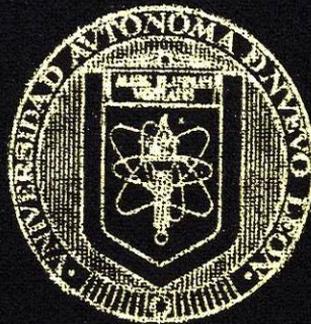


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



ODONTOLOGIA GERIATRICA (REVISION 150 CASOS)

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
MEDICO CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

ROSA DE GUADALUPE OLACHE JIMENEZ

MONTERREY, N. L.

NOVIEMBRE DE 1988

T

RK306

.04

04

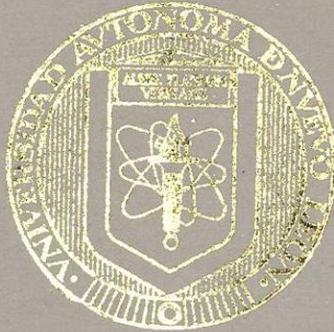
C.1



1080074983

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



ODONTOLOGIA GERIATRICA (REVISION 150 CASOS)

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
MEDICO CIRUJANO DENTISTA.

PRESENTA:

ROSA DE GUADALUPE OLACHE JIMENEZ

MONTERREY, N. L.

NOVIEMBRE DE 1988

T  
RK306  
04  
04



(74983)



D I R E C T O R E S   D E   E S I S

DR. MANUEL DE LA ROSA R

ESPECIALISTA EN GERIATRIA

COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION.

COORDINADOR DEL POSTGRADO DE GERIATRIA.

U. A. N. L.

DR. GERARDO GARZA SEPULVEDA

ESPECIALISTA EN GERIATRIA

DR. MED. GERONTOLOGIA CLINICA U. A. MADRID

COORDINADOR DE GERIATRIA U. A. N. L.

QUIERO MANIFESTAR MI AGRADECIMIENTO Y  
RECONOCIMIENTO A LAS PERSONAS E INSTITUCIONES QUE  
AUTORIZARON EL EMPLEO DE LAS INSTALACIONES, EQUIPO Y RECURSOS  
HUMANOS DE LAS INSTITUCIONES QUE REPRESENTAN

DIF. N. L.

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

LIC. LUIS CARLOS TEVINO. DIRECTOR DE ACCION SOCIAL

LIC. LEONILA CASTILLEJA. COORDINADORA DEL PROGRAMA DE LA  
SANEIDAD.

DRA. YA MAGDALENA PRUNEDA AVILA. JEFE DE LOS SERVICIOS  
ASISTENCIALES.

CLINICA VIDRIERA, A. C.

DR. OSCAR NAVARRO EPPEN. DIRECTOR MEDICO.

DR. FRANCISCO GONZALEZ RODRIGUEZ. COORDINADOR DE MEDICINA  
PREVENTIVA.

AGRADEZCO TAMBIEN LA VALIOSA APORTACION DEL DR. MIGUEL GARCIA  
CANTU, COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DEL POSTGRADO DE  
REHABILITACION DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA U. A. N. L.

EL PRESENTE ESTUDIO ESTA DEDICADO HUMILDEMENTE  
A LA MEMORIA DE ESE GRAN HOMBRE QUIEN FUE MI  
ABUELO.

DR. EDUARDO OLACHE EGUILUZ.

## INDICE

INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	7
MATERIAL Y METODO	19
RESULTADOS	32
COMENTARIO DE RESULTADOS	60
BIBLIOGRAFIA	70

## INTRODUCCION

- \*"Proseguira la edad el camino que comenzo sin volver atras ni detenerse;no hara ruido,ni te advertira de su velocidad.
- \*\* No entreis mansos en esa roche postrera,aroa y brame la vejez al fin del dia-Rugid,Rugid-cuando la noche muera,
- \*\*\* y ser como ese sol que lento expira; algo muy luminoso que se pierde."

La vejez ~~a~~traves de la historia de la humanidad,ha sido tema de disertaciones filosoficas, estudios cientificos, observaciones medicas, motivo de inspiraciones artisticas y respeto religioso, entre otras.

Asi mismo,es tema para sabios, cientificos, medicos, artistas y religiosos.

Ya desde los tiempos Bibilicos ,se tenia una consideracion especial al anciano, eran los que guardaban la Ley emitian los juicios y guiaban al pueblo,eran respetados por su sabiduria y experiencia.En Eclesiasticos 25,8 dice de ellos;"La corona de los ancianos es su rica experiencia y el temor del Senor su gloria".

El medico mas celebre de la antiguedad,Hipocrates separaba al grupo de los ancianos,por las caracteristicas

\* SENECA

\*\*SELECCIONES DEL READER'S DIGEST

\*\*\* MANUEL GUTIERREZ NAJERA.

que presentaban en ellos las enfermedades, por otra parte, estudiaba al anciano como un individuo con características distintas a los demás tanto es su evolución normal como en la forma que las enfermedades se presentan en ellos.

Es verdaderamente impresionante, que sabios, filósofos de la antigua Roma, tengan conceptos tan actuales, sobre la vejez, sus conocimientos, estamos seguros, nos serán de gran ayuda para nuestros propósitos.

No solo el aspecto físico es importante, la esencia del ser humano, su actitud frente a la vida, su realidad, marcan una pauta de conducta que bien, los puede llevar a vivir con plenitud su vejez o a cargarla sobre su existencia.

Seneca en su libro "De la brevedad de la vida" nos dice que "ninguna ciencia es tan difícil, como la de la vida", "se ha de aprender a vivir durante toda la vida, y, lo que aún es quizá más de admirar toda la vida se ha de aprender a morir. Muchos y muy grandes hombres, después de haber dejado todos los impedimentos, renunciando a las riquezas, a los cargos y a los placeres, se consagraron hasta la muerte únicamente a saber vivir. Ese aprendizaje del ser humano, comienza cuando nace y se va desarrollando

atraves de su vida, aprende a adaptarse a diversas situaciones, entre ellas, ha envejecer y "Ningun mayor deleite que envejecer aprendiendo" afirmaba Ciceron.

El aprender es una actividad ya sea fisica o mental, que mantiene activo a la persona, en el anciano adquiere una especial importancia, pues la mantiene vigente, en contacto directo con el mundo que lo rodea, "asi, pues, no has de pensar que alguien porque tiene canas y arrugas, ha vivido mucho; no vivio mucho, sino que duro mucho", Seneca, la calidad de vida del anciano, le da un mayor significado a su existencia, y deben llevarse en la mayor medida posible dentro de los margenes de actividad e independendencia como aconsejaba Ciceron.

Si por el contrario, se relega a la inactividad, es muy probable, que su percepcion de la vida sea negativa, descuidando el presente y desdenando o temiendo el futuro.

Nos es de gran utilidad conocer la disposicion que el anciano tiene hacia la vida, pues nos indicara la importancia que le da a sus problemas medicos.

Los problemas medicos y no medicos de la vejez, han sido motivo de interes, para los investigadores y medicos, atraves de la historia se ha realizado una diversidad de estudios, que no podriamos abarcar en este trabajo, por lo

que solamente nombraremos, algunos temas que fueron estudiados, antes del presente siglo.

Se estudiaron las enfermedades que con mas frecuencia se presentaban en la vejez, se aconsejaron medidas de prevencion como examenes medicos periodicos, asi como medidas de higiene y dietas especiales bajas en calorías.

Se realizaron importantes estudios sobre el deterioro mental y la psicologia del viejo. Los aspectos anatomicos fueron plasmados con gran exactitud por el gran Leonardo Da Vinci, posteriormente, se desarrollo mas este conocimiento.

Estos son solo algunos de los temas de los muchos que se vinieron estudiando, pero no se encontraban reunidos dentro de una ciencia que los amparara en conjunto, hasta que al principio del Siglo XX, en 1904 Metchnikov (premio novel), manifesto la inquietud de formar una rama científica, que estudiara al envejecimiento, utilizando los criterios modernos de la investigacion. Y en 1909, la palabra "Geriatrics", se publico por primera vez en una revista el "New York Medical Journal", en un articulo del Dr. Nasher, quien es considerado el Padre de la Geriatria.

Geriatrics: Rama de la medicina que trata de las enfermedades de la vejez y la Gerontologia trata del

estudio del envejecimiento, la primera se apoya en los conocimientos de la segunda. La geriatría es mucho más que esta simple definición abstracta; es una ciencia multidisciplinaria que se ayuda de la Medicina, Odontología, Psicología, Economía entre otras, y estudia al ser humano, en una etapa específica de su vida, la vejez, que como la edad madura, tiene sus propias características y sus propios valores.

Así pues, para seguir adelante, definiremos la Vejez: como: un proceso Biológico, con un, "un conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo, sobre los seres vivos", según Burnet y Borriere.

