



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CARACTERÍSTICAS BUCO- FACIALES Y
ENFERMEDADES SISTÉMICAS PRESENTES EN
PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE
PROSTODONCIA TOTAL, FO, UNAM.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

LETICIA TREJO SÁNCHEZ

TUTOR: MTRO. VÍCTOR MORENO MALDONADO

ASESORES: MTRA. ERIKA HEREDIA PONCE
MTRA. MARÍA DEL CARMEN VILLANUEVA VILCHIS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Esta tesis la dedico con tomo mi amor y cariño:

A dios, a mis padres (Celia Sánchez y Román Trejo), a mis hermanas (Paty y Lily) y a mí.

Agradecimientos:

Agradezco primeramente a Dios por darme todo lo que tengo, por darme vida y salud para llegar hasta este momento, por regalarme una familia maravillosa y por las personas que ha puesto en mi camino.

A mis padres:

Por su dedicación, amor, esfuerzo y apoyo que me han brindado a lo largo de mi vida, por inculcarme grandes valores que han hecho de mi una mejor persona, gracias por todo, sin ustedes no serían posibles todos mis logros.

A ti mamá: por darme la vida, por cuidarme siempre con tanto cariño, por tu apoyo incondicional.

A ti papá: por darme todo lo mejor que has podido, por quererme tanto, por luchar por tu familia siempre y ser un gran ejemplo para nosotras.

Gracias papás por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, siempre me han apoyado y me han brindado todo su amor, por todo esto les agradezco de todo corazón el que estén a mi lado.

A mis hermanas Patricia y Liliana:

Gracias, aunque están lejos, siempre me han dado todo su apoyo y su cariño, siempre se han preocupado por mí, son un gran ejemplo de superación y de constante lucha, las quiero mucho, gracias por ser mis hermanas.

A mi abuelita Lala:

Por tu apoyo, por creer en mí, por darme buenos consejos para ser mejor, por encomendarme siempre con Dios para que saliera adelante.

A mis grandes amigos:

Adriana Colín, Cynthia Trejo, Zoe Solana, Humberto Trigueros, Carlos Santiago, Omar Lara, Daniel Benavides, por estar siempre ahí apoyándome en los buenos y malos momentos, por confiar y creer en mí y por todo lo que hemos vivido juntos, gracias, ustedes han enriquecido mi vida con su cariño y su alegría, los quiero.

Gracias a Alain, Danovan, Jazmin, Coral, Fernando, Ricardo, Luca, Juan Carlos, además de ser unos excelentes compañeros de Prosdoncia son unos maravillosos amigos, gracias por su apoyo y ayuda en todo este tiempo que hemos estado juntos.

A mi gran Mtro. Víctor Moreno Maldonado:

Gracias por enseñarme gran parte de lo que sé, gracias por todos sus consejos, por su gran ayuda y apoyo, por compartir sus conocimientos conmigo, más que mi maestro lo considero un gran amigo y una persona que siempre estará en mi corazón.



A mis asesoras Mtra. Erika Heredia Ponce y Mtra. Ma. Carmen Villanueva

Vilchis:

Gracias por su orientación para el desarrollo de este trabajo, por asesorarme a lo largo de la tesis y acompañarme en este camino,

Gracias a cada uno de los maestros

Que participaron en mi desarrollo profesional durante mi carrera, sin su ayuda y conocimientos no estaría en donde me encuentro ahora.

A todas las personas que se cruzaron en este proceso y que me dieron palabras de aliento y apoyo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México

La máxima casa de estudios donde se vive, se sufre, se disfruta, se crece, me siento orgullosa de formar parte de ella y de poder decir...

Por mi raza hablará el espíritu....



ÍNDICE

1. Introducción	8
2. Marco Teórico.....	9
2.1 Envejecimiento y cambios demográficos.....	10
2.2 Envejecimiento.....	14
2.2.1 Teorías del envejecimiento.....	14
2.2.1.1 Teoría de las mutaciones	14
2.2.1.2 Teoría del error primario de Orgel	15
2.2.1.3 Teoría de la restricción codónica	
de Strehler	15
2.2.1.4 Teoría nerviosa	15
2.2.1.5 Teoría del agotamiento del material	
genético	15
2.2.1.6 Teoría de Hayflick	15
2.2.1.7 Teoría de los radicales libres o de	
la peroxidación	16
2.2.1.8 Teoría de los enlaces cruzados	16
2.2.1.9 Teoría del error catastrófico	16
2.2.1.10 Teoría inmunológica	16
2.2.1.11 Teoría neuroendócrina	17
2.2.1.12 Teoría de la acumulación de los	
productos de desechos	17
2.2.1.13 Teoría basada en mecanismos	
genéticos	17
2.2.1.14 Teoría del desgaste	17
2.1.2.15 Teoría del uso y consumo	
“Wear & Tear”	17





Índice...

2.2.2 Teorías sociológicas del envejecimiento.....	18
2.2.2.1 Teoría de la desvinculación	18
2.2.2.2 Teoría de la actividad	18
2.2.2.3 Teoría de la modernización	18
2.2.2.4 Teoría de la socialización	18
2.2.3 Envejecimiento celular.....	19
2.3 Salud bucal y envejecimiento.....	22
2.3.1 Músculos masticatorios	23
2.3.2 Dientes	24
2.3.3 Dentina y cemento	25
2.3.4 Pulpa	25
2.3.5 Ligamento periodontal	25
2.3.6 Mucosa	26
2.3.7 Labios	26
2.3.7 Lengua	27
2.3.8 Glándulas salivales	28
2.3.9 Hueso alveolar	28
2.3.10 Deglución	29
2.3.11 Perfil facial	29
2.4 Actitud mental del paciente.....	30
2.5 Enfermedades sistémicas y sus	
manifestaciones.....	32
2.5.1 Aparato digestivo.....	33
2.5.1.1 Estreñimiento	33
2.5.1.2 Diarrea	33





Índice...

2.5.1.3 Gastritis	34
2.5.1.4 Intolerancia y alergia a alimentos	34
2.5.1.5 Disfagia	35
2.5.2 Aparato Respiratorio.....	36
2.5.2.1 Disnea	36
2.5.2.2 Obstrucción nasal	37
2.5.2.3 Tos	37
2.5.2.4 Dolor torácico	38
2.5.2.5 Bronquitis	38
2.5.3 Sistema Cardiovascular.....	40
2.5.3.1 Hipertensión arterial	40
2.5.3.2 Cardiopatía	41
2.5.3.3 Palpitaciones	41
2.5.3.4 Infarto	42
2.5.4 Sistema Endócrino.....	44
2.5.4.1 Diabetes	44
2.5.4.2 Sequedad cutánea	44
2.5.4.3 Nerviosismo	45
2.5.5 Aparato Genitourinario.....	46
2.5.5.1 Incontinencia urinaria	46
2.5.5.2 Nicturia	48
2.5.5.3 Poliuria	49
2.5.5.4 Dolor lumbar	49





Índice...

2.5.6 Sistema nervioso.....	50
2.5.6.1 Visión borrosa	50
2.5.6.2 Depresión	51
2.5.6.3 Pérdida de memoria	52
2.5.6.4 Angustia	53
2.5.6.5 Vértigo	54
2.5.6.6 Temblores	54
2.5.6.7 Parestesia	55
2.5.6.8 Insomnio	56
2.5.6.9 Problemas de audición	56
2.5.7 Sistema Músculo esquelético.....	58
2.5.7.1 Artralgia	58
2.5.7.2 Artritis	59
2.5.7.3 Deformidad articular	59
2.5.7.4 Chasquidos articulares	60
2.5.7.5 Osteoporosis	60
2.6 Patologías Bucales.....	62
2.6.1 Micosis	62
2.6.2 Caries	63
2.6.3 Enfermedad periodontal	66
2.6.4 Lesión periapical	66
2.6.5 Recesión gingival	67
2.6.5 Épulis fisuratum	67
2.6.6 Dientes retenidos	68
2.6.7 Oligosialia	68





Índice...

3. Antecedentes.....	69
4. Planteamiento del problema.....	75
5. Justificación.....	77
6. Objetivos.....	79
7. Hipótesis.....	81
8. Materiales y métodos.....	82
9. Criterios de selección.....	83
10. Definición operacional y escala de medición de las variables	84
11. Metodología.....	94
12. Recursos.....	95
12. Análisis de la información.....	96
13. Consideraciones éticas.....	97



Índice...

14. Resultados.....	98
15. Discusión.....	117
16. Conclusiones.....	126
17. Bibliografía.....	129
18. Anexos.....	143
15.1 Historia clínica de Prostodoncia Total	143
15.2 Historia clínica general	147





INTRODUCCIÓN

La integridad del cuerpo humano es la base para que pueda existir una adecuada funcionalidad del organismo, la boca no es la excepción. El contar con los dientes en buena condición es importante no sólo para la masticación y nutrición, si no que juegan un papel relevante en la estética de la persona así como en el mecanismo de lenguaje y calidad de vida.

La odontología no sólo pretende mantener la integridad a través de los tratamientos de reemplazo o sostén, sino que la meta es la prevención mediante el cuidado y limpieza de toda la cavidad bucal, ya que así se mantiene un equilibrio de los factores biológicos, psicológicos y sociales que dan la posibilidad de conservar su función integral de manera adecuada.

Sin embargo, actualmente un gran número de personas de edades avanzadas presentan pérdida de dientes y en algunos casos alteraciones bucales, las cuales influyen en su diagnóstico y rehabilitación.

El objetivo de este estudio fué determinar las características buco faciales, enfermedades sistémicas y el plan de tratamiento de pacientes atendidos en la Clínica de Prostodoncia Total de la Facultad de Odontología UNAM, correspondiente a los periodos escolares 2005-2006 y 2006-2007.



MARCO TEÓRICO

El envejecimiento es una de las pocas características que unifica y define a todos los seres vivos, es considerado un fenómeno universal, un proceso dinámico, irreversible, inevitable y progresivo que involucra un cierto número de cambios fisiológicos, o simplemente una declinación en la función del organismo, considerado por algunos autores como “un error en el código genético”.¹ No es fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, sino que ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social y ha sido de interés para la filosofía, el arte y la medicina de todas las épocas.²

Ha sido definido como un “deterioro de las funciones progresivo y generalizado, que produce una pérdida de la respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad”.³



ENVEJECIMIENTO Y CAMBIOS DEMOGRÁFICOS

Actualmente México experimenta un proceso de envejecimiento demográfico que se caracteriza por el aumento en cantidad y porcentaje de la población adulta. Se espera que para el año 2010 la población en general sea de 111.7 millones y que entre los años 2010 y 2030, la población alcance 130.3 millones. El Incremento de la población adulta, que inició a mediados de los noventa, continuará durante toda la primera mitad del siglo XXI, hasta alcanzar el 28% de la población en el año 2050.⁴

A partir de 1930, con el inicio del descenso de la mortalidad y los altos niveles de natalidad, se produjo un elevado crecimiento demográfico entre 1950 y 1970, a partir de la década de los 70's la tasa de crecimiento comenzó a descender, las altas proporciones de población infantil y juvenil caracterizaban a la población mexicana como una población muy joven. El año 2000 se caracterizó por una disminución en la proporción de niños y un incremento en la población joven y en edad laboral.^{4, 5}

A partir de 1970 el declive de la mortalidad dió origen a un progresivo aumento de la esperanza de vida y en consecuencia, un número cada vez mayor de personas llega con vida a edades avanzadas. El aumento del control de la natalidad se refleja en una reducción de la proporción de niños y jóvenes, esto aunado a una esperanza de vida mayor provoca un aumento significativo de la edad media de la población y una proporción ascendente de adultos. Este cambio en la estructura de la población se traducirá en una serie de desafíos de distinta índole hacia la población en general, entre ellas el ámbito de la atención a la salud.



Envejecimiento y cambios demográficos...

La tasa de crecimiento de la población de adultos mayores en los últimos años es de 3.5% anual, lo que implica que este grupo tiene el potencial para duplicar su tamaño cada 19 años. Entre el año 2000 y 2050 la población de adultos se incrementará en alrededor de 30 millones, más del 70% de este incremento ocurrirá a partir del año 2020. ^{4,5}

En la actualidad la edad media de la población es de 27 años, en el año 2020 será de 38 años y en el 2050 será de 43 años. Según las proyecciones recientes, la esperanza de vida aumentará de 74 años en el 2000 (71.5 para los hombres y 76.5 para las mujeres) a 76.6 en el 2010, 79.8 años en el 2030 y, finalmente 81.3 años (79 para los hombres y 83.6 para las mujeres) en el 2050.

Este proceso de envejecimiento demográfico no es exclusivo de México, de acuerdo con proyecciones, la proporción de población con 60 años o más en América Latina y el Caribe pasará de 8% en el año 2000 a 14.1% en el 2025 y a 22.6% en el 2050, en tanto que en México será del 28%. ^{5,6}

En el 2000, las personas de 60 años o más representaban el 6.8% de la población total del país y se espera aumentarán a 28% en el 2050, de 6.7 millones en el 2000 a 36.5 millones en el 2050, este proceso de envejecimiento demográfico ocurrirá en un lapso menor al observado en países desarrollados y en un contexto socioeconómico menos favorable. Esto significa que se contará con menos tiempo y se dispondrá de menores recursos para adaptarse a las consecuencias sociales del envejecimiento de la población. ^{4, 5, 6,7}





Envejecimiento y cambios demográficos...

Datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican que la población mundial envejece el 1.7% anualmente y se espera que para el año 2025 existan aproximadamente 1100 millones de personas mayores de 60 años en el mundo; de este total, 82 millones estarán en América Latina.⁸ Para el año 2035 el 25% de la población mundial será mayor de 60 años, sobre todo, en los países industrializados.⁹

El envejecimiento demográfico se traducirá en importantes desafíos para la atención a la salud, lo cual significa una mayor demanda de servicios, pues es justamente en este grupo de edades donde se presentan las mayores tasas de morbilidad y atención hospitalaria. Esto implicará el desarrollo de inversiones en infraestructura y personal capacitado para brindar atención a los adultos mayores, así como mecanismos institucionales que amplíen el acceso a servicios de salud de calidad a los segmentos de la sociedad que hoy no cuentan con ellos. Las tendencias sugieren que la demanda de servicios de salud no sólo se incrementará en volumen, sino que también se presentarán cambios en el tipo de padecimientos predominantes, los cuales implicarán mayores costos en la atención a la salud. Estas transformaciones se reflejan en la evolución de las causas de muerte en la población de adultos mayores.⁴

Datos del CONAPO sugieren que las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar en cuanto a causas de muerte, las neoplasias son la segunda causa de muerte, y la diabetes ocupa el tercer lugar.⁴ Aunque el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) indica que la diabetes ocupa el primer lugar de causas de muerte seguido por enfermedades cardiovasculares en segundo lugar y neoplasias en tercer lugar.¹⁰



Envejecimiento y cambios demográficos...

Se prevé no sólo un incremento en la demanda de servicios de salud, sino también un mayor número de padecimientos crónico degenerativos, así como una mayor incidencia de discapacidades. Por tanto, es necesario responder con un diseño de políticas y programas de salud que haga frente a estos nuevo retos, no solo mediante la inversión en infraestructura hospitalaria y personal capacitado, sino a través de la instrumentación de programas preventivos que permitan reducir las tasas de morbilidad y deterioro funcional, incrementar la esperanza de vida libre de discapacidad, y permitir a un creciente número de personas llegar a las edades avanzadas con un estado de salud favorable. ⁴



ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso dinámico de modificaciones morfológicas, funcionales, psicológicas y bioquímicas que se inicia en el momento del nacimiento y se desarrolla a lo largo de la vida. Puede definirse como el conjunto de cambios que acontecen en los sistemas orgánicos que sostienen la vida, a consecuencia del paso del tiempo. La expresión de estos cambios, tanto en lo morfológico y funcional, como en el plano fisiológico y bioquímico, permite identificar a los seres como envejecidos. En el proceso de envejecer se pueden diferenciar cinco elementos causales: la herencia, la configuración física, la personalidad, la biografía y el entorno. ¹¹

Envejecimiento no significa enfermedad, sino que durante el proceso de envejecimiento se van produciendo cambios en órganos y sistemas, conforme las personas envejecen, aumenta el riesgo de adquirir enfermedades e incapacidades. ¹¹

Se dice que el metabolismo tisular cambia con el tiempo, el origen de estos cambios no se conoce con precisión. En un intento por encontrar y entender las causas del envejecimiento, se han formulado diversas teorías: de la mutación, del eslabonamiento cruzado, de la colágeno, del estrés, de radicales libres, del envejecimiento celular, etc. ¹²

■ Teoría de las mutaciones. También llamada teoría clonal o mutacional del envejecimiento; esta teoría dice que durante el envejecimiento se producen cambios celulares espontáneos con modificaciones morfológicas y funcionales que deterioran las funciones de las células y por tanto de todo el organismo. Las familias celulares que se forman después de las mutaciones pueden tener desventajas respecto a las células originales, cuando aparecen condiciones poco favorables a la homeostasis y supervivencia del organismo.



Teoría del envejecimiento...

- ▣ **Teoría del error primario de Orgel.** El proceso de envejecimiento es consecuencia de una alteración del código genético por mutaciones a nivel del DNA con repercusión en la síntesis de proteínas.

- ▣ **Teoría de la restricción-codónica de Strehler.** Llamada del reloj molecular, basada en el fenómeno de muerte celular programada.

- ▣ **Teoría nerviosa.** Las células nerviosas sufren destrucción lenta pero progresiva, pero a diferencia de otras, no se renuevan ni son sustituidas por nuevas células. En todos los órganos desaparece la acción reguladora del sistema nervioso sobre la homeostasis y ello explicaría también las alteraciones morfológicas y funcionales que caracterizan al envejecimiento. Se pueden hacer consideraciones similares para el sistema endócrino y la reducción de sus funciones de regulaciones en estas personas.

- ▣ **Teoría del agotamiento del material genético.** Existen repeticiones selectivas de algunos genes que se ponen en actividad a medida que los genes activos se deterioran, supliéndolos hasta que el sistema queda exhausto.

- ▣ **Teoría de Hayflick.** Leonard Hayflick, observó que ciertas células humanas experimentaban sólo un número limitado de divisiones celulares antes de morir. Este hallazgo sugiere que el envejecimiento está programado en el interior de la células, y podría explicar las diferencias que existen en la duración de la vida de las distintas especies animales, así como la longevidad desigual de los distintos géneros en las mismas especies.



Teorías del envejecimiento...

- ❑ **Teoría de los radicales libres o de la peroxidación.** Los radicales libres formados durante el proceso oxidativo del metabolismo reaccionan con los componentes celulares, originando la muerte de células vitales y, finalmente, el envejecimiento y la muerte del organismo.

