. Marco metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

De campo

3. 2. Tipo de la Investigación.

Estudio descriptivo de corte trasversal.

3.3. Métodos

Se realizaron instrumentos basados en una matriz de observación odontológica, y formulario de entrevista, que fue validada por profesionales antes de ser aplicada, con el fin de observar y diagnosticar las lesiones cervicales no cariosas, identificar los factores extrínsecos e intrínsecos, con que más se ve afectado el paciente.

3.4. Técnicas

Se utilizó técnica de observación, mediante un examen clínico, y entrevista elaborada por la autora de esta tesis dirigida a los pacientes que acuden al centro

3.4. Instrumentos

3.4.1 Matriz elaborada para identificar y diagnosticar las lesiones cervicales no cariosas.

3,4.2 Formulario de entrevista.

3.5. Población y Muestra.

Para este análisis investigativo se tomó la población de 80 pacientes mayores de 25 años de edad que asiste al centro de Salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo Provincia de Manabí. durante el periodo marzo – junio de 2015.

3.6. Recolección de la información.

La recolección de la información, se realizó por medio de fichas de observación, y entrevistas aplicadas a los pacientes que acuden al centro de Salud Andrés de Vera del Cantón Portoviejo Provincia de Manabí, República del Ecuador.

3.7. Procesamiento de datos

Los datos se introdujeron en una tabla del programa microsoft excel en la versión 2013. Para las variables cualitativas nominales se realizó tabulaciones de las frecuencias y porcentajes de cada tipo de respuesta. Para las variables cuantitativas se calcularán las medias y errores estándar y, si fuera pertinente, las frecuencias relativas y acumuladas.

3.9. Ética.

Los pacientes incluidos en la investigación, se les ofreció información precisa sobre los procedimientos de la misma. Se contó con el consentimiento de ellos mismos.

3.10. Recursos

3.11. Talento Humano.

Investigadora.

Tutor.

3.12. Recursos Materiales.

Internet.

Cámara fotografía.

Pen drive.

Copias.

Computadora.

Impresora.

Instrumentos odontológicos.

3.13. Presupuesto.

La investigación tuvo un costo aproximado de ciento ochenta y dos, con seis centavos de dólares americanos. (Ver anexo # 4 p.64).

3.14. Cronograma.

(ver Anexo #5 p.70)

CAPÍTULO IV

Análisis e interpretación de los resultados

Distribución según la presencia de la lesión

Cuadro N° 1.

Diagnóstico de pacientes que tienen y no tiene la lesión	Frecuencia	%
Con lesión	55	69
Sin lesión	25	31
total	80	100

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que asisten al centro de Salud Andrés de Vera, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.

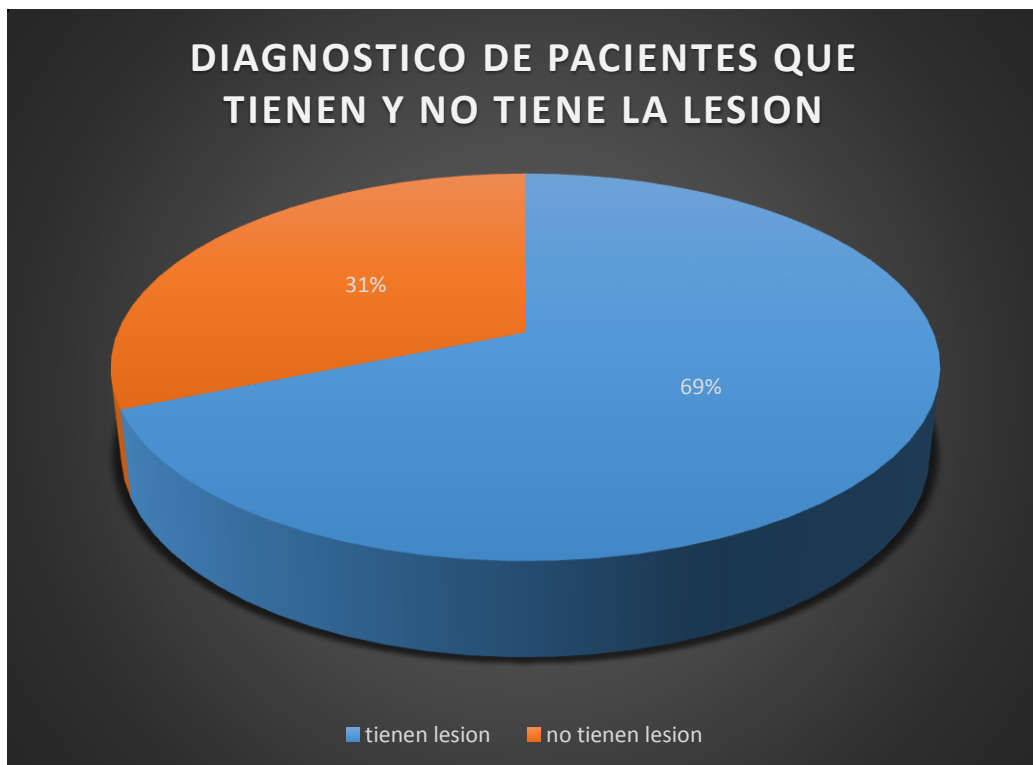


Gráfico N° 1 Distribución según la presencia de la lesión en aquellos pacientes que acuden al centro de Salud Andrés de Vera. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.

Análisis e interpretación.

El cuadro y gráfico N° 1, se observa que de los 80 pacientes entrevistados , que acudieron al centro de salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo, provincia de Manabí, de la República del Ecuador, 55 pacientes fueron diagnosticados con la lesión cervical lo que equivale al 69% y 25 pacientes no tienen lesión lo que equivale a un 31%.

Investigando la información disponible en el sitio web de Salima y cols⁷⁶ (2009) se puede citar que:

Con el cambio en los estilos de vida, las lesiones dentarias cervicales no cariosas están cobrando cada vez más importancia en el mantenimiento de la salud bucal y son diagnosticadas cada vez con mayor frecuencia durante la exploración bucal habitual, evidenciando una prevalencia en aumento de este tipo de lesión. (p.1)

Según los resultados obtenidos existió un gran porcentaje con lesión cervical. Y de acuerdo a la cita que hace referencia Salima, estas lesiones cervicales cada vez están cobrando mayor importancia, existiendo una mayor prevalencia de la misma.

⁷⁶ Salima y cols(2009) . lesiones Cervicales no cariosas y su asociación con la periodontitis . consultado [15, octubre, 2014]. Recuperado de http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/articulos.pdf/193_04.pdf

Distribución por grupo de edades:

Cuadro N° 2.

Edad	Frecuencia	%
26-49 Años	27	51
50-70 Años	28	49
TOTAL	55	100

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que asisten al centro de Salud Andrés de Vera, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.