Bien, una de las razones, por las cuales la Geriatria ha tomado mayor importancia, en este siglo, es por el aumento de la población en edad senescente (60 años en adelante). Debido a los avances médicos y tecnológicos en el campo de la ciencia, el promedio de vida ha aumentado, estudios realizados en México muestran que en 1985 se esperaba vivir un promedio de 65 años. Mas personas están viviendo por un mayor lapso de tiempo. Esta esperanza de una vida más prolongada, que en la que la ciencia influye en muchos de los casos implica una responsabilidad para la misma, pues al llegar a edades mayores, los factores involutivos propios de la vejez, requieren de una atención

especializada, que es absorbida por la Geriatria con todas sus ramas, las cuales se desarrollan cada una en su campo, pero se unifican en un tronco comun.

Siendo nuestro trabajo la Odontogeriatría, diremos que estudia los cambios biológicos y patológicos que se presentan con la edad avanzada en la cavidad oral y su interrelación con la salud del paciente.

Se requieren de estudios de investigación odontológica que nos ayuden a comprender al paciente geriátrico, con sus necesidades y requerimientos, individuales o de campo.

La Odontogeriatría debe integrarse a las demás disciplinas Geriátricas, para coordinar los conocimientos que nos lleven a un fin común, conocer al anciano y brindarle la esperanza de una vejez digna de ser vivida.

## MARCO TEORICO

La ciencia medica, continuamente se desarrolla con los avances cientificos y tecnologicos, ha tenido la necesidad de ramificarse en diferentes disciplinas para cubrir mas efectivamente las necesidades del ser humano llegando a la especializacion.

La Odontologia, se encarga del estudio de la cavidad oral y sus enfermedades, por otra parte la Gerontologia dedicada "al estudio de la vejez, como una ciencia multidisciplinaria que estudia al ser humano con vision integradora, en sus esferas biopsicosociales", se funden en una rama comun, la Odontogeriatría .

La Odontogeriatría se define como la especialidad de la Odontologia, que se ocupa del estudio, prevencion y tratamiento de las alteraciones o procesos fisiologicos que ocurren en la cavidad bucal (sistema estomatognatico) de una persona en edad senil."

Ahora bien, cual es la justificacion para la creacion de esta rama. Uno de los conceptos que la fundamentan, es el incremento lento y constante de la poblacion de mayores de 60 años que de 1.417,685 en 1950, cambio a 3.5 millones

en 1980; el incremento de las expectativas de vida media de mexicano vario de 36.9 en 1930 a 67.8 en 1985. Por ello las características involutivas propias de la vejez, la carencia de investigaciones y conocimientos de los aspectos biológicos de la Salud en General, y la falta de un modelo de interes academico odontogeriatrico que permita a las Instituciones responder adecuadamente a los procesos de evolucion social con Profesionistas, que solventen las necesidades que reclaman estos cambios evolutivos, son los principales factores que inducen a la fundamentacion de la Odontogeriatrica como rama de la Odontologia."

Antes de continuar definiremos a la persona geriatrica segun la clasificacion de la OMS (Organizacion Mundial de la Salud) en 1963, de 45 a 59 años estan en la etapa presenil, de 60 a 74 años se considera ancianos y de los 74 años en adelante son viejos.

Los antecedentes de la Gerontologia , como rama de la medicina se encuentran desde principios del siglo XX; cuando en 1909 el "Doctor Nasner, manifiesta haber creado una rama nueva de la medicina asitencial para resolver la proolematica que representan las enfermedades de los

ancianos".

Tiempo despues se lleva a cabo la "Fundacion de la I.A.G (Asociacion Internacional de Gerontologia) en 1950, en Lieja, Belgica, donde 25 medicos de 14 paises se reunen y llevan a cabo el Primer Congreso Internacional de Gerontologia".

En nuestro pais, "en la ciudad de Mexico se funda la Sociedad de Geriatria y Gerontologia de Mexico A.C. el 16 de mayo de 1977". el GEMAC.

Posteriormente se forman varias asociaciones tanto oficiales como privadas, que se preocupan por la atencion al anciano, de las cuales una de las mas recientes es el Congreso Mexicano de Geriatria formada en 1983.

"Tambien es importante destacar que en el mundo y en nuestro pais existen infinidad de organismos, grupos y asociaciones que trabajan en bien de las personas de 60 anos en adelante; asi como se llevan a cabo ano con ano, reuniones, congresos, simposios, foros etc., para dar a conocer los avances de la Geriatria y la Gerontologia en

diferentes países del mundo.

Y ahora bien, cual es la meta general de la geriatría "perfeccionar la salud y la calidad de vida del anciano". Y entendemos por salud según la definición de la OMS como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad", refiriéndonos a la calidad de vida, esta se debe llevar "dentro de los límites de la dignidad humana, tanto para los familiares como para el paciente". Ya que el Geriatra no solo busca "prolongar la vida sino darle dignidad a los años que van a ser vividos" y para alcanzar esta meta, tiene dos misiones a seguir: "prevenir los trastornos médicos y no médicos de la vejez; tratarlos cuando tienen ya el problema y recuperarlos en caso de pérdida o sea, rehabilitarlos tratando siempre de conservar al máximo su autosuficiencia y su capacidad biológica, psíquica, social y económica."

Para lograr estas metas dentro de la profesión dental esta, "debe evaluar al paciente geriátrico dental y establecer tratamientos de conformidad con su estado económico, educacional y de salud", así mismo, "el dentista debe estar familiarizado con el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud que son únicos, en la

poblacion anciana".

Por lo tanto necesita de mas estudios, que le ayuden a conocer este campo, ya que "un repaso a la Literatura nos sugiere que las investigaciones en el campo de la Geriatria dental esta siendo oescuridada".

Para comenzar a introducirnos en el campo de la Odontogeriatría empezaremos por "la dentadura de los longevos que se caracteriza por cambios normales y patologicos que incluyen", entre otros:

"Desgaste irregular de la superficie de los dientes; determinada por la naturaleza de la diente y los habitos de masticacion".

"Erosion:desmineralizacion quimica del esmalte dental, generalmente de la parte en contacto con las encias, asociado con una dieta hiperacida".

"Caries cervical:desprendimiento que afecta las superficies de la raiz dental".

"Perdida de dientes:debido principalmente a enfermedades periodontales, por ejemplo, la degeneracion de las estructuras de soporte que resulta en movilidad extrema del diente; la retraccion moderada o severa de tejido gingival debe considerarse indicativo de enfermedad periodontal subyacente".

Es un hecho, que las personas en edad senescente, estan conservando por mas tiempo sus dentaduras, "Al respecto un informe del "Departamento de salud, educacion y bienestar social indica que en 1957, 55 por ciento de los pacientes de 65 a 74 anos y el 67 por ciento de las personas de 75 a mas anos, no tenian dientes. En 1979, sin embargo, solo 45 por ciento de las personas en la categoria de 65 a 74 anos de edad y 60 por ciento de las personas de 75 o mas, estaban desdentadas, lo que demuestra una considerable disminucion en las dos ultimas decadas

Como hemos mencionado anteriormente la Odontologia es multidisciplinaria, y abarca estudios, mas alla de la cavidad oral ya que "la boca es el monitor inicial del sistema digestivo y esta intimamente relacionada con las funciones del habla, la expresion emocional y la estructura del ego en las personas de edad'.

'Por lo tanto, la mala salud oral puede tener un efecto devastador, a menudo no evidente, sobre la fragil condicion mental y fisica de los pacientes de edad avanzada bajo tratamiento medico.

Es evidente que la mayoria de las personas en edad

senescente tienen, problemas medicos en general, y requieren de terapia medicamentosa. Un estudio realizado en E.U.A identifica 127 necesidades farmacologicas en el anciano y la Asociacion Americana de Colegios de Farmacologia ha organizado una fuerte tarea para fomentar la futura educacion farmacologica entre sus miembros", a fin de reducir el numero de medicamentos consumidos y a la vez solucionar efectivamente sus problematica medica. "Con la edad los problemas y complicaciones con farmacos aumentan en numero: debido a que el individuo ha tenido mayor oportunidad de sensibilizacion previa, los multiples problemas medicos obligan a administrar mas farmacos y la frecuencia de incompatibilidad farmacologica e interaccion entre uno y otro farmaco se incrementa de manera geometrica con el numero de productos que se consumen."

"Para que el regimen terapeutico sea inocuo y eficaz: se deben conocer los farmacos utilizados, sus probables cambios farmacologicos con la edad, y estimacion del nivel sanguineo y sus efectos', requieren ajustes minuciosos en cuanto a su dosis y tiempo de administracion.