- ❑ **Teoría de los enlaces cruzados.** Tiene su fundamento en los cambios moleculares que se producen con la edad, extracelular e intracelularmente y que afectan a la información contenida en el DNA y en el RNA. Según esta teoría, la alteración originada en el DNA daría lugar a una mutación en la célula y, posteriormente, a su muerte.

- ❑ **Teoría del error catastrófico.** Plantea que con el paso del tiempo, se produce una serie de errores en la síntesis proteica que acaban por trastornar la función celular, facilitando su envejecimiento y finalmente, la muerte.

- ❑ **Teoría inmunológica.** En el envejecimiento se produce un declive importante de este sistema, determinando una menor capacidad de defensa del organismo ante cualquier tipo de agresión y limitando su capacidad para discernir entre lo propio y lo ajeno; facilitando la aparición de un mayor número de enfermedades, especialmente de tipo autoinmune (artritis reumatoide, lupus eritematoso, pénfigo, etc.), infeccioso (VIH, herpes, meningitis bacteriana, etc.) y tumoral.



Teorías del envejecimiento...

- ❑ **Teoría neuroendócrina.** El principal responsable del envejecimiento sería el deterioro de los mecanismos de regulación neuroendocrina. Su fundamento es la pérdida de células nerviosas y en algunos casos de las hormonas que regulan el mecanismo reproductor, con lo cual existe pérdida de la capacidad funcional del mecanismo regulador endócrino.

- ❑ **Teoría de la acumulación de productos de desecho.** La mayor parte de las células en animales de edad avanzada contienen un número elevado de cuerpos de inclusión, productos de degradación metabólica que actuarían como agentes patógenos para la propia célula, alterando su metabolismo y acelerando su destrucción.

- ❑ **Teoría basada en mecanismos genéticos.** La longevidad de una determinada especie y de sus individuos está predeterminada por mecanismos genéticos, las claves del envejecimiento se encuentran en el DNA, en el proceso de división celular.

- ❑ **Teoría del Desgaste.** El organismo está formado por componentes irremplazables y la acumulación de lesiones en sus partes vitales ocasiona la muerte de células, tejidos, órganos y finalmente del organismo.

- ❑ **Teoría del uso y consumo “Wear & Tear”.** Se basa en que cada organismo existe una determinada reserva o acumulo de energía no renovable y que una vez agotada se presentan la degeneración y la muerte.



Teorías sociológicas del envejecimiento

Teorías adaptativas. Relacionadas con la capacidad de interacción del individuo con su medio social.

- ▣ **Teoría de la desvinculación.** A medida que el individuo envejece se produce una reducción de su interés por las actividades y objetos que lo rodean, lo cual va generando un alejamiento de toda clase de interacción social.

- ▣ **Teoría de la actividad.** Enfatiza que las actividades sociales juegan un rol de amortiguador para atenuar el trauma por la pérdida de otro tipo de actividades.

Teorías estructurales. Impacto de la organización social sobre el envejecimiento.

- ▣ **Teoría de la modernización.** Destaca la descalificación de los viejos en el ámbito laboral debido a las nuevas tecnologías que generan mayor competitividad y mejor formación en las tecnologías de vanguardia.

- ▣ **Teoría de la socialización.** La persona que envejece está expuesta a sufrir y a acumular una serie de pérdidas (sensoriales, motoras, sociales) que reducen su autonomía y su competencia. ¹³



Envejecimiento...

En general se produce lo que se denomina “envejecimiento celular”, que incluye los siguientes procesos:

- ▣ Cambios en la membrana celular, en el citoplasma y en el núcleo.
- ▣ Cambios enzimáticos y signos de muerte celular.
- ▣ Cambios inmunológicos; aumento de producción de anticuerpos y degeneración de tejidos. ¹⁴
- ▣ Cambios funcionales; los desordenes neurológicos son los que más causan daño en pacientes ancianos
- ▣ Cambios en la marcha y equilibrio; se pueden asociar a deficiencias en el sistema nervioso central, a la baja en la velocidad de conducción de la masa muscular y al aumento del tono muscular (rigidez). ¹⁵
- ▣ Cambios en la composición corporal; entre ellos está la disminución de la estatura por modificaciones en el nivel de los cuerpos vertebrales, lo que origina un tronco corto con extremidades largas. ¹⁶
- ▣ Redistribución del volumen graso; con esto baja la adiposidad periférica subcutánea, esto produce que se acentúen los pliegues de la piel y la aparición de arrugas. Además disminuye la elasticidad de los tejidos por acumulación de colágeno entrecruzado y calcificación de la elastina. ¹⁶



Envejecimiento...

En la siguiente tabla se mencionan algunos de los cambios que se presentan en diferentes sistemas y órganos en personas de edad avanzada. ^{15, 16}

Sistema Cardiovascular	Aumenta el tiempo de contracción-relajación, la presión arterial, el porcentaje de arritmias. Disminuye la elasticidad de los vasos.
Sistema Pulmonar	Desciende la elasticidad pulmonar, la fortaleza de la musculatura respiratoria y la respuesta ventilatoria por hipoxia.
Sistema músculo- esquelético y óseo	Aumenta la porosidad de corteza y resorción ósea, las trabéculas reducen su grosor y número.
Cerebro	Disminuye su tamaño y peso. Sufren cambios los neuro transmisores, hay mayor pérdida de neuronas.
Páncreas	Disminuye la tolerancia de glucosa
Tiroides y otras glándulas	Fibrosis Aumento de peso y nódulos
Riñón	Disminuye la masa renal Declina la función renal
Hígado	Se reduce en gran proporción el metabolismo de drogas
Visión	Presbicia, miosis persistente, baja la secreción lagrimal, esclerosis nuclear
Audición	Disminución de la audición Baja en la agudeza en tonos altos
Nariz, boca	Anosmia y alteraciones del gusto



Envejecimiento...

En la mayoría de los casos no existen enfermedades propias de los ancianos, ellos padecen las mismas patologías que los jóvenes, lo que cambia son las repercusiones que ocasionan, el paciente geriátrico tiene sus reservas orgánicas disminuidas y por lo tanto su capacidad de adaptación y los mecanismos compensadores para los cambios que aparecen con la enfermedad están también disminuidos, la patología produce repercusiones funcionales, psíquicas y sociales en el enfermo y su entorno. La incidencia de enfermedades es muy alta, a diferencia de las personas de la primera y segunda edad, los de la tercera padecen varias enfermedades a la vez.

Es frecuente la polifarmacia, a veces con drogas que interactúan entre sí o que modifican sus efectos por cambios farmacocinéticos o farmacodinámicos, también es frecuente la automedicación o el cumplimiento incorrecto de la medicación.

Es común que las enfermedades evolucionen lentamente, con manifestaciones inespecíficas, con tendencia a la cronicidad y a repercutir sobre la capacidad funcional, llevando al deterioro del individuo, a la invalidez y por lo tanto a la dependencia de terceros.^{17, 18}



SALUD BUCAL Y ENVEJECIMIENTO

La salud en la vejez es el reflejo de factores que intervienen en toda la vida, que van desde la herencia genética, pasan por condicionantes socioeconómicos y llegan hasta la participación personal en los hábitos de salud y estilo de vida. De esta manera, las características sociales, económicas, familiares y de salud en la vejez están determinadas décadas antes, por la historia familiar, socioeconómica y cultural del individuo. El proceso patológico que lleva a condiciones de enfermedad, a incapacidades y a la muerte es común que se haya generado en edades tempranas y no se haya manifestado sino hasta la vejez.¹⁹

En el cuerpo humano se observan signos de envejecimiento, pero no en todos se presentan al mismo tiempo ni en la misma intensidad. Los cambios morfológicos y funcionales que tienen lugar en la cavidad bucal forman parte del envejecimiento del organismo en general.

Koller y Hunt afirman que el tratamiento de los problemas bucales de los ancianos no depende del desarrollo de nuevas técnicas, sino del conocimiento de aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vejez.^{20,21}

La valoración del paciente geriátrico debe de incluir cinco aspectos fundamentales: salud física, salud mental, nivel socioeconómico, circunstancia del ambiente y estado funcional.²²

El sistema estomatognático está compuesto por todos los elementos que se encuentran dentro de la cavidad bucal, y tiene dos grandes grupos de funciones:



En el primero se encuentran aquellas funciones que podrían llamarse fisiológicas como incidir y desgarrar los alimentos, masticar, conformar el bolo alimenticio, iniciar los procesos de nutrición y deglución, humectar la parte superior de la laringe, funciones de defensa (inmunológicas), el degustar los alimentos, articulación del lenguaje, y en segundo lugar se incluyen funciones fundamentales para todo ser humano llamadas de interacción social (comunicación por medio de palabras y/o expresión facial).

23,24

Según Ortega Velazco, los primeros signos de envejecimiento del aparato digestivo se observan en la cavidad bucal. Es importante mencionar que algunos cambios que ocurren con la edad son naturales, como cambio en el color y desgaste de los dientes, sin embargo, otros son resultado de la acción de enfermedades, medicamentos y factores socioculturales y económicos. En este sentido, los cambios bucales relacionados con la edad pueden tener dos orígenes: como expresión del envejecimiento propiamente dicho (atrición en los dientes), o como consecuencia de factores internos o externos que no provocan enfermedad, pero inducen a cambios en la cavidad bucal (periodontitis en pacientes diabéticos).^{25,26}

Músculos masticatorios

Los músculos masticatorios y de la piel pierden el 20% de su eficacia después de los 30 años. La musculatura facial pierde elasticidad y resistencia debido a la deshidratación y a un aumento del tejido fibroso. El tejido muscular se atrofia lentamente y dicha involución se manifiesta como fragilidad y dificultad para realizar esfuerzos, con un descenso de la capacidad del trabajo muscular.



La transformación de algunos elementos contráctiles y su desplazamiento por tejido adiposo, dan como resultado una menor fuerza masticatoria en adultos mayores.

Dientes

Si bien en las estructuras bucales se dan cambios propios del envejecimiento, la pérdida de dientes no es propia de la edad, más bien esto indica un mal estado de salud bucal del paciente. Uno de los primeros cambios que sufre el individuo es debido al traumatismo oclusal a lo largo de la vida, los dientes sufren desgaste por atrición, bruxismo o por cepillado incorrecto, los tejidos que soportan al diente (periodonto) se engrosan y se retraen, también hay mas pérdida de hueso alveolar, lo que expone mayor superficie de los dientes al medio bucal siendo más sensibles a la abrasión, atrición y desmineralización, la pulpa tiene menos irrigación, por lo que es más sensible a la isquemia, los dientes cambian de color y presentan fracturas del esmalte.²⁷

Los dientes sufren transformaciones en tamaño, posición, forma y color por modificación de los tejidos dentales y por acción del medio bucal, también debido al tipo de dieta y hábitos.

Las consecuencias de la pérdida dental son importantes, pues limitan la gama de alimentos consumibles, por lo cual algunas personas desdentadas ingieren dietas con un bajo aporte de nutrientes y pueden presentar carencias nutricionales, esta pérdida también produce alteraciones en las características faciales, lo cual tiene un gran impacto en la fonética y la autoestima de la persona.^{28,29}



Salud bucal y envejecimiento...

A consecuencia de extracciones tempranas existe pérdida de dimensión vertical de oclusión, esto aumenta la posibilidad de resorción del reborde residual, genera cambios en la relación oclusal y contactos prematuros, que pueden favorecer el surgimiento de hábitos para funcionales que aumentan el desgaste de los dientes remanentes, la pérdida dental hace que la función que estos cumplen de estimular el hueso del maxilar y la mandíbula para que se conserve su altura se pierda, esto conlleva a la reducción crónica, acumulable y progresiva de la altura y espesor de los rebordes en las zonas que contenían los dientes, lo cual produce y acentúa el deterioro de la apariencia facial.³⁰

Dentina y cemento

Los túbulos dentinarios se mineralizan, el depósito de cemento continúa durante toda la vida, es menor cerca de la unión amelodentinaria y mayor en la zona apical.³¹

Pulpa

Existe una disminución en la calidad de los vasos sanguíneos por el proceso de envejecimiento; disminuyen en volumen y tamaño.

Los túbulos dentinarios se mineralizan, el contenido fibroso pulpar aumenta, la reducción del tejido nervioso y vascular provoca disminución de la sensibilidad.

Ligamento periodontal

En el periodonto también existen cambios; si existe poca higiene bucal el cúmulo de placa dentobacteriana provoca gingivitis y con el tiempo, retracción gingival, descubriendo el cemento en esa zona.



Salud bucal y envejecimiento...

En las encías ocurre pérdida del puntilleo, aspecto fibroso, adelgazamiento o falta de la capa queratinizada.³¹

La mucosa gingival contiene tejido colágeno con gran cantidad de elastina que permite cierto grado de movimiento, lo cual da la capacidad al ligamento periodontal de soportar las fuerzas masticatorias, sin el desgarre del mismo. A causa del envejecimiento la mucosa gingival se pone rígida por el cambio de tipo de colágena y la disminución de elastina, favoreciendo la ruptura del ligamento con la consecuente pérdida de dientes.³²

Mucosa

En la mucosa bucal hay atrofia de epitelio, disminución de la queratinización y de la cantidad de células en el tejido conectivo, por lo tanto, es menor el grosor, la mucosa sufre cambios muy parecidos a los de la piel por una reducción en la microvasculatura, hay falta de elasticidad con sequedad y atrofia, lo cual produce hiperqueratosis.

También experimenta cambios relacionados con factores locales adquiridos a lo largo de la vida como la dieta, el hábito de fumar, el consumo de alcohol y la utilización de prótesis, volviéndose más delgada, lisa y seca, tornándose permeable a sustancias nocivas y más propensa a daños mecánicos.^{33, 34}

Labios

Es muy común la queilitis comisural relacionada por deficiencia de vitaminas del complejo B, por deshidratación o por pérdida de la dimensión vertical.



Lengua

Se observa reducción del epitelio, atrofia en el dorso de la lengua con una disminución de las papilas, siendo el sabor dulce el menos afectado seguido por el salado, de aquí que los adultos mayores tengan cambios en su dieta y que esto represente el principio de factores que desencadenen enfermedades, como diabetes, por la gran cantidad de harinas y dulces que ingieren o hipertensión arterial a consecuencia del incremento de la sal, existe un agrandamiento de venas en la superficie ventral de la lengua, en algunos casos se produce una hipertrofia relacionada con la falta de dientes en el paciente, también es frecuente la presencia de fisuras relacionadas con estados de desnutrición y enfermedades sistémicas.

La hipogeusia (percepción del gusto disminuida) y la disgeusia (distorsión en la percepción de los sabores) pueden relacionarse con neuropatías, infecciones y enfermedades sistémicas; sin embargo la gran mayoría está vinculada con la higiene y el estado general de la boca.³⁵

En cuanto a la posición de la lengua en pacientes desdentados, existe una clasificación por el Dr. Wright.

- ❑ Clase I. La lengua descansa en el piso de boca con la punta hacia delante y ligeramente debajo de los bordes incisales de los dientes mandibulares anteriores.
- ❑ Clase II. La lengua se encuentra aplanada, la punta de la lengua se encuentra debajo de los bordes incisales de los dientes mandibulares anteriores.
- ❑ Clase III. La lengua esta encogida y presionada en el piso de boca, con la punta doblada hacia arriba, hacia abajo o asimilada dentro del cuerpo de la lengua.



Glándulas salivales

La disminución del flujo salival no se presenta hasta aproximadamente los 60 años, esta reducción afecta en la fonética y puede hacer difícil la deglución, algunos autores mencionan que esto es producto del envejecimiento o está relacionado con enfermedades sistémicas como diabetes, artritis reumatoide o por consumo de medicamentos (antihipertensivos, anticolinérgicos, medicamentos para el parkinson, psicotrópicos y sedantes). Sin embargo, otros autores refieren que la reducción del flujo salival se debe a cambios morfológicos; las glándulas salivales tienen infiltración originada por el proceso de envejecimiento, presentan mayor cantidad de grasa y tejido conectivo, esto da como consecuencia la disminución del flujo salival.^{36, 37}

La saliva contribuye a la integridad, conservación y mantenimiento de los tejidos bucales, lo cual influye en factores antibacterianos (particularmente IgG e IgA), lubricantes, remineralizantes, solventes viscosos que permiten distinguir los sabores y preparar el bolo alimenticio; cualquier trastorno que produce la disminución del flujo salival afecta de forma importante lo antes mencionado.³⁸

Hueso alveolar

En el hueso alveolar se presenta remodelación constante relacionada a las fuerzas oclusales, este sufre una resorción disminuyendo en altura y grosor, también hay un adelgazamiento de la cortical con incremento de la porosidad, produciéndose esclerosis ósea, consecuencia de una mayor mineralización, que incrementa la dureza.



Deglución

Uno de los cambios más significativos en la cavidad bucal del adulto mayor es el relacionado con la masticación, las personas completamente desdentadas tienen mayor dificultad para deglutir los alimentos, ya que al tratar de masticarlos quedan las partículas de un mayor tamaño, esto da pie a una mayor duración en el tiempo de deglución, lo cual provoca la realización de movimientos innecesarios e inusuales.²⁴

Algunos problemas de nutrición se deben a problemas de deglución. Entre las alteraciones locales están: pérdida de la masa muscular lisa en bucofaringe y esófago, disminución del flujo salival en cantidad y calidad, lo que ocasiona alteraciones en la degustación, altera la propiocepción y provoca alteraciones en las articulaciones temporo mandibulares.

Perfil facial

Está integrado por la frente, la depresión nasal (glabella), el caballete y extremidad nasal, la columnela, los labios y el mentón. Se encuentran tres tipos de perfil facial:

- Recto
- Cóncavo
- Convexo



Actitud Mental

En cuanto a la actitud mental que presentan los pacientes geriátricos, el Dr. Millus House sugirió la clasificación de la actitud mental del paciente en cuatro grupos:

1. Filosófico. Los pacientes Filosóficos aceptan con buena voluntad la opinión de su odontólogo sin cuestionarla. Son consientes de su situación bucal y saben que el odontólogo hará las cosas de la mejor forma posible, tienen la actitud ideal para un tratamiento exitoso, siempre y cuando los otros factores sean favorables.

2. Indiferente. Los pacientes con actitud Indiferente se preocupan poco de su salud bucal, a menudo recurren al odontólogo por insistencia de sus familiares, se decepcionan fácilmente si se presentan dificultades con sus prótesis, estos pacientes requerirán más tiempo para su adiestramiento y para valorar las prótesis.