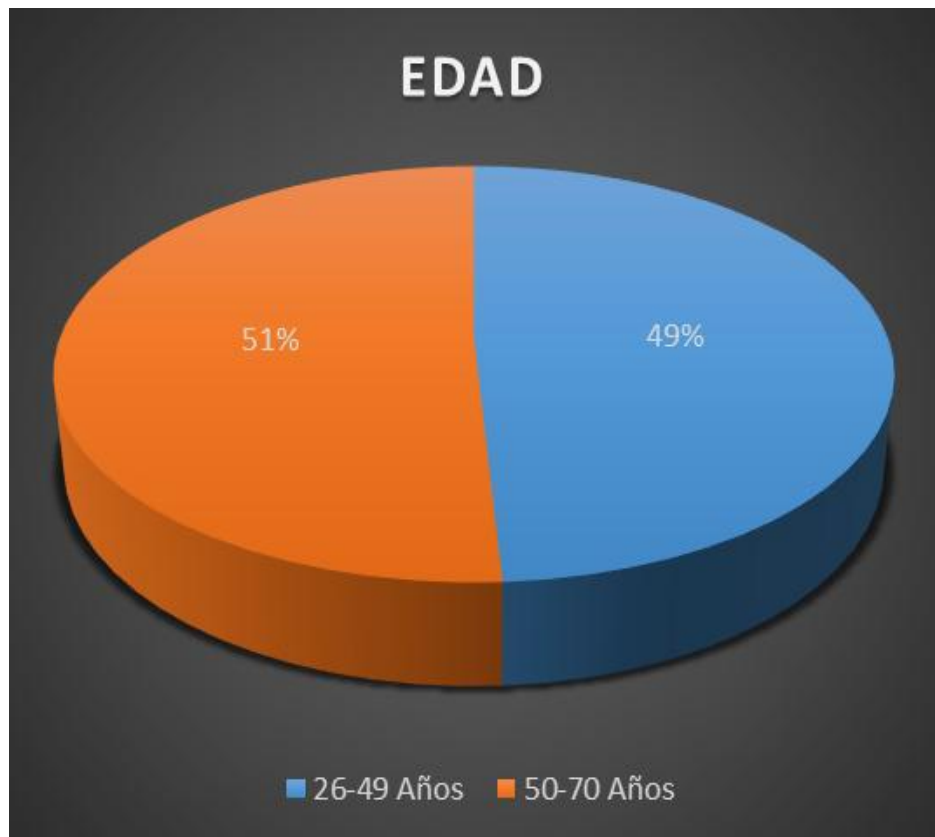


Gráfico N° 2 Distribución según el grupo de edades en pacientes que acuden al centro de Salud Andrés de Vera. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.

Análisis e interpretación.

El cuadro y gráfico N° 2, se observa que de los 55pacientes diagnosticados con lesiones cervicales, que acudieron al centro de salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo, provincia de Manabí, de la República del Ecuador, en edades entre 26-49 años de edad existieron 27 pacientes lo que equivale a un 51%, entre 50 70 años de edad existieron 28 pacientes lo que equivale a un 49 %.

Distribución por pacientes según el sexo

Cuadro N° 3.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	13	24
Femenino	42	74
TOTAL	55	100

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que asisten al centro de Salud Andrés de Vera, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.

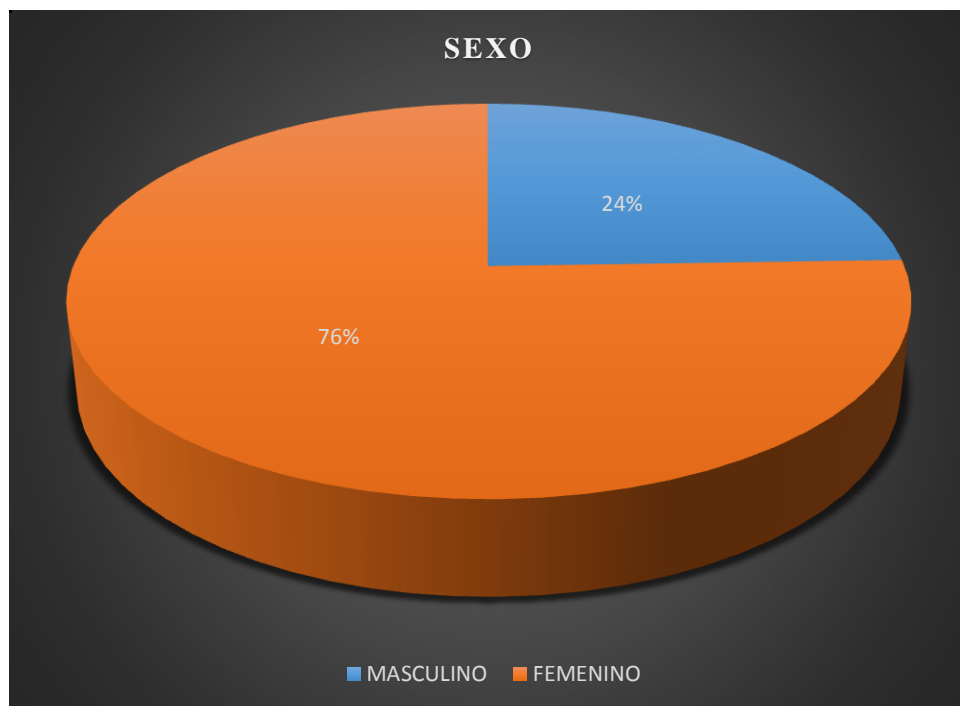


Gráfico N° 3 Distribución según el sexo en pacientes que acuden al centro de Salud Andrés de Vera. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.

Análisis e interpretación.

El cuadro y gráfico N° 3, se observa que de los 55pacientes diagnosticados con lesiones cervicales , que acudieron al centro de salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo, provincia de Manabí, de la República del Ecuador, 13 pacientes fueron del sexo masculino lo que equivale a un 24%, y 42 fueron del sexo femenino lo que equivale a un 76%.

Investigando la información disponible en el sitio web Siles⁷⁷ (2013) podemos citar que “Otro estudio realizado por Barreda, en Huacho, encontró una prevalencia del 24.9%, principalmente en hombres con un 58.07% frente a un 41.93% en el género femenino”.

Según los resultados de la investigación, la población que mayormente se vio afectado por estas lesiones fue el grupo. Y de acuerdo a la cita que hace referencia Castillo en aquel estudio el que más prevaleció también fue el sexo femenino.

⁷⁷ Jorge Siles, S. E. (2003). *Frecuencia de lesiones cervicales no cariosas en pacientes adultos comprendidos entre los 18 y 60 años que acuden a la clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM*. Recuperado el 22 de junio de 2015, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3389/1/segura_ej.pdf

Pacientes con prótesis parcial removible

Cuadro N° 4.

Opciones	Frecuencia	%
Pacientes con prótesis	10	18
Pacientes sin prótesis	45	82
Total	55	100%

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que asisten al centro de Salud Andrés de Vera, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.

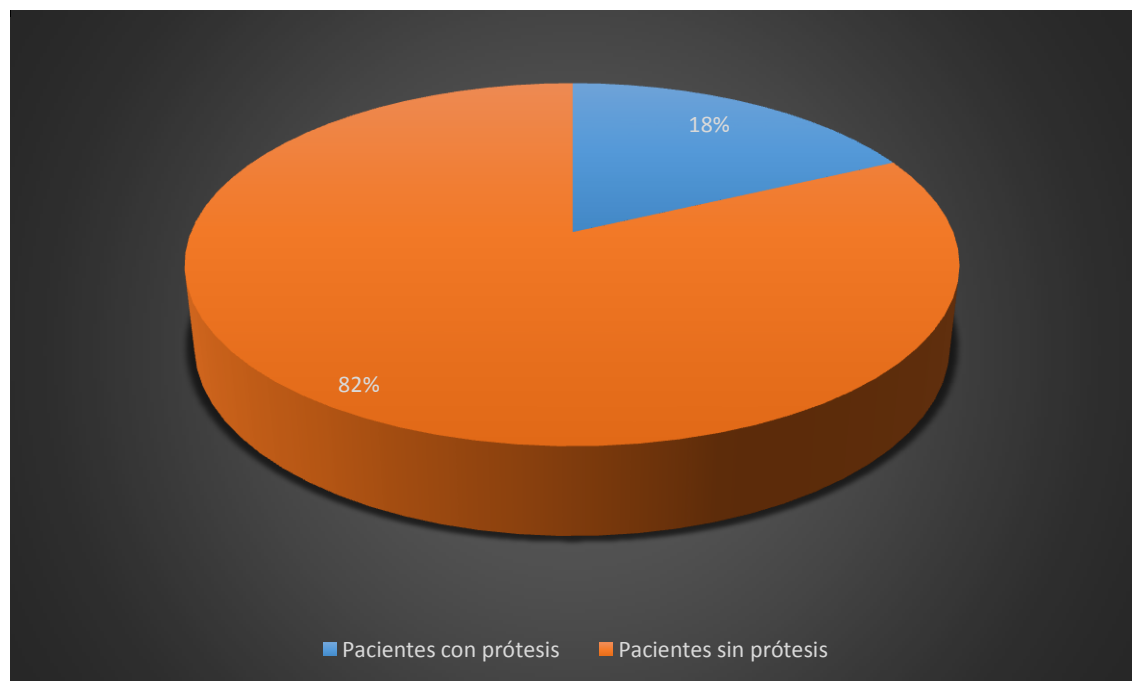


Gráfico N° 4 Pacientes Con prótesis parcial removible que acuden al centro de Salud Andrés de Vera. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.