Las enfermedades bucales en personas geriatricas bajo tratamiento medico puede exacerbar deficiencias nutricionales, contribuir a los desordenes de indole

metabolico, desempeñar un papel oculto en las depresiones y contribuir significativamente al deterioro progresivo y la caquexia". Uno de los factores que intervienen en este aspecto es que "en el anciano, las enfermedades dentales usualmente están supeditadas a la incapacidad de sufre enfermedades". Uno de los sintomas mas comunes en los enfermos de cualquier edad es la anorexia. Particularmente en el viejo que se enferma, la anorexia aunada a la mala dentadura, a los trastornos digestivos, a la variedad de medicamentos que ingiere y las limitaciones economicas propias de su condicion, hacen que su alimentacion sea limitada, incompleta, y puede llevarle con el tiempo a una malnutricion franca o subclinica que es la mas dificil de identificar". Otros factores que conducen a la anorexia son: incapacidad para masticar y dificultad para tragar; pudiendo provocar dolor post-prandial, que hacen que la alimentacion no sea agradable". Por estas razones, para su "Este factor puede prolongar la recuperacion de una enfermedad, precipitarla o incluso condicionar la mayor morbimortalidad quirurgica en este grupo de poblacion". En las oficinas dentales para los pacientes ancianos y los otros. Y a pesar de que el buen estado de salud oral, tiene una estrecha relacion, con la salud general especialmente en lo que a este grupo se refiere, la asistencia a la consulta odontologica es minima. En un estudio se demostro que la mitad de un grupo formado por sujetos de 65 años o

mas no hacian consultado a un dentista en cinco anos."Y en contraste visitan el consultorio de un medico general seis veces por ano'. Una de las causas que originan este hecho es que "en el anciano, las enfermedades dentales usualmente estan supeditadas a la incapacidad y/o enfermedades debilitantes".

Y ahora las razones mas impotrantes dentro del campo de la Odontologia por las cuales el "grupo de personas ancianas tienden a subutilizar el servicio dental".

- "El costo prohibitivo de servicios dentales", este factor puede influenciar de una manera importante la subutilizacion del cuidado dental, no obstante "datos de paises donde el seguro dental es proporcionado travez de un sistema nacional de cuidados de salud, demuestran que el anciano tiene significativamente pocas razones, para subutilizar el servicio dental, a comparacion de otros grupos de edad".

- "Una barrera efectiva" ha sido la falta de accesibilidad a las oficinas dentales para los pacientes ancianos y los problemas de transportacion" han sido "serios factores en su negligencia dental".

- 'Una tercera barrera para la utilizacion del cuidado dental es una actitud natural' la cual es negativa, pues generalmente se considera que las personas de edad avanzada

"demuestran poca consideracion hacia las expectativas de salud oral, ademas de ser pobremente motivadas en relacion al tratamiento, de tal forma que la mayoria de los ancianos no sienten que es necesario visitar al dentista".

El profesionista dental, tambien tiene barreras caundo se trata de atencion al anciano, pues "la falta de infraestructura para proporcionar adecuados cuidados para el anciano (especialmente aquellos con inmovilidad) y la falta de experiencia y el miedo a tratar los problemas en pacientes ancianos".

"Los dentistas en general, carecen de experiencia para el tratamiento de pacientes que esten fuera del consultorio dental, y usualmente no tienen los conocimientos e infraestructura para coordinar semejante tratamiento".

Es por eso, que se estan desarrollando programas para aplicar los conocimientos y habilidades geriatricas en sitios de entrenamiento clinico, estas aplicaciones "fueron recibidas en escuela de Medicina, Odontologia, Optometrista, Farmacologia, Salud Publica, enfermeria y programas de entrenamiento".

"Una variedad de sitios de entrenamiento clinico estan empezando a usarse" y "modulos geriatricos estan empezando a integrarse dentro del curriculo establecido", los cuales por su ubicacion traen mayores facilidades a los ancianos, para asistir a las consultas medicas, ademas de la ensenanza y el desarrollo de las habilidades, necesarias,

para este tipo de atención al anciano.

"Los programas de Odontología geriátrica han sido introducidos en algunas escuelas dentales, para reducir las lagunas entre el entrenamiento profesional y la práctica.

En otra Institución "la decisión del Departamento Dental ha provisto en sitios remotos actividades de entrenamiento que mejora el acceso al cuidado dental del anciano, así, como otros grupos que se encuentran bajo sus servicios. En el año fiscal de 1980, 22 escuelas dentales estuvieron proporcionando cuidados dentales a los ancianos en sitios remotos".

De esta manera se está "mejorando las comunicaciones entre los futuros practicantes de salud y los pacientes ancianos, están interesados en preservar la dignidad del paciente y autosuficiencia, así es como y ayudándose ambos grupos se identifican los problemas y soluciones".

Todo esto sugiere ciertos cambios en la profesión dental respecto a la Gerontología, los cuales son dignos de ser aceptados.

Cuando la calidad de vida del anciano es considerada y se toma conciencia que un buen estado de salud oral, repercutirá en una sensación de bienestar y una favorable autoestimación, que lo habilitan a comunicarse y

socializarse. Además de que una adecuada nutrición y el gusto por la comida, pueden estar dependiendo de un buen estado de salud oral e higiene."

## MATERIAL Y METODO

El presente estudio es de tipo retrospectivo, analítico, o servacional del estado de Salud Oral y condiciones socio-económicas-culturales de un grupo en edad Senescente.

Se realizó en dos instituciones:

- Una de tipo privado (en Monterrey, Nuevo Leon) y
- Otra del sector salud (en cuatro de sus centros; dos del área metropolitana de Monterrey y dos de Cd. Guadalupe del estado de Nuevo Leon.)

La investigación se realizó a través de varios instrumentos de medición:

- Exploración de la cavidad oral
- Encuestas

El material utilizado fue:

- Sillon dental, lámpara de tipo dental, espejo, pinzas y explorador dentales, material de asepsia (proporcionado por las instituciones antes mencionadas), además se utilizó, bernier y papelería; para registrar los datos investigados, en los diferentes índices estudiados.

Las actividades se clasificaron en dos tiempos :

- Examen de la cavidad buco-dental
- Interrogatorio

Las personas que se estudiaron fueron:

- Adultos de 60 o mas años
- Adultos sin distincion de sexos

En total se recopilaron 150 casos:

- 120 del sexo femenino
- 30 del sexo masculino

De acuerdo al tipo de insitucion:

- 100 de Institucion social
- 50 de institucion privada

Para la realizacion de este estudio se tomaron en consideracion ciertos parametros que a continuacion expondremos.

Transtornos de la Articulacion Temporomandibular.

-Que se caracterizan por la alteracion de la funcion y presencia de dolor en la Articulacion Temporomandibular (ATM).

Estos sintomas son:

1)Dolor o sensibilidad en la zona de los musculos de la

masticacion y articulaciones temporomandibulares

- 2) Sonidos durante el movimiento condilar
- 3) Limitacion del movimiento condilar

El origen de la mayoría de las molestias puede hayarse en una o mas de las siguientes areas:

- 1) En el seno de la articulacion Temporomandibular
- 2) En los musculos masticatorios y
- 3) En el cuello (dolor irradiado)

Los factores emocionales individuales pueden contribuir al desarrollo o a la presencia del dolor y disfuncion temporomandibular. La limitacion indolora de un movimiento mandibular puede ocurrir ocasionalmente.

Se definiran las partes que estan incluidas dentro de de la articulacion temporomandibular.

-Musculos Masticatorios:

Temporal; su origen lo tiene en la aponeurosis temporal y tiene su insercion en el proceso coronoides y en el borde anterior de la rama lateral.

Masetero; origen en su posicion superficial, desde el borde inferior de los dos tercios anteriores del arco cigomatico. Este musculo tiene su insercion en la superficie lateral del ramo y en el proceso coronoides de

la mandibula.

Pterigodeo Externo; su origen, en su cabeza superior, en la superficie infratemporal del ala mayor del esfenoides, y en su cabeza inferior en la superficie lateral del plato pterigoideo, lateral: estas tiene su insercion en la posicion anterior del cuello condilar y en la capsula temporomandibular.

Pterigoideo Interno; tiene su origen en la superficie media del plato pterigodeo lateral y en el proceso piramidal del hueso palatino y la tuberosidad maxilar, su insercion en la parte posterior e inferior de la superficie media de la rama y el angulo de la mandibula.

-La articulacion Temporomandibular:

tiene una capsula formando la union de la articulacion con un disco articular entre el condilo y la fosa y el fluido sinovial el cual bana su union.

-Los sonidos articulares se presentan como:

chasquido; desplazamiento brusco del condilo en el movimiento mandibular. crepitacion; sonido solo audible para el paciente, ruido; sonido audible para el paciente y el examinador.

-La limitacion del movimiento se considera cuando la mandibula se trava a una distancia de 26 a 30 mm.