3. Crítico. Son pacientes que encuentran defectos en todo lo que se hace, nunca están conformes con sus odontólogos, ya que no siguen las instrucciones, por lo cual se han realizado muchas prótesis, ya que siempre les encuentran algún defecto.

4. Escéptico. Son pacientes que han tenido malos resultados con tratamientos previos y por lo tanto dudan de que alguien pueda ayudarlos, a menudo son histéricos y de salud precaria y con muchas condiciones desfavorables, se necesita tiempo, cuidados y atenciones para que tenga confianza en el odontólogo.



Actitud mental del paciente...

La actitud del paciente que requiere prótesis es un factor muy importante en el diagnóstico y tratamiento, ya que involucra el conocimiento de las personas y su manera de reaccionar frente a diferentes situaciones.³⁹

Muchos de los pacientes geriátricos utilizan prótesis por una gran cantidad de años, las cuales en algunos casos causan problemas en la cavidad bucal, por lo tanto, toda prótesis debe considerarse provisional, porque si bien el aparato puede no sufrir transformaciones, se producirán cambios en los tejidos de sostén, por lo que se debe educar al paciente, incorporándolo a consultas periódicas, para vigilar estos cambios y reacondicionar los aparatos protésicos, reajustar la oclusión o realizar prótesis nuevas.⁴⁰

Sin embargo, cabe mencionar que cada persona es un individuo con circunstancias propias. Los cambios bucales pueden estar presentes o no durante el envejecimiento, esto depende de diversos factores: genéticos, orgánicos, ambientales, nutricionales, económicos y sociales.⁴¹



ENFERMEDADES SISTÉMICAS Y SUS MANIFESTACIONES

A medida que las personas envejecen es más probable que sufran una enfermedad, una incapacidad y los efectos secundarios de los medicamentos, todo lo cual, unido a la reducción de las reservas fisiológicas, convierten al anciano en un individuo más vulnerable a los desafíos ambientales y farmacológicos.⁴²

Una gran cantidad de enfermedades tiene manifestaciones en la boca; con lesiones específicas que permiten su diagnóstico (enfermedades genéticas, infecciones sistémicas, alteraciones inmunitarias, neoplasias, problemas nutricionales, enfermedades gastrointestinales, endócrinas, dermatológicas, neurológicas y esqueléticas).

Además, hay medicamentos que afectan negativamente el flujo, consistencia y características de la saliva; también alteran la textura de la lengua, además de causar cambios en las encías, lo que afecta el adecuado funcionamiento de la cavidad bucal.^{32, 38, 43}



Aparato Digestivo

Estreñimiento

Se define como la defecación poco frecuente, esfuerzo con la defecación, expulsión de heces escasas y duras o una sensación de que fue incompleta la evacuación, puede implicar dolor durante el paso de una deposición, incapacidad para evacuar después de hacer fuerza o la ausencia de deposiciones después de 3 días.

La frecuencia defecatoria varía desde un par de veces al día hasta tres veces a la semana, puede considerarse como un trastorno o una enfermedad según la forma como altere la calidad de vida, depende de los alimentos consumidos, el ejercicio realizado y otras cosas.⁴⁴

Diarrea

La diarrea es síntoma de otro trastorno, puede deberse a menor consistencia de las heces, incremento de volumen, aumento del número de deposiciones o una combinación de estos tres cambios. La diarrea como signo representa un incremento del agua o el peso de las heces mayor de 200 a 225 ml en 24 hrs. Su principal característica es la evacuación frecuente de heces acuosas, lo cual conlleva una baja absorción de líquidos y nutrientes, puede estar acompañada de dolor, fiebre, náuseas, vómito, debilidad o pérdida del apetito.

La mayoría de los casos de diarrea son agudos, de curación espontánea y producidos por infecciones o medicación. La diarrea crónica (de más de seis semanas) suele deberse a una enfermedad inflamatoria o de mal absorción, no se resuelve espontáneamente y por lo general exige un estudio diagnóstico.⁴²



Gastritis

Se denomina gastritis a la inflamación de la mucosa gástrica, la cual está enrojecida, puede ser que sólo una parte del estómago esté afectada o que lo esté toda la esfera gástrica, los factores etiológicos son múltiples.

Las causas más comunes son el consumo de alcohol, erosión de la capa protectora del revestimiento del estómago, infección del estómago por la bacteria *Helicobacter pylori*, medicamentos (aspirina y antiinflamatorios), tabaquismo, trastornos auto- inmunitarios, reflujo biliar, sustancias corrosivas o cáusticas, exceso de secreción de ácido gástrico, infección viral. Los síntomas son dolor abdominal, indigestión abdominal, heces negras, pérdida del apetito, náuseas, vómitos con o sin sangre. ⁴⁵

Intolerancia y alergia a alimentos

La intolerancia alimenticia se define como una condición en la que se producen efectos adversos tras ingerir un alimento o un ingrediente culinario. La alergia alimenticia se produce cuando tiene lugar una reacción inmunológica como respuesta a la ingestión de un alimento, se manifiesta en grupo, de manera que las personas que son alérgicas a determinados alimentos también pueden ser alérgicas a otros factores medioambientales.

Las intolerancias alimenticias más comunes son leche, huevos, nueces, pescados, mariscos, trigo, harina, chocolate, colorantes artificiales, cerdo, pollo, tomate, fruta blanda, queso y levadura. Los síntomas más comunes son asma, síntomas gastrointestinales, eczema, urticaria, rinorrea, y angioedema. Otros síntomas a largo plazo son depresión, ansiedad, fatiga, migraña, insomnio. ^{49, 47}



Disfagia

Término para describir el síntoma consistente en dificultad para la deglución, esta dificultad puede ir acompañada de dolores, a veces lancinantes (dolor semejante al que produciría una herida de lanza) o lacerantes (odinofagia).

Es un síntoma caracterizado por la sensación consciente del dificultoso paso de los alimentos por el esófago.

Es diagnosticado con la historia clínica, en donde la dificultad en iniciar la deglución sugiere patología neurológica, mientras que la disfagia en las últimas fases de la deglución sugiere enfermedad por reflujo gastroesofágico, cáncer u otros problemas médicos, también puede ser debida a enfermedad tiroidea, enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer, esclerosis), labio y/o paladar hendido, problemas dentales, macroglosia, accidente cerebrovascular, tumor, lesión nerviosa, lesión encefálica o distrofia muscular, etc.

Los síntomas más comunes son comer lentamente, intentar tragar un bocado varias veces, dificultad para coordinar la succión y la deglución, babeo, sensación de que los alimentos o líquidos se pegan en la garganta, molestias en la garganta o en el tórax, toser o atragantarse mientras se come o se bebe, voz áspera o húmeda mientras come o después de hacerlo, cansancio o disnea mientras se come o se bebe, infecciones frecuentes de las vías respiratorias, cambio de color durante la alimentación, regurgitar o vomitar con frecuencia, salida de alimentos o líquidos por la nariz mientras come, estornudos frecuentes después de comer, pérdida de peso.⁴²



Aparato Respiratorio

Disnea

Es una afección que involucra una sensación de dificultad o incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire.

Tiene muchas causas como obstrucción de conductos de la nariz, boca o garganta, estrés, ansiedad. Las causas específicas son enfermedad pulmonar, asma, enfisema, cardiopatías, infarto al miocardio progresivo, neumonía, hipertensión pulmonar, ascenso rápido a grandes alturas, obstrucción de las vías respiratorias, inhalación de un objeto extraño, ambiente polvoriento, alergias, mal estado físico, obesidad, enfermedad de reflujo gastroesofágico, ataques de pánico.

Existen varios tipos de disnea:

- Disnea de esfuerzo: aparece al realizar esfuerzos, dependiendo si son grandes, medianos o pequeños, es progresiva.
- Disnea de decúbito: se alivia con la posición erecta, puede alcanzar distintos grados de intensidad, siendo progresiva con el decúbito.
- Disnea paroxística: aparece durante la noche mientras el paciente se encuentra dormido, esto lo obliga a despertarse súbitamente creando una situación de desesperación al no poder recibir la cantidad necesaria de aire.
- Disnea de reposo: aparece sin realizar ningún esfuerzo. ^{42, 48}



Obstrucción nasal

La nariz se congestiona cuando los tejidos que la recubren se inflaman debido a la inflamación de los vasos sanguíneos, usualmente es causada por un virus y generalmente desaparece por sí sola en una semana, puede interferir con la audición y el desarrollo del habla. La congestión significativa puede interferir con el sueño, causar ronquera y estar asociada con episodios de falta de respiración durante el sueño.

Puede presentarse por muchas causas como resfriado, rinitis alérgica, gripe, uso excesivo de gotas o aerosoles nasales, infección sinusal o desviación del tabique nasal.⁴²

Tos

Es la expulsión forzosa de aire de las vías respiratorias para liberarlas de cualquier obstrucción, en muchos casos se debe al exceso de líquido en los conductos bronquiales, también es un intento de deshacerse del polvo, polen y otros contaminantes alojados en los pulmones. Se produce por contracción espasmódica repentina y repetitiva de la cavidad torácica que resulta en una liberación violenta del aire de los pulmones produciendo un sonido característico.

La tos de duración limitada se relaciona con el resfriado, gripe o bronquitis, mientras que la de tipo crónico generalmente es señal de un padecimiento subyacente. Se puede iniciar de forma voluntaria o como mecanismo reflejo. Se produce por la estimulación inflamatoria, mecánica, química o térmica de los receptores de la tos.⁴⁸



Dolor torácico

Se define como cualquier molestia o sensación anómala presente en la región del tórax situada por encima del diafragma, cualquier órgano o tejido en el tórax puede ser el origen del dolor, incluyendo el corazón, pulmones, esófago, músculos, costillas, tendones o nervios.

Las causas son: asma, neumonía, embolia pulmonar, colapso de un área pequeña del pulmón, o inflamación del revestimiento alrededor del pulmón, en estos casos, el dolor empeora con la respiración profunda o tos y es agudo, distensión muscular o inflamación de los músculos y tendones entre las costillas, ansiedad y respiración rápida. El dolor también puede estar relacionado con problemas digestivos como úlcera gástrica, enfermedad de la vesícula biliar o cálculos biliares, indigestión, acidez gástrica o reflujo gastroesofágico.^{49, 50}

Bronquitis

Es una inflamación de las principales vías aéreas hacia los pulmones, puede ser aguda o crónica.

La bronquitis aguda generalmente sigue a una infección respiratoria, y afecta inicialmente la nariz, los senos paranasales y la garganta, después se propaga hacia los pulmones. Una persona tiene riesgo de bronquitis aguda si está en cualquier extremo de edad; ancianos, bebés y niños pequeños, si fuma o tiene enfermedad cardíaca o pulmonar.

La bronquitis crónica es una afección de larga duración, se conoce como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). A medida que se agrava, la persona presenta mayor dificultad para respirar, caminar o realizar esfuerzos físicos y puede necesitar oxígeno suplementario.



Aparato Respiratorio...

El humo de cigarrillo, incluida la exposición pasiva a éste, es la principal causa de bronquitis crónica, la contaminación del aire, ocupaciones como extracción de carbón, fabricación de textiles y manipulación de granos, infecciones y alergias, pueden agravar la bronquitis.

Los síntomas son tos que produce moco, dificultad respiratoria, sibilancia, fatiga, fiebre, molestia en el pecho.

Los síntomas adicionales son infecciones respiratorias frecuentes, inflamación de tobillos, pies y piernas, cianosis en los labios.^{51, 52}



Sistema Cardiovascular

Hipertensión arterial

Es el término que se utiliza para la presión arterial alta. Las lecturas de la presión arterial se miden en milímetros de mercurio (mm/Hg) y generalmente se dan como dos números. La presión considerada como normal corresponde a 120/80 mm/Hg.

- ▣ El número superior corresponde a la presión sistólica, creada cuando el corazón late. Se considera alta si constantemente está por encima de 140.
- ▣ El número inferior corresponde a la presión diastólica, es la presión dentro de los vasos sanguíneos cuando el corazón está en reposo. Se considera alta si constantemente está por encima de 90.

Muchos factores pueden afectar la presión arterial como la cantidad de agua y sal en el organismo, el estado de los riñones, del sistema nervioso o de los vasos sanguíneos, y los niveles de las hormonas en el cuerpo.

Puede afectar a todo tipo de personas y existe un riesgo más alto si existen antecedentes familiares. La mayoría de las veces no se identifica una causa, lo cual se denomina hipertensión esencial. Si la hipertensión resulta de una enfermedad, hábito o medicamento específico se denomina hipertensión secundaria.

En la mayoría de los casos no se presentan síntomas, los que pueden ocurrir son confusión, zumbido o ruido en el oído, latidos cardíacos irregulares, hemorragia nasal, cansancio, cambios en la visión. ^{53, 54}



Cardiopatía

Se suele denominar cardiopatía, a las enfermedades propias de las estructuras del corazón, aunque el término puede englobar a cualquier padecimiento del corazón o del resto del sistema cardiovascular.

Habitualmente se refiere a la enfermedad cardíaca producida por aterosclerosis, entre ellas infarto agudo de miocardio, cardiomiopatías, arritmias, aterosclerosis, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, cardiopatías congénitas.

La causa más común de cardiopatía es un estrechamiento o un bloqueo en las arterias coronarias que suministran la sangre al músculo cardíaco, otras causas abarcan hipertensión, funcionamiento anormal de las válvulas cardíacas, ritmo cardíaco anormal, debilitamiento de la capacidad de bombeo del corazón causado por infección o toxinas.⁴²

Palpitaciones

Son sensaciones de latidos cardíacos que se perciben como si el corazón estuviera acelerado, el ritmo cardíaco puede ser normal o anormal y las palpitaciones pueden sentirse en el pecho, la garganta o el cuello.

Generalmente el corazón late entre 60 y 100 veces por minuto. Si la frecuencia cardíaca es mayor a 100 latidos por minuto, se denomina taquicardia, mientras que una frecuencia cardíaca lenta se denomina bradicardia.

Las palpitaciones a menudo no son graves, sin embargo, depende de si las sensaciones representan un ritmo cardíaco anormal o no.



Sistema Cardiovascular...

Es probable que se presente ritmo cardíaco anormal en una persona que presente alguna cardiopatía en el momento en que las palpitations comenzaron, si tiene factores de riesgo para cardiopatía, tiene una válvula cardíaca anormal, o presenta una anomalía electrolítica (potasio bajo).

Pueden ser causadas por ejercicio, ansiedad, estrés, miedo, fiebre, cafeína, nicotina, cocaína, hipertiroidismo, anemia, hiperventilación, bajos niveles de oxígeno en la sangre, medicamentos como pastillas para la tiroides, antiasmáticos, antiarrítmicos ⁵⁵

Infarto

Se presenta cuando el bajo flujo sanguíneo hace que el corazón no tenga suficiente oxígeno, el músculo cardíaco muere o resulta dañado en forma permanente.

La mayoría de los infartos son provocados por un coágulo que bloquea una de las arterias coronarias, las cuales llevan sangre y oxígeno al corazón. Si el flujo sanguíneo se bloquea, el corazón sufre por falta de oxígeno y las células cardíacas mueren, en otras ocasiones, el estrés súbito puede desencadenar un infarto cardíaco.

Los factores de riesgo incluyen herencia, género masculino, diabetes, envejecimiento, hipertensión arterial, fumar, niveles de colesterol alto.

El dolor en el pecho es un síntoma importante de un infarto, sin embargo, algunas personas pueden tener poco o ningún dolor, especialmente los ancianos y los diabéticos, esto se denomina infarto silencioso.



Sistema Cardiovascular...

El dolor se puede sentir en una parte del cuerpo o irradiarse desde el pecho hasta los brazos o los hombros, cuello, dientes, mandíbula, área abdominal o espalda, puede ser intenso o leve y se puede sentir como una presión aplastante o fuerte alrededor del pecho o como una indigestión.

Otros síntomas pueden ser dificultad para respirar, náuseas, vómitos, ansiedad, tos, desmayos, mareo, vértigo, palpitaciones, sudoración.^{56, 57}



Sistema Endócrino

Diabetes

Es un padecimiento metabólico crónico en el cual el organismo no produce o no utiliza totalmente la insulina. Como consecuencia no puede metabolizar los carbohidratos de manera adecuada y en menor medida, tampoco las proteínas y las grasas. La glucosa se acumula en la sangre y para eliminar el exceso, los riñones la excretan en la orina.

El organismo empieza a descomponer las grasas y proteínas para obtener una fuente alterna de energía, por lo cual se produce un desequilibrio bioquímico grave. Los altos niveles de glucosa dañan estructuras del organismo, aumentando el riesgo de complicaciones como infartos, ceguera, insuficiencia renal y accidentes cerebrovasculares.

Existen dos formas principales de diabetes; en la Tipo I, el organismo interrumpe la producción de insulina, en la Tipo II, se produce insulina inadecuada o no se puede utilizar por completo.

Los síntomas comprenden poliuria, pérdida de peso, sed excesiva, debilidad, fatiga y hambre. La diabetes predispone a infecciones al favorecer la glucosa la proliferación bacteriana. ^{42, 48}

Sequedad cutánea

Se presenta comúnmente en piernas, brazos, flancos y muslos, los síntomas asociados a este problema son descamación, prurito, fisuras en la piel.

Es un síntoma común en personas de edad avanzada, se presenta con mayor frecuencia en el invierno. La piel pierde humedad y puede agrietarse, exfoliarse, irritarse o inflamarse, los baños frecuentes, especialmente con jabones fuertes, pueden contribuir. ⁵⁸



Nerviosismo o Ansiedad

El nerviosismo es una alteración que afecta al sistema nervioso, se presenta acompañado de síntomas como fasciculaciones, temblores, tensión muscular, dolores de cabeza, sudoración, sequedad en la boca, dificultad para deglutir, dolor abdominal, mareo, frecuencia cardíaca rápida o irregular, respiración rápida, diarrea o necesidad frecuente de orinar, fatiga, irritabilidad, dificultad para dormir, impaciencia e inquietud, trastornos del sueño, y trastornos alimentarios.

El exceso de estrés o una respuesta fuerte a este es dañino, esto puede predisponer a la persona a tener una salud deficiente o enfermedades físicas y psicológicas como infección, enfermedad cardíaca o depresión, el estrés persistente lleva a que se presente ansiedad y comportamientos nocivos.