Análisis e interpretación.

El cuadro y gráfico N° 4, se observa que de los 55 pacientes diagnosticados con lesiones cervicales, que acudieron al centro de salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo, provincia de Manabí, de la República del Ecuador, 19 pacientes usan prótesis parcial removible lo que equivale a un 65%, y 10 pacientes presentaron lesión cervical en el área del retenedor lo que equivale a un 34%.

Indagando en la obra de Rossi y Rossi⁷⁸ (2009) podemos citar que:

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 de apoyo oclusal que provoca su desplazamiento hacia apical, con lo que pierde de este modo su función.

Como resultado, el ajuste del retenedor genera una excesiva fricción sobre la zona cervical la amplitud del desgaste dependerá del grado de resiliencia de la mucosa. (p.15)

Según el resultado de la investigación, 19 personas de las que presentaban prótesis removible, 10 sufrieron de lesión cervical en el sitio del retenedor. Y según lo sustentado por Rossi, el ajuste del retenedor genera una excesiva fricción sobre la zona cervical lo que indica una mayor amplitud de desgaste.

⁷⁸ Rossi y Rossi (2009) Lesiones cervicales no cariosas . República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A

Tipo de lesión cervical por paciente

Cuadro N° 5

Diagnóstico de las lesiones cervicales no cariosas	Frecuencia	%
Abrasión	13	24
Erosión	11	20
Abfracción	8	15
Abrasión +Erosión	4	7
Abfracción+Abrasión	1	2
Erosión+Abfracción	15	27
Erosión+Abfracción+Abrasión	3	5
Total	55	100

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que asisten al centro de Salud Andrés de Vera, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Paola Azucena Vera Loor

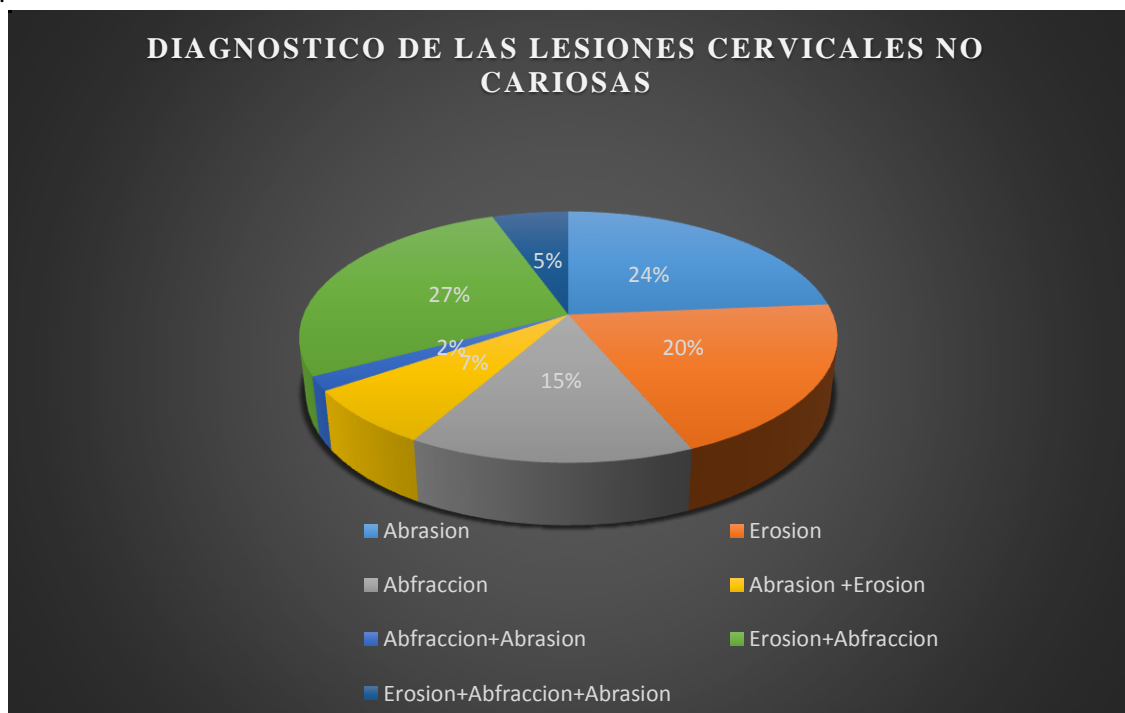


Gráfico N° 5 Tipo de lesión cervical en pacientes que acuden al centro de Salud Andrés de Vera. Realizado por Paola Azucena Vera Loor

Análisis e interpretación.

El cuadro y gráfico N° 5, se observa que de los 55 pacientes diagnosticados con lesiones cervicales, que acudieron al centro de salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo, provincia de Manabí, de la República del Ecuador, 13 pacientes presentaron abrasión lo que equivale a un 24%, 11 pacientes con erosión lo que equivale a un 20%, 8 pacientes con abfracción lo que equivale a un 15%, 4 pacientes presentaron abrasión más erosión lo que equivale a un 7% 1 paciente presentaba abrasión más abfracción lo que equivale a un 2%, 15 pacientes presentaron erosión más Abfracción lo que equivale a un 27 %, 3 pacientes presentaron erosión más abrasión más abfracción lo que equivale a un 5%.

Observando la obra de Barrancos⁷⁹ (2006) podemos citar que :

Los tejidos dentarios pueden ser afectados por procesos de etiología variada que provocan alteraciones de forma, tamaño, color, estructura y número de las piezas dentarias. Existen diferentes procesos destructivos crónicos, además de la caries dental, que determinan una pérdida irreversible de los tejidos mineralizados dentarios. podemos considerar las siguientes alteraciones: abrasión, desmastiocación, erosión y Abfracción. . (p.291)

En cuanto a los resultados de la investigación existió un mayor predominio tanto de erosión y abfracción dental, Y según la cita que hace referencia Barrancos, pueden aparecer diversos procesos destructivos crónicos además de caries que pueden determinar la pérdida irreversible de tejidos, llegando a considerar diferentes lesiones.

⁷⁹ Barrancos, Julio (2006). Operatoria Dental: Integración Clínica. (4ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.

Lesiones cervicales en el sector anterior por piezas dentarias.

Cuadro N° 6.

Diagnóstico de grupo de dientes anterior	Abrasión	Erosión	Abfracción
Superior	2	0	0
Inferior	3	28	0

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que asisten al centro de Salud Andrés de Vera, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.



Gráfico N° 6 Lesion cervical en el sector anterior por piezas dentarias en pacientes que acuden al centro de Salud Andrés de Vera. Realizado por Paola Azucena Vera Loor

Análisis e interpretación.

El cuadro y gráfico N° 6, se observa que de los 55 pacientes diagnosticados con lesión cervical no cariosa, que acudieron al centro de salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo, provincia de Manabí, de la República del Ecuador, en el sector superior se presentaron 3 abrasión, no existió erosión ni abfracción lo que equivale a un 100%, en el sector inferior existió 3 abrasiones lo que equivale a un 10%, 28 erosiones lo que equivale a un 90%, no existió abfracción.

Consultando la información disponible del sitio web de Salima y cols⁸⁰ (2009) determinan que:

Es difícil diagnosticar las LCNC durante su estadio primario porque se acompañan de muy pocos signos y casi ningún síntoma. Parece que existen algunas sugerencias en cuanto a que la forma de esta lesión está relacionada con su etiología

La Erosión.- Tienen las características forma de “U” o de disco poco profundo. Los márgenes son suaves al lingual que las superficies del esmalte que parece que haya sido pulida. (p.183)

De acuerdo a los resultados de la investigación, el sector más afectado por erosión cervical fue el sector anterior inferior. Y según lo sustentado en la cita por Salima este tipo de lesión cervical tiende a presentar características en forma de U, y puede en sus inicios de aparición no ser tan notoria.