Tambien se observo la caries radicular; que es la desintegracion del cemento y la dentina radicular por la accion bacteriana; la exposicion de los liquidos bucales yplca bacteriana da por resultado la proteolisis de los remanentes incluidos de las fibras de Sharpey; el cemento se ablanda y sufre fragmentacion y cavitacion.

La lesion del cemento va seguida de la penetracion de bacterias en los tubulos dentinales con la consiguiente destruccion de la dentina.

Otros de los aspectos que se tomaron en consideracion para el estudio fue: la atricion dental; que es el desgaste causado por los dientes contra los dientes, y se caracteriza por la reduccion de la altura e inclinacion de las cuspides y formacion de facetas. Las superficies dentales causadas por la atricion son duras, lisas y brillantes y si la dentina esta expuesta frecuentemente tiene coloracion pardusca.

Una de las enfermedades por la cual se pierden una considerable cantidad de piezas es: la enfermedad periodontal; que se inicia por la acumulacion de placa en la zona gingivodental, y basicamente es de naturaleza infalatoria. Al principio se limita a la ancia y entonces, se le denomina enfermedad gingival; luego afecta las estructuras de soporte y recibe el nombre de enfermedad periodontal.

Muy estrechamente relacionado a la enfermedad periodontal, se encuentra la formación de calculos; que se componen de placa bacteriana calcificada, los minerales que forman el calculo provienen del fluido gingival, los calculos subgingivales; que se encuentran debajo de la cresta marginal, por lo comun en bolsas periodontales, y que no es visible durante el examen bucal. Suele ser denso y duro, pardo oscuro o vece negrusco, de consistencia petrea y unido con firmeza a la superficie dental. El calculo supragingival se forma con los minerales que provienen de la saliva; se encuentra coronario a la cresta del margen gingival y es visible a la cavidad bucal, generalmente es blanco, de consistencia dura, arcillosa y se le desprende con facilidad de la superficie dental.

Las unidades de Medicion que se utilizaron en este estudio:

-Articulacion Temporomandibular:

El examen se realiza apoyando los dedos indices en la zona auricular, el dolor puede ser desencadenado unicamente por presion digital sobre un musculo o las estructuras capsulares. Puede ser constante o recurrente. Precipitarse por el movimiento mandibular o aparecer sin provocacion alguna.

-El examen de los musculos masticatorios se realizo:

Se palparon los musculos siguiendo, su trayectoria desde

su origen hasta su insercion.

-La abertura bucal se midio:

Se mide interincisalmente, la abertura bucal maxima; considerada anormal si mide menos de 40mm.

-Al medir la abertura bucal se observa la trayectoria de abertura mandibular; para verificar si hay desviaciones de la misma.

-Para detectar la crepitacion o chasquido, se apoya ligeramente los dedos indices sobre la zona articular durante la abertura y el cierre.

-Las caries radicales se observaron, no siendo posible en muchos de los casos tener una buena vision, por estar el cemento cubierto por calculos.

-Para este estudio se tomaron en cuenta dos grados de atricion:

Atricion leve; que se caracteriza por facetas pulidas en las cuspides o bordes incisales de las piezas dentales. Sin que haya una exposicion dentinaria (se le dio el valor numerico de 3).

Atricion avanzada; zona donde el esmalte ha sido desgastado completamente y sea en una cuspide o borde incisal, quedando expuesta la dentina. (se le dio el valor numerico de 4).

-La medicion del Indice Periodontal (IP), se baso en el criterio de Russell.

1-Gingivitis leve;hay un area evidente de infalmacion en la encia libre, pero no circunscribe al diente.

2-Gingivitis;la inflamacion rodea totalmente al diente, pero no hay alteracion evidente en la adherencia epitelial.

6-Gingivitis con formacion de bolsa;la aderancia epitelial se ha roto y hay bolsa .No hay interfencia en la funcion masticatoria normal;el diente esta firme y no ha emigrado

8-Destruccion avanzada,con perdida de la funcion masticatoria;el diente puede estar flojo,puede haber migrado;puede dar un sonido apagado a la percucion con un instrumento metalico;puede ser desprendible de su alveolo.

-Medicion del calculo:

1-Calculos supragingivales,que cubren no mas de un tercio, de la superficie coronaria

2-Calculos supragingivales,que cubren mas de un tercio, pero no mas de dos tercios, de la superficie coronaria

3-Calculos supragingivales,que cubren mas de dos tercios de la superficie coronaria.

6-Calculos subgingivales, que se encuentran por debajo de la cresta del margen gingival.

Posteriormente se procedio ha realizar el cuestionario el cual se llevo a cabo interrogando individualmente a cada persona. En las formas que pueden verse a continuacion.

NOMBRE-----FECHA-----

EDAD----- SEXO---FECHA DEL ULTIMO TRATAMIENTO DENTAL-----

1.-DOLOR EN LA ZONA DE LA ATM.....SI----- NO-----

2.-MEDICION DE APERTURA-----

3.-DESVIACION DE LA MANDIBULA.....DERECHA---IZQUIERDA---

4.-ATM DERECHA.....CREPITACION CHASQUIDO RUIDO

5.-ATM IZQUIERDA.....CREPITACION CHASQUIDO RUIDO

6.-MOLESTIAS A LA PALPACION MUSCULO TEMPORAL.....SI NO

7.-MOLESTIAS A LA PALPACION MUSCULO MASETERO.....SI NO

8.-MOLESTIAS A LA PALPACION MUSC. PTERIGOIDEO EXT..SI NO

9.-MOLESTIAS A LA PALPACION MUSC. PTERIGOIDEO INT..SI NO

10-MOLESTIAS A LA PALPACION MUSC. ESTERNOCLEIDO....SI NO  
MASTOIDEO

\*PROPORCIONADO POR EL DEPARTAMENTO DE POSTGRADO DE  
REHABILITACION DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA U.A.N.L.

Acontinuacion se presenta como se capturo la  
informacion, se muestran los cuadrantes superior derecho e  
izquierdo , pra los cuadrantes inferiores se utilizo una

forma semejante.

CARIES RADICULAR	1	1	1	1	1	1	1
DESGASTE CORONARIO	13	413	43	413	413	413	4341
INDICE PERIODONTAL	11	211	211	211	211	21	2112
	16	816	816	86	816	86	8168681
	+++++						
	11.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2,1.1

CARIES RADICULAR	1	1	1	1	1	1	1
DESGASTE CORONARIO	13	413	413	413	43	413	4134
INDICE PERIODONTAL	11	211	211	211	211	211	212
	16	816	816	816	86	816	816868
	+++++						
	12.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7 2.8

CALCULO

-HAY REEMPLAZO DE PIEZAS AUSENTES?

- 1 PIEZAS ANTERIORES            SI            NO
- 2 PIEZAS POSTERIORES        SI            NO

-ADAPTACION DE APARATOS PROTESICOS

-ADAPTACION DE APARATOS PROTESICOS

- 1 BUENA                        -----
- 2 MALA                         -----

-DISPONIBILIDAD PARA USAR PROTESIS

- 1 NUNCA HA USADO
- 2 TIENE PERO NO LA USA
- 2.1 NO ESTA ADAPTADA

- 2.2 NO SE ACOSTUMBRA
- 3 FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS
- 4 NO LE PREOCUPA USARLO

1 ESCOLARIDAD

COMPLETA INCOMPLETA

- 1 PRIMARIA
- 2 SECUNDARIA
- 3 PREPARATORIA
- 4 TECNICA

1 ESCOLARIDAD COMPLE A INCOMPLETA

- 1 PRIMARIA
- 2 SECUNDARIA
- 3 PREPARATORIA
- 4 TECNICA
- 5 PROFESIONAL
- 6 AU ODIDACTA

2 TRABAJA

- 1 TECNICO
- 2 PROFESIONAL
- 3 HOGAR
- 4 NO TRABAJA

3 ES USTED PENSIONADO?

- 1 SI
- 2 NO

4 TIENE FAMILIARES CERCANOS? SI NO

- 1 VIVE CON ELLOS
- 2 VIVE CON OTRAS PERSONAS
- 3 VIVE SOLO

5 ACTIVIDADES COTIDIANAS

- 1 REUNIONES RELIGIOSAS
- 2 MISA
- 3 REUNIONES DE ANCIANOS
- 4 VE TELEVISION
- 5 ESCUCHA RADIO
- 6 REALIZA MANUALIDADES
- 7 LEE

6 ALIMENTACION

- 1 COMIDAS FORMALES AL DIA 1 2 3 4
- 0 1 2 3 4 5 6 7
- 2 CARNE
- 3 HUEVO
- 4 FRIJOL
- 5 LACTEOS
- 6 FRUTAS
- 7 VERDURAS
- 8 LIMON
- 9 REFRESCO
- 10 DULCES
- 11 HARINAS

## -HABITOS

## ALCOHOLISMO

- |             |               |
|-------------|---------------|
| 1 NEGATIVO  | 3 DIARIO      |
| 2 OCASIONAL | 4 EMBRIAGANTE |

## TABAQUISMO AL DIA

- |             |                          |
|-------------|--------------------------|
| 1 NEGATIVO  | 3 MENOS DE UNA CAJETILLA |
| 2 OCASIONAL | 4 MAS DE UNA CAJETILLA   |

## -BRUXISMO

- 1 RECHINAMIENTO
- 2 APRETAMIENTO
- 3 FROJAMIENTO

## -FRECUENCIA DE CEPILLADO

- 1 OCASIONAL
- 2 UNA VEZ DIARIA
- 3 DOS VECES DIARIAS
- 4 RES VECES DIARIAS

-CONSIDERA QUE ES NECESARIO QUE US ED SE ATIENDA CON EL DENTISTA ?