Generalmente, se trata de una reacción ante situaciones de la vida diaria que causan preocupación, miedo o impaciencia, existen también otras causas, desde un déficit de vitamina B12, drogas (cafeína, alcohol, nicotina, descongestionantes, broncodilatadores, antidepresivos, cocaína, anfetaminas, pastillas para dieta, medicamentos para hiperactividad y déficit de atención, medicamentos para tiroides), dieta deficiente (niveles bajos de vitamina B12), hasta una enfermedad de la cual puede ser un síntoma, como la ansiedad, estrés, depresión o enfermedades como el hipertiroidismo o en casos poco comunes un tumor de la glándula suprarrenal.⁵⁹



Aparato Genitourinario

Incontinencia urinaria

Es la incapacidad para controlar el paso de la orina, puede variar desde una fuga ocasional hasta una incapacidad total para contener cualquier cantidad de orina.

Los dos tipos principales son:

- ▣ Incontinencia urinaria de esfuerzo: ocurre durante ciertas actividades como tos, estornudo, risa o ejercicio físico.
- ▣ Incontinencia imperiosa: implica una necesidad repentina de orinar seguida de una contracción instantánea y la pérdida involuntaria de orina. La persona no tiene suficiente tiempo entre el momento en que siente la necesidad de orinar y el momento en que se da la descarga de orina.

Es más común en las personas de edad avanzada, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de sufrir de incontinencia urinaria.

Puede ser repentina y temporal o continua y prolongada. Las causas de la incontinencia súbita o temporal son, entre otras, reposo en cama, medicamentos (diuréticos, antidepresivos, tranquilizantes, antihistamínicos), incremento de la cantidad de orina como en la diabetes no controlada, confusión mental, infección o inflamación de próstata, retención fecal que ejerce presión sobre la vejiga, inflamación o infección de las vías urinarias, aumento de peso.



Aparato Genitourinario...

Las causas de la incontinencia prolongada abarcan Alzheimer, cáncer de vejiga, espasmos en la vejiga, depresión, agrandamiento de próstata, esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular, daño nervioso o muscular después de una radiación pélvica, prolapso pélvico en las mujeres (caída o deslizamiento de la vejiga, uretra o recto hacia el espacio vaginal), problemas con la estructura de las vías urinarias, lesiones de la columna, debilidad del esfínter.

También puede haber problemas ajenos a la vejiga que produzcan incontinencia como:

1. Síndrome confusional. La confusión sensorial (obnubilación) impide que se reconozca tanto la necesidad de orinar, como el lugar donde se encuentra el cuarto de baño, cuando la obnubilación desaparece se resuelve la incontinencia.
2. Infecciones. La infección asintomática de las vías urinarias suele producir o facilitar la incontinencia.
3. Uretritis o vaginitis atrófica. Estos procesos, se caracterizan por la aparición en la vagina de petequias, eritema y fragilidad, favorecen la incontinencia de la mujer.
4. Fármacos. Sedantes, anticolinérgicos, antidepresivos, medicamentos para el Parkinson, analgésicos narcóticos.
5. Causas psicológicas. Como depresión y psicosis.



Aparato Genitourinario...

6. Diuresis abundante. Sus causas son el consumo de diuréticos, alcohol o líquidos abundantes y trastornos metabólicos (hiperglucemia, hipercalcemia, diabetes), la incontinencia nocturna también puede deberse a la resorción del líquido de edema en los tejidos periféricos.

7. Restricción de la movilidad.

8. Impacción fecal. Es una causa frecuente en pacientes hospitalizados o inmobilizados, se desconoce el mecanismo, existe incontinencia fecal y urinaria, al eliminar la masa fecal desaparece la incontinencia urinaria.^{42, 60,61}

Nicturia

Es una afección en la cual la persona se despierta varias veces durante la noche para orinar.

Es normal que la orina disminuya en cantidad y aumente su concentración durante la noche, eso significa que la mayoría de las personas pueden dormir de 6 a 8 horas sin tener que orinar.

Las personas con nicturia se levantan más de una vez durante la noche para orinar, debido a esto, las personas tienen ciclos de sueño interrumpidos.

Las causas más comunes son hiperplasia prostática benigna, medicamentos como diuréticos, glucósidos cardíacos, litio, fenitoína, exceso de vitamina D, infección urinaria crónica o recurrente, insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardiaca congestiva, cistitis, diabetes, tomar líquido antes de ir a la cama, apnea obstructiva del sueño y otros trastornos del sueño.⁶²



Poliuria

Se refiere a la emisión anormal de grandes cantidades de orina, es un síntoma médico que consiste en una emisión de un volumen de orina superior a 2.5 litros en 24 horas para adultos y superior a 2-2.5 litros en 24 horas para niños. La cantidad de orina excretada depende del equilibrio hidroelectrolítico del organismo, el exceso de líquido puede conducir a un aumento en la cantidad de orina producida por los riñones, también depende de la capacidad de filtración del riñón.

Las causas más comunes son beber gran cantidad de líquidos, particularmente los que contienen alcohol o cafeína, demasiada sal o glucosa, medicamentos, especialmente diuréticos, diabetes, polidipsia, insuficiencia renal.^{42, 62}

Dolor lumbar

También llamado lumbago o lumbalgia, sin embargo, el mejor término es el de "síndrome de dolor lumbar", por ser múltiples sus causas, puede ser intrínseco cuando se origina en las estructuras que forman la columna lumbar y lumbosacra, o extrínseco cuando se origina en estructuras fuera de ellas, como enfermedad ginecológica, renal, sacro ilíaca o cuadros psicossomáticos.

El lumbago puede darse en pacientes sin alteraciones previas de la columna lumbar, el estrés y la sobrecarga laboral se traducen en una contractura lumbar que provoca dolor, también puede ser provocado por escoliosis, tumores, artritis reumatoide, infecciones piógenas, tuberculosis, osteoporosis.⁶³



Sistema Nervioso

Visión borrosa

Es la pérdida de la agudeza visual y la incapacidad para visualizar pequeños detalles. Estos cambios pueden representar una enfermedad ocular, envejecimiento, lesión ocular o una condición como la diabetes, que afecta muchos órganos en el cuerpo.

Los cambios y problemas visuales pueden ser causados por muchas condiciones diferentes:

- ▣ Presbiopía: es la dificultad para enfocar objetos cercanos, es común en ancianos.
- ▣ Cataratas: es una opacidad sobre el cristalino del ojo que conduce a tener una visión pobre en la noche, ver halos alrededor de las luces y sensibilidad al resplandor, la visión en el día también se ve afectada, es común en ancianos.
- ▣ Glaucoma: es un aumento de la presión en el ojo, ocasionando visión pobre en la noche, puntos ciegos y pérdida de la visión en cualquiera de los lados, es una causa importante de ceguera y puede presentarse gradual o súbitamente.
- ▣ Retinopatía diabética: esta complicación de diabetes puede llevar a sangrado dentro de la retina, es causa de ceguera.
- ▣ Degeneración macular: es la pérdida de la visión central, hay visión borrosa y distorsionada, los colores aparecen desvanecidos, es la mayor causa de ceguera en personas mayores de 60 años.
- ▣ Infección, inflamación o lesión ocular.
- ▣ Flotadores: pequeñas partículas que flotan a través del ojo, a menudo son breves e inofensivas, pero pueden ser un signo de desprendimiento de retina.



Sistema Nervioso...

- ▣ Desprendimiento de retina: sus síntomas incluyen flotadores, destellos de luz a través del campo visual o una sensación de una sombra o cortina que cuelga en un lado del campo visual.
- ▣ Neuritis óptica: inflamación del nervio óptico debido a una infección o esclerosis múltiple. Se puede sentir dolor al mover el ojo o tocarlo a través del párpado.
- ▣ Accidente cerebro vascular.
- ▣ Tumor cerebral.
- ▣ Sangrado dentro del ojo.
- ▣ Arteritis temporal: inflamación de una arteria en el cerebro que suministra sangre al nervio óptico.
- ▣ Dolores de cabeza tipo migraña: puntos de luz, halos o patrones en zig-zag son síntomas comunes antes de comenzar el dolor de cabeza. Una migraña oftálmica se presenta cuando hay únicamente cambios visuales sin dolor de cabeza.

Otras causas de cambios en la visión incluyen fatiga, exposición exagerada al aire libre, medicamentos como anticolinérgicos, antihistamínicos, pastillas para la hipertensión, medicamentos para la tuberculosis, esquizofrenia, para náuseas, para malaria, y otros. ^{64, 65}

Depresión

Es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período prolongado. Se clasifica en términos de gravedad como leve, moderada o severa.



Sistema Nervioso...

Los síntomas abarcan dificultad para conciliar el sueño, exceso de sueño, cambio en el apetito con aumento o pérdida de peso, fatiga y falta de energía, sentimientos de inutilidad y culpa inapropiada, dificultad para concentrarse, agitación, inquietud, irritabilidad, inactividad y retraimiento, sentimientos de desesperanza y abandono.

Los tipos principales de depresión abarcan:

- ▣ Depresión grave: los síntomas se presentan durante al menos 6 meses. La depresión menor es cuando se presentan menos síntomas durante aproximadamente dos semanas.
- ▣ Depresión atípica: los síntomas abarcan comer y dormir en exceso.
- ▣ Distimia: una forma de depresión más leve que dura hasta 2 años.

Se puede originar por alcoholismo o drogadicción, eventos en la infancia como maltrato o rechazo, estrés crónico, muerte de un amigo o familiar, una desilusión en el hogar, trabajo o escuela, medicamentos como tranquilizantes y antihipertensivos, hipotiroidismo, cáncer o hepatitis, deficiencias nutricionales, pensamientos negativos, dolor prolongado o una enfermedad grave, problemas de sueño, aislamiento social (común en los ancianos).^{66, 67}

Pérdida de memoria

La amnesia es una condición en la cual la memoria es alterada, durante este trastorno el individuo es incapaz de conservar o recuperar información almacenada con anterioridad. Las causas son orgánicas o funcionales. Las orgánicas incluyen daño al cerebro, causado por enfermedades o traumas, o por uso de ciertas drogas, generalmente sedantes. Las funcionales son factores psicológicos, como mecanismos de defensa.



La amnesia histórica post traumática es un ejemplo de este factor. La amnesia puede ser también espontánea, en la amnesia transitoria global hay un mayor índice de casos en personas entre la edad media y avanzada, particularmente varones, y dura menos de 20 horas.⁴²

Angustia

Es un estado afectivo que se caracteriza por aparecer como reacción ante un peligro desconocido o impresión, suele estar acompañado por intenso malestar psicológico y alteraciones en el organismo, como elevación del ritmo cardíaco, temblores, sudoración excesiva, sensación de opresión en el pecho o de falta de aire.

La angustia es una respuesta cuando existe un peligro real, hace huir o evitar una situación potencialmente peligrosa, el problema reside cuando el cerebro interpreta que existe un peligro cuando no lo hay, entonces se producen síntomas de ansiedad como sudoración, taquicardia, falta de concentración, falta de memoria, la persona se bloquea.

Las causas más comunes son situaciones que pongan en riesgo la seguridad física, incidentes emocionales impactantes, inseguridad, pérdida del empleo, muerte de algún familiar o amigo, falta de concentración, estrés.

Los síntomas son opresión en el pecho, palpitaciones, dificultad para respirar, cansancio, nerviosismo, dolor de cabeza, náuseas, insomnio, miedo a morir, temor exagerado a que ocurra algo, fantasía catastrófica, pensamientos de preocupación exagerada acerca de las actividades y eventos cotidianos, pesadillas, depresión e irritabilidad.^{68, 69}



Vértigo

Se experimenta como un mareo, sensación de desmayo, inestabilidad, pérdida del equilibrio o sensación de que la persona o el espacio están girando o moviéndose.

Se presenta cuando al cerebro no está llegando suficiente sangre, sucede si hay una disminución repentina en la presión sanguínea o si la persona está deshidratada. Muchas personas, a medida que van envejeciendo, experimentan mareo si se levantan demasiado rápido. El mareo con frecuencia acompaña a la gripe, hipoglicemia, el resfriado común o las alergias.

Las causas más comunes son la laberintitis, que usualmente se presenta después de un resfriado o gripe y es causada por una infección viral en el oído interno, y el vértigo posicional benigno, que se presenta cuando la persona cambia la posición de su cabeza.

Las condiciones médicas más graves que puede conducir a un mareo son problemas cardíacos, apoplejía, disminución severa de la presión sanguínea, accidente cerebro vascular, esclerosis múltiple, convulsiones, tumor cerebral o sangrado en el cerebro. Si se presenta alguno de estos trastornos, la persona experimenta síntomas adicionales como dolor en el pecho, sensación de corazón acelerado, pérdida del habla, cambios en la visión u otros síntomas.⁷⁰

Temblores

Son un tipo de movimientos de estremecimiento involuntario, causados por problemas en los nervios de ciertos músculos y pueden afectar todo el cuerpo o algunas partes.



Sistema Nervioso...

Los trastornos en los cuales el temblor es el síntoma primario son temblor familiar, temblor esencial (se desconoce la causa), temblor inducido por medicamentos.

Otros trastornos, como el Parkinson al igual que otras enfermedades, pueden causar temblores junto con otros síntomas, problemas médicos como hipertiroidismo o enfermedad de Wilson pueden causar temblores. ⁴²

Parestesia

Sensación anormal de los sentidos o de la sensibilidad, sensación de hormigueo, adormecimiento, etc., producida por una patología en cualquier sector de las estructuras del sistema nervioso central o periférico.

El entumecimiento y hormigueo son sensaciones anormales que se pueden producir en cualquier parte del cuerpo, pero son más usuales en las manos, pies, brazos y piernas.

El entumecimiento y el hormigueo tienen muchas causas, entre ellas fibromialgia, permanecer en la misma posición por tiempo prolongado, lesión de algún nervio, falta de irrigación sanguínea, presión sobre los nervios espinales, síndrome del túnel carpiano, diabetes, hipotiroidismo, esclerosis múltiple, convulsiones, dolores de cabeza de tipo migraña, cambios en los electrolitos, deficiencia de vitamina B12, ataque isquémico transitorio, accidente cerebrovascular, medicamentos, acción tóxica sobre los nervios por plomo, alcohol o tabaco, radioterapia, daño en la mielina. ⁴²



Insomnio

Se concibe como la dificultad para iniciar el sueño, la dificultad para dormir puede tomar varias formas:

- ▣ Dificultad para conciliar el sueño al acostarse (insomnio inicial, el más común).
- ▣ Despertarse frecuentemente durante la noche (insomnio intermedio).
- ▣ Despertarse muy temprano por la mañana (insomnio terminal).

Los episodios pueden ser pasajeros, a corto plazo (duran entre 2 y 3 semanas) o crónicos.

Esto impide la recuperación que el cuerpo necesita durante el descanso nocturno, pudiendo ocasionar somnolencia diurna, baja concentración e incapacidad para sentirse activo durante el día.

Los factores comunes son entre otros: enfermedades físicas, depresión, ansiedad, estrés, exceso de ruido o luz, cafeína, consumo de alcohol y otras drogas, medicamentos, fumar en exceso, incomodidad física, siestas durante el día, hábitos de sueño contraproducentes (acostarse temprano, pasar mucho tiempo en la cama despierto).⁴²

Problemas de audición

La pérdida de la capacidad de audición puede iniciarse a partir de los 40 años en algunas personas hereditariamente predispuestas, avanza lenta y progresivamente, hasta manifestarse con claridad. En los ancianos, llega a un nivel de sordera importante, capaz de afectar la capacidad de comunicación y sociabilidad.



Sistema Nervioso...

Se produce una disminución en la curva audiométrica, que comienza a hacerse evidente en primer lugar sobre los tonos agudos y paulatinamente afecta los graves.

Uno de los orígenes de este problema tiene que ver con la ingesta desmedida de tabaco o alcohol, por el colesterol, exceso de ruido, dietas mal equilibradas y factores hereditarios.

No se presenta en forma repentina, sus efectos se van percibiendo paulatinamente.⁴²



Sistema Músculo esquelético

Artralgia

Dolor que afecta a una o más articulaciones, puede ser causado por muchos tipos de lesiones o afecciones.

La artritis reumatoidea es un trastorno autoinmunitario que ocasiona rigidez y dolor en las articulaciones. La osteoartritis es la degeneración del cartílago en una articulación y el crecimiento de espolones óseos, lo cual es muy común en adultos mayores de 45 años y puede causar dolor articular.

El dolor articular también puede ser causado por la bursitis (inflamación de las bolsas), las bolsas son sacos llenos de líquido que amortiguan y sirven de almohadilla a las prominencias óseas, permitiendo el libre movimiento de músculos y tendones sobre el hueso.

Las causas más comunes son esfuerzo o sobrecarga, incluyendo torceduras y esguinces, gota, osteoartritis, artritis séptica, tendinitis, bursitis, enfermedades infecciosas como influenza, sarampión, fiebre reumática, síndrome viral de Epstein-Barr, hepatitis, paperas, rubéola, varicela, osteomielitis, enfermedades autoinmunitarias.

El dolor ocurre porque en las articulaciones existe muy poca lubricación con el deterioro consiguiente de los cartílagos, esto provoca que los huesos entren en contacto entre sí, produciendo un rozamiento que muchas veces es audible al efectuar determinados movimientos, produciendo erosiones y excrecencias.⁴²



Artritis

Es una enfermedad sistémica autoinmune, caracterizada por provocar inflamación crónica de las articulaciones, que produce destrucción progresiva con distintos grados de deformidad e incapacidad funcional. En ocasiones, su comportamiento es extra articular: puede causar daño en cartílagos, huesos, tendones y ligamentos de las articulaciones pudiendo afectar a diversos órganos y sistemas, como ojos, pulmones, corazón, piel o vasos.

Se caracteriza por dolor e inflamación de las articulaciones, lo cual provoca disminución de la movilidad. La osteoartropatía degenerativa es el tipo más frecuente observado en adultos mayores, puede limitar la habilidad para manejar ciertos instrumentos. Las articulaciones temporomandibulares, al afectarse, disminuyen la posibilidad de abertura adecuada y provocan una alteración en la masticación. Puede haber dolor e inflamación de los ligamentos periodontales provocando pérdida de la capacidad masticatoria.

La causa sigue siendo desconocida, podría ser desencadenada por una infección en individuos genéticamente predispuestos.

Los factores ambientales que intervienen son: género femenino, tabaquismo, infecciones bacterianas, por mycoplasmas, virales (hepatitis B, parvovirus, retrovirus, virus de Epstein-Barr).^{32, 43, 71, 72}

Deformidad articular

Alteración de la forma a consecuencia de lesiones tróficas, traumatismos, vicios funcionales ocurridos en el individuo adulto o en un ser en vía de desarrollo.⁴²



Chasquidos articulares

Ruido provocado por el rozamiento de las superficies sinoviales óseas.⁴²

Osteoporosis

Enfermedad en la cual disminuye la cantidad de minerales en el hueso, perdiendo fuerza por un defecto en la absorción del calcio, lo cual provoca el adelgazamiento del tejido óseo y pérdida de la densidad, con el tiempo se vuelven quebradizos y susceptibles de fracturas, es el tipo más común de enfermedad ósea.

