

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Estomatología



Tesis

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS LESIONES CERVICALES NO
CARIOSAS EN ADULTOS DE 40 – 70 AÑOS DE EDAD EN EL COMEDOR
PARROQUIAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE DEL DISTRITO DE
ABANCAY-APURÍMAC-2019”

Presentado por:

Bach. KEVIN VIVANCO QUINTANA

Para optar el título de:

Cirujano Dentista

Abancay-Apurímac-Perú

2021

Tesis

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS LESIONES CERVICALES NO
CARIOSAS EN ADULTOS DE 40 – 70 AÑOS DE EDAD EN EL COMEDOR
PARROQUIAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE DEL DISTRITO DE
ABANCAY-APURIMAC-2019”

Línea de investigación:

Salud Pública Estomatológica

Asesor:

Mg.CD. Kelly Malpartida Valderrama.



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS LESIONES CERVICALES NO
CARIOSAS EN ADULTOS DE 40 – 70 AÑOS DE EDAD EN EL COMEDOR
PARROQUIAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE DEL DISTRITO DE
ABANCAY-APURÍMAC-2019”

Presentado por: **KEVIN VIVANCO QUINTANA**

Para optar el Título Profesional de: Cirujano Dentista

Sustentado y aprobado el día 23 de julio del 2021, ante el jurado:

Presidente:	Mg. Arturo Camacho Salcedo
Dictaminante:	Mg. Yino Yorki Vera Hurtado
Replicante:	Mg. Emma Rosa Lopez Ayala
Asesor:	Mg.CD. Kelly Malpartida Valderrama

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación Tesis en primer lugar a Dios por guiar mi camino día a día, brindarme salud y mucha fortaleza para seguir adelante ante cualquier obstáculo que se ponga en el camino. En segundo lugar, Mi Madre por darme la vida, educación, y hermana quienes son mi motivo a seguir adelante porque a diario son mis sustento emocional y espiritual

A mi Padre por los consejos brindados y apoyo en mi vida Universitaria

AGRADECIMIENTO

A cada uno de mis Docentes en mi formación académica quienes me brindaron sus conocimientos y amistad incondicional en cada momento difícil de la vida universitaria.

Mencionar a: Dra. Kelly Malpartida Valderrama por tener paciencia y dedicación a su trabajo y siempre ser incondicional al apoyo que uno necesita, gracias por su amistad.

Dr. Yino Vera Hurtado por brindarme conocimientos básicos de Cirugía y Periodoncia, Muy agradecido por brindarme su amistad.

Dra. Mirella Pamela Tineo Tueros, por la enseñanza en el área de investigación sin ello no podría ser posible esta tesis. Muy agradecido Sin dejar de lado a cada uno de la plana docente de la Escuela Profesional de Estomatología, cada uno de ellos son motivo y base esencial de todos los conocimientos adquiridos y formación profesional de la Ciudadanía. Agradecido por todos sus conocimientos brindados.

INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iii
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	ix
CAPÍTULO I	x
PLAN DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2. Identificación y formulación del problema	3
1.2.1. Problema General.....	4
1.2.2. Problemas Específicos.....	4
1.3. Justificación de la Investigación	6
1.4. Objetivos de la investigación	8
1.4.1. Objetivo general	8
1.4.2. Objetivos específicos	8
1.5. Delimitaciones de la investigación.....	9
1.5.1. Espacial	9
1.5.2. Temporal.....	9
1.5.3. Social.....	9
1.5.4. Conceptual.....	9
1.6. Viabilidad de la investigación	9
1.7. Limitaciones de la investigación	9
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	10
2.1. Antecedentes de investigación.....	10
2.1.1. A nivel internacional.....	10
2.1.2. A nivel nacional.....	13
2.2. Bases teóricas (en relación a las variables)	15
2.3. Marco conceptual	44

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	45
3.1. Hipótesis	45
3.2. Método	46
3.3. Tipo de investigación.....	48
3.4. Nivel o alcance de investigación	48
3.5. Diseño de investigación	48
3.6. Operacionalización de variables.....	49
3.7. Población, muestra y muestreo	54
3.8. Técnicas e instrumentos	55
3.9. Consideraciones éticas	55
3.10. Procesamiento estadístico	55
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	56
4.1. Resultados	56
4.1. Discusión de resultados	72
CONCLUSIONES.....	74
RECOMENDACIONES	76
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	77
Recursos.....	77
Cronograma de actividades	78
Presupuesto y financiamiento	79
Presupuesto.....	79
Financiamiento.....	79
BIBLIOGRAFÍA	80
ANEXOS	
Matriz de consistencia	
Instrumento de recolección de información	
Otros anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Población de estudio Adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurimac-201957	
Tabla 2 Lesiones cervicales no cariosas por abrasión	58
Tabla 3 Lesiones cervicales no cariosas por abrasión y sexo	59
Tabla 4 Lesiones cervicales no cariosas por erosión	60
Tabla 5 Lesiones cervicales no cariosas por erosión y sexo	61
Tabla 6 Lesiones cervicales no cariosas por abfracción	62
Tabla 7 Lesiones cervicales no cariosas por abfracción y sexo	62
Tabla 8 Lesiones dentales no cariosa por edad	64
Tabla 9 Lesiones dentales no cariosa por edad y sexo	66
Tabla 10 Lesiones cervicales no cariosas	67
Tabla 11 Técnicas de cepillado	69
Tabla 12 Técnicas de cepillado en el comedor parroquial de Abancay por sexo ..	71

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Población de estudio Adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurimac-201957	
Figura 2 Lesiones cervicales no cariosas por abrasión en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurimac-2019.....	58
Figura 3 Lesiones cervicales no cariosas por abrasión y sexo.....	59
Figura 4 Lesiones cervicales no cariosas por erosión.....	60
Figura 5 Lesiones cervicales no cariosas por erosión y sexo.....	61
Figura 6 Lesiones cervicales no cariosas por abfracción.....	62
Figura 7 Lesiones cervicales no cariosas por abfracción y sexo.....	63
Figura 8 Lesiones dentales no cariosa por edad.....	64
Figura 9 Lesiones dentales no cariosa por edad y sexo.....	66
Figura 10 Lesiones cervicales no cariosas.....	67
Figura 11 Técnicas de cepillado.....	69
Figura 12 Técnicas de cepillado en el comedor parroquial de Abancay por sexo	71

RESUMEN

La presente investigación alude a llagas cervicales, no cariosas, no considerando un aspecto bacteriano, el estudio se planteó con el objetivo determinar las Características Clínicas de las Lesiones Cervicales no cariosas en Adultos de 40 – 70 años de edad, en un comedor parroquial.

El presente estudio de investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo de investigación, con un nivel o alcance de estudio descriptivo, asimismo fue de corte transversal.

En el presente estudio se llegó a la conclusión de que tales Lesiones Cervicales No Cariosas en adultos de 40 – 70 años de edad, se han podido obtener resultados donde se puede caracterizar en la tabla N°1, donde el 56% de la población está representada por las mujeres que representa la mayor parte de la probación, así como lo que predomina según el grado de afección en las lesiones cervicales.

Palabras clave: Aspectos clínicos de lesiones cervicales que no son cariosas

ABSTRACT

The present investigation refers to cervical sores, not carious, not considering a bacterial aspect, the study was proposed with the objective of determining the clinical characteristics of non-carious cervical lesions in adults 40-70 years of age, in a parish dining room.

The present research study was carried out under a quantitative research approach, with a descriptive study level or scope, it was also cross-sectional.

In the present study, it was concluded that non-carious cervical lesions in adults 40 - 70 years of age, have been able to obtain results where it can be characterized in table N ° 1, where 56% of the population is represented by women who represent the majority of the probation, as well as what predominates according to the degree of affection in cervical lesions.

Key words: Clinical aspects of cervical lesions that are not carious

INTRODUCCIÓN

Las lesiones cervicales que no cariosas son consideradas como la pérdida neurótica de la estructura de los dientes situada en la medida de lo posible (LAC), no reaccionando a una etiología bacteriana, son presentadas en diferentes estructuras, con o sin afectabilidad, pudiendo negociar la masa dentaria.

El objetivo determinar las características clínicas de las lesiones cervicales no cariosas en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019. Lo anterior necesita el conocimiento del tratamiento clínico, así como comparar las formas diferentes, de este tipo de desgaste en los dientes, las formas multiformes, Abfracción, Erosión y Abrasión.

El mencionado estudio fue realizado en base a las disposiciones de la Universidad Tecnológica de los Andes en materia de investigación, asimismo el presente estudio presenta la siguiente estructura:

Capítulo I Plan de Investigación: El cual considera la descripción del problema, la justificación, objetivos, delimitación, viabilidad y limitaciones de la investigación.

Capitulo II Comprenden el desarrollo del marco teórico: El cual está compuesto por los estudios previos o antecedentes, bases teóricas y el marco conceptual.

Capitulo III Considera la metodología de la investigación: Considera la hipótesis, el método, el diseño, operacionalización de variables, muestra, así como las técnicas para la obtención de datos.

Capitulo IV Esta referido a los resultados y discusión: Considera la discusión y los resultados de la investigación, asimismo comprende la prueba de hipótesis.

Adicionalmente a lo mencionado la estructura del presente estudio considera las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

PLAN DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción de la realidad problemática

Durante mucho tiempo los dientes se presentan con una pérdida constante de superficie dental, provocando una pérdida reformista de esmalte y dentina por diferentes motivos; uno de ellos es: el trabajo masticatorio, durante el cual los dientes establecen contacto entre los dientes de la mandíbula superior y la mandíbula inferior para triturar la comida. En todo caso, durante este útil ciclo, hay eventos en los que se notan modificaciones significativas de los poderes de mordida, ya sea en un plano nivelado o verticalmente, esto puede ocasionar luego de algún tiempo, heridas cervicales, por el hecho de que en este nivel existe menos pulido en tienda, lo que la convierte en una región vulnerable a las lesiones, para esta situación llamada lesiones no cariosas. (1)

La etiología de las llagas no cariosas es multicausal, sin embargo, son principalmente el resultado de variables mecánicas o sintéticas, y estas pueden ser naturales o externas. Otro factor determinante son las propensiones y costumbres de la vida actual, que inciden directamente en el bienestar bucal, provocando lesiones cervicales restringidas. Además, se ha establecido que los poderes oclusales asumen una función aplicable como cofactor relacionado, sin embargo, hasta que su trabajo se vea por completo, se mantendrá la alerta completa con tratamientos oclusales molestos.(1)

Las lesiones cervicales no cariosas pueden tener algunas ramificaciones negativas para la víctima; a pesar de la importante pérdida de estructura, puede haber afectación al enfriamiento, retrocesos gingivales y probabilidad

de caries, dado que el estado de una de estas llagas favorece la acumulación de placa. El número y el tamaño de las lesiones cervicales no cariosas se identifican firmemente con la edad. (2)

En un estudio finalizado en 2008, con 156 pacientes examinados, el 62% parecía tener en cualquier caso una llaga cervical no cariosa. Por resultados como estos, se avala realizar un hallazgo temprano adecuado en esta clase de patologías, e incluso es juicioso avanzar hacia una perspectiva multidisciplinar para elegir un aseguramiento exacto y un plan de tratamiento ideal. (3)

Recordando en su totalidad lo anterior, esta investigación pretende decidir los atributos de las patologías cervicales no bacteriana en la boca.

1.2. Identificación y formulación del problema

Las lesiones en el cuello de los dientes se ven con regularidad y la mayoría de las veces pasan desapercibidas debido a los efectos secundarios persistentes, con pocos casos especiales.

Las llagas cervicales no cariosas se describen por la pérdida persistente de la estructura dental en el cuello de los dientes, sin tener una etiología bacteriana, pero pensando en más de un factor como la causa. Puede ocurrir de forma inesperada, principalmente en la parte bucal o bucal de los dientes, con o sin afectación dentaria.

Los pacientes con úlceras cervicales no cariosas cuando van a la conferencia envuelven su angustia elegante evitando la perceptibilidad de estas llagas debido a la deficiencia de la carilla y la recaída gingival, a pesar de la forma en que pueden introducir una excesiva sensibilidad en la dentina.

Los resultados adquiridos en este examen permitirán comprometer la información de los expertos en bienestar acerca de un conjunto de heridas y modificaciones dentarias de las que por regla general se desconocen cuáles podrían ser sus causas o elementos etiológicos; Sin embargo, al ver cómo comienzan estas llagas multifactoriales e investigar con cautela la variedad de introducciones que se pueden ver en un paciente similar, percibir y tolerar que el desgaste dental es un ciclo fisiológico típico, no del todo diferente al de maduración, donde las progresiones que experimentan al morder las construcciones como resultado del kilometraje normalmente abordan un sistema de variación y no un ajuste obsesivo; que por fin, justo cuando se inundan los resultados potenciales de la transformación de la entidad

orgánica, se produce una interacción neurótica. Quizás aquí radica la importancia de comprender este punto de dolor.

Los expertos deben estar preparados en la anticipación, hallazgo y tratamiento de estas heridas para actuar previamente, durante y después de la presencia de Lesiones Cervicales No Cariosas, para ello se debe conocer la recurrencia, atributos y opciones de tratamiento. para hacer frente al malestar del paciente.

Por lo anterior, este examen se suma al bienestar general ya que busca asegurar a la población, asociando a través de un folleto instructivo las proporciones de evitación y avance del bienestar oral consideradas para las Lesiones Cervicales No Cariosas, reconociendo la pertinencia de las acciones emprendidas para mejorar la fuerza de la población, con la información sobre atributos específicos así como la relación de Factores que producen Lesiones Cervicales No Cariosas, recurrencia y apropiación de dichas llagas no cariosas. Se completará como la razón del avance de la exploración futura en este punto, que podría coordinarse con el examen de los factores de riesgo y el plan de tratamiento adecuado para las lesiones cervicales no cariosas.

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son las características clínicas de las lesiones cervicales no cariosas en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor Parroquial Nuestra Señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac - 2019?

1.2.2. Problemas Específicos

- 1) ¿Cuál es el grupo etario que se encuentra más afectado por las lesiones dentarias no cariosas en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor

Parroquial Nuestra Señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019, según sexo?

- 2) ¿Cuáles son las lesiones dentarias no cariosas que se presentan con mayor frecuencia en adultos de 40 -70 años de edad en el comedor Parroquial Nuestra Señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019, según sexo?
- 3) ¿Cuáles son las técnicas de cepillado y elementos para la higiene bucal con su impacto en el desgaste dental en adultos entre 40 -70 años de edad del comedor parroquial Nuestra Señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019, según técnica de cepillado?

1.3. Justificación de la Investigación

Este examen es significativo porque nos permite percibir las cualidades clínicas de las lesiones cervicales no cariosas, su estadio subyacente, cómo se manifiestan y tener la opción de completar un plan de tratamiento suficiente que nos permita limitar la conservación de estructuras dentales para nuestros pacientes.

Estos hematomas que comienzan ahora y en el futuro previsible discuten una prueba y son patologías incesantes en el consultorio dental, como una rápida secuela de la forma en que los dientes permanecen en la boca de los pacientes durante más tiempo; Asimismo, su recurrencia se debe al aumento de la edad y la curación de medicamentos específicos, que por regla general disminuirán el flujo salival, al igual que la retracción gingival esperada para edades de vanguardia, sin perjuicio de la medicación gingival realizada al paciente y la lesión oclusal. Presente. (5)

Así, a la hora de realizar la valoración clínica dental, generalmente se aprecia bastante lejos la presencia de llagas no cariosas, tanto por territorio raspado, como por desmoronamiento o abfracción, siendo estas últimas las que presentan mejor aporte dentinario. (6)

Las lesiones cervicales no cariosas comprenden una desconcertante reunión de llagas; Restaurar la rectitud dental en estos casos es claramente básico, sin embargo, en realidad requiere un procedimiento completo y útil, ya que estas llagas se ven como superficiales desde una perspectiva mecánica, pero profundas desde un punto de vista orgánico. Por lo tanto, al realizar el ciclo de recuperación, se debe prestar una atención extraordinaria a la proximidad del tejido macerado. Otro ángulo a considerar es que, por

regla general, son llagas sin tejido absolutamente inflexible en la zona cervical y con un aspecto absolutamente expulsivo y luego nuevamente se pueden encontrar supra o subgingival; cuando ocurre lo último, la estrategia de recuperación requiere la utilización de conexiones explícitas, mientras que, en casos más extremos, es importante recurrir al procedimiento médico periodontal. (7)

Por todo lo anterior, y en un punto de vista global, esta exploración permite al experto en bienestar dental, así como el suplente dental de diferentes recursos, a través del cumplimiento de los objetivos propuestos, considerar la trascendencia del examen y la información sobre la extensión de la enfermedad, por ejemplo, heridas cervicales no cariosas. La motivación detrás de esta investigación es dar información lógica ya que ha sido un tema razonablemente investigado, pero con características mínimas.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar las características clínicas de las lesiones cervicales no cariosas en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019.

1.4.2. Objetivos específicos

- 1) Identificar el grupo etario que se encuentra más afectado por las lesiones dentarias no cariosas en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019, según sexo.
- 2) Identificar las lesiones dentarias no cariosas que se presentan con mayor frecuencia en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019, según sexo.
- 3) Identificar las técnicas de cepillado y elementos para la higiene bucal con su impacto en el desgaste dental en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019, según técnica de cepillado, según sexo.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Espacial

El presente estudio se desarrolló en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe, ubicado en el distrito y provincia de Abancay – Apurímac.

1.5.2. Temporal

El trabajo de investigación fue realizado en el periodo temporal de Octubre - Diciembre del 2019.

1.5.3. Social

El presente estudio servirá de base para otros estudios, asimismo servirá como consulta para otros estudios, para estudiantes y docentes investigadores.

1.5.4. Conceptual

El presente estudio corrobora y fortalece la teórica existente sobre el tema de estudio, considerando las variables y sus componentes.

1.6. Viabilidad de la investigación

El presente estudio fue viable, ya que se tuvo acceso a la información, así como acogida por parte de la muestra de estudio, para el correspondiente análisis.