⁸⁰ Salima y cols, (2009) lesiones Cervicales no cariosas y su asociación con la periodontitis . consultado [25, enero , 2014]. Recuperado de http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/articulos.pdf/193_04.pdf

Lesiones cervicales en el sector posterior por piezas dentarias.

Cuadro N° 7.

Diagnóstico de grupo de dientes posterior	Abrasión	Erosión	Abfracción
Superior	10	2	25
Inferior	13	5	26

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que asisten al centro de Salud Andrés de Vera, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Paola Azucena Vera Llor.

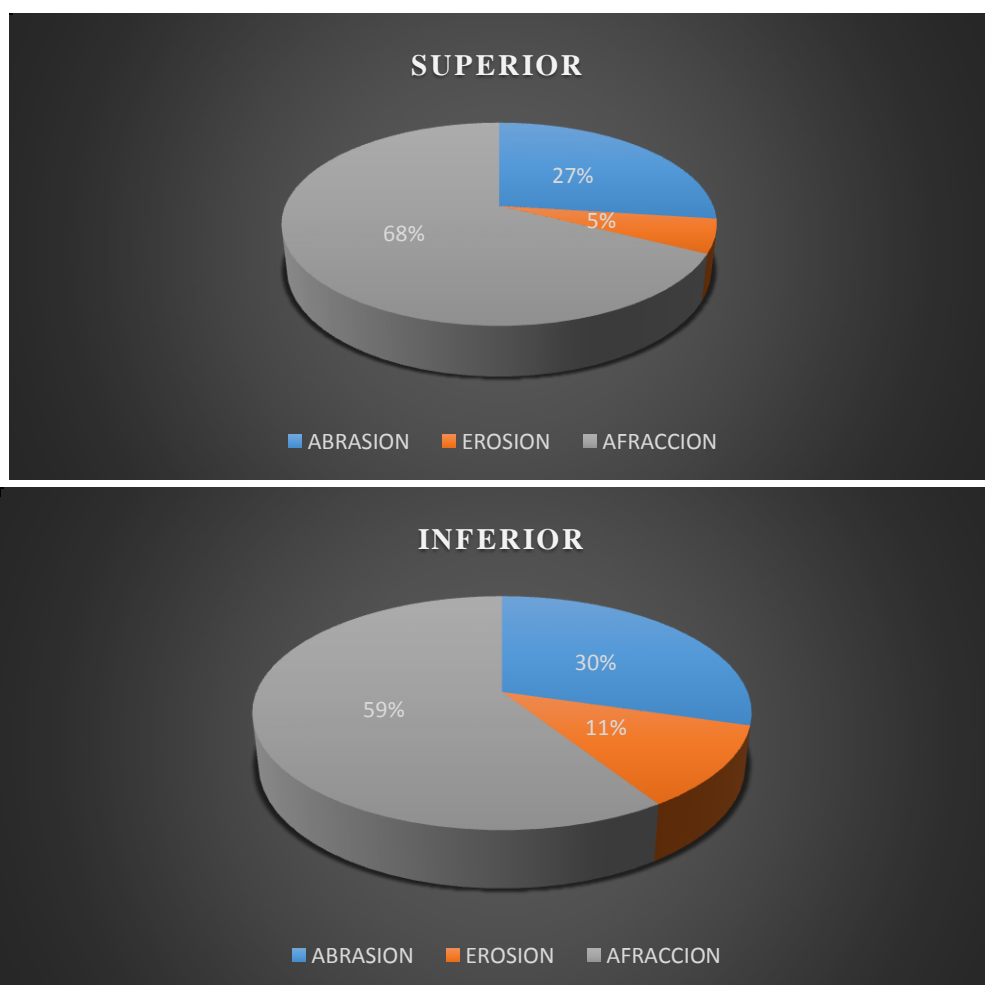


Gráfico N° 6 Lesion cervical en el sector posterior por piezas dentarias en pacientes que acuden al centro de Salud Andrés de Vera. Realizado por Paola Azucena Vera Llor

Análisis e interpretación.

El cuadro y gráfico N° 7, se observa que de los 55 pacientes diagnosticados con lesión cervical no cariosa, que acudieron al centro de salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo, provincia de Manabí, de la República del Ecuador, en el sector superior se presentaron 10 abrasiones, lo que equivale a un 27% ,2 erosiones lo que equivale a 5%, Y 25 abfracciones lo que equivale a un 68%, en el sector inferior existió 13 abrasiones lo que equivale a un 30% , 2 erosiones lo que equivale a un 11% , y 26 abfracciones, lo que equivale a un 59% .

Investigando la obra de Rossi y Rossi⁸¹ (2009) se puede conocer que:

Incisivos puede darse pequeñas abrasiones por el fuerte cepillado
Caninos y premolares suelen ser uno de los más afectados por ser los dientes más prominentes y proclive a tener lesiones abrasivas.
Molares Los molares superiores e inferiores son lo más susceptibles debido a que son más difíciles de limpiar. (pp. 5-6)

De acuerdo a los resultados de la investigación, el sector más afectado por abfracción cervical fue el sector posterior inferior. Y de acuerdo a la cita que hacer referencia Rossi, los molares son los más susceptibles a sufrir este tipo de lesión, debido a que son más difíciles de limpiar.

⁸¹ Rossi,y Rossi (2009) Lesiones cervicales no cariosas . República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A

Fuerza del cepillado

Cuadro N° 8

Fuerza que aplica al cepillarse	Frecuencia	%
Ligero	9	11
Moderado	60	75
Severo	11	14
Total	55	100

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que asisten al centro de Salud Andrés de Vera, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.

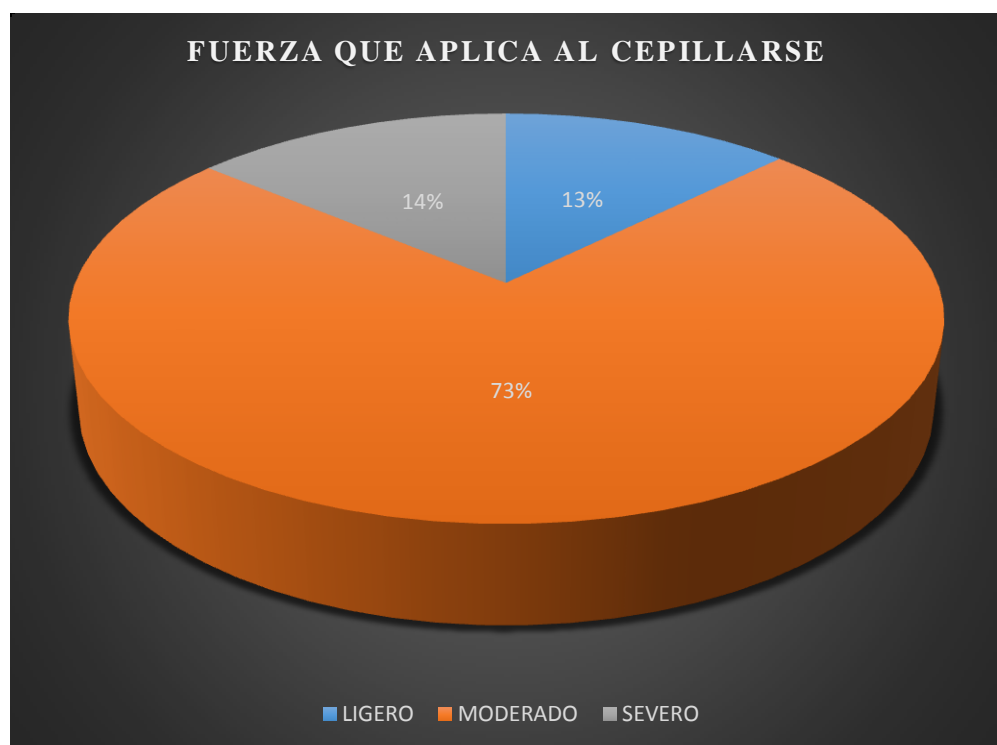


Gráfico N° 7 fuerza de cepillado en pacientes que acuden al centro de Salud Andrés de Vera. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.