Se presenta cuando el organismo no es capaz de formar suficiente hueso nuevo o cuando gran cantidad del hueso antiguo es reabsorbido por el cuerpo o en ambos casos.

Si el consumo de calcio es insuficiente o si el cuerpo no absorbe suficiente calcio de la dieta, se puede afectar la formación del hueso y los tejidos óseos.

A medida que las personas envejecen, el calcio y el fósforo pueden ser reabsorbidos desde los huesos, lo cual hace que el tejido óseo sea más débil, esto puede provocar huesos frágiles y quebradizos que son más propensos a fracturas. La pérdida ocurre de manera gradual y muchas veces, la persona sufre una fractura antes de darse cuenta de la presencia de la enfermedad.

Las causas principales son la disminución de los niveles de estrógenos en las mujeres con menopausia y la disminución de la testosterona en hombres. Las mujeres mayores de 50 años, sufren de osteoporosis más frecuentemente que los hombres.



Sistema Musculo esquelético...

Otras causas pueden ser: estar postrado en una cama, cáncer en los huesos, síndrome de Cushing, niveles excesivos de cortico esteroides, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo.

Las mujeres con un antecedente familiar de osteoporosis, tienen un riesgo superior al promedio de desarrollar la enfermedad.

Otros factores de riesgo abarcan amenorrea, consumo de alcohol, menopausia temprana, trastornos de la alimentación, bajo peso corporal, tabaquismo, poco calcio en la dieta, medicamentos esteroides y anticonvulsivos.

No se presentan síntomas en las primeras etapas de la enfermedad, los síntomas que se presentan en la enfermedad avanzada son dolor o sensibilidad ósea, fracturas, pérdida de estatura, lumbago debido a fracturas de los huesos de la columna, dolor cervical, postura encorvada.^{73, 74}



Patologías Bucales

Algunas de las enfermedades bucales que se presentan con más frecuencia en los adultos mayores son las siguientes:

Micosis

Es un término aplicado para abarcar muchas formas de infección por hongos. *Candida albicans*, es el prototipo de una infección oportunista, se trata de un microorganismo comensal de la cavidad bucal que se convierte en patógeno cuando existen los factores predisponentes apropiados.

Los factores que predisponen a la infección por *Candida albicans* son: saliva acida, mal nutrición, oligosaliva, uso nocturno de dentaduras, dieta rica en carbohidratos, diabetes, tabaquismo, VIH, trastornos inmunológicos, anomalías endocrinas, terapéutica antibiótica, displasia epitelial, terapéutica esteroidea, discrasia sanguínea, cáncer, deficiencias de hierro, ácido fólico y vitamínicas, radioterapia o quimioterapia, vejez.

Candidiasis atrófica

Forma clínica de infección por *Candida albicans* en la cual la mucosa esta adelgazada, lisa, de color rojo brillante con síntomas de ardor y aumento de sensibilidad, se encuentra en el paladar debajo de una dentadura protésica, también se ve en la lengua y otras superficies mucosas.

En pacientes no inmunosuprimidos, se presenta sobre todo en aquellos portadores de dentaduras protésicas mal ajustadas o en quienes utilizan dichas dentaduras por mucho tiempo.



Patologías Bucales...

Se presenta en forma de área roja generalizada, comúnmente en el paladar, debajo de las dentaduras superiores en pacientes mayores. La principal molestia es una sensación de quemazón en el área afectada, esta puede afectar también la lengua, en cuyo caso esta presenta un aspecto liso y rojo, debido a la ausencia de papilas filiformes. Los pacientes se quejan de sensibilidad intensa y dolor ante la exposición a líquidos calientes y fríos, alimentos picantes y bebidas alcohólicas.

Candidiasis pseudo membranosa aguda

Forma clínica de infección por *Candida albicans* que consiste en placas blancas, sobre una mucosa eritematosa que se eliminan fácilmente. Algunas causas frecuentes son el uso prolongado de antibióticos que trastorna el equilibrio de la flora bucal, corticoides sistémicos que inducen inmunosupresión, VIH; oligosalia crónica debida a radioterapia, quimioterapia, síndrome de Sjögren y diabetes mellitus.⁷⁵

Caries

Una de las principales patologías del anciano y la primera causa de pérdida de dientes es la caries dental. De ellas la de mayor prevalencia es la caries radicular, seguida de la caries coronal, llamadas así por la distribución anatómica con respecto al diente.

La caries dental es una enfermedad infecciosa de etiología multifactorial que produce una infección destructiva sobre el esmalte, dentina y cemento dentario. Otros autores la definen como la descomposición molecular de los tejidos del diente que involucra un proceso histoquímico bacteriano, el cual termina con la descalcificación y disolución progresiva de los materiales inorgánicos y la desintegración de su matriz orgánica.⁷⁶



Patologías Bucales...

La desmineralización es provocada por ácidos, producidos por la fermentación de los carbohidratos de la dieta por los microorganismos bucales. La formación de la lesión involucra disolución del esmalte y la remoción de iones de calcio y fosfato, así como el transporte hacia el medio ambiente circundante.

El grado de la cariogenicidad de la placa dental es dependiente de una serie de factores que incluyen:

- ❑ La localización de la masa de microorganismos en zonas específicas del diente como en superficies lisas, fosas y fisuras y superficies radiculares.
- ❑ El gran número de microorganismos concentrados en áreas no accesibles a la higiene bucal.
- ❑ La producción de gran variedad de ácidos (ácido láctico, acético, propiónico, etc.) capaces de disolver las sales cálcicas del diente.
- ❑ La naturaleza de la placa que favorece la retención de los compuestos formados en ella y disminuye la difusión de elementos neutralizantes hacia su interior.

El *Streptococcus mutans* es considerado el principal agente etiológico de la caries dental aunque son varios los factores que pueden producir caries, una de las principales causas es una alimentación rica en azúcares, la mala higiene dental, la ausencia de flúor en el agua y la propia genética.⁷⁶



Caries radicular

Las raíces de los dientes están compuestas de dentina cubierta por una capa delgada de cemento. El 20% de ambos, dentina y cemento, están compuestos por matriz orgánica principalmente (>90%) de colágeno tipo I.

La superficie oclusal del diente, generalmente es atacada primero, la destrucción comienza en las fisuras, donde los microorganismos quedan atrapados. Los microorganismos que colonizan la superficie lisa del diente tienen propiedades específicas que no les permiten ser removidos de la superficie durante la acción de limpieza por la saliva o en la masticación. Sólo unas pocas especies de todas las encontradas en la cavidad oral tienen la habilidad de adherirse a los dientes, y este grupo limitado es cariogénico.

Cuando las superficies radiculares están expuestas al ambiente oral como resultado de la retracción de la encía marginal, las áreas de retención de placa aumentan en extensión, en las áreas interproximales y a lo largo de la unión cemento-esmalte. Las caries radiculares son lesiones progresivas que cubren la superficie radicular envuelta por la invasión de placa y microflora, se distinguen de la abrasión, erosión y resorción idiopática, que también afectan la superficie radicular.

Son vistas como una sombra no definida, blanda, a menudo como una mancha y caracterizada por la destrucción del cemento con penetración bajo la dentina. A medida que progresa se extiende más circunferencialmente en extensión que en profundidad. Las superficies radiculares son más vulnerables al ataque ácido que el esmalte. Cuando el rango de secreción salival está reducido, las lesiones cariosas aparecen en la unión cemento-esmalte, pueden ser distinguidas de la erosión o resorción idiopática porque estas lesiones, tienen una base dura.



Patologías Bucales...

Sobre las superficies radiculares expuestas, las lesiones cariosas a menudo se expanden primero a lo ancho y no muestran límite definido. Cuando se prepara la cavidad, es difícil obtener una forma definida.

La incidencia de caries radicular aumenta a medida que la población envejece y a que las exposiciones radiculares por recesión gingival o pérdida del nivel de inserción aumentan con el envejecimiento.⁷⁶

Enfermedad periodontal

La periodontitis es la forma más común de enfermedad periodontal producida por la extensión hacia los tejidos periodontales de la inflamación, iniciada en la encía hacia los tejidos periodontales de soporte.

La enfermedad periodontal es causada por la acumulación de placa dentobacteriana que fomenta la destrucción de los tejidos conjuntivos con reacción inflamatoria, llegando a la destrucción del hueso alveolar y del ligamento, con pérdida de tejido de sostén.

La inflamación crónica de la encía, la formación de bolsas y la pérdida ósea son características de esta enfermedad, la movilidad dentaria y la migración patológica aparecen en casos avanzados, esta enfermedad puede estar localizada a un solo diente, a un grupo de dientes o generalizada en función de la distribución de los factores etiológicos.^{32, 77, 78}

Lesión periapical

Las lesiones que se forman en el vértice de la raíz del diente son un reflejo de las patologías que conducen a la destrucción de la pulpa del diente asociado.



Los principales factores son los siguientes:

- ▣ Presencia de una pulpitis abierta o cerrada.
- ▣ Virulencia de microorganismos implicados.
- ▣ Grado de esclerosis de los túbulos de la dentina.
- ▣ Competencia de la respuesta inmunológica del huésped.

Cuando las patologías del diente son desfavorables la inflamación del ápice del diente se intensificará y se producirá la diseminación de toxinas bacterianas y enzimas autolíticas, en estas circunstancias existe una destrucción del tejido periapical y del hueso circundante.^{75, 79}

Recesión gingival

La recesión gingival, denominada también retracción gingival o migración apical, está presente cuando la posición del borde coronal de la encía es apical a la unión cemento adamantina y supone desplazamiento apical leve de la inserción del tejido conectivo.

Entre los factores relacionados con el proceso de retracción de la encía se incluyen: traumatismo mecánico por cepillado dental, mal posición dentaria, fricción de los tejidos blandos, hábitos bucales nocivos, placa dentobacteriana e inflamación asociada, movimiento dental.^{77, 78}

Épulis fisuratum

Es un tipo de hiperplasia producido por el roce de una prótesis mal ajustada. La prótesis produce una úlcera dolorosa al principio e indolora más tarde, se produce el crecimiento fibroso en forma de doble labio que crece hasta formar el épulis, cuando son pequeños desaparecen si se realiza un ajuste de la prótesis, pero cuando han adquirido mayor tamaño deben eliminarse quirúrgicamente.^{77, 78}



Dientes retenidos

Son dientes que no hacen erupción a causa de apiñamiento de la arcada dentaria, porque existe una carencia de vía de erupción, o porque son obstaculizados por alguna barrera física.

Los más frecuentes son los terceros molares, seguidos por los caninos maxilares y segundos premolares maxilares. Las complicaciones comunes son la resorción de la raíz de los dientes adyacentes, infección y dolor asociado, predisposición a la formación de quistes y resorción externa del diente retenido.⁷⁵

Oligosialia

La oligosialia que se presenta en los adultos mayores no es fisiológica, sino en general manifestación de una enfermedad o efecto secundario de algún medicamento, favorece el crecimiento bacteriano, dificulta la higiene de prótesis dentales así como la permanencia de éstas en su sitio. La saliva favorece la formación del bolo alimenticio y degrada en primera instancia varios de los hidratos de carbono de la dieta lo que provocará problemas gastrointestinales en caso de existir una disminución de calidad y cantidad.

Los adultos mayores consumen una gran cantidad de medicamentos, entre ellos antihistamínicos, diuréticos, tranquilizantes (benzodiazepínicos y antidepresivos), antihipertensivos y anticolinérgicos frecuentemente usados en problemas gastrointestinales o urinarios. Pueden presentarse ulceraciones, erupciones por contacto, cambios de pigmentación, dermatitis y estomatitis exfoliativa, atrofia papilar, edema y dolor en las glándulas salivales.^{32, 38, 43}



ANTECEDENTES

La salud bucal y su viabilidad funcional son un componente integral de la salud del resto del aparato digestivo, el corazón, pulmones o cualquier otra estructura. Los problemas de salud bucal pueden tener un impacto en la salud, mientras que los problemas de salud pueden tener manifestaciones bucales. Con el aumento de la edad, los efectos acumulativos de enfermedades bucales dan lugar con frecuencia a la pérdida de dientes, esto afecta la función, dieta y calidad de vida en una persona de edad avanzada. Inversamente, una buena salud bucal puede tener un impacto positivo en la calidad de vida y la interacción social. Hay una relación importante entre la presencia de dientes y la calidad de vida, todo esto vinculado a una buena salud bucal.⁸⁰

Los datos disponibles sugieren que una persona con mayor edad es más vulnerable al desequilibrio dietético si su condición bucal está deteriorada y tiene pérdida de dientes. Cuanto menor es el número de dientes naturales, los individuos experimentan una mayor debilidad en la masticación; estas personas junto con las que usan dentaduras tienen mayor dificultad al tratar de comer cierta gama de alimentos que individuos dentados.

Claramente hay implicaciones más amplias para la salud: las dietas bajas en fibra, vitaminas y minerales se asocian al aumento de riesgos de presentar alguna enfermedad cardiovascular o algún tipo de desnutrición, todo esto ligado a la reducción de la capacidad de masticar los alimentos; lo cual también se relaciona con el hecho de que las personas presenten estancias más largas en hospitales ya que obtienen resultados más pobres que las personas adecuadamente alimentadas.⁸⁰



Antecedentes...

Estudios realizados por autores como Ortega Velazco y Sharry en relación a los cambios bucales en el adulto mayor, plantean que la presencia o no de dientes tiene una relación directa con los cambios bucales, principalmente en el hueso alveolar, la presencia del diente determina si se mantiene el hueso alveolar, si existe pérdida de un diente, el hueso comienza a disminuir por hipofunción y por la acción directa de las fuerzas masticatorias sobre él.²⁵

Existen algunos estudios que dicen que existe un mayor porcentaje de cambios bucales en los adultos mayores desdentados totales. La resorción del reborde residual es el cambio más frecuente. En el género femenino se reporta el mayor número de cambios bucales y se encuentra una relación directa entre las alteraciones sistémicas y dichos cambios, dentro de los cuales el grupo de pacientes diabéticos fue el más afectado.³¹

Otros autores como Davis y Ulm plantean que en los pacientes desdentados totales la resorción del hueso se relaciona con perturbaciones en el metabolismo del calcio o alteraciones metabólicas, en sus estudios realizados observaron que en los maxilares ocurren cambios como descenso de la altura, disminución del contenido de agua, disminución del trabeculado, mostrándose separación en las trabéculas sin interconexión, lo que trae como consecuencia que el reborde se reduzca el volumen y densidad ósea.⁸¹

Jiménez-Castellanos plantea que la atrofia mandibular es cuatro veces mayor que la maxilar y es la causa fundamental de falta de retención y estabilidad en las prótesis en el paciente geriátrico.⁸²



Antecedentes...

En un estudio realizado a personas de la tercera edad se destaca que la mayor cantidad de pacientes se encontraron con resorción en el reborde residual, tanto en el maxilar como en la mandíbula. En este estudio predominó el género masculino, la resorción del reborde residual aumentó con el tiempo de uso de la prótesis, la recesión gingival y los dientes extruídos fueron los hallazgos clínicos que más se encontraron en los dientes presentes.⁸³

Una investigación realizada indica que la resorción de los rebordes residuales es un fenómeno regulado por un umbral bajo de presión, continuo e intermitente, este estudio clínico sugiere que la resorción es debida a los efectos por el uso de dentaduras y no a la atrofia por desuso. Los estudios sugieren que el género femenino y los factores sistémicos son de mayor importancia que los factores bucales y de la dentadura, pero no son concluyentes. Este estudio indica que la etiología de la resorción de los rebordes residuales aún no se entiende completamente, la explicación ofrecida es que las combinaciones anatómicas, metabólicas, psicosociales y mecánicas son factores de importancia para la resorción de los rebordes residuales. Sin embargo, se indica que para evitar la resorción ósea es necesario tener mejores cuidados dentales preventivos para evitar la pérdida de los dientes naturales y así evitar los problemas que esto implica.⁸⁴

En un estudio realizado sobre la rehabilitación Protésica en la tercera edad se destaca que una de las características clínicas más frecuentes en los ancianos es la retracción o recesión gingival donde los factores irritativos, biológicos, bacterianos y traumáticos (excesivo e incorrecto cepillado) se combinan.⁸⁵



Antecedentes...

En cuanto a la dificultad para masticar, Ortega describe a esta como resultado de cambios en la prolongación del tiempo de contracción y la pérdida isométrica y dinámica de la tensión muscular, en el estudio que realizó observó que los adultos mayores tienden a triturar menos alimentos, tienen menor habilidad para masticar, lo cual aumenta si hay pérdida de dientes.

Este estudio realizado sobre el uso de prótesis totales sobre implantes para la preservación ósea, plantea que la sequedad bucal, es uno de los cambios bucales más significativo encontrado, este puede ser producto del envejecimiento o como consecuencia de la acción de agentes farmacológicos como antihipertensivos, anticolinérgicos, para el Parkinson, psicotrópicos y sedantes, capaces de disminuir la secreción salival.⁸⁶

Los resultados encontrados en un estudio sobre etiología y diagnóstico del desgaste dentario indican que aproximadamente un 70 % de las personas que usan prótesis presentan alteraciones en la mucosa bucal y solo un 30 % se ven exentos de éstas.⁸⁷

Existen autores que plantean que el tiempo de uso de la prótesis guarda relación con el trauma, ya que el ajuste y la adaptación de la base a los tejidos se va perdiendo como producto del proceso de resorción propia. Las prótesis al actuar mecánicamente sobre los tejidos dan lugar a cambios de diversas índoles que están en relación con la capacidad reaccional de los tejidos y la forma de agresión que el aparato ejerza. Estos cambios son muy variados por presentarse desde simples modificaciones hasta profundas alteraciones patológicas.^{88, 89}



Antecedentes...