1.7. Limitaciones de la investigación

- El presente estudio se limitó a la realización del estudio solo en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe, ello debido a la falta de recursos.
- La limitada accesibilidad a la población en general, ello por falta de recursos.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

2.1.1. A nivel internacional

Colombet (2014) en su estudio titulado “Lesiones cervicales no cariosas, diagnóstico y tratamiento” cuyo objetivo fue identificar conceptos referentes a las lesiones cervicales no cariosas, así como su tratamiento y diagnóstico, el citado estudio fue de tipo descriptiva y explicativa, se arribó a la conclusión de que la verificación de aspectos etiológicos e interacciones posibles, son la llave para dicho tratamiento y diagnóstico de lesiones cervicales no bacteriana.

Kumar (2015) realizó su estudio titulado “Prevalencia y factores de riesgo de lesiones cervicales no cariosas en niños de colegio especial de la India”, cuyo objetivo fue describir los resultados que obtuvo al analizar 170 niños y 213 niñas en escuelas de la India, demostrando que las lesiones cervicales no cariosas estaban fundamentalmente relacionadas con el material utilizado para la limpieza bucal, el tipo de cepillo de dientes utilizado, el procedimiento de cepillado, el tipo de dieta y la recurrencia del uso de refrescos y limón, en el citado estudio se llegó a los resultados que en la reunión de exámenes, la omnipresencia fue del 22,7%, un incentivo más alto que otros revelados en diversas investigaciones de jóvenes. Se resolvió que un nivel enorme de los niños tenía solo una pérdida de forma insignificante o una imperfección <1 mm por dentro y por fuera, ya que este examen dependía de la escala de Smith y Knight, asimismo concluyó que por lo tanto, se tiende a descubrir o presumir de

inmediato que las personas que no se acercan a los dispositivos actuales y satisfactorios para una buena limpieza bucal están más propensas a crear llagas cervicales no cariosas. Si bien hay factores que aún están en duda, con más exámenes será concebible mostrar que en el caso de que puedan asumir una función decisiva en presencia de LCNC, por ejemplo, edad, nacionalidad, orientación sexual, situación económica, suplementos. para la limpieza bucal, la repetición del cepillado, la frecuencia con la que visita al especialista dental. (8)

Rodríguez (2015) efectuó su trabajo titulado “Lesiones cervicales no cariosas en pacientes del área de salud "Eléctrico", municipio Arroyo Naranjo, 2015”, con el objetivo de determinar la distribución y características de lesiones cervicales no cariosas en pacientes pertenecientes al área de salud "Eléctrico" del municipio Arroyo Naranjo de la provincia la Habana. El citado estudio consideró un diseño transversal, para su análisis considero a 153 personas quienes presentaban las lesiones cervicales que no son cariosas. Se verificó una llaga cervical que no es cariosa, en el cual el diagnosticado introdujo cualquiera de las variaciones de desintegración, raspado y / o abfracción, o una combinación de estos. Se esperaban para el examen diferentes factores, por ejemplo, sexo, edad, formación de dientes, área y factores de peligro. Se utilizó la prueba factual de chi cuadrado para la relación de variable, se obtuvo como resultado que Predominó el sexo masculino con 52,9% y el grupo de edad de 37 a 47 años con 30,7%. Los premolares fueron el

frijol dental más influido con un 38,9%; El bruxismo y el horrible cepillado se destacaron con un 43,8% y un 35,3% individualmente, arribó a la conclusión de que las úlceras cervicales no cariosas ocurrieron entre los 37 y 47 años, inequívocamente en hombres, y generalmente impactaron los premolares superiores con una ordinaria de 4 dientes por cada paciente. El bruxismo y el cepillado indefenso fueron los factores de peligro más contrastados y el avance de este tipo de llagas no cariosas en la evaluación cervical del diente. (9)

Vera (2015) realizó su estudio titulado “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”, realizó un estudio con la finalidad de identificar las características de las lesiones cervicales no cariosas, en pacientes que llegan al centro de Salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo, el estudio desarrollado fue de campo, de corte transversal, nivel descriptivo, y se realizó mediante la observación, concluyendo que de acuerdo con el trabajo de campo realizado se concluyó que la erosión cervical en el sector anterior e inferior, fue la que prevaleció.

Castillo y Ramón (2017) efectuó su estudio titulado “Prevalencia de desgaste dental en estudiantes de la facultad de odontología de la universidad de cuenca”, el cual fue realizado con el objetivo de verificar, el tipo y grado de desgaste dental, así como de prevalencia de los estudiantes de la facultad de Odontología de la Universidad de

Cuenca, el citado estudio fue de tipo descriptivo, no experimental, de corte transversal, para su desarrollo se consideró la observación y la encuesta con técnicas para obtener datos, el mencionado estudio arribó a la conclusión de que la prevalencia de desgaste dental, de los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad de Cuenca, fue de 77.5 %, siendo esta alta, por otro lado la atrición presenta una prevalencia de 60,3%.

2.1.2. A nivel nacional

Varillas (2015) realizó su estudio titulado " Prevalencia de lesiones cervicales no cariosas según sus características clínicas en pacientes adultos del Hospital Militar Central" con el objetivo de conocer la frecuencia de las LCNC, según sus características clínicas en pacientes adultos, y su distribución según edad y grupo dentario en la Clínica dental del servicio de Operatoria del Hospital Militar Central, el estudio fue de tipo epidemiológico, descriptivo y transversal, arribó a la conclusión de que las lesiones cervicales por abrasión en pacientes considero un porcentaje bajo de 15,5%, la lesión cervical no cariosa por erosión se da en su mayoría en pacientes mujeres, en un 45%.

Nuñez (2017) trabajo titulado "Prevalencia de lesiones dentarias no cariosas en estudiantes de estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas – 2016", con el objetivo de determinar la prevalencia de lesiones dentarias no cariosas en estudiantes de estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas - Chachapoyas – 2016,

la citada investigación fue efectuada bajo el enfoque cuantitativo de investigación, se consideró como población a los estudiantes de la carrera de estomatología, la muestra compuesta por 40 estudiantes, se empleó el método deductivo, arribando a la conclusión de que el predominio de llagas dentales no cariosas en la prueba de población, considero 90 casos por cada 100 estudiantes que presentan tales llagas, por otro lado se identificó que las lesiones dentarias por abrasión representan solo el 15%.

García (2017) realizó su estudio titulado “Prevalencia de lesiones no cariosas en deportistas que practican el culturismo en la ciudad de Piura, 2017”, con el objetivo de identificar la lesiones no cariosas y su prevalencia en los deportistas que realizan fisicoculturismo en la ciudad de Piura 2017, el citado trabajo fue de nivel descriptivo y transversal, en dicho estudio se concluyó que los deportistas que practican el fisiculturismo, presentan prevalencia de lesiones no cariosas del 90 %, asimismo se evidenció que los incisivos son las piezas más afectadas.

Zuñiga (2017) efectuó su estudio titulado “Prevalencia de abfracción en suboficiales del departamento de unidades de emergencia de la policía nacional del Perú, Chiclayo 2016”, realizado para identificar la prevalencia de abfracción de los suboficiales que laboran en la unidad de emergencia de la Policía Nacional, Chiclayo 2016, el estudio fue de nivel descriptivo y transversal, concluyó que la prevalencia de abfracción, en el personal suboficial, que labora en emergencias de

la policía nacional del Perú, Chiclayo, se encuentra en un nivel del 73.8 %.

Delgado (2019) realizó su investigación titulada “Relación entre los factores extrínsecos y las lesiones cervicales no cariosas en pacientes del Hospital nacional Hipólito Unánue -2018”, con el objetivo de determinar si existe relación entre los Factores Extrínsecos y las Lesiones Cervicales no Cariotas en pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unánue -2018, el estudio citado se consideró de tipo aplicada, se utilizó el método hipotético deductivo concluyó que se interpretó que entre los componentes extraños y las lesiones cervicales no cariosas, existe una relación positiva moderada y tremenda en los pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unánue. Dado que, como lo indica la estimación correlacional Rho de Spearman con un nivel de reputación de 0.01, el resultado es $Rho = .622$ y $p = 0.000 < 0.01$.

2.2. Bases teóricas (en relación a las variables)

Lesiones no cariosas

Garone en su libro *Úlceras no cariosas: la nueva prueba en odontología*. Sao Paulo: Santos "expresa que:" lesiones no cariosas, por ejemplo, cualquier pérdida irreversible de la estructura dentaria, comenzando por su superficie externa, sin especialistas bacterianos ". (23)

En la obra de Garone también alega que “las lesiones no cariosas se van a desarrollar en las caras oclusales, bordes incisales y región cervical de los dientes, en aquellas áreas que sobrellevan esfuerzos (oclusales e incisales) o en donde se concentran tensiones (región cervical)”. (23)

Indagando el estudio de Barrancos en "Operatoria dental: integración clínica (4a edi.). Buenos Aires: Medica Panamericana.", indica que: "Hay diversos ciclos peligrosos en curso, a pesar de la caries dental, que decide una pérdida irreversible de tejidos dentales mineralizados ...". Podemos considerar en este sistema teórico las modificaciones que lo acompañan: área raspada, desgaste, desintegración y abfracción. (24)

En el examen de Ordoñez, muestra que: Este tipo de lesión es lógicamente típica en toda la población, gana en pacientes ancianos, presentándose más significativa y amplia. Esto ocurre por la forma en que a los dientes de estos pacientes se les han dado segmentos etiológicos durante un período de tiempo más dilatado que los pacientes jóvenes, y en consecuencia, son necesarios para presentar un número de llagas más notorio y de mayor gravedad. (25)

En el trabajo de Nocchi, la afirmación adjunta alude: Con la maduración, normalmente se nota una presentación de dentina más notable: por ejemplo, el 21% de las personas maduraron en algún lugar en el rango de 16 y 24 años, el 81% en algún lugar en el rango de 34 y 44 años. y el 98% de las personas en algún lugar entre los 55 y 64 años de edad tienen heridas cervicales. (26)

En elaborado por Cuniberti y Rossi, subraya que: Es fundamental percibir que el desgaste dental ha existido desde el punto de partida de la humanidad. La pérdida de la estructura dental fisiológica en un año se sitúa en el rango de 20 y 38 um, superando estas cualidades se piensa en las desgracias neuróticas. La forma en que se elabora la comida, así como las propensiones y la admisión y el alto ritmo de presión a que ha sido oprimido el hombre durante muchos años, ha elevado el grado y el ritmo de desgaste. (27)

Según el estudio de García, Carmona, González, Labrador y González Rodríguez determinan la siguiente escala del desgaste:

La técnica de Richard-Braws que indica una sola escala para los grados del desgaste del 0 al 4, es decir desde la no atrición hasta la exhibición pulpar.

0. No hay daño, (sin desgaste).
1. Leve desgaste a nivel del esmalte.
2. Desgaste en zona extensa del esmalte.
3. Desgaste desarrollado a nivel de la dentina.
4. Desgaste muy avanzado próximo o con exposición pulpar.

Después de calcular el nivel de desgaste de cada diente, las cualidades de cada uno de ellos se agregan y separan (aíslan) por la totalidad de los dientes evaluados, de esta manera se decide la lista de desgaste dental en conjunto. (28)

Investigando las investigaciones de Ordoñez, alude a los acompañantes en cuanto al nivel de desgaste, que "además es típico de presentar una caída gingival y pérdida de tejido óseo, con superficies radiculares descubiertas, aumentando el riesgo de estas heridas". (29)

Sensibilidad dentaria en lesiones no cariosas.

En la contemplación de Cuniberti, muestra lo que acompaña: (30)

Escala de Eva.

El dolo en odontología se puede apreciar en la escala de EVA cuya definición se la describe de la siguiente manera:

- - Generalmente se utilizan técnicas de autoevaluación (escalas, encuestas) que evalúan los límites clínicos. Entre ellos, la escala más destacada y reconocida es la escala visual simple (EVA), que busca transformar factores subjetivos, por ejemplo, la impresión de tormento del paciente, en factores cuantitativos que pueden, según lo indique su grado, darnos un pensamiento de intensidad del tormento y, posteriormente, la ausencia esencial de dolor.(31)

Factores etiológicos que ocasionan la pérdida de la estructura dental de las lesiones no cariosas

Al notar el trabajo de Ordoñez, se tiende a referirse a que: La etiología de las lesiones no cariosas se debe a un ciclo multifactorial dependiente de especulaciones de desintegración de sustancias, desgaste de la rejilla y / o impacto de los segmentos impedidos, principalmente los inusuales y horizontales. que producen tensiones de gran alcance y de tracción ... Con respecto a la morfología y la expansión, fluctúan de manera impresionante según las diversas etiologías y estas contrastan de paciente a tranquilo, así como en la propia fosa oral. (25)

Continuando con la obra de Garone afirma que:

Los mecanismos de pérdida de estructura dental pueden ser descritos del siguiente modo:

Desmineralización por desintegración.

- Desgasificado por desgaste.
- Raspando instrumentos.

- Por delicados tejidos bucales.
- Frotando el cepillo de dientes con pasta de dientes.
- Por quelantes que siguen al calcio.
- Por ácidos que siguen a los fosfatos y carbonatos de apatita.
- Mordiendo comida.
- Desgaste por abrasión.
- Provocado por el deslizamiento de los dientes inferiores contra los superiores.

(23)

Clasificación de las lesiones dentarias no cariosas.

Abfracción.

Explorando los Barrancos contempla, decidió el acompañamiento: Latín (frangere = romper) "Estas llagas en forma de cuña en la asociación de hormigón inflexible se ven en dientes singulares o en algunos dientes no vecinos ... Se ven como la consecuencia de oclusal poco convencional poderes que causan torsión del diente.

(24)

Notando elaborado por Chímenos. Se descifra lo que viene a continuación: Mecanismo que aclara la pérdida de dentina y acabado dental provocada por la evitación y el último cansancio del diente de comparación en lugares muy lejos del punto de acumulación. La separación se basa en el tamaño, el plazo, la recurrencia y el área de los poderes. (10)

Area. Parte del diente. Regularmente la región cervical, que está influenciada por la pérdida de dentina y laca dental provocada por la desviación y el último agotamiento del material. (32)

Etiopatogenia.

Examinando los exámenes de Ordoñez, la etiopatogenia de la abfracción se resuelve de la manera acompañante: Durante la mordida y para el trabajo, los dientes se asocian, conformando un vástago con dos módulos, uno vertical que se desplazará a lo largo del pivote de giro del diente a dispersar. además, por lo tanto impregnado por el ligamento periodontal y otro plano, lo que desencadena la deformidad horizontal y la flexión del diente a nivel cervical. (25)

Durante esta contorsión, el diente se retuerce, la concavidad de este óvalo pasa por presión, mientras que la convexidad crea un equilibrio. La estructura caleidoscópica del pulimento es sólida durante la presión, aunque impotente en las regiones de tensión, donde las alianzas de las gemas de hidroxiapatita pueden verse obstaculizadas, provocando microfracturas y, al final, la pérdida de la carilla relacionada. Esencialmente, la dentina y el cemento están influenciados. La dentina quedaría descubierta y más propensa a rasparse o desintegrarse. (25)

El estándar de Newton expresa que "ante una potencia hay una respuesta al revés, de similar extensión y esto se llama presión". El diente contradecirá esta fuerza con una solidez equivalente y al revés a la motivación obtenida; en esta línea, habrá tensión que se manifestará como depleción en el tercio cervical con la adaptabilidad del diente. Esta región está desprotegida anatómica e histológicamente. Las variables que hacen más indefenso a este territorio son:

- La presencia de poros y canales que existen entre los prismas del esmalte.
- La angulación de sus prismas (de 106 grados).
- El grosor del esmalte que tiene un espesor menor a 0,5 micrones.

El peso de tracción sobre el LAC de la superficie bucal causaría agotamiento, flexión y distorsión del diente. (25)

En el trabajo de Misch, demuestran el acompañamiento: El desgaste cervical es, básicamente, un indicio de bruxismo o capacidades de presión. Sea como fuere, cuando aparece un impedimento, el impedimento debe evaluarse deliberadamente junto con diferentes indicaciones de poderes innecesarios. Si se presume que los poderes son la razón de esta afección llamada abfracción cervical. (33)

En la obra de Cuniberti y Rossi, se transcribe lo siguiente que "la ausencia de guía canina está demostrado en LAC la presencia de estrés tensional y su consecuencia: una abfracción". (34)

En cuanto a los concentrados de Nocchi, destaca que "la presencia de la guía canina por canino disminuye el aumento y la temporada de contacto de la muela contrastada con la capacidad de recolección. El desgaste característico de la dentadura será menor". (35)

Respecto a los trazos de Ferro y Gómez, retrata el acompañamiento en cuanto a la guía canina: En el desarrollo horizontal llamado trabajo, el canino se desliza por la pieza palatina mesial del canino superior, desalojando totalmente las mandíbulas, básicamente no hay contacto. entre las cúspides bucales de los premolares y los molares en el lado de trabajo similar y en condiciones normales no se observa ningún contacto en el lado contrario del equilibrio o ningún trabajo. Si hay contacto en desarrollos horizontales, este contacto se considera neurótico. (36)

Localización.

Disección realizada por Cuniberti y Rossi. Bien se puede comunicar que la abfracción alude a la "llaga moldeada ungueal en el LAC (Límite Amelocemental) provocada por poderes oclusales erráticos que conducen a la flexión dentaria". (36)

Comparando los estudios de Ordoñez, se hace referencia el siguiente enunciado:

Estudios realizados por Bishop y col. demuestran que la lesión:

- Puede moverse alrededor de casos existentes y crecer subgingivalmente.
- Puede estar debajo del borde de una corona. Los dientes vecinos a la llaga no suelen verse afectados.
- Puede ocurrir en bruxomaníacos y adultos más asentados sin dirección canina. • Puede realizar rupturas o desprendimiento de casos.
- Ocurre raramente en lingual o palatino, alrededor del 2%. • No ocurre en dientes convenientes o con deficiencias periodontales.
- No ocurre en dientes con periodonto expandido.
- En determinadas condiciones, las abfracciones apicales de la fachada aparecen de vez en cuando, prestando poca atención a la inconfundible cementación de los materiales. (29)

En los estudios de Cuniberti y Rossi, indican la abfracción según sus diferentes parámetros:

- Predominan en los hombres en un 58,07%. • Edad en algún lugar entre 45 y 65 años. El peligro aumenta con la edad.
- Los dientes más afectados son los premolares superiores en un 70,16%. • Hay afectabilidad en el 61,30%.
- El 90,33% no presenta adaptabilidad.
- Existe una asociación rápida entre el bienestar periodontal y los dientes dispuestos.
- 93,55% muestra puntos de vista de desgaste.