Análisis e interpretación.

El cuadro y gráfico N° 8, se observa que de los 55 pacientes diagnosticados con lesiones cervicales, que acudieron al centro de salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo, provincia de Manabí, de la República del Ecuador, 10 pacientes aplican una fuerza ligera lo que equivale a un 13% 58 pacientes aplican una fuerza moderada lo que equivale a un 73% y 11 pacientes aplican una fuerza ligera lo que equivale a un 14%.

Consultando la información disponible del sitio web disponible en la revista ContigoSalud publicado por Guzmán⁸²(2015) podemos citar que:

Muchos piensan que un cepillado es efectivo cuando aplican fuerza , lo cual puede producir un desgaste en la encía , principalmente en la zona cervical , produciendo que la misma se adelgace y se retraiga , haciendo que los dientes muestren raíz y posteriormente se vuelvan hipersensible . (parr.4)

En cuanto a los resultados de la investigación, la mayoría de los pacientes al realizaron un cepillado dental de manera moderada. Y según la información publicada por Guzmán, muchos piensan que al aplicar una mayor fuerza el cepillado dental sería más efectivo, lo cual puede llegar a producir un desgaste principalmente a nivel cervical.

⁸² Guzman (2015) .Errores en el cepillado dental. *Rev.contigo salud* . . [20 , febrero , 2015]. Recuperado de: <http://www.contigosalud.com/errores-en-el-cepillado-dental>

Tipos de oclusión

Cuadro N° 9

Diagnóstico de la Oclusión	Frecuencia	%
Oclusión fisiológica u oclusión normal	23	42
Oclusión no fisiológica u oclusión traumática	32	58
Total	55	100

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que asisten al centro de Salud Andrés de Vera, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.

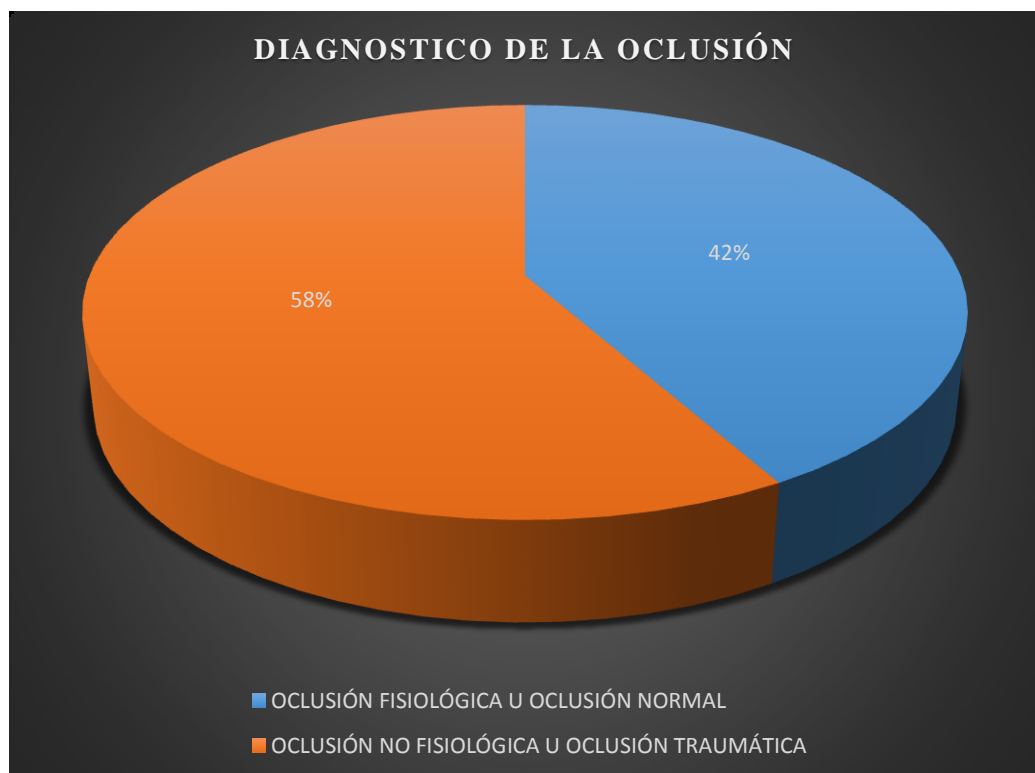


Gráfico N° 9 Diagnóstico de la oclusión en pacientes que acuden al centro de Salud Andrés de Vera. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.

Análisis e interpretación.

El cuadro y gráfico N° 9, se observa que de los 55 pacientes diagnosticados con lesiones cervicales , que acudieron al centro de salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo, provincia de Manabí, de la República del Ecuador, 50 pacientes tienen una oclusión normal lo que equivale un 62% y 30 pacientes presentaron una oclusión traumática lo que equivale un 38%

Consultando la información disponible del sitio web de Andia⁸³ (2015) podemos concluir que:

Oclusión Fisiológica u Oclusión Normal. Comúnmente llamada oclusión normal, sugiriendo que no hay presencia de enfermedad o disfunción.

Oclusión No Fisiológica o Mala Oclusión u Oclusión Traumática. Presenta alteración de la normalidad funcional asociados a desarmonías oclusales. (p.22)

En cuanto a los resultados de la investigación, en la mayoría de los pacientes existió un mayor predominio de oclusión traumática. Y según la publicación de Andia, esta oclusión suele estar asociadas a desarmonías oclusales.

⁸³ Andia (2015) oclusion en odontologia restauradora y estetica dental . consultado [15, marzo , 2015]. <http://www.monografias.com/trabajos-pdf4/occlusion-odontologia-restauradora/occlusion-odontologia-restauradora.pdf>

Consumo de alimentos ácidos

Cuadro N° 10.

Consume con frecuencia alimentos ácidos	Frecuencia	%
Frutas ácidas como naranjas, mandarinas, etc.	61	40
Gaseosas (colas)	40	26
Vino Tinto	2	2
Comidas ácidas	38	25
Ninguna	11	7
Todos	0	0

Nota: entrevista realizada a los pacientes que asisten al centro de Salud Andrés de Vera, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Paola Azucena Vera Loor

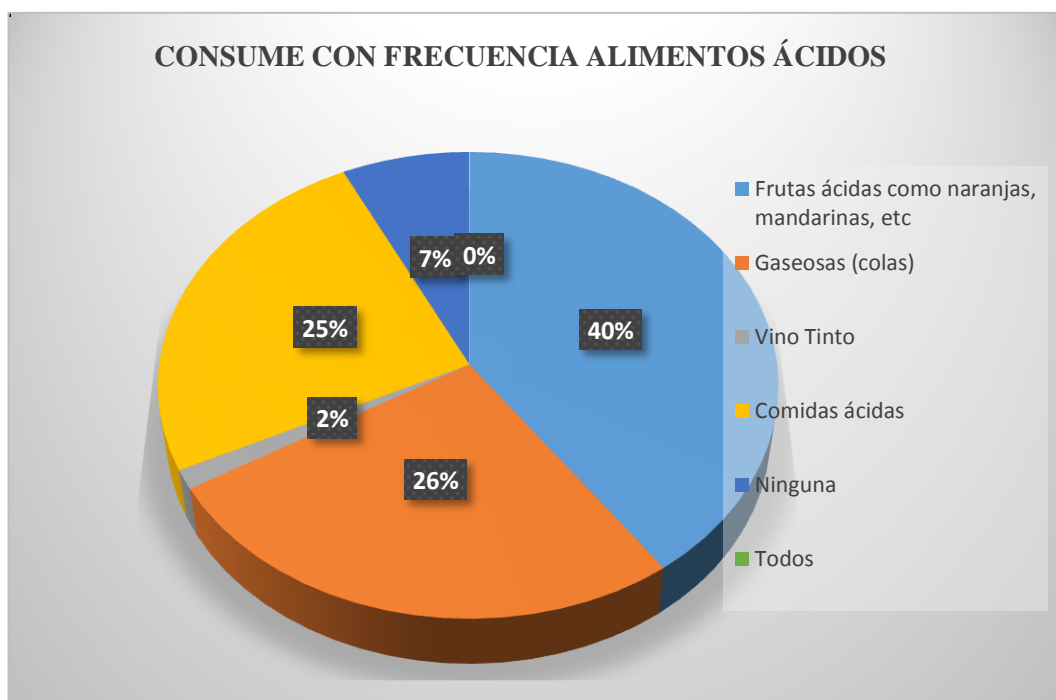


Gráfico N° Frecuencia de los alimentos ácidos que consume los pacientes que acuden al centro de Salud Andrés de Vera. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.