Este estudio realizado sobre alteraciones bucales en pacientes geriátricos portadores de prótesis total, resalta que el uso de prótesis dentales tiene relación con la presencia de lesiones en la mucosa bucal, la localización más frecuente de estas lesiones es en el paladar y los rebordes residuales, el género femenino y el grupo de 60 a 69 años es el más afectado por la presencia de lesiones bucales.⁹⁰

Un estudio realizado en la Habana, Cuba plantea que el trauma y el uso continuo de la prótesis son la causa de la estomatitis o hiperplasia papilar y de la proliferación de microorganismos como la *Cándida albicans*, que agrava más las lesiones.⁹¹

Los resultados de un estudio sobre patologías de la mucosa en personas de la tercera edad plantean que el 39% de los ancianos españoles presenta alteraciones en la mucosa bucal. Dichas alteraciones son más frecuentes en los ancianos portadores de prótesis, con una prevalencia del 60.1%, frente a los no portadores, con un 18.5%. El estudio también ha puesto de manifiesto que la presencia de prótesis dentales se asocia con la de lesiones en las mucosas. De esta forma, cuantas más prótesis existen en la boca, mayor es la probabilidad de sufrir alteraciones en la mucosa bucal. La prótesis que se asoció a una mayor prevalencia de alteraciones en las mucosas fue la total, con una prevalencia del 64.4%. Además, la existencia de prótesis en una sola arcada se relacionó con menores prevalencias de alteraciones en mucosas, sobre todo cuando la dentadura se encuentra únicamente en la mandíbula. Los ancianos son más susceptibles a desarrollar enfermedades periodontales.⁸



Antecedentes...

En otro estudio realizado en Cuba, se encontró que el uso de prótesis durante largos períodos de tiempo sin que sean cambiadas periódicamente, puede generar dolor e inestabilidad durante la masticación, factores que conjuntamente con otros, pueden provocar el desarrollo de lesiones en los tejidos que están en contacto con el aparato protésico. Este estudio encontró que los pacientes presentaban lesiones, las que se observaron con mayor frecuencia fueron la estomatitis protésica, seguida por la úlcera traumática. Estas afecciones bucales fueron más comunes en los grupos de edades de 65 a 69 y de 70 a 74 años; mientras que la mayoría de las lesiones fueron encontradas en pacientes de género femenino. Las úlceras traumáticas fueron detectadas en su mayoría en pacientes portadores de prótesis de menos de 5 años de fabricadas, mientras que el épulis y la estomatitis protésica aparecieron con mayor frecuencia en portadores de aparatos de uso prolongado (más de 5 años), dichas prótesis se encontraban desajustadas.⁹²



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad México se enfrenta ante un proceso de envejecimiento de la población, datos del CONAPO (Consejo Nacional de Población) indican que para el año 2050, el 28% de las personas serán adultos mayores. El declive de la mortalidad da origen a un progresivo aumento de esperanza de vida y, en consecuencia, un número cada vez mayor de personas llegan con vida a edades avanzadas, lo que implica cambios morfológicos en todo el organismo, particularmente en el sistema estomatognático.

Actualmente no existe la suficiente información sobre las características buco-faciales que presentan los pacientes desdentados y parcialmente dentados en México, esto significará un problema a futuro ya que hay un aumento en la cantidad de personas de edades avanzadas y esto se traducirá en una serie de desafíos hacia la población en general, entre ellas en el sector de atención a la salud.

Dentro de la salud bucal se deben generar las condiciones que permitan afrontar este proceso sin que este sea un obstáculo para el desarrollo y bienestar social.

Factores como la edad, el género, la experiencia protésica anterior, enfermedades metabólicas padecidas, etc.; son características del paciente de edad avanzada y pueden influir también en la adaptación del aparato protésico, por lo que se plantea que en estos pacientes existe una serie de circunstancias sobreañadidas que pueden imposibilitar el éxito final del tratamiento.



Planteamiento del problema...

Los Odontólogos deben conocer las condiciones en las que se encuentra el paciente de edad avanzada para identificar las necesidades y así tener un mejor plan de tratamiento y por lo tanto un pronóstico favorable.

Por lo anterior expuesto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características buco-faciales de los pacientes atendidos en la Clínica de Prostodoncia de la Facultad de Odontología UNAM en los periodos escolares 2005-2006, 2006-2007?



JUSTIFICACIÓN

En la actualidad el número de personas con edades avanzadas está aumentando; este envejecimiento demográfico se traducirá en importantes desafíos para la atención a la salud, lo cual implica una mayor demanda de servicios, pues es justamente en este grupo de edades donde se presentan las mayores tasas de morbilidad.

En la Facultad de Odontología UNAM y específicamente en la Clínica de Prostodoncia, se atiende a un gran número de pacientes con edades avanzadas, los cuales en la mayoría de los casos se presentan a consulta con una serie de factores que pueden dificultar y condicionar el pronóstico del tratamiento, ya que en ocasiones las condiciones en las que se encuentra su cavidad bucal no son favorables, por lo cual, es importante conocer las características que presenta cada paciente que acude a consulta, ya que para muchos de estos pacientes la adaptación a un aparato protésico constituye un problema, sobre todo cuando las condiciones de su cavidad bucal no son favorables.

Esta investigación servirá para tener un panorama más amplio de las condiciones en las que se encuentran los pacientes atendidos en dicha clínica, en base a expedientes clínicos, para así conocer mejor las características buco faciales y las enfermedades sistémicas que presentan estos pacientes que acuden a la clínica para ser rehabilitados.



Justificación...

Tomando en cuenta que actualmente no existe la suficiente información sobre las condiciones en las cuales se encuentran las personas que asisten a esta institución, es importante identificar los cambios morfológicos en la cavidad bucal por envejecimiento y las necesidades de rehabilitación en los pacientes que acuden a la Clínica de Prostodoncia de la Facultad de Odontología para así tener una mejor preparación en la atención y tratamiento con el propósito de promover una vejez más sana en la medida posible y con esto mejorar su calidad de vida.



OBJETIVOS

General

Determinar las características buco faciales enfermedades presentes y características de género y edad, de los pacientes atendidos en la Clínica de Prostodoncia Total de la Facultad de Odontología UNAM, realizados en los grupos 4003, 4007, 4009, 4015 y 4016, correspondiente a los periodos escolares 2005-2006 y 2006-2007.

Específicos

1. Determinar el tipo de tratamiento que se llevó a cabo con más frecuencia en la Clínica de Prostodoncia de la Facultad de Odontología UNAM, durante los periodos escolares 2005-2006, 2006-2007.
2. Identificar si el paciente presenta algún síntoma o enfermedad por medio de un interrogatorio por aparatos y sistemas.
3. Describir las características buco faciales de los pacientes atendidos la Clínica de Prostodoncia de la Facultad de Odontología UNAM, durante los periodos escolares 2005-2006, 2006-2007 según:
 - Dientes presentes y motivo de la pérdida dental.
 - Perfil facial.
 - Evaluación de las articulaciones temporo- mandibulares.
 - Relación del la mandíbula con el maxilar.
 - Tamaño del reborde residual.



Objetivos...

- Existencia de retenciones óseas.
- Condiciones de tejidos blandos que recubren el reborde residual.
- Tamaño y posición de la lengua.
- Condiciones de la saliva.

4. Conocer el tipo de actitud mental del paciente atendido, según la clasificación del Dr. Millus House.



HIPÓTESIS

1. “Existen diferencias significativas entre las características buco faciales dependiendo del género del paciente.”
2. “Existe asociación entre pérdida dental y edad de los pacientes”.
3. “Existe asociación entre la presencia de hiperplasias y la utilización de prótesis dentales”.
4. “Existe asociación entre la presencia de diabetes y la causa de pérdida dental”.



MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal basado en expedientes clínicos de los pacientes atendidos en la Clínica de Prostodoncia (grupos 4003, 4007, 4009, 4015 y 4016) correspondientes a los ciclos escolares 2005-2006, 2006-2007.

POBLACIÓN DE ESTUDIO Y TAMAÑO DE MUESTRA

425 expedientes clínicos de pacientes atendidos en la Clínica de Prostodoncia de los grupos 4003, 4007, 4009, 4015 y 4016.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Expedientes clínicos de pacientes atendidos en la Clínica de Prostodoncia de los grupos 4003, 4007, 4009, 4015 y 4016.

TAMAÑO DE MUESTRA

Todas las historias clínicas de los pacientes atendidos en la Clínica de Prostodoncia correspondientes a los periodos escolares 2005-2006, 2006-2007 de los grupos 4003, 4007, 4009, 4015 y 4016.



CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ▣ Historias Clínicas de los pacientes rehabilitados en la Clínica de Prosthodontia, correspondientes a los periodos escolares 2005-2006, 2006-2007 de los grupos 4003, 4007, 4009, 4015 y 4016.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ▣ Historias Clínicas que estén incompletas.
- ▣ Historias Clínicas que tengan datos erróneos.



DEFINICIÓN OPERACIONAL Y ESCALA DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

Variables sociodemográficas

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Género	Género al que pertenece el individuo	1) Femenino 2) Masculino
Intervalo de edad	Años de vida por intervalo de edad	1) 35-50años 2) 51-65 años 3) 66-80 años 4) 81 años y más

Historia dental

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Dientes Presentes	Estado bucal con respecto a la presencia de dientes	1) Desdentado Total 2) Desdentado parcial
Estado actual en maxilar	Presencia de dientes en el maxilar	1) Desdentado total 2) Desdentado parcial
Estado actual en la mandíbula	Presencia de dientes en la mandíbula	1) Desdentado total 2) Desdentado parcial
Motivo de la pérdida dental	Principal razón por la cual el paciente perdió sus dientes	1) Caries 2) Enfermedad periodontal 3) Traumatismo 4) Otra

Antecedentes protésicos

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Paciente portador de Prótesis bucal	Presencia de prótesis bucal actual	1) Portador de Prótesis 2) No portador de Prótesis



Definición operacional y escala de medición de las variables...

Interrogatorio por aparatos y sistemas

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Patologías en el aparato digestivo	Presencia de alguna alteración en el aparato digestivo	1) Ninguna alteración 2) Alguna alteración
Digestivo	Signos y síntomas que presenta el paciente en el aparato digestivo	0) Ninguna 1) Estreñimiento 2) Diarrea 3) Gastritis 4) Intolerancia a algún alimento 5) Distensión abdominal 6) Hernia 7) Disfagia 8) Otra
Patologías en el aparato respiratorio	Presencia de alguna alteración en el aparato respiratorio	1) Ninguna alteración 2) Alguna alteración
Respiratorio	Signos y síntomas que presenta el paciente en el aparato respiratorio	0) Ninguna 1) Disnea 2) Gripe 3) Obstrucción nasal 4) Tos 5) Dolor torácico 6) Bronquitis 7) Otra
Patologías en el sistema cardiovascular	Presencia de alguna alteración en el sistema cardiovascular	1) Ninguna alteración 2) Alguna alteración
Cardiovascular	Signos y síntomas que presenta el paciente en el sistema cardiovascular	0) Ninguna 1) Hipertensión 2) Cardiopatía 3) Palpitaciones 4) Infarto 5) Otra

Paciente que presenta hipertensión	Presencia de hipertensión	1) Hipertenso 2) No hipertenso
Patologías en el sistema endócrino	Presencia de alguna alteración en el sistema endócrino	1) Ninguna alteración 2) Alguna alteración
Endócrino	Signos y síntomas que presenta el paciente en el sistema endócrino	0) Ninguna 1) Diabetes 2) Sequedad cutánea 3) Nerviosismo 4) Variación de peso 5) Otra
Paciente que presenta diabetes	Presencia de diabetes	1) Paciente diabético 2) No diabético
Patologías en el aparato genitourinario	Presencia de alguna alteración en el aparato genitourinario	1) Ninguna alteración 2) Alguna alteración
Genitourinario	Signos y síntomas que presenta el paciente en el aparato genitourinario	0) Ninguna 1) Incontinencia urinaria 2) Nicturia 3) Poliuria 4) Dolor lumbar 5) Otra
Patologías en el sistema nervioso	Presencia de alguna alteración en el sistema nervioso	1) Ninguna alteración 2) Alguna alteración
Nervioso	Signos y síntomas que presenta el paciente en el sistema nervioso	0) Ninguna 1) Visión borrosa 2) Depresión 3) Amnesia 4) Angustia 5) Vértigo 6) Temblores 7) Parestesia 8) Parálisis facial 9) Insomnio 10) Problemas de audición 11) Otra

Patologías en el sistema músculo esquelético	Presencia de alteraciones en el sistema músculo esquelético	1) Ninguna alteración 2) Alguna alteración
Músculo esquelético	Signos y síntomas que presenta el paciente en el sistema músculo esquelético	0) Ninguna 1) Artralgia 2) Artritis 3) Deformidad articular 4) Chasquidos articulares 5) Osteoporosis 6) Otra
Patologías en el sistema estomatognático	Presencia alteraciones en el sistema estomatognático	1) Ninguna alteración 2) Alguna alteración
Bucal	Signos y síntomas que presenta el paciente en el sistema estomatognático	0) Ninguna 1) Micosis 2) Hiperplasia 3) Caries 4) Enfermedad periodontal 5) Lesión periapical 6) Recesión gingival 7) Irritación por prótesis 8) Dientes retenidos 9) Restos radiculares 10) Lengua saburral 11) Xerostomía 12) Otra

Características faciales

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Perfil	Forma de la cara en una vista lateral, está integrado por la frente, la depresión nasal, el caballete y extremidad nasal, la columnela, los labios y el mentón	1) Recto 2) Cóncavo 3) Convexo

Definición operacional y escala de medición de las variables...

Evaluación clínica de las Articulaciones Temporo- Mandibulares

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Alteraciones en alguna ATM	Presencia de alteraciones en alguna ATM	1) Con alteración 2) Sin alteración
Alteraciones de la ATM Derecha	Detección de alteraciones al realizar movimientos, en la articulación temporo mandibular derecha	1) Sin alteración 2) Crepitante 3) Sonora 4) Desviación 5) Otra
Alteraciones de la ATM Izquierda	Detección de alteraciones al realizar movimientos, en la articulación temporo mandibular izquierda	1) Sin alteración 2) Crepitante 3) Sonora 4) Desviación 5) Otra
Relación mandíbula-maxilar	Relación de la mandíbula con respecto al maxilar en posición de descanso	1) Mandíbula y maxilar compatible 2) Mandíbula más grande que el maxilar 3) Mandíbula más pequeña que el maxilar

Altura del reborde residual maxilar y mandibular

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Altura del reborde residual Maxilar	Tamaño en milímetros del reborde residual maxilar, tomado con una regla flexible desde fondo de saco.	1) Favorable (6 mm. o más) 2) Pequeño (6 mm. o menos) 3) Plano (2 mm. o menos) 4) No aplica (zona dentada)
Altura del reborde residual Mandibular	Tamaño en milímetros del reborde residual Mandibular, tomado con una regla flexible desde fondo de saco.	1) Favorable (6 mm. o más) 2) Pequeño (6 mm. o menos) 3) Plano (2 mm. o menos) 4) No aplica (zona dentada)



Definición operacional y escala de medición de las variables...

Relación de los rebordes residuales en posición de descanso

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Relación de los rebordes residuales	Relación en la que se encuentra el maxilar con respecto a la mandíbula	1) Ortognático 2) Retrognático 3) Prognático

Retenciones óseas

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Retenciones óseas en el maxilar	Presencia de retenciones óseas en el maxilar	1) Ninguna 2) Ligera 3) Requiere remoción
Retenciones óseas en la mandíbula	Presencia de retenciones óseas en la mandíbula.	1) Ninguna 2) Ligera 3) Requiere remoción

Presencia de tejido hiperplásico en los tejidos blandos que recubren el reborde residual

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Superior anterior	Característica del tejido que recubre los rebordes residuales en la porción superior anterior.	1) Hiperplásico 2) Resiliente 3) No aplica
Superior derecho	Característica del tejido que recubre los rebordes residuales en la porción superior derecha.	1) Hiperplásico 2) Resiliente 3) No aplica
Superior izquierdo	Característica del tejido que recubre los rebordes residuales en la porción superior izquierda.	1) Hiperplásico 2) Resiliente 3) No aplica

Inferior anterior	Característica del tejido que recubre los rebordes residuales en la porción inferior anterior.	1) Hiperplásico 2) Resiliente 3) No aplica
Inferior derecho	Característica del tejido que recubre los rebordes residuales en la porción inferior derecha.	1) Hiperplásico 2) Resiliente 3) No aplica
Inferior izquierdo	Característica del tejido que recubre los rebordes residuales en la porción inferior izquierda.	1) Hiperplásico 2) Resiliente 3) No aplica
Tejido Hiperplásico	Presencia de Tejido Hiperplásico	1) Hiperplasia 2) No hay Hiperplasia

Características de la lengua

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Tamaño de la lengua	Clasificación de acuerdo al tamaño de la lengua	1) Favorable 2) Microglosia (lengua anormalmente pequeña es rara, suele acompañarse de micrognatia (disminución del desarrollo de la mandíbula y del mentón) y defectos de miembros) 3) Macroglosia (anomalía congénita caracterizada por un tamaño excesivo de la lengua, la cuál, en posición de reposo protruye más allá del reborde residual)
Posición de la lengua (Wright)	Posición de la lengua con respecto a la clasificación de Wright	1) Clase I (la lengua descansa en el piso de boca con la punta hacia delante, ligeramente debajo de los bordes incisales de los dientes anteriores inferiores)

		<p>2)Clase II (la lengua se encuentra aplanada, la punta está debajo de los bordes incisales de los dientes anteriores inferiores)</p> <p>3)Clase III (la lengua está encogida y presionada en el piso de boca, con la punta doblada hacia arriba.)</p>
--	--	---

Características de la saliva

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Cantidad de saliva	Características de la cantidad de saliva presente	<p>1)Favorable (se estima que la cantidad favorable de saliva en reposo es de 0.2-0.4 ml/min)</p> <p>2)Oligosalia (disminución considerable de la secreción de saliva)</p> <p>3)Sialorrea (secreción exagerada de saliva)</p>
Consistencia de saliva	Fluidez de la saliva	<p>1)Serosa</p> <p>2)Mucosa</p> <p>3)Mixta</p>



Definición operacional y escala de medición de las variables...

Actitud mental (House- Boucher)

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Actitud mental	Actitud mental que presenta el paciente de acuerdo a la clasificación de Millus House.	<p>1)Filosófico (acepta con buena voluntad la opinión de su odontólogo sin cuestionarla, es consciente de su situación bucal y sabe que el odontólogo hará las cosas de la mejor forma posible)</p> <p>2)Indiferente (se preocupa poco de su salud bucal, recurre al odontólogo por insistencia de sus familiares, se decepcionan fácilmente si se presentan dificultades con sus prótesis)</p> <p>3)Crítico (encuentra defectos en todo lo que se hace, nunca está conforme con su odontólogo, ya que no sigue las instrucciones, por lo cual se ha realizado varias prótesis)</p> <p>4)Escéptico (han tenido malos resultados con tratamientos previos y por lo tanto dudan de que alguien pueda ayudarlos, a menudo son histéricos y de salud precaria)</p>



Definición operacional y escala de medición de las variables...