- Radiográficamente, se puede encontrar un estrechamiento del canal de la raíz en el lugar de la úlcera cervical.(34)

Características clínicas.

Nocchi: "Tiene forma de cuña, profunda, con bordes muy caracterizados, y se puede encontrar en un solo diente; de vez en cuando la lesión, o alguna porción de ella, puede ser subgingival". (26)

En los exámenes de Ordoñez, demuestra que: Su área estará consistentemente en el límite amelocemental, sostenida por el volumen de acabado más modesto y donde los focos son más limitados y más frágiles. La parte inferior de algunas abfracciones tiene esquinas completamente afiladas que vacilan en algún lugar en el rango de 45 y 120 °. De vez en cuando también se puede calcular o ajustar marginalmente. (29)

En los estudios de Cuniberti y Rossi, indica que entre los factores más vulnerables a la abfracción se encuentran los siguientes:

- El espesor del acabado que tiene menos de 0,5 micrones de espesor.
- La angulación de sus cristales (106 grados). La presencia de poros y canales que existen entre los cristales de pulido.
- Dos de las cuatro instancias de Choquet. (34)

Demasticación

Barrancos, "Del latín mandere = morder. Es el desgaste dental al morder y el bolo alimenticio entre los dientes restrictivos. Este desgaste depende de la intensidad de rallado de la comida". (24)

Bruxismo

En la obra de Borrás y Rosell, descubre lo que acompaña: El bruxismo se caracteriza por un aplastamiento o fregado prolongado y extraordinario no utilitario de los dientes que puede provocar patologías dentales. En los dos casos, el sujeto normalmente no es consciente de este comportamiento. Generalmente se piensa en dos tipos de bruxismo, que se denominan bruxismo impulsivo, creado por sujetar los dientes, y bruxismo caprichoso, provocado por el fregado de los dientes. (37)

Erosión o Corrosión

La obra de Barrancos define la erosión de la siguiente manera: "Del latín erodere =Corroer.

Es el ciclo de aniquilación continua de una superficie por ciclo electrolítico o sintético. La desintegración dental se percibe como la deficiencia de los tejidos dentales mineralizados debido a ciclos compuestos que excluyen la actividad de los microorganismos ". (24)

Respecto al trabajo de Casanueva, Kaufer, Pérez y Arroyo, deciden la desintegración de la manera acompañante "el término erosiodentium (consumo dental) alude a la devastación lenta, constante, limitada y fácil de los tejidos dentales duros por sustancias ácidas o quelantes sin la intercesión de los microorganismos que poseen la superficie del diente ".(38)

En la obra de López se expresa que: El rasgo clínico más conocido de la desintegración es la pérdida del brillo del pulido... Cuando regatea la dentina, hace afectabilidad por frío, calor y peso osmótico. En el momento en que ocurre en dientes restablecidos, los reclamos se vuelven notorios, anticipando sobre la superficie del diente. (39)

Etiología

Analizando la obra de Cuniberti afirma que: Los componentes externos e inherentes están asociados con la etiología de la desintegración.

Factores externos:

- Ácidos exógenos.
- Medicamentos.
- Dietética.

Factores inherentes:

- Componentes somáticos o automáticos (jugo gástrico).
- Componentes psicosomáticos o intencionales (problemas dietéticos). (30)

Ácidos Exógenos

Considerando el trabajo de Ordoñez, se hace la afirmación adjunta: Generalmente los de fuente relacionada con la palabra, donde los trabajadores, cuando se les presenta al impacto de líquidos naturales, pueden introducir heridas destructivas, por ejemplo, las que lastiman a especialistas en los emprendimientos de batería (sulfúrico corrosivo), excitados, composts, empresas compuestas (clorhídrico corrosivo), y enólogos. (25)

El movimiento de la llaga dependerá de los años que hayan transcurrido en la ocupación practicada ... Pasado un tiempo, a medida que avanza este ciclo, llegará la desintegración de la laca más superficial donde esta capa de acabado se pierde totalmente. (29)

Medicamentosos

Disecionando el trabajo de Ordoñez, decide los enfoques que lo acompañan: algunos exámenes relacionan la desintegración dental con medicamentos específicos que tienen un pH bajo, por ejemplo, broncodilatadores que contienen esteroides; Sin embargo; la prueba del asma asociada con la desintegración de los dientes es confusa. (25)

Además, las tabletas burbujeantes (por ejemplo, corrosivo acetilsalicílico, nutrientes C o mejoras de hierro) pueden contribuir a la desintegración dental cuando se ingieren de manera exorbitante o si se utilizan de manera extraña. (29)

La utilización continua del nutriente C provoca desintegraciones debido al corrosivo ascórbico en el pulimento. Si la tableta tiene burbujas, la desintegración que puede causar es más notable debido a la doble actividad del medicamento y el compuesto que produce la espuma. (25)

Diuréticos, antidepresivos, hipotensores, antieméticos, antiparkinsonianos, antihistamínicos, algunos narcóticos, citostáticos, actúan disminuyendo la medida de la salivación; por tanto, la posibilidad de remineralización y equilibrio se ve afectada teniendo en cuenta un segmento destructivo. (29)

Pensando elaborado por Cuenca y Baca, se demuestra que: "Los ácidos utilizados para romper los cálculos renales o mejoras corrosivas clorhídricas en pacientes que experimentan aclorhidria también pueden causar desintegración dental".(40)

Examen elaborado por Casanueva et al. Lo que viene a continuación se traduce: algunos medicamentos son además fuentes exógenas de corrosivo y pueden disolver los dientes, especialmente cuando se muerden en tabletas. En investigaciones clínicas, el corrosivo L-ascórbico se ha relacionado con la desintegración extrema de los dientes; En las percepciones in vitro, el pulimento

dental se disolvió después de 100 horas de introducción en una disposición de nutrientes C con un pH inferior a 5,5. (41)

La importancia de tratar de no morder las tabletas ácidas se hizo evidente en un informe clínico en el que se observó que los niños tomaban tabletas de ibuprofeno todos los días como tratamiento para la inflamación de las articulaciones reumatoides. Allí se vio que los jóvenes que mordían las tabletas creaban desintegración en las superficies de mordida de sus dientes, mientras que los individuos que no las mordían en caso de que no las tragaran, no mostraban ningún indicio de desintegración. (41)

Dietéticos

Considerando el trabajo de Ordoñez, a continuación se hace referencia a: El esmalte está hecho de 95% de sustancia inorgánica y se desintegra rápidamente en un medio ácido debido al contacto directo con el clima exterior, se disuelve. La dentina es solo un 70% inorgánica; y una vez descubierto es más indefenso para el asalto corrosivo. (25)

Explorando Ricketts y Bartlett, se hace referencia a que "la calidad del corrosivo en el régimen alimenticio es igualmente significativa. Los ácidos sólidos con pH bajo y sensibilidad alta causarán la desmineralización de la hidroxiapatita en los dientes". (42)

Pensando en los elaborados por Cuenca y Baca, a continuación se declara: Los alimentos de hoy contienen numerosos ácidos, aditivos, aditivos, por lo que pueden durar, sin embargo no entendemos que estos pueden ser peligrosos para nuestros dientes. (40)

Últimamente. La utilización de alimentos de hoja o bebidas bajas en calorías se ha expandido exorbitantemente debido a la confusión de llevar un estilo de vida más

beneficioso ... En consecuencia, el estilo de vida y las propensiones dietéticas, por ejemplo, el tipo de dieta, al igual que la recurrencia con la que ciertos alimentos se queman son un factor significativo en la etiología de la desintegración dental. (40)

Observando el trabajo de Cuniberti y Rossi, se dan a conocer los siguientes puntos: Holloway et al. Y Imfeld et al. Ellos notan la importancia de los refrescos como un factor erosivo... Los refrescos y exprimidos habituales, el yogur y las bebidas de soja mejoradas tienen un pH destructivo, mientras que la leche, el agua mineral sin gas y las bebidas de soja sin sabor tienen un pH destructivo. pH del disolvente. Numerosos contendientes corren el riesgo de descomponerse cuando, para disminuir la sequedad y debido a la boca seca, sostienen y chupan trozos de cítricos naturales. Wongkhantee y col. Demostraron que las bebidas deportivas y la naranja prensada disminuyen totalmente la dureza de la terminación, pero no la de la dentina. Esto se debe a los contrastes en la mezcla de ambos tejidos duros. (27)

La causticidad de los jugos cambia por su variedad y el nivel de preparación de los productos naturales de los que provienen ... El extracto de limón tiene una sustancia más alta de extracto cítrico, lo que lo ocasiona que sea más su acidez. La recurrencia, la duración, la temperatura y la forma de introducción de los corrosivos de los alimentos y refrescos han indicado cómo influyen en el movimiento de desintegración ... La desintegración es más grave a altas temperaturas y disminuye a bajas temperaturas. (34)

Los vinagres y los vinos tienen un pH de 2,3 a 2,7; de ahí que se conviertan en sustancias profundamente erosivas. Las lagers son los refrescos mixtos menos erosivos, ya que tienen un pH normal de 4,3 cerca de 5,5, después de lo cual no hay daño para el diente. (34)

Investigando el trabajo de Gil, descubre que: El pH de la comida o bebida no es en sí mismo un factor profético del potencial para causar desintegración, ya que diferentes factores también significan esto. Estos elementos son la calidad relativa de la propiedad corrosiva, de agarre o quelante, contenido de calcio, fósforo y flúor. (43)

Analizando elaborado por Enrile Rojas y Fuenmayor, se descubre que: Las bebidas dietéticas y ácidas tomadas de vez en cuando y sin diferentes tipos de alimentos que las acompañen, producen un pH bajo en la boca que descompone progresivamente el hormigón y la dentina, provocando desintegración. (44)

Factores somáticos o Involuntarios.

Investigación elaborada por Casanueva et al. Se hace referencia a que: Las razones de la desintegración inherente son en su mayor parte escupir, vomitar o refluir los jugos gástricos, cuyo lugar de nacimiento puede estar en una amplia variedad de problemas de la trama gastrointestinal o del sistema sensorial focal, infecciones neurológicas, ejercicios metabólicos y / o endocrinos, resultados de drogas y otros de tipo psicosomático, por ejemplo, bulimia, dolencias que no son objeto de este contenido. Algunos alimentos pueden promover el reflujo; entre ellos se encuentran el espresso. Nutrientes ricos en grasas y sabores molestos o guiso de frijoles pimientos, chocolate y licor. (41)

Explorando elaborado por Cuniberti, las afirmaciones que lo acompañan se refieren a: Entre los segmentos generosos o desconocidos, se habla de la presencia de jugo gástrico en la boca, que puede ser por eyección o degüelle. El reflujo gastroesofágico es una condición fisiológica que suele estar presente en numerosos sujetos. Las condiciones que permiten el reflujo son: escaso

aflojamiento del esfínter esofágico inferior, cambios anatómicos del punto de cruce gastroesofágico. (34)

El material de reflujo puede ser bilis o jugo pancreático. La acción destructiva del reflujo es más prolongada, más lenta, más tranquila y sin obstáculos, se combina con la comida y, por lo general, el paciente la pasa por alto. (37)

En los respiradores de labios, la descomposición se reduce por la presencia de líquido salival destructivo disminuido y el secado de la fachada. La proporción de jugo gástrico que aparece en la boca está hecha de corrosivo clorhídrico destructivo, pepsina, sales biliares y tripsina. (40)

Al romperse, la dentina demostrada es el resultado del deterioro de la terminación debido al movimiento del corrosivo clorhídrico destructivo y la pepsina (ímpetu proteolítico del jugo gástrico). La total, calidez y período del material ruinoso que permanece en contacto con los dientes es la explicación del daño. (43)

La salivación, debido al pH de su agente sedimentador del estómago, provocará en su mayor parte la causticidad de sacrificio provocada por el reflujo. De manera irregular, la destructividad puede ser innecesariamente alta y la salivación no puede matarla. El grado de causticidad es alto hasta el punto de que se ha demostrado que en la parte posterior de la lengua potencia *Helicobacter pylori*, los organismos responsables de las úlceras gástricas y duodenales. (34)

Por tanto, el corrosivo provoca la desmineralización en las regiones donde entra en contacto por primera vez. (45)

Factores Psicosomáticos o Voluntarios.

Examinando elaborado por Cuniberti y Rossi, se resuelve que “entre los elementos psicosomáticos o deliberados, surgen problemas dietéticos, por ejemplo, la anorexia y la bulimia. (45)

Pensando en las investigaciones de Weinberg y Gould, se hace referencia a que: La anorexia y la bulimia nerviosa son los dos problemas dietéticos más habituales. Ambos se caracterizan en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. A pesar de que existe una amplia variedad de indicaciones relacionadas con estos problemas, los signos de la anorexia nerviosa son un temor extraordinario a aumentar de peso y una contorsión de la autopercepción, mientras que la bulimia se retrata en escenas intermitentes de ingesta excesiva de alimentos y autopercepción. -aceptación de regurgitación. (46)

Pensando elaborado por Cuniberti y Rossi, se descubre que "los principales impactos dentales de la bulimia son; modificaciones de los órganos salivales, posteriormente hay xerostomía, tinción y desintegración en el pulimento dental".

(34)

Al examinar las investigaciones de Henostrose, Pesdamientos, Sueldo y Martuci, se hace la afirmación adjunta: la estrategia generalmente utilizada por las bulímicas para disminuir la posibilidad de aumento de peso son las arcadas autoinducidas. Esta autoaceptación de escupir daña ampliamente los dientes y produce un ejemplo interesante de la desgracia de las carillas con cualidades clínicas particulares, por ejemplo, estar unido a las Estructuras de los dientes predominantes más importantes, incidente en caras incisales debilitados que pueden ocasionar roturas, simplemente como una apariencia clara de los incisivos y un pulido immaculado en el borde gingival. (47)

En esta línea, incluso en los dientes posteriores, también hay pérdida de las estructuras de vida oclusales o de las cúspides y reclamaciones con bordes de distensión de la superficie de acabado. La imagen está terminada con un tacto extremo de la dentina, un mordisco muy abierto y una pérdida de medida vertical.

En los casos más extremos, las caras bucales de las piezas posteriores también están influenciadas, este ejemplo se identifica con la situación de la cabeza a la hora de regurgitar y el poder inmediato de escupir, que tiene un pH medio de 3.8. (47)

Así como, en estas personas la lengua, labios y mejillas se frotan contra las estructuras dentales tras el ataque ruinoso, lo que vigoriza el impacto de los ácidos sobre los tejidos dentales. Ante esta posibilidad de la patología, el manejo debe basarse en una correspondencia agradable con el paciente y un sistema intensivo con expertos y nutricionistas. (10)

Erosión por drogas

Pensando en las investigaciones de Shipley, Taylor, Mitchell y Escuenazi, se declaran los focos que la acompañan: La metanfetamina, la cocaína y el raptó, son drogas que provocan kilometraje tanto por el uso legítimo de la sustancia, como de forma indirecta a través de las propensiones. relacionados con el consumo de drogas. (48)

Un número importante de las personas que manejan este tipo de medicamentos detallan efectos secundarios, por ejemplo, resequedad de la boca, agarrarse los dientes durante los períodos en los que se ven afectados por las drogas y al final se muestra la limpieza impotente hecha. Estas sustancias aumentan el interés por el ATP y, de la misma manera, hay una inclinación más notable a los azúcares quemados y las bebidas carbonatadas, lo que provoca una mayor desintegración, debilitamiento y hoyos. La cocaína aplicada legítimamente a los dientes puede causar desintegración y caída gingival. La metanfetamina causa desgaste en los aspectos oclusales de los dientes posteriores debido a la granulación expandida, que puede soportar muchos otros después de que los efectos académicos del

medicamento se hayan oscurecido. Cuando se utilizan medicamentos, ayuda a la pérdida de la estructura dental de varias maneras, dependiendo del caso de la medicación incluida. (48)

Localización

Considerando lo elaborado por Cuniberti y Rossi, se resuelve que: Las zonas lingual, incisal y oclusal de los dientes se ven influenciadas cuando el ácido clorhídrico corrosivo del estómago es el comienzo. Las superficies vestibulares se ven afectadas por la utilización de aportes con un alto contenido de sustancia cítrica extraída (limón, naranja, pomelo, etc.) o por el movimiento de sustancias ácidas en el lugar de trabajo. (34)

En la perimolisis se ve por palatino de dientes superiores, y en lingual de molares inferiores y premolares. La zona de desintegración puede ayudar a establecer si la razón es extraña o característica. (34)

Características clínicas

Considerando los exámenes de Cuenca y Baca, lo siguiente se refiere a: Clínicamente, la desintegración dental se percibe por la presencia de planos hundidos y la superficie del diente es típicamente lisa y mate. Los esfuerzos de reconstrucción permanecen intactos, por lo que el tejido profundo se erosiona. (49)

El ejemplo del kilometraje debido al régimen de alimentación se basa en la propensión. Por ejemplo, si hay una utilización irrazonable de elementos cítricos normales, la deficiencia de tejido dental afectará de manera abrumadora los territorios incisales y vestibulares de los incisivos superiores, mientras que, debido al reflujo gástrico, el desgaste se mostrará en las superficies palatinas de los incisivos superiores. dientes. dientes superiores y superficies oclusales inferiores. Este diseño de desgaste se describe como "perimolisis". (40)

Grados de la erosión

Explorando las investigaciones de Henostroza et al. Lo siguiente se refiere a: Es básico mostrar la gravedad de desintegración de una pieza dentaria, ya que refleja el conocimiento de estructuras con los ruinosos desafíos y las fuerzas protectoras opuestas, y que esperan objetividad de la causa y posteriormente interceder para prevenir futuros desgastes dentales. (47)

Los grados del desgaste corrosivo se determinan de la siguiente manera:

- Grado 0: Ausencia de desgaste por corrosión.
- Grado 1: Perdida inicial de textura superficial.
- Grado 2: Defecto obvio, perdida de tejido duro menor que el 50% del área de la superficie.

Perdida de tejido duro igual que el 50% del área de la superficie.