Análisis e interpretación.

El cuadro y gráfico N° 10, se observa que de los 80 pacientes diagnosticados, que acudieron al centro de salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo, provincia de Manabí, de la República del Ecuador, 61 consumen lo que equivale un 40%, 40 pacientes consumen gaseosas los que equivale a un 26% 2 consumen vino tinto lo que equivale a un 2% 38 pacientes consumen comidas acidas los que equivale a un 25% , 11 pacientes no consumen alimentos ácido lo que equivale a un 7% .

Considerando la obra de Cuenca y Baca⁸⁴ (2013) podemos citar que:

El estilo de vida y los hábitos dietéticos, como el tipo de alimentación, así como la frecuencia con la que se consumen ciertos alimentos son un factor muy importante en la etiología de la erosión dental,

El patrón de desgaste a causa de la dieta depende del hábito. Por ejemplo, si existe un consumo excesivo de cítricos, la pérdida de tejido dental afectará, principalmente, a las caras incisales y vestibulares de los incisivos superiores, mientras que si se debe a reflujos gástricos, el desgaste aparecerá en las superficies palatinas de los dientes superiores y en las caras oclusales inferiores. (p.197)

En cuanto al resultado de la investigación, obtuvimos que los pacientes consumen un alto contenido de alimentos ácidos. Y comparando con la publicación que hace referencia Cuenca y Baca la frecuencia con la que se consume dichos alimentos, llega a ser un factor desencadenante para la aparición de la erosión cervical.

⁸⁴ Cuenca y Baca (2013) odontología preventiva y comunitaria , principios, métodos y aplicaciones . republica de España : Editorial S.I.

Hábitos orales

Cuadro N° 11

Hábitos orales	Frecuencia	%
Comerse las uñas	15	16
Masticar objetos como palillos o lápices	11	11
Apretar los dientes	17	18
Rechinar los dientes	4	4
Ninguno	49	51

Nota: entrevista realizada a los pacientes que asisten al centro de Salud Andrés de Vera, en el cantón Portoviejo de la República del Ecuador. Realizado por Paola Azucena Vera Loo

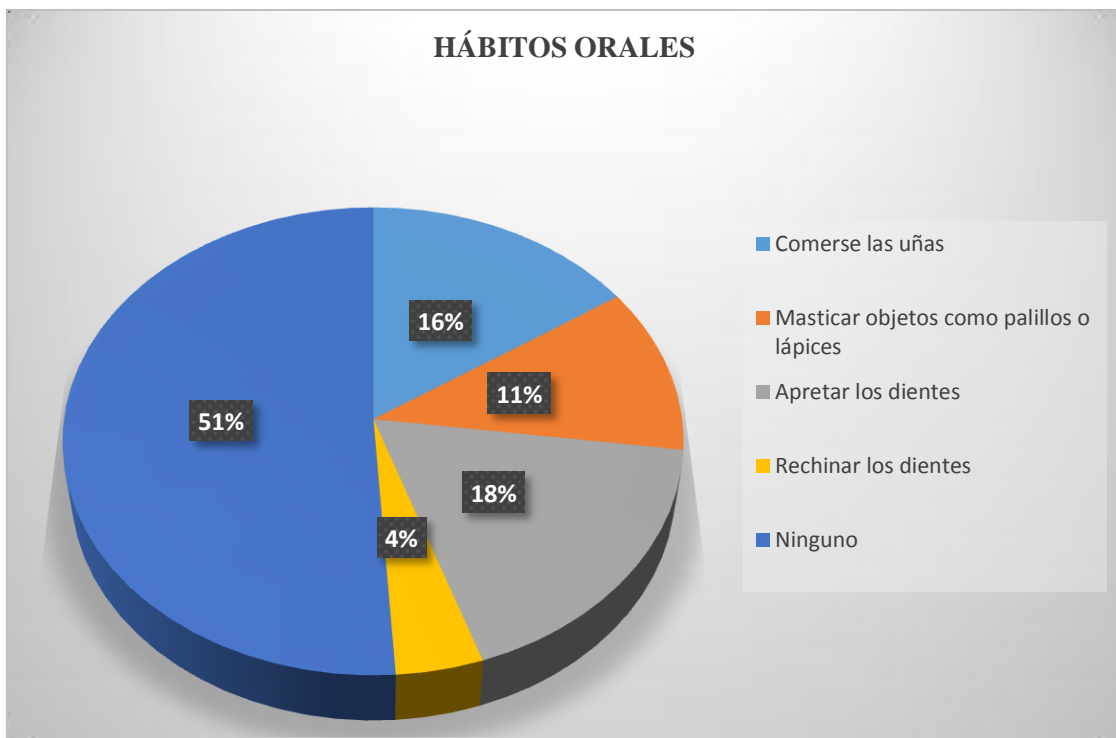


Gráfico N° 11 hábitos orales en los pacientes que acuden al centro de Salud Andrés de Vera. Realizado por Paola Azucena Vera Loo.

Análisis e interpretación.

El cuadro y gráfico N° 11, se observa que de los 80 pacientes diagnosticados, que acudieron al centro de salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo, provincia de Manabí, de la República del Ecuador, 15 pacientes tiene como hábito comerse las uñas lo que equivale a un 16% , 11 pacientes mastican objetos lo que equivale a un 11% , 17 personas aprietan los dientes lo que equivale a un 18% 4 personas rechinan los dientes lo que equivale a un 4% y el restante que no presentan ningún hábito lo que equivale a un 51% .

Consultando la información disponible del sitio web disponible en la revista en versión digital Bol Med Hosp Infant Mex publicado por Murrieta y cols⁸⁵ (2011) podemos citar que:

La importancia de estos hábitos para la odontología radica en que todos los hábitos bucales parafuncionales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan los dientes entre sí , ya que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial . (p.26y27)

En cuanto al resultado de la investigación, existió un porcentaje moderado de pacientes con hábitos orales. Y según la publicación de Murrieta la importancia que representa estos hábitos radica en que pueden llegar a modificar la relación que guardan las piezas dentarias entre sí.

⁸⁵ (2011) Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México. Art . Bol Med Hosp Infant Mex [15, marzo , 2015]. Recuperado <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2011/hi111d.pdf>

CAPITULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

La lesión cervical que prevaleció fue la erosión cervical, en el sector anterior e inferior.

Se encontró en el sector posterior, prevalencia de abfracción tanto a nivel superior como inferior.

De acuerdo al diagnóstico de la oclusión, existió predominio de oclusión traumática.

5.2. Recomendaciones.

Los profesionales odontólogos deberían informar a sus pacientes las consecuencias que pueden presentar las piezas dentarias al llevar una dieta excesivamente acida.

Es muy importante realizar un seguimiento permanente en estos pacientes para controlar las lesiones existentes y evitar que progresen o que surjan nuevas lesiones.

Es pertinente, instaurar un plan de tratamiento si la lesión ya está presente o si presenta los factores de riesgo pero aún no ha desembocado en una alteración evidente poder corregir algunos hábitos a tiempo y lograr la tan ansiada prevención de estas lesiones.

CAPITULO VI

6. Propuesta.

6.1. Tema.

Prevención de lesiones cervicales no cariosas.

6.2. Clasificación de la propuesta.

Tipo educativo.

6.3. Entidad ejecutora.

Centro de salud Andrés de Vera.