SI NO

## -ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

Algun Medico le ha dicho que esta enfermo de:

- 1 DIABETES
- 2 H.T.A.
- 3 ARTRITIS
- 4 OBESIDAD
- 5 ANEMIA
- 6 TUBERCULOSIS
- 7 OTRAS

## -NUMERO DE MEDICAMENTOS QUE CONSUME

- 1 NINGUNO
- 2 DE 1 A 3 MEDICAMENTOS
- 3 DE 4 A 5 MEDICAMENTOS
- 4 MAS DE 5 MEDICAMENTOS

## RESULTADOS

El presente estudio comprende 150 casos de los cuales como se puede observar en la tabla No.1, existe preponderancia del sexo femenino con 120 casos (80%), sobre el sexo masculino que el grupo de ancianos son 127 casos (85%), predominando sobre el grupo de viejos con 23 casos (15%).

La OMS en 1963 presento la clasificacion de edad geriatrica, considerando a las personas de 45-59 anos en etapa presentil, de 60-74 anos se considera ancianos y los de 74 anos en adelante son viejos.

TABLA 1  
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

+GRUPO	EDAD	FEM	MAS	TOTAL
I ANCIANO	60-74	24	103	127
II VIEJO	75-90	6	17	23
		30	120	150

La poblacion estudiada pertenece a 2 grupos segun, el

tipo de institución a la que pertenecen. Un grupo estuvo formado, por personas pertenecientes a una institución privada, siendo el 33% del grupo estudiado, contrariamente el 66% pertenecen a centros de asistencia social. Tabla 2

TABLA 2

DISTRIBUCION POR INSTITUCION	TIPO DE ASISTENCIA	NUMERO DE PERSONAS
PRIVADA		50
ASISTENCIAL		100

El nivel de educación, está estrechamente relacionado, al nivel de vida de las personas, así como a la apreciación e importancia que le den a sus problemas de salud, como puede verse en la tabla 3, la mayor parte del grupo estudiado curso enseñanza primaria completa o incompleta, siendo el 78% del total, el 5.3% fueron analfabetas y otros 5.35 fueron autodidactas. Aquellas personas que tuvieron una preparación técnica fueron 13 (8.6), como observamos las personas que estudiaron algún grado escolar fueron el 89%; siendo que el 67% de este grupo no concluyó sus

estudios, contrario a esto el 32% si los finalizó.

TABLA 3  
DISTRIBUCION POR GRADO DE ESCOLARIDAD

GRADO	INCOMPLETO	COMPLETO	TOTAL
PRIMARIA	80	38	118
SECUNDARIA	1	1	2
PREPARATORIA	-	-	-
TECNICA	8	5	13
UNIVERSIDAD	1		1
AUTODIDACTA			8
ANALFABETA			8
	90	44	150

Segun su forma de vida, independientemente del grupo al que pertenescan, los ancianos viven casi en su totalidad (90%), en familia tabla 4 .Debido a ello decidimos analizar

cuantos carecen de familiares y de los 15 que viven solos; 7 si tienen familiares y 8 no. Podemos concluir que las personas que viven solos lo hacen en su mayoría por necesidad. Tabla 4a

TABLA 4a

## DISTRIBUCION SEGUN FORMA DE VIDA Y TIPO DE ASITENCIA

INSTITUCION	FAMILIAR	AMISTAD	SOLO
PRIVADA	45	-	5
ASISTENCIAL	90	-	10
	135	-	15

Al analizar la tabla 5 observamos que el 92% de la poblacion perteneciente a institucion de tipo asistencial, sigue activa en el trabajo y en menor porcentaje 76% de los pertenecientes a la institucion privada tambien siguen activos en el trabajo. En total solo el 12% del grupo estudiado recibe retribucion economica por su trabajo, ahora bien otro tipo de aporte economico es la pension como se observa en la tabla 6 solo el 23% del total son pensionados.

ABLA 4

DISTRIBUCION POR TIPO DE ACTIVIDAD GRUPO DE ASISTENCIA

NUMERO DE CASOS POR INSTITUCION	TRABAJO TECNICO	LABORES HOGAR	NO ASISTENCIAL	
PRIVADA	7	31	12	
ASISTENCIAL	11	81	8	
	18	112	20	

TABLA 6

DISTRIBUCION DE PENSIONADOS Y GRUPO ASISTENCIAL

GRUPO	SON PENSIONADOS	NO SON PENSIONADOS	
PRIVADO	12	3	
ASISTENCIAL	23	77	
	35	115	

Entre las actividades que cotidianamente realizan encontramos que en su mayoría (74%), asisten a misa,

concluyendo que sus necesidades religiosas, ocupan un lugar primordial en su vida diaria, tabla 7. Observamos que el grupo de ancianos realiza en promedio 4 actividades de esparcimiento por persona en contraste con el grupo de viejos quinenes solo realizan la mitad.

TABLA 7  
DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES POR GRUPO DE EDAD

ACTIVIDADES	ANCIANOS	VIEJOS	TOTAL
REUNIONES RELIGIOSAS	29	33	33
MISA	95	17	112
REUNIONES ANCIANOS	91	14	105
VER TELEVISION	84	9	93
ESCUCHAR RADIO	63	4	67
REALIZAR MASNUALIDADES	100	6	106
LEER	61	6	67
	523	60	583

Cuando analizamos los hábitos de alimentación, en cuanto a día a la semana, del consumo de algunos alimentos, no encontramos grandes diferencias en ambos grupos de edad, así mismo vemos que los más viejos muestran mayor preferencia por dulces y harinas, tabla 8

Sin embargo; cuando estudiamos el número de comidas al día, en los dos grupos, vemos que mientras el 62% de los ancianos comen 3 veces al día, únicamente el 43% de los viejos, lo hacen tabla 8.

TABLA 8

DISTRIBUCION DE HABITOS DE ALIMENTACION POR GRUPO DE EDAD  
(Número d comida al día)

GRUPO	UNA	DOS	TRES
ANCIANOS	11	49	67
VIEJOS	3	10	10

Y de acuerdo al tipo de institución a la que pertenecen observamos que, los de institución privada tienen un mejor índice de comidad diarias, tabla 8.

TABLA 8a

DISTRIBUCION DE HABITOS DE ALIEMTNACION POR GRUPO DE EDAD  
(Numero de comidas al dia)

GRUPO	UNA	DOS	TRES
ANCIANOS	11	49	67
VIEJOS	3	10	10

TABLA 8b

DISTRIBUCION DE HABITOS DE ALIMEN'ACION (INSTITUCION)  
(Numero de comidad al dia)

INSTITUCION	UNA	DOS	TRES
PRIVADA	-	19	31
ASISTENCIAL	14	40	46

TABLA 8

## PROPORCION DEL TIPO DE ALIMENTACION

Analisis de habitos de ,alimentacion segun grupo de edad  
(promedio semanal)

ALIMENTO	PROM. TOTAL	ANCIANOS	VIEJOS
CARNES	2.9	2.9	2.6
HUEVO	4.3	4.3	4.2
FRIJOL	6.4	6.4	6.4
LACTEOS	5.8	5.8	5.5
VERDURA	3.6	3.7	3.0
LIMON	1.4	1.6	0.4
REFRESCOS	2.4	1.4	1.7
DULCES	1.5	1.3	2.3
HARINAS	2.7	2.5	3.7

Se reportaron 240 enfermedades sistemicas en un grupo de 150 personas. Siendo que el 88% del grupo reporto algun padecimiento, tabla 9

En la tabla 9a ooservamos que mas de la mitad del grupo (61%), ingieren de 1 a 5 farmacos.

TABLA 9  
PROPORCION DE ENFERMEDADES SISTEMICAS

ENFERMEDAD	NUMERO DE CASOS
DIABETES	50
HIERTENSION	54
ARTRITIS	53
OBESIDAD	11
ANEMIA	8
TUBERCULOSIS	3
	61

TABLA 9a

PROPORCION DE LA CANTIDAD DE ALIMENTOS QUE CONSUMEN

CANTIDAD DE MEDICAMENTOS	No. DE CASOS
NO TOMA MEDICAMENTOS	58
1-3 MEDICAMENTOS	76
4-5 MEDICAMENTOS	15
5-MAS MEDICAMENTOS	1

La disposicion para asistir a consulta dental es mas positiva (74%) en el grupo de ancianos, en comparacion al grupo de viejos que tienen una mayor predisposicion negativa (52%), para asistir a consulta, como se observa en la tabla 10.