En los grados 2 y 3 la dentina frecuentemente está afectada. (47)

Estudiando la obra de Cuniberti y Rossi, se puede exponer la severidad clínica y patogenia: Severidad Clínica fue clasificada por Eccle y Jeukins como lo indica la textura en cuestión:

- Clase 1: Afecta solo a la laca, posteriormente, es una lesión superficial.
- Clase 2: influye en la dentina, está restringida y no incluye exactamente el 33% de ella.
- Clase 3: También en dentina, se suma e incluye más del 33%. (36)

Manneberg y Col. Clasifican la erosión según la patogenia, de acuerdo a lo siguiente:

Dolor latente: parece inactivo, no del todo descalcificado, con una chapa reluciente, con bordes gruesos y notorios.

Lesión evidente: da leves aristas, laca, con dentina descubierta, mate, expansiva y ajustada lisa, reformista. (34)

Abrasión

Como indica la contempla Barrancos, caracteriza que: (Del latín, abradere). El término clínico mancha de diente rayado (abrasiodentium) se utiliza para describir la pérdida hipocondríaca de tejido dental mineralizado provocada por ejercicios mecánicos impredecibles realizados por componentes oscuros, que se llevan continuamente a la boca y entran en contacto con los dientes. (24)

Tomando como referencia Villafrancia, Fernández, García, López, Perillán, Díaz, Hernández, Pardo, Alvares, Hernández, Mansilla y Cobo muy bien se puede hacer referencia a esa zona raspada:

Suele deberse a la utilización de cepillos con fibras sólidas, a la utilización de una pasta de dientes arenosa (punto raspado vestibular), a zonas de tensión más prominente (en el cuello del diente) o debido a la mordedura y los nutrientes ácidos o ralladores. El área raspada de Melfi se debe a la utilización de un palillo entre los incisivos superiores. (24)

Grajan y Hume consideran expreso que "la apropiación y el grado de desgaste áspero de la dentición depende de numerosos factores, por ejemplo, el tipo de impedimento, el modo de vida y la limpieza bucal". (50)

Etiología

Según los estudios de Cuniberti y Rossi indica que la causa de la abrasión puede clasificarse en:

- Asociadas a tratamientos
- Asociadas al trabajo o profesión.
- Individuales.
- Materiales. (34)

Individuales

Analizando lo elaborado por Cuniberti y Rossi, muy bien se puede referir a que: "El factor principal en la etiología del área raspada es el cepillado con la utilización de colas rugosas. Se debe considerar: la estrategia, la potencia, la recurrencia, el tiempo y la zona de inicio del cepillado ". (27)

Disección realizada por Lindhe, se resuelve que: El desgaste de los dientes estaba igualmente relacionado con los atributos del cepillo, particularmente con la terminación y con la dureza de la fibra ... Se argumentó que la lesión de los tejidos duros fue causada principalmente por pastas dentales ásperas mientras que las delicadas heridas de los tejidos fueron provocadas por el cepillo de dientes. (34)

Aunque tomando la referencia de Nocchi, se acumula que "un horrible procedimiento de cepillado después de la ingestión de alimentos o bebidas ácidas puede mejorar este desgaste". (26)

Al inspeccionar los exámenes de Ordoñez, alude que: El desarrollo del cepillado que está más relacionado con el desgaste de los dientes es el procedimiento plano, uno que es sin duda el preferido para algunos pacientes. Este puede ser un factor problemático a abordar, por razones desconocidas, al estar tan inculcado en la memoria después de bastante tiempo de énfasis diario; A pesar de ser la técnica menos difícil de realizar, también puede dar a los pacientes el sentimiento lucrativo de una limpieza dental adicional. (25)

Investigando elaborado por Tafur muy bien se puede hacer referencia a que: La técnica para filtrar microbios, verticalmente, los superiores se cepillan de principio a fin y los inferiores de la base a la parte superior; nunca complete el desarrollo en un plano nivelado a la luz del hecho de que con un cepillo duro pueden desgastar el esmalte y las encías para crear caídas y afectación. (51)

Las investigaciones de Ordoñez demostraron además que: Las heridas suelen ser más básicas en la hemiarcada invertida de la mano correcta utilizada por la persona para tratar el cepillo. Además, regularmente es seguro que el desgaste está más penetrado en los dientes que están más agrandados que la forma, por ejemplo, los caninos. (25)

El trabajo de Lindhe nos exhorta "a que se cambien los cepillos antes de que se noten los principales indicios de desgaste. Se ha valorado que la valiosa existencia de un cepillo típico es de 2-3 meses". (52)

En las exploraciones de Ordóñez se nos informa que: El método de cepillado correcto debe durar entre 2-3 minutos y los más sugeridos son el procedimiento de Bass o Bass modificado, la estrategia de Charles o el procedimiento de Stillman cuando hay un descenso gingival reformista, para evitar una demolición brusca a texturas. (25)

Materiales

Examen elaborado por Cuniberti y Rossi. Se tiende a mencionar que: Las pastas de dientes están hechas de un limpiador, una rejilla de mayor o menor fuerza dependiendo del impacto a lograr ... Los abrasivos que componen la pieza de pastas de dientes son carbonato de calcio, óxido de aluminio, hidratado sílice y bicarbonato de sodio. (34)

Numerosas pastas dentales tienen bicarbonato de sodio o alúmina en su disposición, lo que se demostraría para "aclarar los dientes"; realmente limpian la superficie ... como resultado son colas rugosas. (36)

Explorando elaborado por Enrile de Roja y Fuenmayor, tiende a expresarse que: Las colas con un nivel serio de abrasividad contra los tejidos duros se caracterizan en los principios BSI e ISO (ahora en estudio) para intentar limitar el desgaste dental casado con los cepillarse con pasta de dientes. Las manchas de dentina raspadas son básicamente importantes a la luz del hecho de que la mayor parte de los abrasivos utilizados en las pastas dentales producen un desgaste de acabado casi nulo; el caso especial es la alúmina sin hidratar. (34)

Al observar el diseño elaborado por Cuniberti y Rossi, se tiende a ver que: Dyer y Addy analizaron la región rayada del cepillado y se concentraron en la abrasividad de las pastas dentales, ya que el cepillo en sí tiene poco efecto sobre la limpieza y la dentina ... Las pastas dentales solas se colocan independientemente No contribuye mucho a la laca para el cabello de la adversidad cuando se utiliza durante toda la vida. Se ha encontrado que las hebras duras causan una región menos rayada que los filamentos sensibles

... Esto se aclara por la mayor convergencia de la pasta de dientes en las fibras delicadas que estructuran mechones más densos y a la luz del hecho de que, debido a su adaptabilidad más notable, tienen menor contacto con la superficie del diente y la rejilla. (27)

Attin et al, afirman en su trabajo que el nivel de la mancha raspada está relacionado con la medida de pegamento y la medida de salivación. Cuanto más notable sea la medida de pegamento y menos corriente salival, más prominente será la abrasividad. (27)

Asociadas al trabajo o profesión

Investigando los exámenes de Álvarez y Grille, muy bien se puede referir a que: La mancha raspada ocupacional tiene una mancha en aquellas personas que trabajan en condiciones que contienen algún tipo de componente de rejilla, por ejemplo, artesanos, trabajadores de la industria del sílice y del hormigón. , etc. El operador rudo media entre los dientes provocando desgaste en las superficies oclusales del área. (53)

Al observar el artículo de Iglesias (sf) se observa que, "De igual manera, hay individuos que frecuentemente se incrustan artículos, por ejemplo, palillos ..., alfileres (trabajadores de agujas) en la boca. Estas demostraciones, cuando se hacen habitualmente, hasta llevar los dientes como una ocurrencia tardía donde se colocan los artículos ". (54)

Pensando elaborado por Cuniberti y Rossi, se hace referencia a que: En las personas que trabajan con sustancias ralladoras (povos rugosos), el componente rugoso se guarda en la parte bucal del diente. No obstante la forma en que la corona del tercio cervical se autolimpia, el avance de los tejidos sensibles con esta sustancia intercedida entre ellos hace que el diente acabe siendo fregado, independientemente de la forma en que pueda ser debilitado por la brújula. de salivación. En el tercio cervical se adhieren el exceso de partes ásperas, significativamente más si hay placa y, al cepillarse, junto con la pasta de dientes se construye su límite de matriz, creando así un círculo interminable que favorece la deficiencia de estructura dental por desgaste. (34)

Asociada a Tratamientos

- Tratamiento Periodontal.

La inspección realizada por Cuniberti y Rossi, a continuación, se refiere a: La utilización de métodos de limpieza bucal deficientes, con componentes erróneos, así como la instrumentación innecesaria debido a la actividad de raspado y alisado radicular continuo, provoca la evacuación del hormigón y la consiguiente presentación. de los túbulos de dentina que pueden causar sensibilidad. Zimmer y col. evaluó el punto raspado de dentina creado por profilaxis proficiente con pegamentos de rejilla. Razonaron que una limpieza dental competente no se considera un factor de pérdida de estructura dental. (27)

- Tratamiento protésico

En el examen elaborado por Cuniberti y Rossi, se resuelve que la mancha raspada también se debe a un tratamiento protésico: las llagas se administran mediante los retenedores de las prótesis dentales extraíbles. Cuando los brazos retentivos de una prótesis removible de media pasada se colocan en un lugar no indicado o cuando no hay aparición de apuntalamiento oclusal que provoca su desarraigo hacia apical, perdiendo así su capacidad. Posteriormente, el ajuste del retenedor producirá un roce excesivo en la zona cervical. El grado de desgaste dependerá del nivel de flexibilidad de la mucosa. (27)

Localización

Pensamiento elaborado por Cuniberti y Rossi, el siguiente paso se resuelve, la mancha raspada " se sitúa más allá de lo que muchos considerarían posible (LAC), más normal por vestibular y desde canino hasta primer molar. Los más influenciados son los premolares del maxilar superior". (34)

Características Clínicas

Practicando el trabajo de Nocchi, puedo descifrar que "la mancha raspada se describe por una superficie lisa, limpia y nivelada, con una forma y un área vestibular habituales". (26)

Teniendo en cuenta el trabajo de Lindhe, muy bien se puede hacer referencia a que: La mancha del diente rayado se encuentra constantemente en combinación con la caída gingival. Si bien la abstinencia gingival se identifica con algunos factores etiológicos de amenaza, por ejemplo ... inclinación por fumar, biotipo gingival o instrumentación periodontal repetida, el cepillado de dientes es aparentemente el más importante. (52)

Los exámenes de Ordoñez revelan que "Dado que la mesa ósea vestibular es ligera y rígida, el cepillado no habla adecuadamente provoca un ciclo de fuego no bacteriano que da como resultado la deficiencia de tejido óseo y desarraiga de manera viable la periferia gingival apical". (25)

Tipos de Abrasión dental

Según Reverte M. se puede dividir en varios estadios la abrasión, llamados tipos:

- Tipo I: Afecta solo las cúspides y bordes de los molares.
- Tipo II: Afecta el esmalte, dejando al descubierto las estructuras internas del diente.
- Tipo III: La abrasión llega al cuello.
- Tipo IV: Solo quedan raíces dentales.

- Tipo cóncavo: La abrasión excava las estructuras internas del diente, quedando paredes laterales de esmalte.
 - Tipo en bisel: La abrasión afecta a los dientes oblicuamente.
 - Abrasión del cuello: a veces la abrasión no afecta la corona sino al cuello del diente donde se produce el máximo efecto destructivo.
 - Abrasión cara externa de los dientes: solo afecta la superficie vestibular o externa de los dientes, atribuyéndose al cepillado con sustancias abrasivas.
- (24)

A. Atricción.

Definición

Barrancos afirma. Del latín attere. El debilitamiento dental o atritiodentium es el desgaste fisiológico de los tejidos duros dentales debido al contacto diente-diente, sin mediación de sustancias y componentes desconocidos, juntos o independientemente. Esto sucede cuando los dientes se ponen en contacto entre sí, por ejemplo, al tragar o hablar. (24)

Según Manzanilla: "La atricción es un problema de desgaste en la superficie oclusal de los dientes. A pesar de que es un ciclo ordinario, resultado del uso diario, que aumenta con la edad, sus cambios de grado menores o más notables en diversas reuniones humanas ". (55)

Etiología y Localización

Los estudios de Barrancos, consideran mostrar lo que acompaña sobre la atrición: El contacto ocurre cuando los dientes entran en contacto entre sí, por ejemplo durante la deglución o el discurso, y el desgaste posterior ocurre en las superficies oclusales y los bordes incisales. Los focos de contacto entre las caras proximales se desgastan aún más al fijar y recogen la mejora de las perspectivas de contacto. En los bordes incisales, el ciclo es inequívocamente evidente debido a la deficiencia de la "flor de lis" cuando los dientes en el distrito más evolucionado se obstruyen.

. (56)

Los estudios de Morales indican lo siguiente: Ciertos elementos pueden crear un comienzo de pérdida constante antes en la vida del paciente. Estas variables son: propensiones entusiastas a morder, la utilización de alimentos duros o rejilla, una laca débil o de forma severa, propensiones parafuncionales, bruxismo, roer objetos desconocidos o relacionados con tareas cotidianas (por ejemplo, piel de vaca, madera, hilo, tubería, vasos, lápices, etc.), la presencia de contactos inoportunos y reclamaciones inflexibles con una superficie más dura que la de las carillas dentales (por ejemplo, coronas y extensiones de porcelana, prótesis de cobalto cromo, níquel cromo y combinaciones de Tipo III). (56)

Características clínicas.

Examinando las investigaciones de Manzanilla, a continuación se hace referencia a: El debilitamiento puede ser suave, por ejemplo, el que ocurre regularmente por el contacto entre los dientes del maxilar superior y la mandíbula cuando se desarrollan los desarrollos mordedores, medio; cuando el acabado de los dientes está medio aniquilado, o grave, en el que se produce la introducción de dentina que puede llegar en casos extraordinarios al orificio del macerado, provocando una enfermedad tanto del macerado como del tejido alveolar de soporte. (57)

El artículo de Padilla expresa: El diseño de desgaste de los dientes en pérdida constante es una marca registrada. Los aspectos de desgaste al principio emergen en las cúspides y los bordes laterales y se cruzan sobre los adornos. Los perfiles incisales de los incisivos superiores e inferiores muestran una abertura conspicua. Los dominios de desgaste en las superficies oclusales de los molares se muestran con los distritos más desgastados en las coronas linguales de los molares superiores y las coronas bucales de los molares inferiores. (56)

Consecuencias de la atrición.

Observando la obra de Morales, se hace referencia al siguiente enunciado:

Las consecuencias de la atrición sobre la estructura dental son:

- Exposición pulpar y necrosis.
- Fractura del esmalte sin soporte dentinario.
- Desgaste de la dentina.
- Desgaste de esmalte.
- Movilidad dentaria. (56)

2.3. Marco conceptual

EROSION: se describe como la pérdida del tejido duro del diente provocada por ácidos externos o característicos que no comienzan en criaturas diminutas, esta lesión comienza con un moldeado de la superficie del diente que está indefenso contra el desgaste que resulta retrasarse como la patología. con su ciclo. La baja cantidad de salivación liberada por el individuo y su aturdimiento reducido reteniendo el balanceo aumentan la presencia de lesiones erosivas. (58)

ABRACION: Es el desgaste del diente que se realiza frotando, rascando o limpiando con una sustancia o artículos externos en la boca que, al limpiar con los dientes, entrega la deficiencia de tejidos dentales más allá de lo que muchos pensarían concebible (LACA). (59)

ABFRACCION: La abfracción se conoce como la "llaga en forma de cuña en el LAC (límite amelocemental) provocada por poderes oclusales temblorosos que incitan a la flexión dental. La abfracción es la consecuencia de un ciclo reformista en el que se forman el peso y las fuerzas de apoyo, donde causan microgrietas (desgarros en tejido dental) y una inestabilidad interna auxiliar en la estructura del diente. (60)

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1. Hipótesis

La presente indagación es de nivel descriptivo, no requiere de hipótesis, pues se centra en la descripción de los hechos y no de la verificación de hipótesis. Únicamente se emplean hipótesis, cuando el estudio pronostica un hecho o dato.

En el presente estudio se consideraron las siguientes posibles respuestas a las interrogantes planteadas, las cuales se detallan a continuación:

1. La característica principal de las lesiones cervicales no cariosas en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor Parroquial Nuestra Señora de

Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac – 2019, es que se presenta con mayor incidencia las de segundo grado.

2. El grupo etario que se encuentra más afectado por las lesiones dentarias no cariosas en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor Parroquial Nuestra Señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019, son los adultos mayores de sexo femenino.
3. Las lesiones dentarias no cariosas que se presentan con mayor frecuencia en adultos de 40 -70 años de edad en el comedor Parroquial Nuestra Señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019, son la lesión cervical por abrasión, en las mujeres.
4. Las técnicas de cepillado y elementos para la higiene bucal con su impacto en el desgaste dental en adultos entre 40 -70 años de edad del comedor parroquial Nuestra Señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019, son el barrido horizontal y vertical.

3.2. Método

Método:

Durante el largo período de octubre a diciembre del año 2019, se completó un informe clínico sobre las personas en el salón de la parroquia Nuestra Señora de Guadalupe en el distrito de Abancay. La valoración clínica la realizará el especialista y se utilizará el método de percepción y encuentro. Además, los instrumentos serán registros dentales y una encuesta.

La Persona será examinada física y psicológicamente para ver si está en la condición de ser evaluado, se le hará sentar en una silla personal en un ambiente bien iluminado, donde el examinante llevara una bata blanca con protectores de

seguridad y/o frontoluz para una mejor visión al área a examinar; Se le explicara el procedimiento a realizar ,posteriormente se le realizará las preguntas del instrumento evaluador “Datos de Filiación y Cuestionario”, Seguidamente la “Ficha Odontológica”

Se compone de la evaluación intraoral que presenta los archivos y cualidades de cada patología a notar y una clave para distinguir el estado de la lesión. En dicho Expediente Dental se cumplimentará únicamente la presencia del LCNC. Asimismo, el otro instrumento una encuesta de consultas. Al finalizar el procedimiento se le hará una charla de higiene oral y como debe realizar su cepillado correcto, obsequiándoles un cepillo y pasta dental. Como regla general, este procedimiento manual se basará en notar, mirar y la información adquirida de cada adulto se completará en el Archivo Dental, en ese momento se examinará la información obteniendo resultados.