6.4. Localización gráfica.

Centro de salud Andrés de Vera.

6.3. Justificación.

En base a la investigación de campo, realizada a los pacientes del centro de salud Andrés de Vera, mediante encuesta y fichas de observación; se observó prevalencia de lesión cervical no cariosa ; motivo por el cual se formuló una propuesta alternativa para contrarrestar, la aparición de la misma.

De esta manera se beneficiaron los pacientes que acudieron a la consulta, logrando así informarse por medio de charlas y trípticos, acerca de los efectos perjudiciales que puede desencadenar en sus piezas dentarias, llegando muchas veces a las extracciones de las mismas.

Es de mucha importancia que el centro de salud Andrés de Vera opte una medida preventiva, que incluya hábitos de higiene oral, así mismo, educarlos sobre el consumo de alimentos ácidos, logrando evitar o disminuir la aparición de la lesión.

Este trabajo va a instruir a los pacientes mediante una propuesta de tipo educativa preventiva para evitar tales lesiones, logrando cambios significativos y positivos que van a dar como resultado una mejoría en la salud bucal de los pacientes estudiados en esta investigación.

6.4. Objetivo general.

Concientizar a los pacientes del centro de Salud Andrés de Vera sobre los factores que pueden originar las lesiones cervicales no cariosas en sus piezas dentarias

6.5. Objetivos específicos.

Instruir a los pacientes del Centro de Salud Andrés de Vera con el fin de disminuir las lesiones cervicales no cariosas.

Enseñar a los pacientes del centro de Salud Andrés de Vera sobre los hábitos y alimentos que contribuyen a la presencia de lesiones cervicales.

Educar a los pacientes sobre las técnicas de cepillado.

6.6. Descripción de la propuesta.

Se realizó la distribución de trípticos y así mismo charlas educativas informando sobre las lesiones cervicales no cariosas que se presentan, así como también una orientación de cómo prevenir o tratar dicha lesión.

6.7. Responsable.

Autora de esta tesis.

Beneficiarios.

Los beneficiarios directos fueron los pacientes que acudieron al centro de Salud Andrés de Vera.

Factibilidad.

Factible porque se contó con el apoyo del personal de aérea de Salud, lo que proporcionará la información adecuada a los pacientes sobre el cuidado de su salud bucal.

Sostenibilidad.

Sostenible porque el personal del aérea de Salud, serán los encargados de realizar replicas sobre las charlas educativas a los pacientes para mantener o mejorar su salud bucal.

6.8. Diseño metodológico.

Para la aplicación de la propuesta se tomó en cuenta la colaboración y el permiso correspondiente de la Director del centro de Salud Andrés de Vera para que de manera organizada se les brinde la atención e información oportuna a los pacientes

mediante charlas y entrega de trípticos educativo, enfocado en prevención de lesiones cervicales no cariosas.

Cronograma.

Actividades.	Fechas.
Reunión con las autoridades.	15 de junio.
Elaboración del plan de cada temática.	15 de junio.
Socialización de la propuesta, y elaboración de trípticos.	17 de junio
Charla educativa y entrega de trípticos.	19 de junio.

Cuadro N° 1: Cronograma de actividades de la propuesta.
Realizado por Paola Azucena Vera Loor.

Presupuesto.

Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Costo unitario
Copias para los trípticos	Unidad	80	\$ 0,03
Viáticos	Dólar	10	\$20.00
Subtotal			\$23.00
Imprevisto total			\$2.30
Total			\$25.30

Cuadro N° 2 Presupuesto de la propuesta.
Realizado por Paola Azucena Vera Loor

Anexo 1.
Matriz Operacionalización de las variables

dimensiones	Variable	Tipo	Escalas	Descripción	Indicadores
Etiología	Edades	Cuantitativa Directa	Mayores de 25 años	Según edad cronológica	Frecuencia porcentajes
	Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino Masculino	Según sexo biológico	Frecuencia porcentajes
	Grupos dentarios	Cualitativa Nominal Politolómica	❖ Grupo anterior ❖ Grupo posterior	❖ Incisivos y caninos afectados con lesiones cervicales no cariosas. ❖ Premolares y molares afectados con lesiones cervicales no cariosas.	Frecuencia porcentajes
	Características de las lesiones cervicales no cariosas	Cualitativa Nominal dicotómica	+ Erosión + Abrasiones + Abfracciones	+ Se presenta en forma de “U” en el tercio cervical del diente + Se presenta en forma de ranura en el tercio cervical del diente. + Se presenta en forma de cuña en el tercio cervical del diente.	Frecuencia porcentajes
	Factores mecánicos	Cualitativa Nominal Politolómica	➤ Cepillado dental ➤ Objetos abrasivos ➤ retenedores de prótesis removibles	➤ ligero : cuando las serdas se mantienen normales ➤ Moderado : cuando las serdas se desdoblán hasta un tercio de su longitud ➤ Fuerte : cuando las serdas se desdoblán más de un tercio de su longitud. ➤ Cuando el paciente se coloca objetos en la boca. ➤ En pacientes que presentan lesiones cervicales producidas por el gancho de la placa.	Frecuencia porcentajes
	Factores voluntarios	Cualitativa Nominal dicotómicas	• Medicamentoso • Dietéticos	• En pacientes que estén en tratamiento con aspirina. • Cuando el paciente consume alimentos ácidos, frutas cítricas, gaseosas, jugos.	Frecuencia porcentajes
	Factores involuntarios	Cualitativa Nominal Politolómica	❖ Bulimia ❖ Anorexia ❖ Reflujo gástrico	❖ Si el paciente refiere alguna de estas enfermedades. ❖ Cuando el paciente refiera sensación de fluidos gástricos.	Frecuencia porcentajes
Factores parafuncionales	Cualitativa Nominal Politolómica	+ Hábitos oral + Oclusión normal + Oclusión traumática	+ En pacientes que indiquen tener hábitos como: comerse las uñas, masticar objetos, apretamiento dental, bruxismo. + Cuando el paciente presenta una actividad normal de la masticación, y existe estabilidad oclusal. + Cuando el paciente, presenta, contactos prematuros, interferencias oclusales, trastornos en la ATM, recesiones gingivales, abfracciones cervicales.		

Cuadro N° 3: Operacionalización de las variables. Realizado por Paola Azucena Vera Loo.

Anexo 2.



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

Carrera de Odontología

FORMULARIO DE ENTREVISTA

Contenido:

1.- ¿Consume con frecuencia alimentos ácidos ?Por ejemplo:

- a) Frutas acidas como naranjas, mandarinas, etc. ()
- b) Gaseosas (colas) ()
- c) Vino tinto ()
- d) Comidas acidas ()
- e) Ninguno ()
- f) Todos ()

2.- Toma con frecuencia aspira

Si () No ()

3.-Marque con una X SI presenta los siguientes hábitos orales?

- a) Comerse las uñas ()
- b) Masticar objetos como palillos, o lápices. ()
- c) Apretar los dientes ()
- d) Rechinar los dientes ()

4.- ¿En su trabajo sostiene objetos con sus dientes?

Si () No ()

5.- Padece o ha padecido de reflujo gástrico

Si () No ()

6.- Padece o ha padecido de vómitos constantes:

Si () No ()

7.-- Le han diagnosticado bulimia o anorexia?

Si () No ()

Teléfonos:

Celular:..... Domicilio:.....

Anexo 3.