De acuerdo a la frecuencia de la asistencia al tratamiento dental, encontramos que asisten en promedio, cada 5 años, ademas de que 9 casos reportaron no haber asistido a consulta nunca. Como observamos en las tablas 11 y 11a, asisten con mas frecuencia los ancianos (cada 5

anos) y los de asistencia privada (cada 4 anos) en promedio.

TABLA 10

DISPONIBILIDAD ASIA LA CONSULTA DENTAL POR GRUPOS DE EDAD

GRUPO	POSITIVA	NEGATIVA	
60-74 ANOS	95	32	
75-90 ANOS	11	12	
	106	44	CASOS

TABLA 11

PROPORCION DEL ULTIMO TRATAMIENTO DENTAL POR GRUPO DE EDAD

GRUPO	No. DE CASOS	PROMEDIO x AÑO	NEGATIVO
ANCIANOS	121	5.2	6
VIEJOS	20	6.2	3
	141	5.3	9

TABLA 11a

## PROPORCION DEL ULTIMO TRATAMIENTO DENTAL SEGUN INSTITUCION

INSTITUCION	No. CASOS	PROMEDIO x AÑO	NEGATIVO
PRIVADA	48	4.03	2
ASISTENCIAL	93	6.06	7

Se exploró la cavidad oral, y se encontró que el 22% de la muestra son dentados y el 77% son dentados; de los cuales en promedio conservan el 56% de sus piezas dentarias (con integridad coronaria), tabla 12. Observamos que entre los grupos de edad, así como entre los grupos de diferentes tipos de asistencia, no existen grandes diferencias, de acuerdo al promedio de piezas que conservan, como puede verse en la tabla 12 y 12a.

Las piezas que no conservaron su integridad coronaria, fueron en total 169 restos radiculares, y aquellas que estaban afectadas por caries radicular fueron 99 piezas en el 32% de la población estudiada (No siendo posible tener buena visibilidad debido a la presencia de sarro radicular)

TABLA 12

PROPORCION DE PIEZAS DENTARIAS POR GRUPO DE EDAD  
(Análisis de la población: dentados y desdentados)

GRUPO	NUMERO DE DESDENTADOS	NUMERO DE DENTADOS	PROMEDIO EN DENTADOS *
ANCIANOS	28	99	18 pz.
VIEJOS	6	17	17 pz.

\*Promedio de piezas dentales por caso del grupo dentado.

TABLA 12a

PROPORCION DE PIEZAS DENTARIAS POR TIPO DE INSTITUCION

INSTITUCION	NUMERO DE DENTADOS	NUMERO DE DESDENTADOS	PROMEDIO EN DENTADOS *
PRIVADA	10	40	19
ASISTENCIAL	24	76	18

Se revisaron las protesis dentales o la falta de las mismas, observando que independientemente del grupo de edad, en su mayoria (56%), no usan protesis, tabla 13. Al analizarlo por tipo de asistencia que reciben, encontramos que el grupo de institucion privada, en su mayoria 52%, si tienen protesis, en contraste con el 33% del grupo asistencial, tabla 13a.

TABLA 13

## PROPORCION DEL USO DE PROTESIS DENTAL POR GRUPO DE EDAD

GRUPO	CON PROTESIS	SIN PROTESIS	NO NECESITA
ANCIANOS	50	70	7
VIEJOS	9	14	-

El grupo estudiado se dividió en dos; un grupo que tiene sus protesis dentales (39%), y otro grupo que carece de ellas (86%).

Primeramente veremos al grupo que tiene sus protesis dentales, las cuales en su gran mayoria estan mal

adaptadas, como vemos en la tabla 14 el grupo privado tiene menos problemas con sus protesis, en comparacion con el grupo asistencia.

TABLA 14

## ADAPTACION DE PROTESIS DENTAL POR GRUPO DE INSTITUCION

INSTITUCION	BUENA ADAPTACION	MALA ADAPTACION	NO SE ACOSTUMBRAI
PRIVADA	9	11	7
SOCIAL	3	24	5
	12	35	12

Aquellos casos que no tienen protesis, aludieron como causas; la falta de interes y la falta de recursos economicos. En el grupo de asistencia social, la mayoria no tenian protesis, por falta de recursos economicos, en contraste con el grupo privado, que no tenian protesis por negligencia dental, tabla 15

TABLA 15

## PROPORCION DE LAS CAUSAS DE AUSENCIA DE PROTESIS DENTAL

INSTITUCION	FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS	FALTA DE INTERES
PRIVADA	3	14
ASISTENCIAL	46	21
	49	35

El 22% del total del grupo estudiado estuvo formado por los edentulos, como puede observarse en la tabla 16, no existen grandes diferencias entre las muestras de la dos instituciones, en ambos la mala adaptacion de sus protesis tiene el mayor porcentaje de este grupo 70%, y solo el 12% tiene una buena adaptacion.

Seguramente debido a que tienen un promedio de 8.9 anos de su ultimo tratamiento dental.

TABLA 16  
 PROPORCION DE EDENTULOS POR TIPO DE INSTITUCION  
 (Uso de protesis dental y adaptacion)

INSTITUCION	NUMERO DE CASOS	NO USA PROTESIS	USA PROTESIS
PRIVADA	10	2	8
ASISTENCIAL	24	4	20
	34	6	28

BUENA ADAPTACION PROTESICA	MALA ADAPTACION PROTESICA	ULTIMO TRATAMIENTO
3	5	6.6 ANOS
1	19	9.9 ANOS
4	24	8.9

Se revisaron los habitos de alcoholismo y tabaquismo, los cuales tuvieron un bajo porcentaje en el grupo encuestado, ya que solo el 22% tiene alguno de estos habitos, tabla 17. Asi mismo el bruxismo tambien tiene un porcentaje bajo de solo el 14%, tabla 18.

TABLA 17

PREVALENCIA DE HABITOS (alcohol y tabaco)

HABITO	NUMERO DE CASOS
ALCOHOL	26
TABACO	16

TABLA 18

PREVALENCIA DE BRUXISMO

BRUXISMO	NUMERO DE CASOS
RECHINAMIENTO	10
APRETAMIENTO	9
FROAMIENTO	2

Al observar la tabla 19, sobre hábitos de cepillado encontramos que solo el 32% tienen una buena frecuencia de cepillado dental -2 o 3 veces diarias- en contraste con el 67% del grupo estudiado, que tienen una frecuencia de una o menos veces diarias.

TABLA 19  
FRECUENCIA DE CEPILLADO DIARIO  
(grupo dentado)

FRECUENCIA	NUMERO DE CASOS
OCASIONAL	28
UNA VEZ	50
DOS VECES	25
TRES VECES	13

Se observo la atricion dental, y el 83% de los casos examinados presentaron desgaste en sus piezas, tabla 16, es

relevante mencionar que el 17% restante no presentaron  
 atricion dental.

Del total de las piezas dentarias, el 53% fueron  
 afectadas por la atricion. tabla 20a

Se corroboró que el grupo de mayor edad (viejos), tuvo  
 un mayor pocentaje de piezas con mas desgaste (moderado),  
 que el grupo de ancianos, tabla 20b.

TABLA 20

RELACION DEL GRADO DE ATRICION POR NUMERO DE CASOS

TIPO DE ATRICION	NUMERO DE CASOS
NINGUNA	19
LEVE	21
MODERADA	36
AMBOS TIPOS	40

TABLA 20a

## PROPORCION DE PIEZAS DEN ALES CON ATRICION

TIPO DE ATRICION	NUMERO DE PIEZAS
ATRICION LEVE	473
ATRICION MODERADA	676
SIN ATRICION	1009

TABLA 20b

## RELACION DE LA ATRICION DENTAL SEGUN GRUPO DE EDAD

GRUPO	ATRICION LEVE *	ATRICION MODERADA *	SIN ATRICION *
ANCIANOS	395	510	964
VIEJOS	78	166	45

\*Numero de piezas dentales

Se examinó el grado de enfermedad periodontal, basándonos, en el índice periodontal de Russell (IP), observamos que entre los dos grupos de edad el IP no varía, tabla 21.

Contrariamente según a la institución a la que pertenecen si encontramos diferencia entre el grado de enfermedad periodontal de los dos grupos, tabla 21a.

Es relevante mencionar que el 45% de los casos, (que fueron el mayor grupo), tuvieron un promedio de IP de entre 5.5 y 6. Por lo que estas personas se encuentran en la línea de perder sus piezas o conservarlas.