Materiales e instrumentos:

- Espejo dental.
- Cámara fotográfica.
- Pinza
- Servilletas.
- Explorador
- Colores lapiceros.
- Guantes.
- Algodón
- Campos descartables.

- Vasos descartables
- Lapiceros
- Mascarillas.
- Gasa
- Campo de trabajo.

3.3. Tipo de investigación

Se consideró el presente estudio como una investigación de tipo Cuantitativa, considerando que se realizó mediante un proceso ordenado, asimismo la información obtenida se procesó mediante tablas y gráficos estadísticos, para luego poder ser analizados e interpretados.

3.4. Nivel o alcance de investigación

Descriptivo: En estudio desarrollado considero la búsqueda de factores, considerados que determinan las características clínicas de las lesiones cervicales no cariosas.

Epidemiológico: El estudio se consideró epidemiológico, considerando el diagnóstico a la población mediante evidenciando las características clínicas.

Transversal: El presente trabajo es de corte transversal debido a que considera un periodo de estudio en específico el cual es el año 2019.

3.5. Diseño de investigación

En diseño considerado para el presente trabajo de investigación es el diseño no experimental, en vista que en el presente estudio no se efectuó modificación ni variación alguna en la variable de estudio, lo que se realizó fue verificar y determinar la variable de estudio considerando la descripción y análisis de la misma, ello mediante el trabajo de campo realizado.

3.6. Operacionalización de variables

VARIABLES:

1. Características clínicas de las lesiones cervicales no cariosas:

Pérdida neurótica de la estructura dental situada en la franja amelo-cementario (LAC), no reacciona a una etiología bacteriana, y tiene las cualidades acompañantes:

Erosión: Es la deficiencia de tejido dental duro que se encuentra en el exterior de los dientes debido a ciclos compuestos, normalmente un ataque destructivo. Variable abstracta evaluada en escala ordinal y se pone en marcha con características:

Valor 0: sin desintegración. Superficie lisa y revestida, posible ausencia de bordes de avance.

Valor 1: Pérdida de superficie pulida. Carilla cervical inmaculada o con lesión erosiva, concavidad más extensa que profunda, reconociéndola en consecuencia por un raspado de cepillo. Bordes ondulados imaginables de la llaga, sin dentina incluida.

Valor 2: el compromiso de la dentina no es exactamente el 50% de la superficie del diente

Valor 3: compromiso de la dentina más prominente que la mitad de la superficie del diente.

Abrasión: es la estructura dental perdida de horrible lugar de nacimiento que influye en el territorio cervical del diente. Variable subjetiva estimada en escala ordinal y toma las cualidades acompañantes:

0: Sin desgaste de los dientes: No hay deficiencia de atributos de laca.

1: Desgracia de esmalte por debajo del 10% de la superficie.

2: Desgracia de esmalte en algún lugar en el rango del 10% y 1/3 de la superficie.

3: La desgracia del esmalte influye entre 1/3 y 2/3 de la superficie.

4: La desgracia del esmalte influye en más de 2/3 de la superficie.

Abfracción: es un problema físico provocado por poderes oclusales caprichosos de una parafunción (bruxismo). Variable subjetiva estimada en escala ordinal y toma las cualidades acompañantes:

0: Sin deficiencia de forma cervical

1: pérdida mínima de forma cervical

2: imperfección cervical de menos de 1 mm de profundidad

3: profundidad cervical por debajo de 1-2 mm de profundidad

4: Defecto de más de 2 mm de profundidad; Presentación de dentina secundaria, introducción. mezcla.

Frecuencia de cepillado: continúe cepillando. Variable subjetiva estimada en una escala ostensible. Además, lleva las cualidades que lo acompañan:

- Si
- No

Técnica de cepillado: forma o método de cepillar la cavidad bucal. Variable de género subjetiva estimada en una escala subjetiva ostensible. Además, lleva las cualidades que lo acompañan:

- Horizontal.
- Vertical.
- Circular.

COVARIABLES:

Edad: rango de vida extrauterino, años terminados. Variable cuantitativa discreta.

Además, necesita las cualidades que lo acompañan:

De 40 a 70 años.

Género: aspecto natural que separa al macho de la hembra. Variable subjetiva ostensible dicotómica, y toma las cualidades acompañantes:

- Femenino
- Masculino.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO	ESCALA	VALOR
Características Clínicas de las Lesiones Cervicales No Cariosas	Perdida patológica de la estructura dentaria localizada en el límite amelocementario (LAC) no respondiendo a una etiología bacteriana	Erosión	Es la pérdida de tejido dental duro que se encuentra en la superficie de los dientes debido a procesos químicos.	Lussi	Cualitativa	Ordinal Politómica	<p>Valor 0: No erosión, superficie suave y glaseada.</p> <p>Valor 1: Pérdida de superficie de esmalte</p> <p>Valor 2: Compromiso de dentina menor a la mitad de la superficie dentaria.</p> <p>Valor 3: Compromiso de dentina mayor a la mitad de la superficie dentaria.</p>
		Abrasión	Es una pérdida de estructura dental de origen traumático que afecta al área cervical del diente	Etwi	Cualitativa	Ordinal Politómica	<p>Valor 0: Sin desgaste dentario,</p> <p>Valor 1: Pérdida de esmalte menor al 10% de la superficie cervical.</p> <p>Valor 2: Pérdida de esmalte entre 10% y 1/3 de la superficie cervical.</p> <p>Valor 3: Pérdida de esmalte afecta entre 1/3 y 2/3 de la superficie cervical.</p> <p>Valor 4: Pérdida de esmalte afecta más de 2/3 de la superficie cervical.</p>
		Abfracción	Es una lesión causada por fuerzas oclusales excéntricas de una parafunción (bruxismo)	Índice de Abfracción	Cualitativa	Ordinal Politómica	<p>Valor 0: Ninguna pérdida de contorno cervical.</p> <p>Valor 1: Mínima pérdida de contorno cervical.</p> <p>Valor 2: Defecto menor de 1mm de profundidad.</p> <p>Valor 3: Defecto menor de 1-2mm de profundidad.</p> <p>Valor 4: Defecto de más de 2mm de profundidad, exposición de dentina secundaria, exposición pulpar.</p>

Frecuencia de cepillado	Repticion de cepillado	.....	Repeticion del acto de cepillado de la cavidad oral	Ficha odontologica	Cualitativa	Nominal	Si No
Tecnica de cepillado	Habilidad para aplicar procedimientos mecanicos con el cepillo en la boca.	.....	Modo o forma de cepillarse la cavidad oral		Cualitativa	Nominal dicotomica	Horizontal Circular

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO	ESCALA	VALORES
Genero	Condición orgánica que diferencia al varón de la mujer.	.....	Identificación del rubro sexo en la Ficha de matrícula	Ficha de recoleccion de datos	Cualitativa	Nominal Dicotomica	Masculino Femenino
Edad	Se define como el tiempo transcurrido que ha vivido una persona.	.....	Corresponde a la edad cronológica según la nómina de matrícula		Cuantitativa	Discreta	De 30 a 40 años. De 40 a 50 años. De 50 a 60 años De 60 a 70 años

3.7. Población, muestra y muestreo

Población:

El estudio desarrollado tuvo como población a 100 adultos del Comedor Parroquial Nuestra Señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019 del distrito de Abancay comprendidas entre 40 y 70 años de edad.

Muestra:

La unidad de muestreo son los adultos que integran el comedor Parroquial Nuestra Señora de Guadalupe del Distrito de Abancay. Se consideró como unidad de análisis la zona cervical de cada parte dental examinada, en los adultos que integran el comedor parroquial Nuestra Señora De Guadalupe del Distrito de Abancay.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Personas adultas que pertenecen al comedor Parroquial Nuestra Señora de Guadalupe del Distrito de Abancay.
- Personas con lesiones cervicales no cariosas.
- Personas de entre 40 y 70 años.
- Personas en muy buen estado general.
- Personas que firman el asentimiento educado.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Personas con dientes con llagas cervicales cariosas.
- Piezas dentarias que concluyen actual a nivel cervical.
- Personas con tratamiento de ortodoncia.
- Personas con trastorno de Sjorgen.

- Personas que padecen quemaduras por medicamentos que causan xerostomía.

3.8. Técnicas e instrumentos

El paciente fue examinado y se ejecutó las preguntas del instrumento evaluador, "Ficha Odontológica" que constó de dos partes: Datos de filiación y el examen intraoral que presenta un Odontograma y una clave para identificar la forma de la lesión. En dicho Odontograma se llenó la presencia de las LCNC. Y el otro instrumento cuestionario de preguntas. En términos generales esta técnica manual, se basó en observar, examinar, y rellenar la Ficha Odontológica los datos obtenidos de cada adulto, luego se analizó los datos mediante el Programa SPSS Form21 obteniendo resultados.

3.9. Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación consideró el aspecto ético, teniendo en cuenta su originalidad en su desarrollo, teniendo en cuenta que pasa por la revisión rigurosa sobre su redacción mediante sistema anti plagio.

3.10. Procesamiento estadístico

Para surtido de información se utilizó un registro dental y una encuesta, el asociado dirigirá la reunión con la encuesta y el especialista conducirá el registro dental para la evaluación clínica en adultos que tengan un lugar en el salón Parroquial Nuestra Señora de Guadalupe. La información adquirida se examinó en una tabla de cuadrícula, y los proyectos de Excel y SPSS. La información obtenida fue considerada en gráficos y tablas para un análisis adecuado, asimismo se utilizó la desviación, estándar, media y la prueba de chi cuadrado.

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

4.1.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS

Para lograr los objetivos establecidos hacia el inicio de este examen donde los resultados se obtuvieron del ejemplo aplicando el método de reunión que nos ha permitido eliminar los datos a través de la encuesta, los datos ordenados se depuran para su preparación, lo que puede ser una prueba en la adición.

4.1.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL OBJETIVO GENERAL

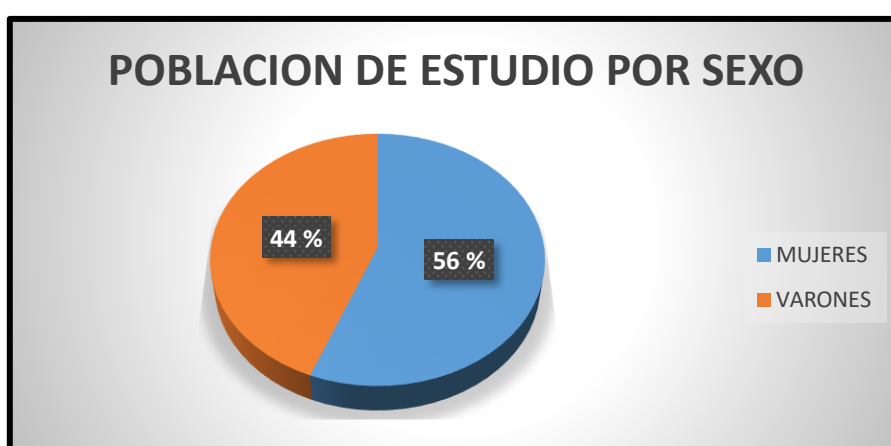
Determinación de los aspectos clínicos de las llagas cervicales que no son bacterianas en adultos de 40 – 70 años de edad en el Comedor Parroquial Nuestra Señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019. A través del uso de la media, porcentaje y moda, se construyó los gráficos y tablas.

Tabla 1 Población de estudio en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019

POBLACION DE ESTUDIO POR SEXO		
MUJERES	56	56%
VARONES	44	44%
TOTAL	100	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 1 Población de estudio en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019



Fuente: Elaboración propia

Interpretación.

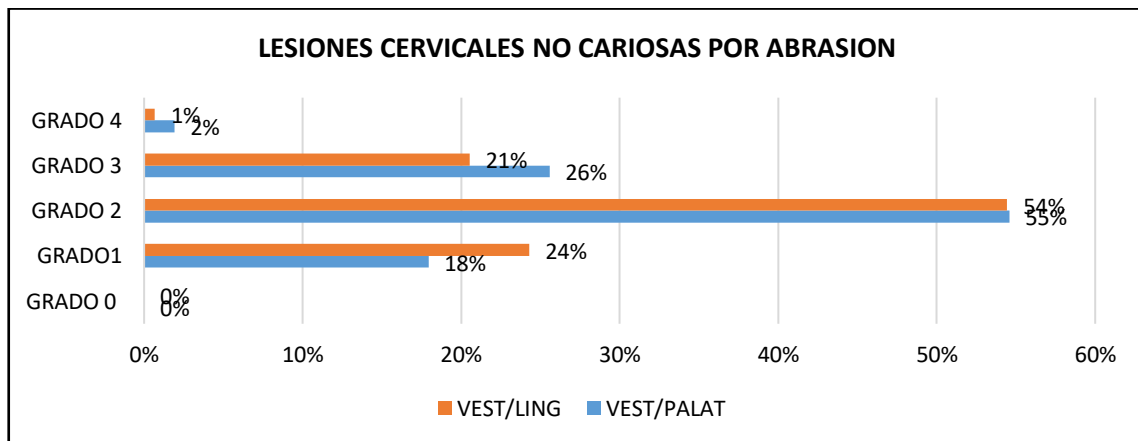
Respecto a la clasificación por sexo, respecto a ello se ha identificado que de 100 personas que integran la muestra de estudio, se visualiza que (56 individuos) es decir 56.5%, representan al grupo femenino y que (44 individuos) es decir 44.4%, representa al grupo masculino. Lo que nos indica que la mayor cantidad de población está representada por el grupo femenino en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019.

Tabla 2 Lesiones cervicales no cariosas por abrasión

LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS POR ABRASION				
GRADO DE AFECCION	VEST/PALAT	%	VEST/LING	%
GRADO 0	0	0	0	0
GRADO 1	47	18	71	24
GRADO 2	143	55	159	54
GRADO 3	67	26	60	21
GRADO 4	5	2	2	1
TOTAL	262	100	292	100

Fuente: Elaboración propia

Figura 2 Lesiones cervicales no cariosas por abrasión en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019



Fuente: Elaboración propia

Interpretación.

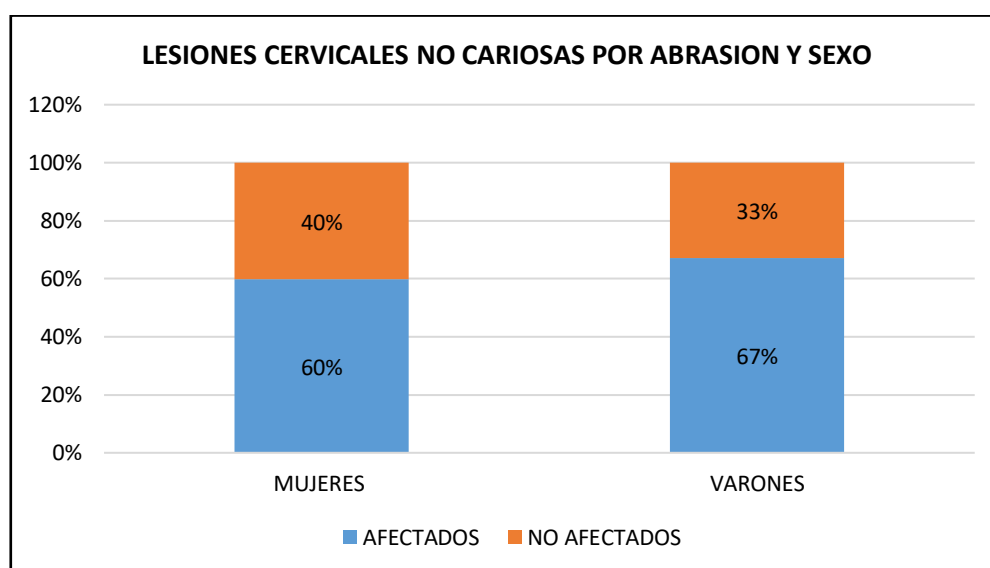
Con referencia a la prevalencia de Abrasión como una lesión dental que no es cariosa, como podemos ver en la tabla N 2 y gráfico N 2 podemos observar que, de los 100 individuos, existe la prevalencia de la abrasión en la parte vestibular lingual de grado 2 en 54%, y en la parte vestibular palatino también de grado 2 en un 55%, siendo estas representaciones las más representativas, lo que nos indica, la existencia de un grado alto de prevalencia de las lesiones dentales por abrasión de grado 2 en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019.

Tabla 3 Lesiones cervicales no cariosas por abrasión y sexo

LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS POR ABRASION Y SEXO							
SEXO	AFFECTADOS	%	NO AFFECTADOS	%	TOTAL		
MUJERES	33.5	60	22.5	40	56	100%	
VARONES	29.5	67	14.5	33	44	100%	
TOTAL	63	63	37	37	100	100%	

Fuente: Elaboración propia

Figura 3 Lesiones cervicales no cariosas por abrasión y sexo



Fuente: Elaboración propia

Interpretación.

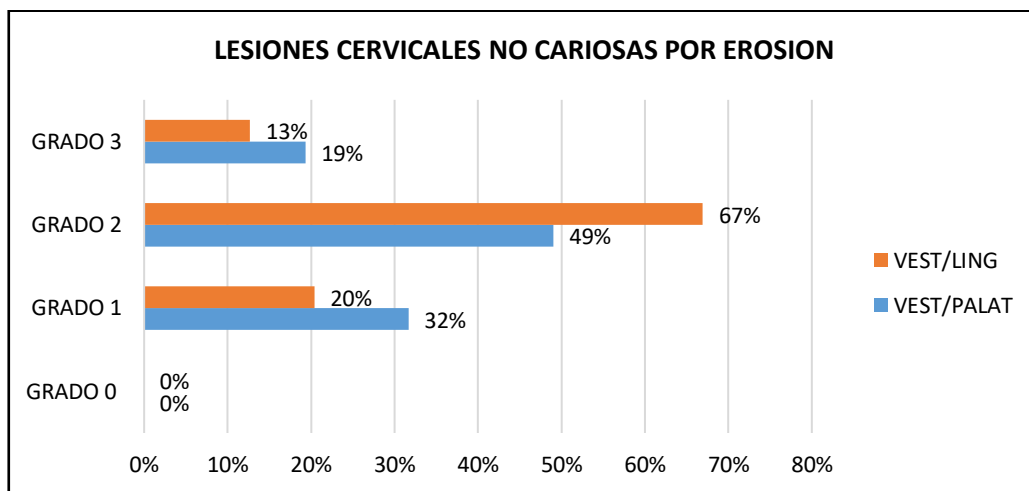
Con referencia a la prevalencia de la Abrasión como aquella lesión dental que no es cariosa respecto al sexo del grupo de estudio como se muestra en la tabla N° 03 y gráfico N° 3, podemos observar que, de los 100 individuos, 56 representa al grupo femenino de los cuales el 60% son afectados y 40% no son afectados, así como el grupo masculino es de 44 individuos de los cuales el 67% son afectados por lesión dentaria abrasión y el 33% no son afectados.