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

Carrera de Odontología

HISTORIA CLÍNICA Sobre Lesiones Cervicales no Cariosas

Sexo ____ Edad ____

1.- Prótesis parcial removible

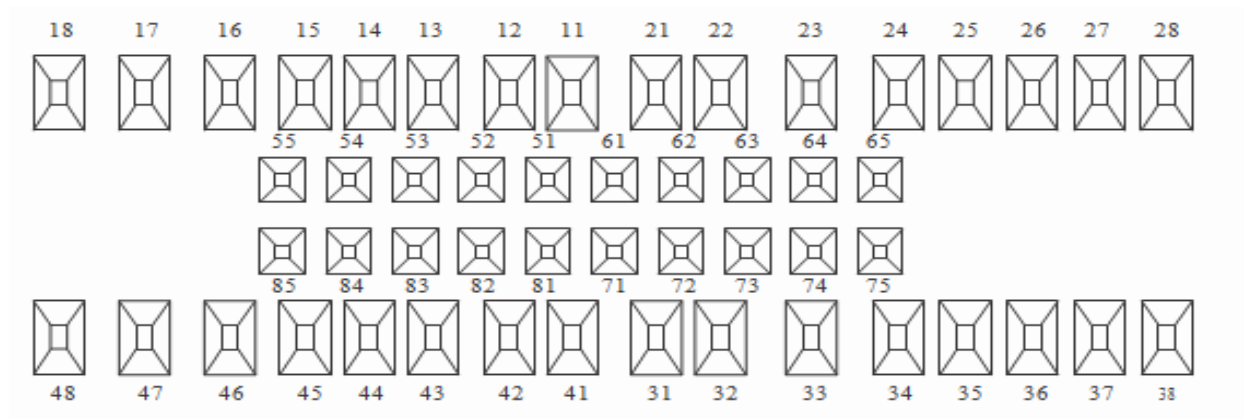
Si () No ()

2.- Lesión cervical en el sitio del retenedor de la prótesis parcial

Si () No ()

3.-- Examen Clínico Intraoral

Cuadro # 1 Odontograma



Identificar las LCNC mediante colores:

- Verde → abrasión
- Naranja → erosión
- Morado → abfracción

Diagnóstico de grupo de dientes anteriores

	Abrasión	Erosión	Abfraccion
Superior			
Inferior			

Diagnóstico de grupo de dientes Posteriores

	Abrasión	Erosión	Abfraccion
Superior			
Inferior			

La fuerza que aplica al cepillarse es:

- Ligero ()
- Moderado ()
- Severo. ()

Hallazgos clínicos de la oclusión fisiológica o Normal

- | | SI | NO |
|--|-----|-----|
| • Actividad normal de masticación , fonación | () | () |
| • Estabilidad oclusal | () | () |

Hallazgos clínicos de la oclusión no fisiológica u oclusión traumática

- | | SI | NO |
|--------------------------------|-----|-----|
| • Contactos prematuros | () | () |
| • Interferencias oclusales | () | () |
| • Trastornos temporomandibular | () | () |
| • Recesiones gingivales | () | () |
| • Abfracciones cervicales | () | () |

Diagnóstico de la oclusión

Oclusión fisiológica u oclusión normal	
Oclusión no fisiológica u oclusión traumática	

Anexo 4.

Presupuesto.

Cantidad	Material	Valor unitario	Valor total
10	Espejos	\$1, 50	\$15.00
10	Exploradores	\$1, 80	\$18.00
5	Paquetes de Campos Operatorios	\$1.00	\$10.00
2	Bandejas porta instrumental	\$9.00	\$18.00
1	Caja de mascarilla	\$4.00	\$8.00
1	Caja de guantes	\$8.00	\$8.00
1	Eucida	\$7,50	\$7,50
1	Desinfectante de manos	\$5.00	\$5.00
1	Remas	\$4.00	\$4.00
1	Lápiz de color	\$0,50	\$0,50
2	Esferográficos	\$0,40	\$0,80
1	Carpeta	\$0,80	\$0,80
2	Riñonera	\$6.00	\$12.00
4	Paquete de gasas	\$3.00	\$12.00
20	Transporte	\$1.50	\$30.00
160	Copias	\$0.10	\$16.00
subtotal			\$165,6
	Imprevisto 10%	10%	\$16.56
	Total		\$182.16

Cuadro N° 4: presupuesto de la tesis. Realizado por Paola Azucena Vera Loor. .

Anexo 5.

Cuadro N° 6: cronograma de desarrollo de la tesis .

Anexos 6



Gráfico N° 12. Realizando la entrevista a la paciente. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.



Gráfico N° 13. Realizando el diagnostico a el paciente .Realizado por Paola Azucena Vera Loor.



Gráfico N° 14. Realizando la prueba de cepillado que se incluye dentro de la ficha de observación. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.



Gráfico N° 15. Realizando la entrevista a la paciente. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.



Gráfico N° 16. Realizando la ficha de observación a la paciente .Realizado por Paola Azucena Vera Loor.



Gráfico N° 14. Realizando la prueba de cepillado que se incluye dentro de la ficha de observación. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.



Gráfico N° 16. Realizando la entrevista a la paciente. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.

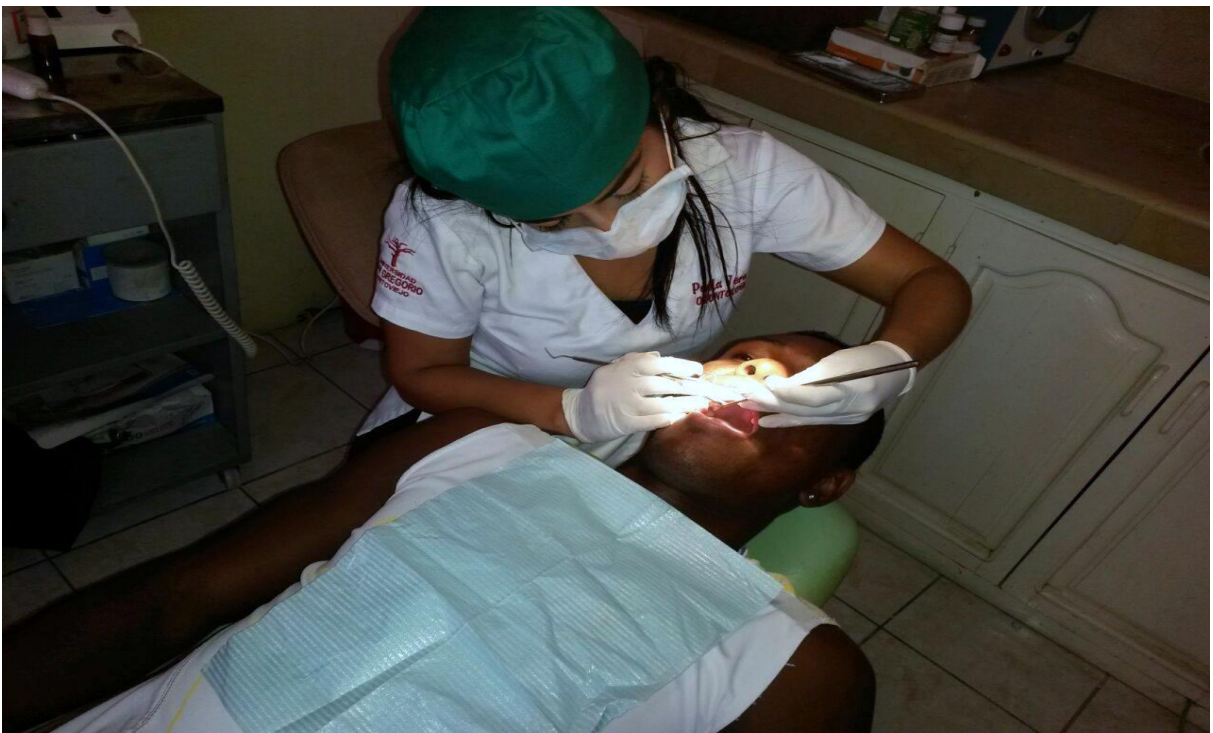


Gráfico N° 17. Realizando la ficha de observación a la paciente .Realizado por Paola Azucena Vera Loor.



Gráfico N° 18. Realizando la prueba de cepillado que se incluye dentro de la ficha de observación. Realizado por Paola Azucena Vera Loo.



Gráfico N° 19. Ejecutando la charla. Realizado por Paola Azucena Vera Loo.



Gráfico N° 20. Entrega del tríptico .. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.



Gráfico N° 21. fotografía con el Director del centro .. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.



Gráfico N° 22. fotografía de Tríptico . Realizado por Paola Azucena Vera Loor.



Gráfico N° 23. fotografía de Tríptico .. Realizado por Paola Azucena Vera Loor.