Tratamiento realizado

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Plan de Tratamiento	Tratamiento que se le realizó al paciente	1) Prótesis total sup. e inferior 2) Prótesis total sup., parcial inferior 3) Prótesis parcial sup.e inf. 4) Otra



METODOLOGÍA

Las historias clínicas fueron realizadas por alumnos de cuarto año, que cursaron la materia de Clínica de Prostodoncia Total en la Facultad de Odontología, los cuales están a cargo del jefe de la Asignatura de Prostodoncia Total, el Mtro. Víctor Moreno Maldonado, por lo tanto los criterios de medición y llenado de las Historias Clínicas fueron muy similares, para ello examinaron los tejidos bucales y faciales utilizando las unidades dentales de la institución, ayudados por instrumental (espejo bucal), así como estudios radiográficos (Ortopantomografía y radiografías dento alveolares en caso de presentar dientes) para realizar un diagnóstico odontológico y posteriormente la rehabilitación protésica del paciente.

La recopilación de historias clínicas de la Clínica de Prostodoncia, fue recabada con autorización del Mtro. Víctor Moreno Maldonado, coordinador de la asignatura de Clínica de Prostodoncia Total de cuarto año, posteriormente se realizó una base de datos para su análisis estadístico. Dicha base de datos fue capturada por una sola persona, esto con la finalidad de minimizar errores de captura.



RECURSOS

Materiales:

- Historias clínicas de Prostodoncia Total.
- Historias clínicas generales.
- Computadora del Laboratorio Interdisciplinario No. 4.
- Programa de estadística SPSS versión 13.
- Lápiz y pluma

Humanos:

- Tutor Mtro. Víctor Moreno Maldonado
- Asesora Mtra. Erika Heredia Ponce
- Asesora Mtra. María del Carmen Villanueva Vilchis
- Leticia Trejo Sánchez



ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se realizó un análisis descriptivo para cada una de las variables involucradas en el estudio, utilizando porcentajes para las variables cualitativas y medidas de frecuencia (medias y desviación estándar) para las variables cuantitativas.

Con la finalidad de comparar los resultados por género y edad se realizó una prueba de X^2 a un nivel de confianza del 95%.

Se realizó una prueba de X^2 a un nivel de confianza del 95% con la finalidad de comparar las siguientes variables:

- ▣ Patologías presentes en el aparato digestivo por intervalo de edad.

- ▣ Patologías presentes en el aparato respiratorio por intervalo de edad.

- ▣ Patologías presentes en el sistema cardiovascular por intervalo de edad.

- ▣ Patologías presentes en el sistema endócrino por intervalo de edad.

- ▣ Patologías presentes en el aparato genitourinario por intervalo de edad.

- ▣ Patologías presentes en el sistema nervioso por intervalo de edad.

- ▣ Patologías presentes en el sistema músculo esquelético por intervalo de edad.



Análisis de la información...

- ❑ Patologías presentes en el sistema estomatognático por intervalo de edad.

- ❑ Patologías presentes en el sistema estomatognático por intervalo de edad.

- ❑ Presencia de hipertensión por género e intervalo de edad.

- ❑ Presencia de diabetes por intervalo de edad y motivo de la pérdida dental.

- ❑ Alteraciones encontradas en las articulaciones temporo- mandibulares por género.

- ❑ Altura del reborde residual mandibular por género e intervalo de edad.

- ❑ Presencia de tejido hiperplásico por género, intervalo de edad y por portación de prótesis.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se realizó de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud. Así mismo se respetó la integridad y confidencialidad de los sujetos involucrados en el estudio.



RESULTADOS

Se revisó un total de 425 expedientes de los cuales el 59.3% pertenecieron al sexo femenino y el 40.7% al masculino. El promedio de edad general fué de 65.7 ± 11.3 años, para las mujeres fue de 65.2 ± 11.0 años y para los hombres fué de 66.5 ± 11.6 años, no se encontraron diferencias significativas en esta distribución ($t\text{-student}=1.23$, $p=0.26$). Tabla 1.

Tabla 1. Frecuencia y distribución de la población por género y edad.

Género	n	%	Edad Media \pm DE
Femenino	252	59.3	65.2 ± 11.0
Masculino	173	40.7	66.5 ± 11.6
Total	425	100	65.7 ± 11.3

Fuente: Directa
 $t\text{-student}= 1.23$, $p=0.26$

Condiciones bucales

En la tabla 2 se observa la frecuencia y distribución de las condiciones bucales de los pacientes que acudieron a la Clínica de Prostodoncia Total. El 57.9% de los pacientes presentó anodoncia ($X^2=10.562$, $p=0.001$), siendo la caries (48.7%) el principal motivo para la pérdida de dientes, seguida por enfermedad periodontal (40.9%) ($x^2=275.627$, $p=0.0001$), en cuanto al uso de prótesis bucales la mayoría de los pacientes era portador de al menos una prótesis (73.6%) ($x^2=95.061$, $p=0.001$).

Tabla 2. Frecuencia y distribución de las condiciones bucales de los pacientes atendidos en la Clínica de Prostodoncia Total.

Tipo de paciente *	Frecuencia	%
Desdentado Total	246	57.9
Desdentado Parcial	179	42.1
Motivo principal de la pérdida dental *		
Caries	207	48.7
Enfermedad Periodontal	174	40.9
Traumatismo	35	8.2
Otra	9	2.1
Paciente Portador de Prótesis *		
Si	313	73.6
No	112	26.4

Fuente: Directa

* χ^2 , $p < 0.05$

Patologías presentes por aparatos y sistemas

El 40.5% de los pacientes presentó alguna alteración en el aparato digestivo, el 22.8% en el respiratorio, 33.2% en el sistema cardiovascular, 38.1% en el sistema endócrino, 26.6% en el aparato genitourinario, 43.8% en el sistema nervioso, 51.5% en el sistema músculo esquelético y 55.3% en el sistema estomatognático.

En la tabla 3, se puede observar la frecuencia y distribución de la patologías por aparatos y sistemas por intervalo de edad, donde el grupo más afectado, con el mayor número de alteraciones en el aparato digestivo, en el sistema cardiovascular, en el aparato genitourinario, en el sistema nervioso, en el sistema músculo esquelético y en el sistema estomatognático fué el grupo de 66-80 años de edad.

Resultados...

Tabla 3. Frecuencia y distribución de patologías por aparatos y sistemas por intervalo de edad.

	Intervalo de edad								Total	
	35-50 años		51-65 años		66-80 años		81 y más			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aparato Digestivo	$X^2=17.53, p=0.001$									
Alguna alteración	10	2.4	59	13.9	79	18.6	24	5.6	172	40.5
Ninguna	39	9.1	81	19.1	120	28.2	13	3.1	253	59.5
Aparato Respiratorio	$X^2=2.418, p=0.490$									
Alguna Alteración	7	1.6	34	8	48	11.3	8	1.9	97	22.8
Ninguna	42	1.6	106	24.9	151	35.5	29	6.8	328	77.2
Sistema Cardiovascular	$X^2=19.11, p=0.0001$									
Alguna alteración	4	0.9	44	10.4	81	19.1	12	2.8	141	33.2
Ninguna	45	10.6	96	22.5	118	27.8	25	5.9	284	66.8
Sistema Endócrino	$X^2=4.885, p=0.180$									
Alguna Alteración	13	3.1	59	13.8	73	17.2	17	4	162	38.1
Ninguna	36	8.5	81	19.1	126	29.6	20	4.7	263	61.9
Aparato Genitourinario	$X^2=16.59, p= 0.001$									
Alguna alteración	4	0.9	30	7.1	65	15.3	14	3.3	113	26.6
Ninguna	45	10.6	110	25.9	134	31.5	23	5.4	312	73.4
Sistema Nervioso	$X^2=8.59, p= 0.035$									
Alguna alteración	15	3.5	60	14.2	88	20.7	23	5.4	186	43.8
Ninguna	34	8	80	18.8	111	26.1	14	3.3	239	56.2
Sistema Músculo esquelético	$X^2=22.05, p= 0.0001$									
Alguna alteración	15	3.5	60	14.1	119	28	25	5.9	219	51.5
Ninguna	34	8	80	18.8	80	18.8	12	2.9	206	48.5
Sistema Estomatognático	$X^2=8.07, p= 0.044$									
Alguna alteración	22	5.2	69	16.2	119	28	25	5.9	235	55.3
Ninguna	27	6.4	71	16.7	80	18.8	12	2.8	190	44.7

Fuente: Directa

Resultados...

De la tabla 4 a la 11, se observan las patologías más frecuentes en los pacientes desglosadas por aparatos y sistemas.

En el aparato digestivo se observaron problemas de gastritis (16%), estreñimiento (10.6%) e intolerancia o alergia a algún alimento (4.7%). En el aparato respiratorio los principales problemas fueron: tos (7.8%), disnea (4.7%), dolor torácico (4%). En el sistema cardiovascular fueron; hipertensión (23.5%), palpitaciones (4.5%) y cardiopatía (1.9%). En el sistema endócrino los principales problemas fueron diabetes (20.9%), nerviosismo (7.3%) y sequedad cutánea (6.8%). En el aparato genitourinario la poliuria (10.4%), incontinencia urinaria (8.2%) y nicturia (4.5%). En el sistema nervioso la visión borrosa (17.2%), insomnio (4.5%) y temblores (4.2%), en el sistema músculo esquelético la artralgia (27.5%), artritis (12.5%) y chasquidos articulares (6.6%) y en el sistema estomatognático la caries (10.1%), enfermedad periodontal (9.4%) e hiperplasia (7.1%).

Tabla 4. Frecuencia y distribución de patologías más frecuentes encontradas en el aparato digestivo en pacientes atendidos en la Clínica de Prostodoncia.

Aparato Digestivo	Frecuencia	%
Gastritis	68	16
Estreñimiento	45	10.6
Intolerancia o alergia a algún alimento	20	4.7
Diarrea	12	2.8
Disfagia	12	2.8
Otra	5	1.2
Ninguna	253	59.5

Fuente: Directa
 $\chi^2=1087.445, p=0.0001$

Resultados...

Tabla 5. Frecuencia y distribución de patologías más frecuentes encontradas en el aparato respiratorio en pacientes atendidos en la Clínica de Prostodoncia.

Aparato Respiratorio	Frecuencia	%
Tos	33	7.8
Disnea	20	4.7
Dolor Torácico	17	4
Obstrucción nasal	9	2.1
Bronquitis	7	1.6
Otra	5	1.2
Ninguna	328	77.2

Fuente: Directa
 $X^2=1637.174$, $p=0.0001$

Tabla 6. Frecuencia y distribución de patologías más frecuentes encontradas en el sistema cardiovascular en pacientes atendidos en la Clínica de Prostodoncia.

Sistema Cardiovascular	Frecuencia	%
Hipertensión	100	23.5
Palpitaciones	19	4.5
Cardiopatía	8	1.9
Infarto	7	1.6
Otra	7	1.6
Ninguna	284	66.8

Fuente: Directa
 $X^2=862.233$, $p=0.0001$

Tabla 7. Frecuencia y distribución de patologías más frecuentes encontradas en el sistema endócrino en pacientes atendidos en la Clínica de Prostodoncia.

Sistema Endócrino	Frecuencia	%
Diabetes	89	20.9
Sequedad cutánea	29	6.8
Nerviosismo	31	7.3
Otra	2	0.5
Ninguna	263	61.9

Fuente: Directa
 $X^2=685.649$, $p=0.0001$



Resultados...

Tabla 8. Frecuencia y distribución de patologías más frecuentes encontradas en el aparato genitourinario en pacientes atendidos en la Clínica de Prostodoncia.

Aparato Genitourinario	Frecuencia	%
Poliuria	44	10.4
Incontinencia Urinaria	35	8.2
Nicturia	19	4.5
Dolor lumbar	15	3.5
Ninguna	312	73.4

Fuente: Directa
 $\chi^2=93.179$, $p=0.0001$

Tabla 9. Frecuencia y distribución de patologías más frecuentes encontradas en el sistema nervioso en pacientes atendidos en la Clínica de Prostodoncia.

Sistema Nervioso	Frecuencia	%
Visión borrosa	73	17.2
Insomnio	19	4.5
Temblores	18	4.2
Depresión	15	3.5
Vértigo	10	2.4
Perdida de memoria	9	2.1
Parestesia	9	2.1
Angustia	8	1.9
Problemas de audición	8	1.9
Otra	11	2.6
Ninguna	239	56.2

Fuente: Directa
 $\chi^2=1379.433$, $p=0.0001$



Resultados...

Tabla 10. Frecuencia y distribución de patologías más frecuentes encontradas en el Sistema Músculo Esquelético en pacientes atendidos en la clínica de Prostodoncia

Sistema Músculo esquelético	Frecuencia	%
Artralgia	117	27.5
Artritis	53	12.5
Deformidad articular	11	2.6
Chasquidos articulares	28	6.6
Osteoporosis	8	1.9
Otra	2	0.5
Ninguna	206	48.4

Fuente: Directa
 $X^2=561.704$, $p=0.0001$

Tabla 11. Frecuencia y distribución de patologías más frecuentes encontradas en el Sistema Estomatognático en pacientes atendidos en la clínica de Prostodoncia

Sistema Estomatognático	Frecuencia	%
Caries	43	10.1
Enfermedad Periodontal	40	9.4
Hiperplasia	30	7.1
Recesión gingival	24	5.6
Lengua saburral	19	4.5
Micosis	18	4.1
Irritación por prótesis	13	3.1
Dientes retenidos	12	2.8
Restos radiculares	11	2.6
Lesión periapical	6	1.4
Oligosialia	6	1.4
Otra	17	4.1
Ninguna	186	43.8

Fuente: Directa
 $X^2=1588.678$, $p=0.0001$

Resultados...

Hipertensión

En las tablas 12 y 13 se puede observar la frecuencia y distribución de los pacientes hipertensos por género e intervalo de edad respectivamente. En cuanto al género, las mujeres presentaron el mayor porcentaje de hipertensión (17.4%) en comparación con los hombres (6.1%), con un valor de $X^2= 12.435$, $p=0.0001$. También se encontró que el número de hipertensos aumenta conforme aumenta el intervalo de edad del paciente, de 35-50 años (0.7%), 51 a 65 años (7.3%) y de 66-80 años (14.1%), ($X^2=14.3250$, $p=0.002$).

Tabla 12. Frecuencia y distribución de pacientes con hipertensión relacionadas con género del paciente.

Género	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hipertenso	74	17.4	26	6.1	100	23.5
No hipertenso	176	41.4	149	35.1	325	76.5

Fuente: Directa
 $X^2= 12.435$, $p=0.0001$.

Tabla 13. Frecuencia y distribución de pacientes con hipertensión relacionada con rango de edad.

	Intervalo de edad								Total	
	35-50 años		51-65 años		66-80 años		81 y más			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hipertenso	3	0.7	31	7.3	60	14.1	6	1.4	100	23.5
No hipertenso	46	10.8	109	25.6	139	32.7	31	7.3	325	76.5

Fuente: Directa
 $X^2=14.3250$, $p=0.002$

Diabetes

De los pacientes que presentaron diabetes se encontraron diferencias significativas relacionadas con el intervalo de edad del paciente ($X^2= 9.050$, $p=0.029$), de 35-50 años (1.6%), 51-65 años (9.6%) y 66-80 años (8.2%).

Resultados...

También se encontraron diferencias significativas en la distribución de pacientes diabéticos relacionada con el motivo de la pérdida dental ($X^2=13.105$, $p=0.004$), la más frecuente fue la enfermedad periodontal (29.3%), seguida de caries (14.5) y traumatismo (11.1%). Tabla 14 y 15.

Tabla 14. Pacientes que presentan diabetes relacionado con el intervalo de edad.

Paciente diabético	Intervalo de edad								Total	
	35-50 años		51-65 años		66-80 años		81 y más			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	7	1.6	41	9.6	35	8.2	6	1.4	89	20.9
No	42	9.9	99	23.3	164	38.6	31	7.3	336	79.1

Fuente: Directa
 $X^2=9.050$, $p=0.029$

Tabla 15. Pacientes que presentan diabetes relacionado con el motivo de la pérdida dental.

Paciente diabético	Motivo principal de la pérdida dental								Total	
	Caries		Enfermedad periodontal		Traumatismo		Otra			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	30	7.1	51	12	7	1.6	1	0.2	89	20.9
No	177	41.6	123	28.9	28	6.6	8	1.9	336	79.1

Fuente: Directa
 $X^2=13.105$, $p=0.004$

Características faciales

Tipo de perfil

Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la frecuencia y distribución del tipo de perfil ($X^2=116.249$, $p=0.0001$). El perfil más frecuente en los pacientes atendidos fué recto (55.5%), seguido de cóncavo (31.5%) y convexo (12.9%).Tabla 16.



Resultados...

Tabla 16. Frecuencia y distribución del tipo de perfil de los pacientes atendidos en la Clínica de Prostoponcia Total.

Perfil del paciente	Frecuencia	%
Recto	236	55.5
Cóncavo	134	31.5
Convexo	55	13

Fuente: Directa
 $X^2=116.249, p=0.0001$

Alteraciones de las articulaciones temporo- mandibulares ATM's

En cuanto a la presencia de alteraciones en las articulaciones temporo mandibulares se encontraron diferencias significativas en la distribución ($X^2=13.951, p=0.0001$), donde el 40.9% de los pacientes presentó alguna alteración. Tabla 17.

También se encontraron diferencias significativas en la distribución de alteraciones en la articulación temporo mandibular derecha con un 31.5% ($x^2=455.141, p=0.0001$) e izquierda con un 29.2 ($x^2=496.459, p=0.0001$), también existieron diferencias significativas en la distribución en relación con el género del paciente ($x^2=11.134, p=0.001$), en ambas articulaciones la alteración más frecuente fue crepitante (derecha 20.7%, izquierda 18.4%), seguida de sonora (derecha 6.4%, izquierda 7.5%). Tabla 18, 19 y 20.

Tabla 17. Frecuencia y distribución de alteraciones encontradas en las articulaciones temporo- mandibulares en pacientes atendidos en la Clínica de Prostoponcia Total.

Alteraciones en alguna ATM	Frecuencia	%
Con alteración	174	40.9
Sin alteración	251	59.1

Fuente: Directa
 $X^2=13.951, p=0.0001$

Resultados...

Tabla 18. Frecuencia y distribución de alteraciones encontradas en las articulaciones temporo- mandibulares relacionadas con el género del paciente.

Presencia de alteraciones	Género					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Si	119	28	55	12.9	174	40.9
No	131	30.8	120	28.2	251	59.1

Fuente: Directa
 $X^2=11.134$, $p=0.001$

Tabla 19. Frecuencia y distribución de alteraciones encontradas en la articulación temporo mandibular derecha.