Tabla 4 Lesiones cervicales no cariosas por erosión

LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS POR EROSION				
GRADO DE AFECCION	VEST/PALAT	%	VEST/LING	%
GRADO 0	0	0	0	0
GRADO 1	82	32	53	20
GRADO 2	127	49	174	67
GRADO 3	50	19	33	13
TOTAL	259	100	260	100

Fuente: Elaboración propia

Figura 4 Lesiones cervicales no cariosas por erosión



Fuente: Elaboración propia

Interpretación.

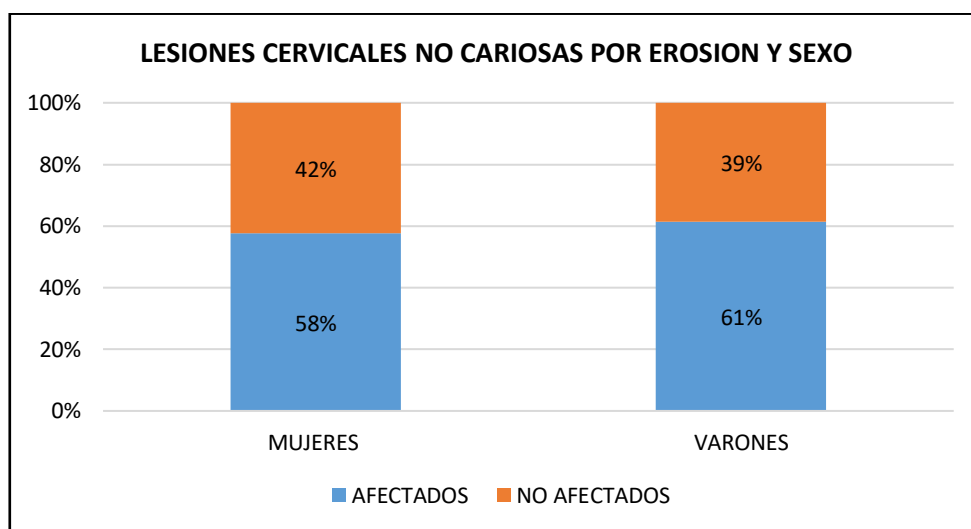
Respecto a la prevalencia de la Erosión como aquella lesión dental que no es cariosa, como podemos apreciar en la tabla N°4 y el gráfico N° 4 podemos observar que, de los 100 individuos, existe la prevalencia de la erosión en la parte vestibular lingual de grado 2 en 67%, y en la parte vestibular palatino también de grado 2 en un 49%, siendo estas representaciones las más significativas, lo que nos indica que existe un grado alto de prevalencia de las lesiones dentales por erosión de grado 2 que quiere decir Compromiso de dentina, siendo inferior a la mitad de la s/d en los adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019.

Tabla 5 Lesiones cervicales no cariosas por erosión y sexo

LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS POR EROSION Y SEXO						
SEXO	AFECTADOS	%	NO AFECTADOS	%	TOTAL	
MUJERES	32	58	24	42	56	100%
VARONES	27	61	17	39	44	100%
TOTAL	59	59	41	41	100	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 5 Lesiones cervicales no cariosas por erosión y sexo



Fuente: Elaboración propia

Interpretación.

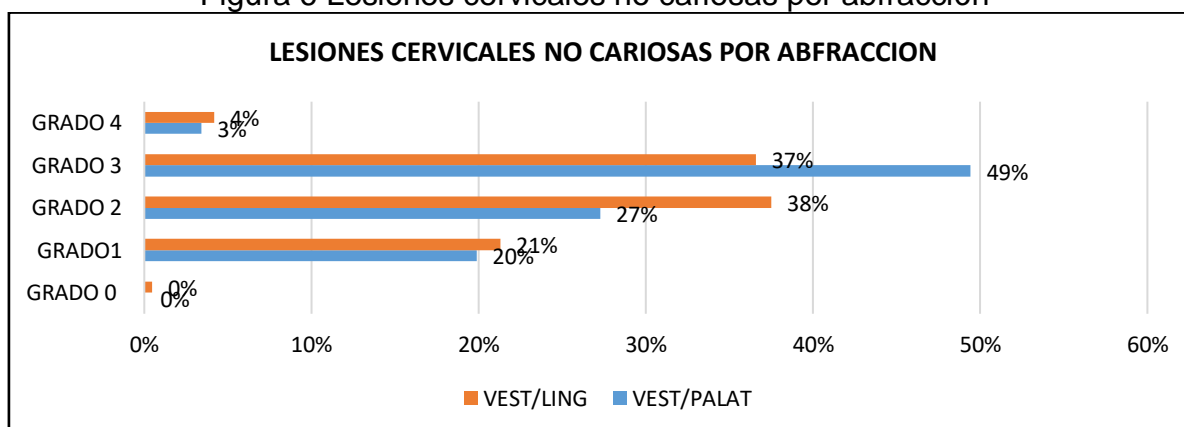
Respecto a la prevalencia de la Erosión como aquella lesión dental no cariosa respecto al sexo del grupo de investigación, podemos apreciar en la tabla N°5 y el gráfico N° 5 donde se identifica que, de los 100 individuos, 56 representa al grupo femenino y 44 al grupo masculino, de los cuales en el grupo femenino solo el 58% es afectado por las LCNC por erosión y el 42% no es afectada, así como en el grupo masculino solo el 61 % es afectado por las LCNC por erosión y el 39% no es afectada en los adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019.

Tabla 6 Lesiones cervicales no cariosas por abfracción
LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS POR ABFRACCION

GRADO DE AFECCION	VEST/PALAT	%	VEST/LING	%
GRADO 0	0	0	1	0
GRADO 1	35	21	46	21
GRADO 2	48	27	81	38
GRADO 3	87	49	79	37
GRADO 4	6	3	9	4
TOTAL	176	100	216	100

Fuente: Elaboración propia

Figura 6 Lesiones cervicales no cariosas por abfracción



Fuente: Elaboración propia

Interpretación.

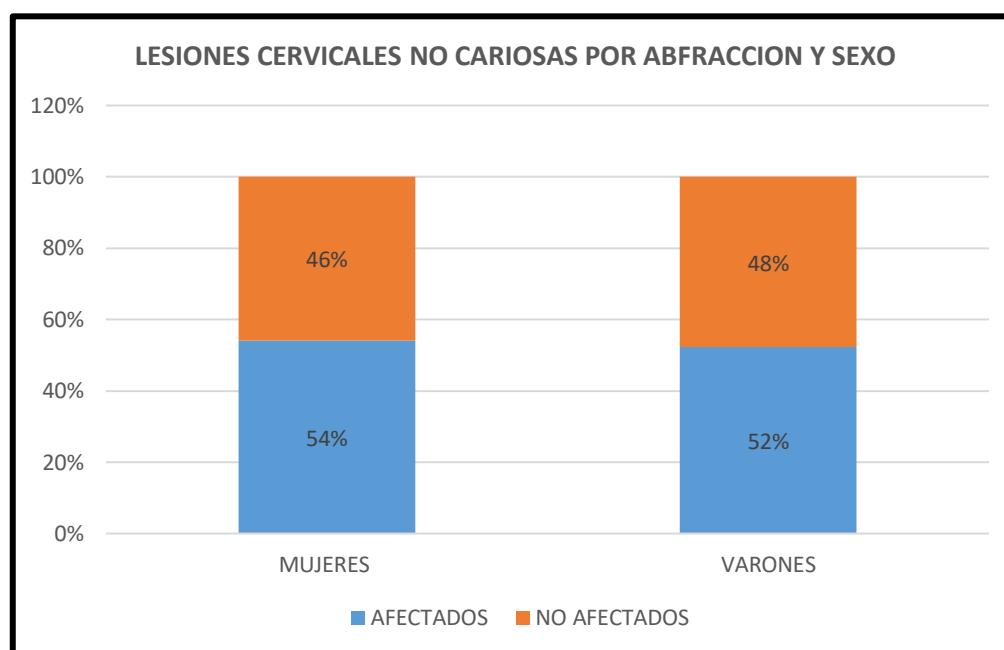
Respecto a la prevalencia de la Abfracción como aquella lesión dental no cariosa, como podemos apreciar en la tabla N°6 y el gráfico N° 6 podemos observar que, de los 100 individuos, existe la prevalencia de la abfracción en la parte vestibular lingual de grado 2 en 38% que se puede interpretar que hay un inferior a 1mm de profundidad Cervical y de grado 3 en 37% que quiere decir que existe defecto menor de 1-2mm de profundidad Cervical, y en la parte vestibular palatino de grado 3 en un 49% que quiere decir que también existe defecto menor de 1-2mm de profundidad Cervical, siendo estas representaciones las más significativas, lo que nos indica que existe un elevado grado de prevalencia de las lesiones dentales por erosión de grado 2 y grado 3 en los adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019.

Tabla 7 Lesiones cervicales no cariosas por abfracción y sexo

LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS POR ABFRACCION Y SEXO						
SEXO	AFECTADOS	%	NO AFECTADOS	%	TOTAL	
MUJERES	30	54	26	46	56	100%
VARONES	23	52	21	48	44	100%
TOTAL	53	53	47	47	100	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 7 Lesiones cervicales no cariosas por abfracción y sexo



Fuente: Elaboración propia

Interpretación.

Respecto a la prevalencia de la abfracción como aquella lesión dentaria que no es cariosa respecto al sexo del grupo de investigación, podemos apreciar en la tabla N°7 y el gráfico N° 7 donde se observa que, de los 100 individuos, 56 representa al grupo femenino y 44 al grupo masculino, de los cuales en el grupo femenino solo el 54% es afectado por las LCNC por abfracción y el 46% no es afectada, así como en el grupo masculino solo el 52% es afectado por las LCNC por abfracción y el 48% no es afectada en los adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019.

4.1.3 ANALISIS DESCRIPTIVO DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.1.3.1 Objetivo específico 1.

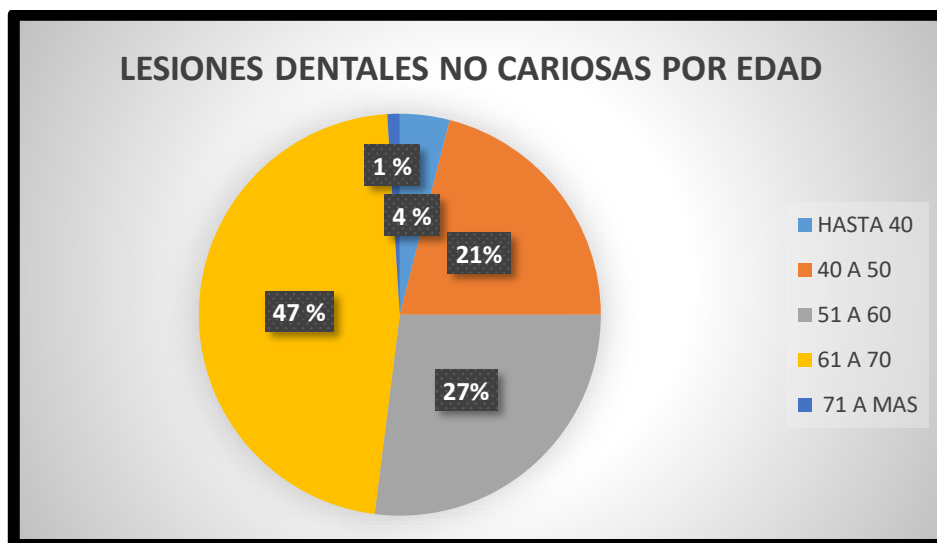
Identificar el grupo etario que se encuentra más afectado por las lesiones dentarias no cariosas en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019, según sexo.

Tabla 8 Lesiones dentales no cariosa por edad

LESIONES DENTALES NO CARIOSAS POR EDAD			
	INTERVALO	N°	%
GRUPO ETARIO	HASTA 40	4	4
	40 A 50	21	21
	51 A 60	27	27
	61 A 70	47	47
	71 A MAS	1	1
	TOTAL	100	100

Fuente: Elaboración propia

Figura 8 Lesiones dentales no cariosa por edad



Fuente: Elaboración propia

Interpretación.

Respecto a la lesión dentaria no cariosa respecto a la edad del grupo de estudio, podemos apreciar en la tabla N°8 y el gráfico N° 8 donde se observa que, de los 100 individuos se ha distribuido en 5 grupos intervalares donde el grupo de menos hasta 40 años solo son afectados el 4%, de 40 a 50 años son afectados el 21% en el grupo de 51 a 60 años son afectados el 27%, en el grupo de 61 a 70 años son afectados el 47% y en el grupo de 70 a más son afectados el 1%.

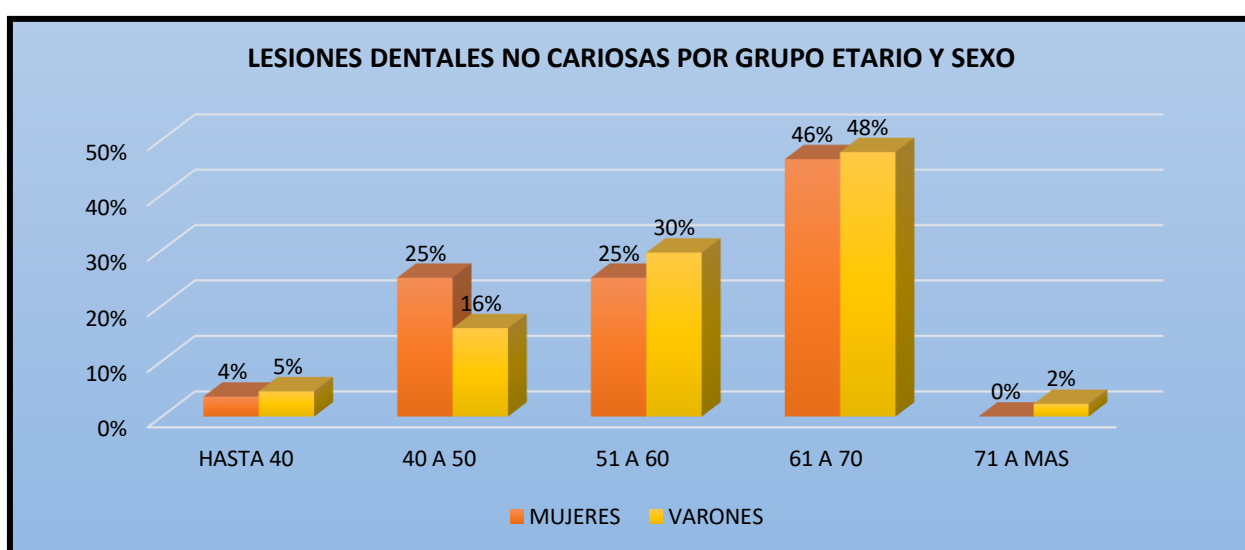
De donde podemos concluir que el grupo etario más afectada por las LDNC es de 61 a 70 años, en los adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019.

Tabla 9 Lesiones dentales no cariosa por edad y sexo

LESIONES DENTALES NO CARIOSAS POR GRUPO ETARIO Y SEXO							
GRUPO ETARIO	INTERVALO	MUJERES	%	VARONES	%	N°	%
	HASTA 40	2	4	2	4	4	4
	40 A 50	14	25	7	16	21	21
	51 A 60	14	25	13	30	27	27
	61 A 70	26	46	21	48	47	47
	71 A MAS	0	0	1	2	1	1
	TOTAL	56	100	44	100	100	100

Fuente: Elaboración propia

Figura 9 Lesiones dentales no cariosa por edad y sexo



Fuente: Elaboración propia

Interpretación.

Con referencia a la lesión dentaria no cariosa respecto a la edad y sexo del grupo de estudio, podemos apreciar en la tabla N°9 y el gráfico N° 9 donde se observa que, de los 100 individuos distribuidos en 5 grupos intervalares podemos concluir que el grupo etario más afectada que padece de LDNC es de 61 a 70 años, donde del grupo femenino representa 46% y del grupo de los varones el 48%, y el resto distribuido en los demás grupos etarios. Lo que nos indica que casi la mitad de los individuos del grupo de investigación padecen o son afectados por las LDNC en los adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019.

4.1.3.2 Objetivo específico 2.

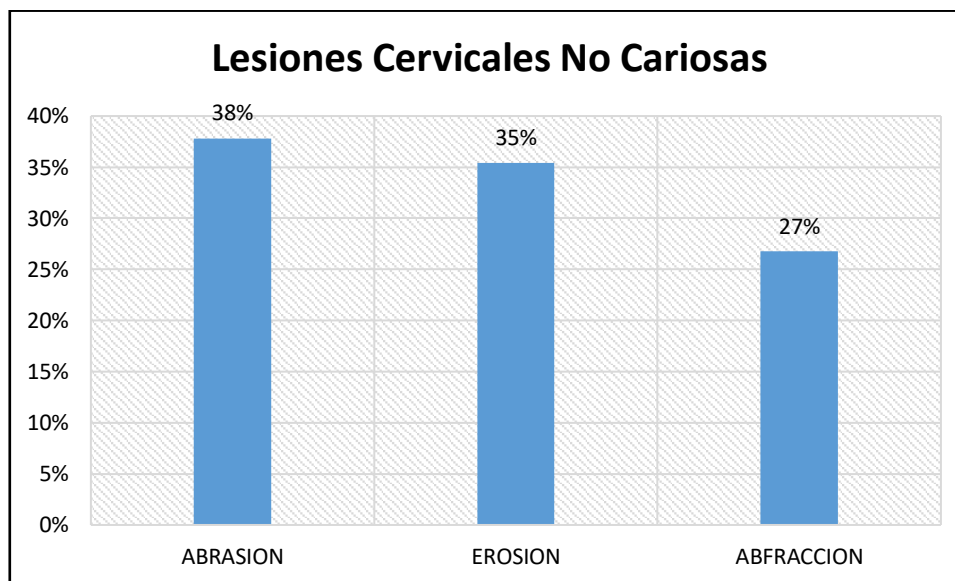
Identificar las lesiones dentarias no cariosas que se presentan con mayor frecuencia en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019, según sexo.