También se revisó la presencia de sarro, y en general tienen un promedio de 1.6.

TABLA 21

## INDICE DE ENFERMEDAD PERIODONTAL POR GRUPO DE EDAD

I	GRUPO	INDICE PERIODONTAL	I
I	ANCIANOS	3.5	I
I			I
I	VIEJOS	4.7	I
I			I

TABLA 21a

## INDICE DE ENFERMEDAD PERIODONTAL SEGUN INSTITUCION

I	INSTITUCION	INDICE PERIODONTAL	I
I	PRIVADA	3.5	I
I	SOCIAL	4.7	I

Se examinó la Articulación Temporomandibular (ATM), se encontró que el 65%, tienen desviación mandibular, ya sea hacia la derecha o hacia la izquierda. Los sonidos condilares predominaron en el lado opuesto a la desviación mandibular, tabla 22. Los músculos masticatorios que más fueron afectados en el movimiento mandibular fueron los pterigoideos (externo e interno)

El dolor en la zona de la articulación Temporomandibular, se presentó en 18 de los 150 casos revisados. En este reducido grupo se presentaron el un mayor grupo de masas musculares dolorosas que en el grueso del grupo restante, tabla 23.

TABLA 22  
 PROPORCION DE TRANSTORNOS DE LA ARTICULACION  
 TEMPOROMANDIBULAR

(Desviacion mandibular, Sonidos condilares)

DESVIACION MANDIBULAR	No. DE CASOS	ATM DERECHA			ATM IZQUIERDA		
		CH1	CR2	R3	CH	CR	R
DERECHA	59	15	47	6	21	52	11
IZQUIERDA	39	18	30	7	12	31	8
NEUTRO	52	13	41	7	13	40	6

MUSCULOS MASTICATORIOS

TEMPORAL	MASETERO	PT. EXTERNO	PT. INTERNO	ECM 4
4	-	9	8	-
1	1	3	3	-
2	2	2	2	-

\*1 Crepitacion

\*Ruido

\*2 Chasquido

\*Esternocleidomastoideo

TABLA 23  
RELACION DEL GRUPO SINTOMATICO Y ASINTOMATICO

DOLOR EN	CASOS	SONIDOS CONDILARES			MUSCULOS			
		CR	CH	R	T	M	PE	PI
POSITIVO	18	18	24	3	6	3	6	8
NEGATIVO	132	74	217	39	1	-	6	5

Dentro de los sonidos condilares, el que predominó, fue el chasquido, que se presentó en el 85% de los casos, es de resaltar que en la gran mayoría se presentó como un desplazamiento franco, del condilo hacia fuera de la cavidad glenoidea. Al compararlos según el grupo de edad, observamos que el chasquido principalmente y el ruido aumentan en proporción y al contrario, la crepitación disminuye, siendo que en el grupo de ancianos el orden es; chasquido, crepitación ruido.

TABLA 24  
 PROPORCION DE LOS SONIDOS CONDILARES POR GRUPO DE EDAD

GRUPO	CASOS	CREPITACION	CHASQUIDO	RUIDO
ANCIANOS	127	52	106	22
VIEJOS	23	5	22	6
	-----	-----	-----	-----
	150	57	128	28

La apertura bucal media del grupo fue de 39.62 y al analizar la tabla 25, observamos que las personas que no usan protesis, ya sea edentulas totales o parciales tienen una apertura menor a la normal (40mm), a diferencia de las que usan sus protesis los cuales tienen un rango mayor.

TABLA 25  
RELACION DE APERURA BUCAL

GRUPOS	PROMEDIO DE ABERTURA BUCAL
TOTAL (150)	39.62 mm
PACIENTES CON PROTESIS	40.93 mm
PACIENTES SIN PROTESIS	38.59 mm
EDENTULOS	40.70 mm **
**EDENTULOS CON PROTESIS	42.00 mm
**EDENTULOS SIN PROTESIS	34.66 mm

## COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

1.-Debido a la escasa asistencia voluntaria al consultorio dental, de la población gerontológica, al 99% de los encuestados se les invito o conmino, al examen dental, puesto que asistían a otras consultas o actividades unicamente.

1.1 En la población gerontológica estudiada, el sexo femenino (80%) predomino, sobre el masculino (20%) semejante a lo observado en la bibliografía revisada

2.-Al analizar ,este tema comprendimos la necesidad de corroborar el comportamiento de algunos factores socio culturales en relacion a las necesidades odortologicas:

2.1 En esta casuistica el 33% correspondio a pacientes de centros de asistencia privada y el 66% de centros de asistencia social.

2.2 Se encontro que el 90% de esta población estudiada, viven en familia.

2.4 El grado de escolaridad obtenida de nuestra población, muestra que el 89% del grupo inicio sus estudios

de educacion primaria y que solo el 32% los finalizo.

2.5 Se observo que el grupo estudiado permanece activo, ya que el 92% se ocupa de labores propias del hogar o de actividades laborales.

2.6 Dentro de sus actividades habituales, el grupo de ancianos, realiza el doble de actividades que el grupo de viejos, de acuerdo a su mayor vigor y menor edad por lo que el primer grupo se encuentra mas en contacto con su medio ambiente, lo que repercute en un mayor interes por su realidad presente. Curiosamente vemos que su actividad religiosa, fue la unica que no disminuyo.

3.- Como se refiere la bibliografia revisada, factores como la limitacion de actividades, disminucion de los sentidos (vista, olfato, gusto) y dificultad para practicar, ejecutar e los habitos alimentarios y la salud en general.

3.1 Se observa que se refieren a la dieta baja en carbohidratos, que se recomienda para mejorar la longevidad en el grupo se refiere, en este estudio, el grupo de viejos consumen mas carbohidratos, que el grupo de ancianos vemos que consumir o ofrece de calorías, en sustitución de otros alimentos que no

puede consumir.

3.2 es evidente que la alta de psicorretaria o l mala adaptacion protesica, e e cu e s alimentacion, ya que por la dificultad para asoia, esta se baso en alimentos blandos de facil rasuca o, lo que limito su variedad y repetitio e ura d e a deficiente.

3.3 Se observo que la frecuencia de los alimentos de consumo es mayor en relacion proporcional a la cantidad de actividad que desempeñan y al nivel socioeconomico que poseen.

4.-En el grupo geriatrico, el analisis de los diversos padecimientos, asi como la cantidad de medicamentos que consumen son de especial importancia, ya que sus necesidades farmacologicas son numerosas y esto provoca problemas en la medicacion, pues con la edad se puede incrementar el nivel sanguineo del farmaco, aumentar el riesgo de la sensibilizacion previa o la interaccion entre los mismos.

4.1 En previos estudios reportados en E.U.A. se observo una alta prevalencia de padecimientos sistemicos en el grupo geriatrico. En este estudio se observo que el 88%

de la muestra padecian alguna enfermedad sistémica de estas, el 36% del grupo padecian diabetes. Como se sabe esta enfermedad dificulta el tratamiento odontológico.

4.2 Se observó que en el grupo estudiado el 61%, consumen algún tipo de medicamento con un rango de 1 hasta 5 fármacos por paciente.

5.-La bibliografía internacional nos refiere, que el grupo geriátrico subutiliza los servicios dentales debido a: su pobre estado de salud, al costo de los tratamientos y a una actitud negativa y de rechazo a la consulta dental.

5.1 Se encontró que el 29%, manifiesta una actitud negativa, con respecto a la consulta dental. Es relevante mencionar que a mayor edad (en el grupo de los viejos) esta actitud se acentúa.

5.2 Se corroboró lo reportado en estudios previos realizados, en otros países, el grupo estudiado ha pasado mucho tiempo sin recibir atención odontológica, ya que en promedio su último tratamiento dental fue cinco años previos a la fecha en que fueron examinados.

5.3 Al comparar los grupos por su edad y por el factor economico, encontramos que el economico, fue mas decisivo en la frecuencia del tratamiento dental, que el factor edad.

6.-Como manifiesta la bibliografia internacional, el aparato buco-dental se relaciona, con la expresion facial, el habla y la alimentacion entre otros. Por lo cual la salud bucal toma importancia y características especiales en la persona en edad senescente. Asi mismo, una mala salud bucal, podria tener repercusiones en el estado mental y fisico del paciente geriatrico, dificultando su comunicacion con los demas, disminuyendo el gusto por la comida y afectando su ego.

6.1 Contrario a lo que esperabamos encontrar, en su mayoria, el 77% del grupo, fueron dentados y solo el 22% fueron edentulos. Se corrobora lo que nos refiere la bibliografia, de que un numero mayor de personas conservan sus piezas por un periodo mayor de tiempo. Es relevante mencionar que el grupo dentado conservo el 56% de sus piezas dentarias (importante porcentaje de piezas con integridad coronaria) .