Tabla 10 Lesiones cervicales no cariosas

LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS		
LCNC	N°	%
ABRACION	554	38
EROSION	519	35
ABFRACCION	392	27
TOTAL	1465	100

Fuente: Elaboración propia

Figura 10 Lesiones cervicales no cariosas



Fuente: Elaboración propia

Interpretación.

Respecto a la lesión dentaria no cariosa en general, podemos apreciar en la tabla N°10 y el gráfico N° 10 donde se observa la representación % de las LCNC, donde el 38% representa a la LCNC por abrasión, el 35% representa a la LCNC por erosión, y el 27% representa a la LCNC por abfracción, de donde podemos concluir

que la mayor parte del grupo de estudio está afectado o sufre de las LCNC por abrasión, seguido de LCNC por erosión y las LCNC por abfracción en los adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019.

Identificar las técnicas de cepillado y elementos para la higiene bucal con su impacto en el desgaste dental en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019, según técnica de cepillado, según sexo.

4.1.3.3 Objetivo específico 3.

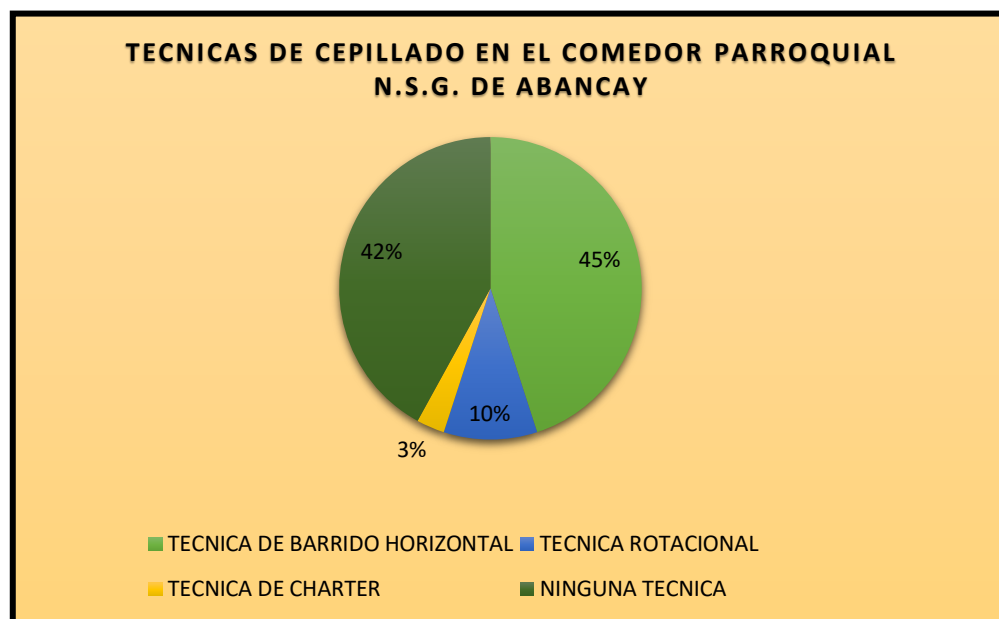
Identificar las técnicas de cepillado y elementos para la higiene bucal con su impacto en el desgaste dental en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019, según técnica de cepillado, según sexo.

Tabla 11 Técnicas de cepillado

TECNICAS DE CEPILLADO EN EL COMEDPR PARROQUIAL N.S.G. DE ABANCAY		
TECNICA DE CEPILLADO	Nº	%
TECNICA DE BARRIDO HORIZONTAL	45	45
TECNICA ROTACIONAL	10	10
TECNICA DE CHARTER	3	3
NINGUNA TECNICA	42	42
TOTAL	100	100

Fuente: Elaboración propia

Figura 11 Técnicas de cepillado



Fuente: Elaboración propia

Interpretación.

Respecto a las técnicas del cepillado, podemos apreciar en la tabla N°10 y el gráfico N° 10 donde se observa que del grupo total de investigación se tiene

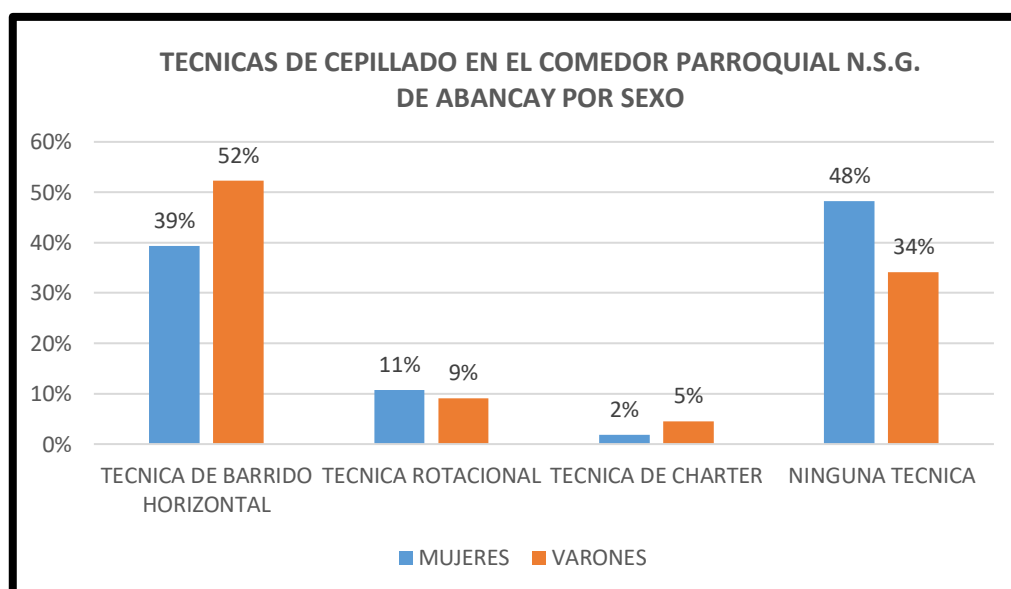
distribuida en cuatro grupos representados en %, de donde se tiene que practican la técnica del barrido horizontal un 45%, la técnica rotacional 10%, la técnica de chárter 3% y de todo ello ninguna de las técnicas 42%, de lo cual podemos interpretar que la mayor parte del grupo de estudio practican la técnica del barrido horizontal así como otra mayor parte no practican ninguna de las técnicas del cepillado, según se tiene la información recogida seria por la falta de hábitos de higiene o la dejadez en cuidado en los adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019.

Tabla 12 Técnicas de cepillado en el comedor parroquial de Abancay por sexo

TECNICAS DE CEPILLADO EN EL COMEDOR PARROQUIAL N.S.G. DE ABANCAY POR SEXO				
TECNICAS DE CEPILLADO	MUJERES	%	VARONES	%
TECNICA DE BARRIDO HORIZONTAL	22	39	23	52
TECNICA ROTACIONAL	6	11	4	9
TECNICA DE CHARTER	1	2	2	5
NINGUNA TECNICA	27	48	15	34
TOTAL	56	100	44	100

Fuente: Elaboración propia

Figura 12 Técnicas de cepillado en el comedor parroquial de Abancay por sexo



Fuente: Elaboración propia

Interpretación.

Respecto a las técnicas del cepillado según sexo, podemos apreciar en la tabla N°11 y el gráfico N° 11 donde se observa que del grupo total de investigación se tiene distribuida en cuatro grupos representados en %, y a la vez distribuido en mujeres y varones en cada grupo, donde la técnica del barrido horizontal representado por mujeres 39% y varones 52%, en la técnica rotacional mujeres 11% y varones 9%, en la técnica de carácter mujeres 2% y varones 5% y en ninguna de las técnicas mujeres 48% y varones 34%, de lo cual podemos interpretar que:

Los varones en su mayoría son los que practican la técnica del cepillado en un 52% así como las mujeres en su mayoría 48% son las que no practican la técnica del cepillado sin considerar el tipo de técnica en los adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019.

4.1. Discusión de resultados

De los objetivos planteados en la presente investigación las lesiones cervicales que no cariosas se encuentran en un 59% del objeto de investigación, de los cuales las personas que más lo poseen son las mujeres que representan un 31% y 27% varones así mismo también se tiene que la lesiones cervicales no cariosas de afecta a la mayoría es la lesión cervical no cariosa por abrasión, seguida por la lesión cervical no cariosa por erosión, del mismo modo también se tiene que el grupo etario más afectada es de 61 años a 70 años.

Por otro lado, la práctica de las técnicas del cepillado, es una acción que la mayor parte que practican esta acción son los varones, así como la mayor parte las mujeres también no practican, en cuanto a la técnica de mayor practica se tiene que la técnica de barrido horizontal es la que se practica en su mayoría.

La lesión cervical no cariosa por abrasión, es la que tuvo más caso que representa un 38% de los afectados en general, de los cuales el grupo según sexo la que mayor representación como afectado fue las mujeres, seguido de los varones, a lo que se contradice la investigación realizada por *Varillas (2015)* con su tesis titulada” Prevalencia de lesiones cervicales no cariosas según sus características clínicas en pacientes adultos del Hospital Militar Central” donde concluyo que las lesiones cervicales por abrasión en pacientes considero un porcentaje bajo de 15,5%.

Esto se debe a que el grupo de investigación practicado fue un grupo de menor edad menor de 40 años, frente al grupo de estudio de la presente investigación que es de 40 años a 70 años.

La erosión como lesión cervical no cariosa es la que está presente en segundo lugar que representa un 35%, así mismo en este grupo de afectados se presenta con mayores casos en mujeres, lo que se puede contrastar según la investigación realizada por *Varillas* (2003) en su trabajo titulado: "Prevalencia de lesiones cervicales no cariosas según sus características clínicas en pacientes adultos del Hospital Militar Central" donde concluye que la lesión cervical no cariosa por erosión se da en su mayoría en pacientes mujeres, en un 45%.

De acuerdo con los resultados se identificó que las lesiones dentarias no cariosas que se presentan con mayor frecuencia en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurimac-2019, según sexo. Donde según los resultados obtenidos en la Tabla N° 10 y grafico N° 10 nos muestra que la lesión cervical no cariosa es por abrasión que representa el 38% seguido de la lesión cervical no cariosa por erosión que representa el 35%, dicho planteamiento no concuerda con lo que indica *Nuñez* (2017), en su tesis "Prevalencia de lesiones dentarias no cariosas en estudiantes de estomatología, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Chachapoyas – 2016", en el cual menciona que las lesiones dentarias por abrasión representan solo el 15%, ello debido a que se trabajó con población relativamente joven, considerándose estudiantes universitarios cuyo promedio de edad es de 25 años.

CONCLUSIONES

1. Respecto al objetivo general planteado donde se debe determinar los aspectos clínicos de las características clínicas de las lesiones cervicales no cariosas en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurimac-2019, se ha podido obtener resultados donde se puede caracterizar en la tabla N°1, donde el 56% de la población está representada por las mujeres que representa la mayor parte de la probación, así como lo que predomina según el grado de afección en la lesiones cervicales no cariosas es de segundo grado en cada una de las LCNC.
2. En cuanto al objetivo específico que es Identificar el grupo etario que se encuentra más afectado por la llaga dentarias no bacteriana en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurimac-2019, según sexo. Según los resultados de la Tabla N° 8 y grafico N° 8 el grupo etario más afectado es de 61 años a 70 años, así como según Tabla N° 9 y grafico N° 9 el grupo por sexo es la femenina que tiene la mayor afección.
3. Según el objetivo específico dos donde se debe Identificar las lesiones dentarias no cariosas que se presentan con mayor frecuencia en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurimac-2019, según sexo. Donde según los resultados obtenidos en la Tabla N° 10 y grafico N° 10 nos muestra que la lesión cervical no cariosa es por abrasión que representa el 38% seguido de la lesión cervical no cariosa por erosión que representa el 35%.

4. Así mismo Identificar las técnicas de cepillado y elementos para la higiene bucal con su impacto en el desgaste dental en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurimac-2019, según técnica de cepillado, según sexo. Donde según los resultados obtenidos en Tabla N° 11 y grafico N° 11 nos muestra entre las técnicas más utilizadas son la técnica del barrido horizontal con 45% y como segundo lugar de todo el grupo son los que no utilizan ningún tipo de técnica de limpieza que representa un 42%.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar charlas de sensibilización y control a la población identificada por parte de la red asistencial de salud de la zona considerando que el problema se agrava en el género femenino, es necesario realizar un seguimiento de la evolución de acuerdo a una evaluación periódica.
2. Se recomienda efectuar mayores controles y atención a la población con mayor afección, el grupo etario más afectado la población de 61 a 70 años, sobre todo a los pacientes de sexo femenino.
3. Se recomienda efectuar mayor control y seguimiento a la población adulta entre 40 a 70 años quienes presenten mayores lesiones dentarias, ello efectuando un tratamiento para poder prevenir, así como curar dichas lesiones.
4. Se recomienda realizar campañas de sensibilización de manera permanente sobre el cuidado e higiene bucal sobre todo en adultos entre 40 a 70 años, asimismo realizar diagnósticos y controles periódicos.
5. Se recomienda al Minsa, para que tenga más énfasis en el estudio y en persona adulta mayor de edad, a estudiantes para que puedan llevar a cabo campañas en entidades dónde hay acopio de personas mayores de edad.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Recursos

Para la realización del presente estudio se consideró los siguientes recursos:

- Recursos humanos: Estadista, asesor de tesis y el investigador propiamente.
- Recursos materiales: Entre los recursos materiales se consideró, útiles de escritorio, memoria USB, folder y cuaderno de apuntes.
- Servicios: Se ha requerido los servicios de fotocopiado, servicios de transporte, servicio de anillado.

Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2021								
	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Redacción del título	x								
Esquema del proyecto		x							
Elementos del proyecto		x	x						
Objetivos de la investigación			x						
Justificación			x						
DESARROLLO				x					
Revisión de la bibliografía				x					
Elaboración del marco teórico				x	x				
Recolección de datos					x				
Análisis de datos						x	x		
Presentación del avance de la investigación							x		
CIERRE							x		
Redacción de la tesis								x	
Revisión de la tesis									x
Defensa de la tesis									x

Presupuesto y financiamiento

Presupuesto

RECURSOS	
HUMANOS Y MATERIALES	Costo
<i>Personal</i>	
Tutoria y asesoria del trabajo	S/. 1,000.00
<i>Equipos</i>	
Presentacion de la investigacion	S/. 500.00
<i>Servicios</i>	
Reproduccion de material	S/. 200.00
Procesamiento de datos	S/. 900.00
Logistica	S/. 200.00
Gastos de transporte	S/. 100.00
Total	S/. 3,000.00

Financiamiento

El financiamiento para el presente estudio fue propio del investigador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barreda Paredes R. Abfracciones: lesiones cervicales no cariosas, prevalencia y distribución: Vision Dental; 2002.
2. U. J. A, C.L. J. Non-carious Cervical Tooth Loss: Part 1. 22nd ed. Update D, editor.; 1995.
3. J.F. A. The measurement of the effect of toothbrushes on soft tissue: Dent Res; 1997.
4. Martín Cardenas L. Factores que definen las características clínicas de las lesiones cervicales en las pacientes mujeres adultas de los comedores populares del distrito de Pillcobamba - Huanuco Huanuco: Universidad Nacional Emilio Valdizan; 2010.
5. Lanata E. Operatoria Dental, Estética y Adhesión Argentina: Grupo Guía; 2005.
6. Nemeorskyce A. Lesiones de Erosión y Abrasión dental hcc, editor. Argentina: Educ Cont; 1996.
7. Tumenas I, Ishikiriyama S. Planeamiento, estético integrado emperiodontia/dentística Sao Pablo: Artes Médicas.
8. Kumar S, Kumar A, Debnath N. Prevalence and risk factors for non-carious cervical lesions in children attending special needs schools in India India: Journal of oral science; 2015.

9. Rodriguez H, Hernandez Y, Gonzales C. Lesiones cervicales no cariosas en pacientes de area de salud Electrico Municipio Arroyo Naranjo. 003475072016000400002nd ed. Cuba: Revista Cubana de Estomatologia; 2015.
10. Aguilar S. Prevalencia de lesiones cervicales no cariosas en universitarios Mexico: Universitaria Veracruzana; 2012.
11. Ritter A, Grippo J, Coleman T, Morgan M. Prevalence of Carious and Non - caious Cervical Lesions in Archaeological Populationsfrom North America and Europe EE.UU: Journal Compilation; 2009.
12. AW TC, LEPE X, JOHNSON GH, MANCL L. Department of Restorative Dentistry DentAssoc JA, editor. Washington: University of Washington School of Dentistry; 2002.
13. TELLES D. , PEGORARO LF, PEREIRA JC. Prevalence of non-cairous cervical lesions and theirrelation to occlusalaspect a clinicalstudy: J EsthetDent; 2005.
14. BORČIĆ JAI, MUHVIC-UREK MFS. Theprevalence of non - carious cervical lesions in permanentdentition Journal of Oral Rehabilitation; 2003.
15. AUBRY M, MAFART B, DONAT B, BRAU JJ. Laboratoried Anthropologie Marseille - France: Am J PhysAnthropol; 2003.

16. BRADLEY T, PIOTROWSKI , WILLIAM B, GILLETTE , EVERETT B, HANCOCK. Examining the prevalence and characteristics of abfraction like cervical lesions in a population of U.S. veterans: JADA; 2001.
17. SOUZA EM, PAGNONCELLI FR. Predominio de lesiones cervicales no cariosas en estudiantes dentales Parana: Escuela dental de PUCPR; 2001.
18. BARREDA PAREDES R. Abfracciones lesiones cervicales no cariosas, prevalencia y distribución: Revista Vision Dental; 2002.
19. Varillas Castro EV. Prevalencia de lesiones cervicales no cariosas segun sus características clinicas en pacientes adltos del Hospital Militar Central Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
20. LATORRE LOPEZ EA. Prevalencia de lesiones dentarias no cariosas en la Comunidad de Santa Rosa anexo 22 Jicamarca San Juna de Lurigancho Lima; 2009.
21. ALVAREZ PEREZ LL. "Prevalencia de Caries de Infancia Temprana según el criterio de Diagnostico ICDAS en niños de 3-5 años de la IE. Micaela Bastidas 03 Abancay- Apurimac- 2017 Abancay: Universidad Tecnologica de los Andes; 2018.
22. CASTILLO LIVON M. "PREVALENCIA DE ALTERACIONES PERIODONTALES Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO EN ADOLESCENTES DE 14-16 AÑOS DEL DISTRITO DE ABANCAY, APURIMAC , 2017 Abancay: Universidad Tecnologica de los Andes; 2017.

23. Garone W. Lesiones no cariosas: El nuevo desafio de la odontologia Sao Paulo: Santos; 2010.
24. Barrancos M. Operatoria dental Buenos Aires: Medica Panamericana , Integracion clinica; 2010.
25. Ordoñez J. Prevalencia de Lesiones Cervicales no cariosas en pacientes de 18 a 60 años que asistan al servicio odontologico del hospital Teofilo Davila en el mes de Junio del 2012: Recuperado de: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/874/1/T-UCSG-PRE-MEDODON-44.pdf>; 2012.
26. Nocchi C. Odontologia restauradora, salud y estetica Brasil: Medica Panamericana; 2007.
27. Cuniberti N, Rossi G. Lesiones cervicales no cariosas. La lesion dental del futuro Buenos Aires: Medica Panamericana; 2009.
28. Garcia J, Carmona J, Gonzales X, Gonzales R, Labrador D. Atricion dentaria en la oclusion permanente Rio RdCMdPd, editor. Brasil: Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-1942014000400003&script=sci_arttext; 2014.
29. Ordoñez J. Prevalencia de lesiones cervicales no cariosas en pacientes de 18 a 60 años que asistan al hospital Teofilo Davila en el mes de Junio 2012: Recuperado de: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/874/1/TUCSG-PRE-MED-ODON-44.pdf>; 2012.

30. Cuniberti N. Dentsply. [Online].; 2007. Available from:
<https://www.dentsplysirona.com/es-ib>

31. Sociedad Europea de anestesia regional. Dolopedia. [Online]. Available from:
[http://www.dolopedia.com/index.php/Valoraci%C3%B3n del dolor agudo.](http://www.dolopedia.com/index.php/Valoraci%C3%B3n_del_dolor_agudo)

32. Chimenos E. Diccionario de Odontología España: El servier; 2009.

33. Mish CE. Implantología contemporánea España: El sevier España S.L.; 2009.

34. Cuiberti N, Rossi G. Lesiones cervicales no cariosas, la lesión dental del futuro Buenos Aires: Medica Panamericana; 2009.

35. Nocchi C. Odontología restauradora, salud y estética Brasil: Medica Panamericana; 2007.

36. Cuniberti R, Rossi G. Lesiones cervicales no cariosas Buenos Aires: Medica Panamericana S.A.; 2009.

37. Borrás S, Rosell V. Guía para la reeducación de la deglución y trastornos asociados España: Naus Libres; 2011.

38. Casanueva E, Kaufer M, Pérez A, Arroyo P. Nutriología médica México: Medica Panamericana; 2008.

39. López AC. Efecto erosivo valorado a través de la micro dureza superficial del esmalte dentario, producido por tres bebidas industrializadas por alto consumo en la ciudad de Lima Lima: Recuperado de:

- http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1726/1/mas_la.pdf;
2002.
40. Cuenca E, Baca P. Odontología preventiva y comunitaria, principios, metodos y aplicaciones España: MASSON; 2013.
 41. Casanueva E}, Kaufer M, Perez A, Arroyo P. Nutriología medica Mexico: Meica Panamericana; 2008.
 42. Ricketts D, Bartlett D. Odontología operatoria avanzada. Un abordaje clinico Venezuela: Actualidades Medico Odontologicas Latinoamericana; 2013.
 43. Gil A. Tratado de Nutricion. Composicion y calidad nutritiva de los alimentos Madrid: Medica Americana; 2010.
 44. Enrile de Roja F, Fuenmayor V. Manual de higiene bucal Buenos Aires: Medica Panamericana; 2009.
 45. Cuniberti R. Lesiones cervicales no cariosas, la lesion dental del futuro Buenos Aires: Medica Panamericana; 2009.
 46. Weinberg R, Gould D. Fundamentos de la psicologia del deporte y del ejercicio fisico Madrid: Medica Panamericana S.A.; 2010.
 47. Henostrosa N, Pesantes L, Sueldo G, Martuci D. Erosion o corrosion: Factores etiologicos y diagnostico: Revista facultad de Odontotologia de la Universidad Catolica del Uruguay; 2010.

48. Shipley S, Taylor K, Mitechell W. Identificando casuas de erosion dental: Intramed; 2005.
49. Cuenca E, Baca P. Odontologia preventiva y comunitaria, principios, metodos y aplicaciones España: MASSON; 2013.
50. Grajan J, Hume W. Conservacion y restauracion de la estructura dental España: Diorki; 1999.
51. Tafur AP. Hablemos entre dientes Peru: Universidad Privada de Tacna; 2012.
52. Lindhe L. Peridontologia clinica e Implantologia odontologica Madrid: Medica Panamericana; 2008.
53. Alvarez C, Grille C. COEM. [Online].; 2008 [cited 2015 Enero. Available from: <https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/sepoctnovdic19.pdf>
54. Iskra I. Saludisima. [Online].; 2015 [cited 2015 Enero. Available from: <http://info.saludisima.com/eldesgaste-dentario/>.
55. Manzanilla L. Anatomia de un conjunto residencial Mexico: Instituto de Investigaciones; 1993.
56. Morales F. Temas practicos en Geriatria y gerontoogia Tomo III San Jose de Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia; 2007.
57. Padilla A. Radiologia Oral y Maxilofacial. [Online]. Available from: <http://radiologiaoral.me/atlas/atriccion/>.

58. Torres D, Fuentes R, Bornhardt T, Iturriaga V. Erosión dental y sus posibles factores de riesgo en niños Santiago de Chile: Revista Clinica; 2016.
59. FADENTE. PROCLINIC. [Online].; 2019 [cited 2020. Available from: <https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/sepoctnovdic19.pdf>
60. Amaiz Flores A. LESIONES DE ABFRACCIÓN, ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO Venezuela: Revista científica odontologica; 2014.
61. BORČIĆ JAI, MUHVÍĆ-UREK MFS. The prevalence of non-cariou cervical lesions in permanent dentition: Journal of Oral Rehabilitation; 2003.

ANEXOS

Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	ESCENARIO	MUESTRA	RECOLECCION DE INFORMACIÓN	METODOLOGIA
PROBLEMA GRAL.	OBJETIVO GRAL.	ESCENARIO	POBLACION	INSTRUMENTOS:	TIPO DE INVESTIGACIÓN
¿Cuáles son las características clínicas de las lesiones cervicales no cariosas en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor Parroquial Nuestra Señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac - 2019?	Determinar las características clínicas de las lesiones cervicales no cariosas en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019.	Distrito de Abancay - Provincia de Abancay - Departamento Apurímac - Perú.	Estará conformada por 150 personas adultas del comedor parroquial Nuestra Señora de Guadalupe del Distrito de Abancay - Apurímac.	Fichas odontológicas Cuestionario	Cuantitativa
PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	UNID. DE ESTUDIOS	MUESTRA	VARIABLE	NIVEL DE INVESTIGACIÓN
<p>1) ¿Cuál es el grupo etario que se encuentra más afectado por las lesiones dentarias no cariosas en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor Parroquial Nuestra Señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019, según sexo?</p> <p>2) ¿Cuáles son las lesiones dentarias no cariosas que se presentan con mayor frecuencia en adultos de 40 -70 años de edad en el comedor Parroquial Nuestra Señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019, según sexo?</p> <p>3) ¿Cuáles son las técnicas de cepillado y elementos para la higiene bucal con su impacto en el desgaste dental en adultos entre 40 -70 años de edad del comedor parroquial Nuestra Señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019, según técnica de cepillado?</p>	<p>1) Identificar el grupo etario que se encuentra más afectado por las lesiones dentarias no cariosas en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019, según sexo.</p> <p>2) Identificar las lesiones dentarias no cariosas que se presentan con mayor frecuencia en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019, según sexo.</p> <p>3) Identificar las técnicas de cepillado y elementos para la higiene bucal con su impacto en el desgaste dental en adultos de 40 – 70 años de edad en el comedor parroquial nuestra señora de Guadalupe del distrito de Abancay-Apurímac-2019, según técnica de cepillado, según sexo.</p>	Personas adultas de 40 - 70 años de edad, de ambos sexos que acuden al Comedor Parroquial Nuestra Señora de Guadalupe del Distrito de Abancay - Apurímac.	Estará conformada por 100 personas adultas de 40-70 años de edad del comedor parroquial Nuestra Señora de Guadalupe del Distrito de Abancay - Apurímac.	Características clínicas de lesiones cervicales no cariosas. COVARIABLE: Sexo	El Nivel de la Investigación es de Tipo Descriptivo DISEÑO DE INVESTIGACIÓN El presente trabajo de investigación presenta un diseño descriptivo, observacional ,transversal.

Instrumento de recolección de información



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº:.....

FECHA:.....

TEMA DE EVALUACIÓN: Sobre características clínicas de las lesiones cervicales no cariosas en adultos de 40 -70 años de edad

OPERADOR:.....

PACIENTE:.....

SEXO : (M) (F)

EDAD :

PROCEDENCIA :

ABRASIÓN: Grado 0: Sin desgaste dentario:

Grado 1: Perdida de esmalte menor al 10% de la superficie.

Grado 2: Perdida de esmalte entre 10% y 1/3 de la superficie.

Grado 3: Perdida de esmalte afecta entre 1/3 y 2/3 de la superficie.

Grado 4: Perdida de esmalte afecta más de 2/3 de la superficie.

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
VEST														
PALAT.														
GRADO														



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº:.....

FECHA:.....

TEMA DE EVALUACIÓN: Sobre características clínicas de las lesiones cervicales no cariosas en adultos de 40 -70 años de edad

OPERADOR:.....

PACIENTE:.....

SEXO : (M) (F)

EDAD :

PROCEDENCIA :

EROSIÓN : Grado 0: Sin desgaste dentario:

Grado 1: Perdida de esmalte menor al 10% de la superficie.

Grado 2: Perdida de esmalte entre 10% y 1/3 de la superficie.

Grado 3: Perdida de esmalte afecta entre 1/3 y 2/3 de la superficie.

Grado 4: Perdida de esmalte afecta más de 2/3 de la superficie.

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
VEST														
PALAT.														
GRADO														



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº:.....

FECHA:.....

TEMA DE EVALUACIÓN: Sobre características clínicas de las lesiones cervicales no cariosas en adultos de 40 -70 años de edad

OPERADOR:.....

PACIENTE:.....

SEXO : (M) (F)

EDAD :

PROCEDENCIA :

ABFRACCIÓN : Grado 0: Sin desgaste dentario:

Grado 1: Perdida de esmalte menor al 10% de la superficie.

Grado 2: Perdida de esmalte entre 10% y 1/3 de la superficie.

Grado 3: Perdida de esmalte afecta entre 1/3 y 2/3 de la superficie.

Grado 4: Perdida de esmalte afecta más de 2/3 de la superficie.

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
VEST														
PALAT.														
GRADO														

Índice de erosión de Lussi

- Índice cualitativo que determina las **erosiones** en superficies vestibulares, oclusales y linguales de todos los dientes con excepción de terceros molares.

Superficie	Puntaje	Criterio
Vestibular	0	Sin erosión. Superficie suave y glaseada. Posible ausencia de crestas del desarrollo.
	1	Pérdida de superficie del esmalte. Esmalte cervical intacto o con lesión erosiva, concavidad más amplia que profunda, así distinguirlo de una abrasión por cepillado. Posibles bordes ondulados de la lesión, sin dentina involucrada.
	2	Compromiso de dentina menor a la mitad de la superficie dentaria.
	3	Compromiso de dentina mayor a la mitad de la superficie dentaria.
Oclusal/ lingual	0	Sin erosión. Superficie suave y glaseada. Posible ausencia de crestas del desarrollo.
	1	Suave erosión, cúspides redondeadas, bordes de las restauraciones por encima del nivel de la superficie dentaria adyacente, surcos. Pérdida de superficie de esmalte, dentina no comprometida.
	2	Erosiones severas, signos más pronunciados que en grado 1. dentina comprometida.

ETWI (índice exacto de desgaste dentario)

- Índice para **toda pérdida dentaria no cariosa**. Se clasifica en esmalte, dentina y pérdida en cervical.
- La medición a nivel cervical se realiza con sonda periodontal.

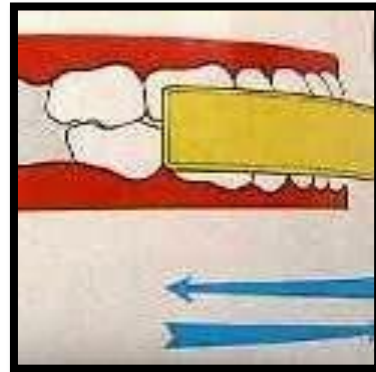
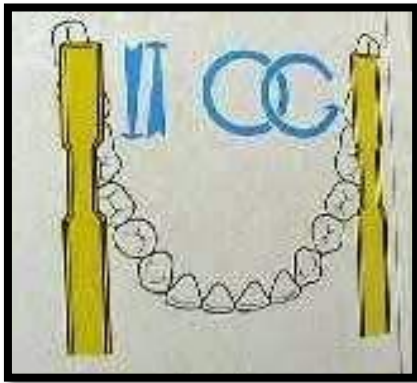
Índice exacto de desgaste para esmalte	
0	Sin desgaste dentario: no hay pérdida de características del esmalte o cambios de contorno
1	Pérdida de esmalte menor al 10% de la superficie
2	Pérdida de esmalte entre 10% y 1/3 de la superficie
3	Pérdida de esmalte afecta entre 1/3 y 2/3 de la superficie
4	Pérdida de esmalte afecta más de 2/3 de la superficie

ÍNDICE DE ABFRACCIÓN:

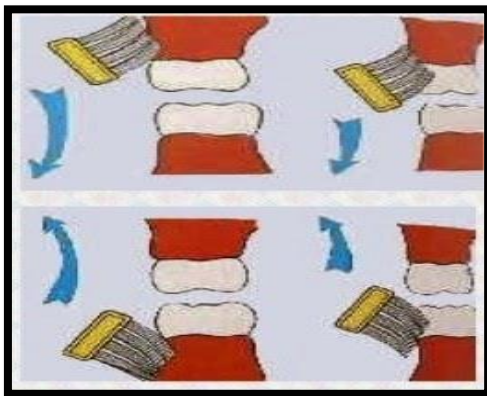
Grado	Superficie	criterio
0	Cervical	Ninguna Pérdida De contorno
1	Cervical	Mínima Pérdida De contorno
2	Cervical	Defecto menor de 1mm de profundidad
3	Cervical	Defecto menor de 1-2 mm de profundidad
4	Cervical	Defecto de más de 2mm de profundidad, exposición de dentina secundaria, Exposición pulpar

TECNICAS DE CEPILLADO

A) TÉCNICA DE BARRIDO HORIZONTAL: Las cerdas del cepillo se colocan perpendicularmente sobre los dientes y se hacen movimientos horizontales hacia atrás y hacia delante.



B) TECNICA ROTACIONAL O DE ROLL: Se presiona y se rota el cepillo hacia abajo en maxilar y hacia arriba en mandíbula.



REGISTRO DE FOTOS :



PRIMER DIA DE TOMA DE DATOS Y EXAMEN ORAL “COMEDOR PARROQUIAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE” - ABANCAY



INSTRUMENTOS EMPLEADOS EN NUESTRA TOMA DE DATOS Y EXAMEN INTRA ORAL.



REUNIENDO A TODOS LOS MIEMBROS DEL COMEDOR PARROQUIAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE - ABANCAY



CONVERSANDO CON LAS MAMÁS DEL COMEDOR PARROQUIAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE - ABANCAY



ESCUCHANDO A LA SRA. ASUNTA EL TRABAJO QUE REALIZA A DIARIO EN LA ESCUELA ADULTOS DEL COMEDOR PARROQUIAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE - ABANCAY



PEQUEÑO PRESENTE PARA NUESTROS ABUELITOS DEL COMEDOR PARROQUIAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE - ABANCAY



UNA FOTO CON UNA DE LOS INTEGRANTES MAS VETERANOS DEL COMEDOR SR. OCTAVIO (MANO DERECHA). COMEDOR NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE – ABANCAY.



REALIZANDO LA ENTREVISTA A UNA INTEGRANTE DEL COMEDOR PARROQUIAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE – ABANCAY-



RECOLECTANDO DATOS ANTES DEL EXAMEN INTRA ORAL – NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE – ABANCAY.



EXAMINACION INTRA ORAL – NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE – ABANCAY,



SE OBSERVA RESECIÓN GINGIVAL CON ABRASIÓN A NIVEL DE LAS PIEZAS 3.1 4.1 – NUESTRA SEÑORA E GAUDALUPE – ABANCAY.



SE OBSERVA DESGASTE DENTARIO INCISAL SECTOR ANTERO INFERIOR POR ATRICCIÓN DENTARIA – NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE – ABANCAY.



SE OBSERVA EROSION DENTARIA DEBIDO A USO DE AGENTES AL CEPILLADO – NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE – ABANCAY.



FOTO PARA EL RECUERDO CON EL SEÑOR ISAIAS QUIEN ME RECIBIO CON LOS BRAZOS ABIERTOS Y APOYO EN LA LABOR DE REUNIR Y ORDENAR A LOS MIEMBROS DEL COMEDOR PARROQUIAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE – ABANCAY.



ULTIMO DIA SE LES HIZO PRESENTE UN ALMUERZO A TODOS LOS INTEGRANTES DEL COMEDOR PARROQUIAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE - ABANCAY