- 6.2 Un indicador de negligencia dental, fue la presencia de restos radiculares en el 26% del grupo estudiado, ya que estas piezas carecen de función y contribuyen a la formación de focos de infección.
- 6.3 El 16% de los casos estudiados, no presentaron atrición en ninguna de sus piezas, el restante 83% si lo presento. Este desgaste puede producir desarmonias oclusales, y problemas de la Articulación Temporomandibular, además de restarle funcionalidad al aparato masticatorio.
- 6.4 De acuerdo a estudios previos se observo, que a mayor edad la atrición oclusal se acentua. En el grupo estudiado se observo que el 83% de afectados con atrición el 30% era atrición generalizada en todos sus dientes.
- 6.5 El bruxismo se observo en el 18% de los casos, estudiados
- 7.1 El 95% de la población estudiada requieren de algun tipo de aparato protesico dental. De esta población, solo el 39% recibe la atención protesica.

7.2 En 150 casos estudiados, solo 59 remplazaron con protesis sus piezas dentarias faltantes, En este grupo el 59% ,tienen sus protesis mal adaptadas, otro 20% no se acostumbro a ellas y solo el 20% tienen sus aparatos protesicos dentales. bien adaptados.

7.3 En el grupo aqui estudiado;84 casos requieren y carecen de tienen protesis dental.Su carencia lo atribuyeron en el 58% a lo costoso del tratamiento y el 41% no le interesa utilizarlas.

7.4 Se considero importante separar al grupo de los edentulos (22% del total), y se encontro que en su mayoria, el 70% de este grupo, tienen problemas de adaptacion con sus protesis dentales. Probablemente atribuido a que tienen en promedio 9 anos de no recibir atencion odontologica.

8.-La bibliografia refiere, que la principal causa de que el grupo geriatico pierda sus piezas dentarias es la enfermedad periodontal y que la higiene bucal se encuentra en proporcion directa con la enfermedad periodontal. El grupo estudiado la higiene dental, en terminos generales es deficiente .En la prevalencia de Enfermedad Periodontal, se observe que el grupo observado

en institucion privada, tiene un indice Periodontal de 3.5; mas bajo que el indice Periodontal de 4.7, del grupo de asistencia social. Esta observacion confirma observaciones hechas anteriormente en otros estudios. La presencia de sarro supra e infragingival se midio, y en general el grupo mostro un promedio de 1.7 por pieza.

El 45% de los casos, tuvieron un indice Periodontal cuyo rango vario de 5.5 a 6.0 por lo que se encuentran en el limite de ser aun tratadas y conservadas o de perderse.

9.-La bibliografia nos refiere que la articulacion temporomandibular al estar estrechamente relacionada con la oclusion y los musculos masticatorios, se remodela conforme pasa de la denticion temporal a la permanente. La bibliografia tambien senala que al perderse todas las piezas dentales, la articulacion se adaptara en un cierto grado, a este estado.

En casi la totalidad de este estudio, el 97% de los casos se presentaron uno o mas sintomas de los trastornos de la articulacion temporomandibular.

9.1 Se observo que no obstante el porcentaje anterior solamente, se presento dolor en la zona de la

articulacion temporomandibular en el 12% de los casos.

9.2 Los sonodos condilares (crepitacion, chasquido, ruido), que se producen durante el movimiento mandibular, se presentaron con mas frecuencia, en el lado opuesto a la desviacion mandibular (derecha o izquierda). Curiosamente en los casos donde la mandibula no se desvio ni hacia la derecha, ni hacia la izquierda, los sonidos condilares se presentaron bilateralmente en igual proporcion .

9.3 En el 12% de los casos aqui estudiados se observo Articulacion temporomandibular con dolor. Siendo el orden de frecuencia en dolor: El pterigoideo interno con 8 casos ,el pterigoideo externo y el temporal con 6 casos y el temporal con tres casos .

9.4 El chasquido de la Articulacion tambien fue el signo mas frecuentemente observado (128 de los 150 casos), Este se presento como un desplazamiento franco de la cabeza del condilo hacia adelante por sobre la eminencia articular (o condilo del temporal). Como nos refiere la bibliografia, este desplazamiento ,o dislocacion parcial o incompleta es en realidad una forma de hipermovilidad, la cual cuando se ha correlacionado con estudios radiografico no confirma

una relacion articular anormal o patologica necesariamente.

- 9.5 Se encontro que a mayor edad del paciente, la frecuencia del sonido crepitante, disminuyo y la frecuencia del chasquido articular se incremento en un 12%, lo cual como se menciono se explica porque la Articulacion Temporomandibular se adapta de tal forma que permite el libre desplazamiento del condilo fuera de la cavidad.
- 9.6 Al revisar la sintomatologia referida encontramos, un gran predominio de pacientes monosintomaticos (50%), de los cuales el chasquido prevalecio en viejos y ancianos.
- 9.7 Valorando la apertura bucal, encontramos que los pacientes con protesis dentarias, en general tenian la apertura bucal normal o aumentada y en los que carecian de protesis esta estaba disminuida. Asi se confirma que la falta de reposicion dentaria provoca, la disminucion de la apertura bucal, ya que en el grupo sin protesis la apertura fue menor de 40mm y los de protesis fue mayor de 40mm.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 ARZAC P. LA MALNUTRICION EN EL ANCIANO. REVISTA MEXICANA DE GERONTOLOGIA. AÑO 1, Vol 1:13-14.
- 2 CARRANZA F. A. PERIODONTOLOGIA CLINICA DE GLICKMAN. MEXICO. NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA 1982.
- 3 CLAUS LM. DENTAL STUDENT ATTITUDES TOWARDS THE ELDERLY AND TRAINING IN GERIATRIC DENTISTRY. INT DENT J. DEC 1982 32(4):371-8.
- 4 EPIDEMIOLOGICAL STUDIES ON SOCIAL AND MEDICAL CONDITIONS OF THE ELDERLY. EURO REPORTS AND STUDIES 62.
- 5 GARCIA J. AVALOS M. BIOLOGIA EN EL ENVEJECIMIENTO. REVISTA MEXICANA DE GERONTOLOGIA. AÑO 1, Vol 1:9-12.
- 6 GARCIA J. AVALOS M. BIOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO. REVISTA MEXICANA DE GERONTOLOGIA. AÑO 1, Vol 1:13-14.
- 7 GONZALEZ JOAQUIN. PERFIL DE UN GERIATRA. REVISTA MEXICANA DE GERONTOLOGIA. MAR-ABR 1985. Vol. I, No. 2:15-18.
- 8 KAMEN SAUL. ATENCION ODONTOLÓGICA EN GERIATRIA. MUNDO MEDICO. ABRIL 1983; Vol X, no. 109:19-28.
- 9 L CHTENSTEIN H, et al. GERIATRIC CONSULTATION: A FUNCTIONAL ASSESSMENT. GERIATRIC SOC. MAY 1984, 32(5); 365-61.
- H J. PRINCIPLES OF GERIATRIC DENTISTRY. PRACTICE AND THEORY. 6, Vol 6, Vol 7. 87-8.
- UNIVERSITY OF CALIFORNIA, SCHOOL OF DENTISTRY, SAN FRANCISCO, CALIFORNIA.

- OF DENTISTRY, WASHINGTON, D. C.
- 12 PAVLETOV PE. TRAINING HEALTH PROFESSIONALS IN THE CARE OF THE ELDERLY. J AM GERIATRICSOC. FEB 1982;30(2):144-9.
  - 13 PETRUSHEK F. CHANGING CONCEPTS IN GERIATRIC DENTISTRY. ALA J MED SCI. APR 1984;21(2):214-6.
  - 14 SA GADO A. TRADUCCION DE GERIATRIA Y ASISTENCIA GERIATRICA. ESPANA. SALVA EDITORIALES, S. A. 1985.
  - 15 SHAFER W. TRADUCCION DE PATOLOGIA BUCAL. EXILO. NUEVA EDITORIAL IN ERAMERICANA. 1981.
  - 16 SCHUBERT M. LESIONES GASTROINTESTINALES EN GERIATRIA. TRIBUNA MEDICA. ABR 1983;44(8):8-13.
  - 17 STAXE et al. REHABILITATING THE GERIATRIC PATIENT POTENTIAL AND LIMITATIONS. GERIATRIC. SEP 1979;34(9):99-101.
  - 18 TRATADOS MORALES ARGENTINA. (CLASIFICACION DE JACKSON 24).
  - 19 TOWARD THE WELL-BEING OF THE ELDERLY. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. 1985. SEVENTH PUBLICATION No. 49.
  - 20 WILLIAM R. THE GERIATRIC PATIENT. E. U. A. HP PUBLISHING CO. INC.
  - 21 WYNGAARDEN & S. L. LEE. TRADUCCION DE MEDICINA INTERNA Vol I. MEXICO. EDITORIAL IN ERAMERICANA 1983.