Evaluación de la ATM derecha	Frecuencia	%
Sin Alteración	291	68.5
Crepitante	88	20.7
Sonora	27	6.3
Desviación	19	4.5
Total	425	100

Fuente: Directa
 $X^2=455.141$, $p=0.0001$

Tabla 20. Frecuencia y distribución de alteraciones encontradas en las articulaciones temporo- mandibulares relacionadas con el género del paciente.

Evaluación de la ATM Izquierda	Frecuencia	%
Sin Alteración	301	70.8
Crepitante	78	18.4
Sonora	32	7.5
Desviación	14	3.3
Total	425	100

Fuente: Directa
 $X^2=496.459$, $p=0.0001$

Características de los rebordes residuales

Relación mandíbula – maxilar en posición de descanso.

En cuanto a la relación de la mandíbula y maxilar en posición de descanso se encontraron diferencias significativas en su distribución ($\chi^2=276.456$ $p=0.0001$), la más frecuente fué mandíbula y maxilar compatibles (68.2%), seguida de mandíbula más grande que el maxilar (28.9%) y mandíbula más pequeña que el maxilar (2.8%). Tabla 21.

Tabla 21. Frecuencia y distribución de la relación mandíbula- maxilar en posición de descanso.

Relación mandíbula-maxilar en posición de descanso	Frecuencia	%
Mandíbula y maxilar compatibles	290	68.2
Mandíbula más grande que el maxilar	123	28.9
Mandíbula más pequeña que el maxilar	12	2.8

Fuente: Directa
 $\chi^2=276.456$, $p=0.0001$

Relación de los rebordes residuales en posición de descanso.

Se encontraron diferencias significativas en la distribución de la relación de los rebordes residuales en posición de descanso ($\chi^2=284.362$ $p= 0.0001$), ortognático (68.7%), prognático (28.9%) y retrognático (2.4%). Tabla 22.

Tabla 22. Frecuencia y distribución de la relación de los rebordes residuales en posición de descanso.

Relación de los rebordes residuales en posición de descanso	Frecuencia	%
Ortognático	292	68.7
Prognático	123	28.9
Retrognático	10	2.4

Fuente: Directa
 $\chi^2=284.362$, $p=0.0001$

Altura de los rebordes residuales

En cuanto a la altura de los rebordes residuales, se encontraron diferencias significativas en la distribución (maxilar $X^2=685.372$ $p=0.0001$, mandibular $X^2=164.035$ $p=0.0001$), la altura más frecuente fué favorable (6 mm. o más) (maxilar 78.4%, mandibular 39.1%), seguida de pequeño (maxilar 19.8%, mandibular 41.6%) y plano (maxilar 0.9%, mandibular 12.7%). Tabla 23.

Tabla 23. Frecuencia y distribución de la altura de los rebordes residuales maxilar y mandibular.

Altura del reborde residual maxilar	Frecuencia	%
Favorable (6 mm. o más)	333	78.4
Pequeño (6 mm. o menos)	84	19.8
Plano (2 mm. o menos)	4	0.9
No aplica	4	0.9
Total	425	100

Altura del reborde residual mandibular	Frecuencia	%
Favorable (6 mm. o más)	166	39.1
Pequeño (6 mm. o menos)	177	41.6
Plano (2 mm. o menos)	54	12.7
No aplica	28	6.6
Total	425	100

Fuente: Directa

También se encontraron diferencias significativas en la distribución de la altura del reborde residual mandibular relacionadas con el género ($X^2=9.422$ $p=0.024$), y el intervalo de edad del paciente ($X^2=22.531$, $p=0.007$). Tabla 24 y 25.

Resultados...**Tabla 24. Frecuencia y distribución de la altura del reborde residual mandibular relacionadas con el género del paciente**

Altura del reborde residual mandibular	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Favorable (6mm. o +)	82	19.5	84	19.6	166	39.1
Pequeño (6 mm. o -)	112	26.4	65	15.2	177	41.6
Plano (2 mm. o -)	35	8.2	19	4.5	54	12.7
No aplica	20	4.7	8	1.9	28	6.6

Fuente: Directa

Tabla 25. Frecuencia y distribución de la altura del reborde residual mandibular relacionadas con el intervalo de edad del paciente

Altura del reborde residual mandibular	Intervalo de edad *								Total	
	35-50 años		51-65 años		66-80 años		81 y +			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Favorable (6 mm. o +)	21	4.9	58	13.6	74	17.4	13	3.1	166	39.1
Pequeño (6 mm. o -)	13	3.1	61	14.4	88	20.7	15	3.5	177	41.6
Plano (2 mm. o -)	6	1.4	11	2.6	29	6.8	8	1.9	54	12.7
No aplica	9	2.1	10	2.4	8	1.9	1	0.2	28	6.6

Fuente: Directa

Retenciones óseas

Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la presencia de retenciones óseas en el maxilar y la mandíbula (maxilar $X^2=395.412$ $p=0.0001$, mandíbula $X^2=471.449$ $p=0.0001$). Tabla 26.



Resultados...

Tabla 26. Frecuencia y distribución de retenciones óseas en el maxilar y la mandíbula.

Retenciones óseas en el maxilar	Frecuencia	%
Ninguna	330	77.6
Ligera	85	20
Requiere Remoción	10	2.4
Total	425	100

Retenciones óseas en la Mandíbula	Frecuencia	%
Ninguna	351	82.6
Ligera	60	14.1
Requiere Remoción	14	3.3
Total	425	100

Tejidos blandos

Tejido hiperplásico

El 15.3% de los pacientes presentan tejido hiperplásico, el 66.2% son mujeres y el 33.8% son hombres, se encontraron diferencias significativas en la distribución relacionada con el intervalo de edad ($X^2=13.304$, $p=0.004$), con el uso de prótesis dental ($X^2=7.800$, $p=0.003$), (portadores 87.7%, no portadores 12.3%), la localización más frecuente del tejido hiperplásico fué en la porción superior anterior (5.2%), porción inferior izquierda (4.2%) y porción inferior derecha (3.8%). Tabla 27, 28, 29 y 30.

Tabla 27. Frecuencia y distribución de tejido hiperplásico relacionado con género del paciente.

Presencia de tejido hiperplásico	Género					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Si	43	10.1	22	5.2	65	15.3
No	207	48.7	153	36	360	84.7

Fuente: Directa
(* X^2), $p<0.05$

Resultados...

Tabla 28. Frecuencia y distribución de tejido hiperplásico de acuerdo a su localización.

	Frecuencia	%
Características del tejido blando en la porción superior anterior		
Hiperplásico	22	5.2
Resiliente	403	94.8
Total	425	100
Características del tejido blando en la porción inferior derecha		
Hiperplásico	16	3.8
Resiliente	409	96.2
Total	425	100
Características del tejido blando en la porción inferior izquierda		
Hiperplásico	18	4.2
Resiliente	407	95.8
Total	425	100

Fuente: Directa
(*X²), p<0.05

Tabla 29. Frecuencia y distribución de tejido hiperplásico por intervalo de edad.

Hiperplasia	Intervalo de edad *								Total	
	35-50 años		51-65 años		66-80 años		81 y más			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	5	1.2	17	4	30	7.1	13	3.1	65	15.3
No	44	10.4	123	28.9	169	39.8	24	5.6	360	84.7

Fuente: Directa
(*X²), p<0.05

Tabla 30. Frecuencia y distribución de tejido hiperplásico, relacionado con el uso de prótesis bucal.

Hiperplasia	Portador de Prótesis*		No portador de prótesis*		Total	
	n	%	n	%	n	%
Si	57	13.4	8	1.9	65	15.3
No	256	60.2	104	24.5	360	84.7

Fuente: Directa (*X²), p<0.05

Características de la saliva

Se encontraron diferencias significativas en la distribución de la cantidad de saliva de los pacientes ($X^2= 713.242$ $p=0.0001$), la más frecuente fué cantidad favorable (94.4%), seguida de oligosalia (4.9%) y sialorrea (0.7%), en cuanto a la consistencia de la saliva también se observaron diferencias significativas en esta distribución ($X^2= 114.386$ $p=0.0001$), la más frecuente fué la consistencia mixta (56.9%), seguida por serosa (27.1%) y mucosa (16%). Tabla 31.

Tabla 31. Frecuencia y distribución de la consistencia y cantidad de saliva.

Cantidad de saliva *	Frecuencia	%
Favorable	401	94.4
Oligosalia	21	4.9
Sialorrea	3	0.7
Consistencia de la saliva *	Frecuencia	%
Mixta	242	56.9
Serosa	115	27.1
Mucosa	68	16

Fuente: Directa

Tamaño y posición de la lengua

En la tabla 32 se puede observar la frecuencia y distribución del tamaño ($X^2=466.805$ $p=0.0001$) y posición de la lengua ($X^2= 182.297$, $p=0.0001$), en los dos casos se encontraron diferencias significativas, en cuanto al tamaño de la lengua el más frecuente fué favorable (81.6%), seguido de macroglosia (18.1%) y microglosia (0.2%), en la posición de la lengua, la más frecuente fué clase I (30.2%), seguida de clase II (33.2%) y clase III (6.6%).

Resultados...

Tabla 32. Frecuencia y distribución del tamaño y posición de la lengua.

Tamaño de la lengua *	Frecuencia	%
Favorable	347	81.6
Macroglosia	77	18.1
Microglosia	1	0.3

Posición de la lengua (Wright)*	Frecuencia	%
Clase I	256	60.2
Clase II	141	33.2
Clase III	28	6.6

Fuente: Directa

Actitud mental

En la tabla 33 se muestra la frecuencia y distribución de la actitud mental de los pacientes, se encontraron diferencias significativas en esta distribución ($X^2=676.016$ $p=0.0001$), la actitud mental más frecuente fué filosófico (79.3%), seguida de crítico (8%) y escéptico (1.6%).

Tabla 33. Frecuencia y distribución de la actitud mental de los pacientes atendidos en la Clínica de Prostodoncia Total.

Actitud mental del paciente *	Frecuencia	%
Filosófico	337	79.3
Indiferente	47	11.1
Crítico	34	8
Escéptico	7	1.6

Fuente: Directa



Resultados...

Plan de tratamiento

En cuanto al plan de tratamiento se encontraron diferencias significativas en esta distribución ($X^2=640.176$ $p=0.0001$), siendo el más frecuente prótesis total superior e inferior (77.4%), seguido de prótesis total superior y parcial inferior (15.8%) y prótesis parcial superior e inferior (4.2%). Tabla 34.

Tabla 34. Frecuencia y distribución del plan de tratamiento.

Plan de Tratamiento *	Frecuencia	%
Prótesis total superior e inferior	329	77.4
Prótesis total superior, parcial inferior	67	15.8
Prótesis parcial superior e inferior	18	4.2
Otra	11	2.6

Fuente: Directa
 $X^2=640.176$ $p=0.0001$



DISCUSIÓN

El envejecimiento como parte del curso de la vida trae modificaciones en los procesos biológicos y psico sociales que se desarrollan en el adulto mayor, por lo que el conocimiento de estas modificaciones constituye una necesidad para mejorar su calidad de vida.

El presente estudio se realizó en 425 historias clínicas analizando las características buco- faciales y enfermedades sistémicas presentes en pacientes atendidos en la Clínica de Prostodoncia Total de la Facultad de Odontología, UNAM, por lo tanto los datos que arroja este trabajo no pueden transpolarse a comunidad abierta ya que un punto importante a considerar en esta población es que estaban solicitando atención odontológica al momento del estudio.

Los servicios de salud en la población en general son poco demandados, esto en la población de adultos mayores se ve incrementado debido a diversos factores como el económico, el deterioro de la salud, etc., lo cual le impide realizar sus actividades diarias (traslado, higiene personal, alimentación) ⁹³, sin embargo este estudio presentó un total de 425 pacientes que solicitaron atención en la Clínica de Prostodoncia Total de la Facultad de Odontología, en los periodos escolares 2005-2006, 2006-2007, de los cuales 59.3% pertenecieron al género femenino y el 40.7% al masculino, donde el 57.9% de los pacientes eran desdentados totales y el 42.1% eran desdentados parciales.

En un estudio realizado en la Habana, Cuba, en el periodo de Abril del 2004 a Abril del 2005, se atendieron a 80 pacientes mayores de 60 años, de los cuales 40 eran desdentados totales y 40 desdentados parciales⁹³, otro



Discusión...

estudio realizado en Venezuela, en el periodo de noviembre del 2003 a noviembre del 2004, se revisaron 300 historias clínicas, donde el 78.67% eran hombres, de los cuales el 94.12% eran desdentados parciales y el 5.88% totales⁹⁴, los anteriores estudios no concuerdan con la presente investigación, debido al número de pacientes atendidos, al periodo de investigación y a los resultados obtenidos.

Causas de pérdida dental

La bibliografía reporta que una de las principales patologías del adulto mayor y la primera causa de pérdida dental es la caries, la segunda causa de pérdida de dientes en adultos mayores es la enfermedad periodontal.⁹⁵ Estos resultados son similares a los encontrados en este estudio, en el cual la principal causa de pérdida dental fue la caries (48.7%), seguida de enfermedad periodontal (40.9%).

Aparato Digestivo

En el presente estudio, el 40.5% de los pacientes presentaron alguna alteración en el aparato digestivo, el rango de edad donde se encontró más frecuencia de dichas alteraciones fue en el de 66-80 años, la patología que más se presentó en el aparato digestivo fue gastritis (16%).

Aparato Respiratorio

En Madrid, España, la frecuencia de enfermedades del sistema respiratorio está entre un 10 y un 15%⁹⁶, dicha cantidad es menor a la encontrada en este estudio, en el cual, el 22.8% de los pacientes presentó alguna alteración en el aparato respiratorio.



Sistema Cardiovascular

En este trabajo se observó que el 33.2% de los pacientes presentaron alguna alteración en el sistema cardiovascular, de las cuales, la más frecuente fué la hipertensión (23.5%), el intervalo de edad donde se encontró más frecuencia de dichas alteraciones fué en el de 66-80 años.

Un estudio en España sugiere que la mayor parte de morbilidad y discapacidad por enfermedades cardiovasculares se produce en sujetos por encima de 65 años.⁹⁷ Otro estudio en España, indica que la prevalencia global de hipertensión fué entre el 40 y el 56%.⁹⁸

Sistema Endócrino

Diabetes

En este estudio un 20.9% de pacientes presentaron diabetes, este resultado no concuerda con las cifras de otras investigaciones ya que en países industrializados la prevalencia de diabetes oscila entre el 2% y el 6%, y en mayores de 65 años puede llegar hasta un 15%.⁹⁹ En España los estudios dirigidos a adultos mayores cifran la prevalencia de diabetes en torno al 10%.¹⁰⁰

En la presente investigación, la presencia de diabetes fué mayor en mujeres, con un 57.3%, esto tampoco concuerda con un estudio realizado en Costa Rica, en el cual, la prevalencia de diabetes fué mayor en hombres.¹⁰¹



Discusión...

En cuanto a la relación de la diabetes con la edad del paciente, los resultados de este estudio arrojan que el rango de edad donde se encontraron más casos de diabetes fué en el de 51-65 años, lo cual es similar a un estudio realizado en Argentina, donde el pico máximo de personas con diabetes, se presentó en la sexta década de vida.¹⁰²

Diabetes y enfermedad periodontal

El periodonto es el conjunto de estructuras que rodean al diente. Presenta un surco entre el diente y la encía que va de 0 a 1.5 mm, por donde corre el fluido crevicular, conformado por inmunoglobulinas y otros químicos bacteriostáticos, que junto con un cepillado adecuado, logra controlar las bacterias en esta zona. Sin embargo, en pacientes con algunas patologías sistémicas como la diabetes esta capacidad se ve perdida, por lo que es muy fácil que el paciente desarrolle enfermedad periodontal.⁹⁵

La conexión entre la enfermedad periodontal y la diabetes está muy documentada. Los estudios han descubierto que la enfermedad periodontal se encuentra mucha frecuencia en personas diabéticas. Lo anterior, tal vez se debe al hecho de que los diabéticos son más susceptibles a contraer infecciones, por lo cual, se dice que los diabéticos pierden más dientes que los no diabéticos.^{103, 104, 105}

En un estudio realizado en Guadalajara con 226 pacientes, se muestra que los pacientes diabéticos presentaron mayores índices de enfermedad periodontal (80.44%) que los no diabéticos (58.34%)¹⁰⁶, estos resultados concuerdan con la presente investigación, en la cual se observa una asociación significativa entre diabetes y enfermedad periodontal, el motivo de pérdida dental más frecuente en pacientes diabéticos fué enfermedad



Discusión...

periodontal (29.3%), estos hallazgos coinciden con la mayoría de los trabajos publicados en la literatura, ^{103, 104, 107} que consideran a la diabetes como un factor de riesgo para la enfermedad periodontal.

Sistema Nervioso

En este estudio, el 43.8% de los pacientes presentaron alguna alteración en el sistema nervioso, dicha cantidad es menor a la publicada por Rossjanki, el cual refiere que la frecuencia de enfermedades en el sistema nervioso es del 63%.¹⁰⁸

Sistema Músculo Esquelético

Diversos autores, ^{109, 110, 111} plantean que la artritis es una de las enfermedades más frecuentes en los adultos mayores. Según Rossjanki, el 23% de los pacientes presentan enfermedades en el sistema músculo esquelético¹⁰⁸, dicha cifra es menor a la encontrada en el presente estudio, en el cual el 51.5% de los pacientes presentaron alguna alteración en el sistema músculo esquelético de los cuales el 12.5% presentaron artritis.

Patologías en las Articulaciones Temporo Mandibulares (ATM)

Las articulaciones temporo- mandibulares unen al cráneo con la mandíbula por una relación muy compleja, no sólo por sus movimientos sino porque es la única articulación que produce cartílago de reparación como forma de adaptación a las modificaciones dentales, esta capacidad no es suficiente para compensar la pérdida de dientes y descompensa la integridad funcional de las ATM, por todo ello el Síndrome de disfunción de las articulaciones



temporo mandibulares, es muy frecuente en los pacientes geriátricos.^{95, 112} De los pacientes atendidos en este estudio el 40.9% presentaron alguna alteración en las ATM.

Tejidos de soporte

Resorción ósea

Se plantea que en los pacientes desdentados totales la resorción ósea se relaciona con perturbaciones en el metabolismo del calcio o con alteraciones metabólicas, en el maxilar y la mandíbula ocurren cambios como descenso de la altura, disminución del contenido de agua, disminución del trabeculado, mostrándose separación en las trabéculas sin interconexión, lo que trae como consecuencia que el reborde se reduzca en volumen y densidad ósea.^{81, 83} De acuerdo con Misch, la pérdida ósea en pacientes totalmente edéntulos y no rehabilitados, trae consecuencias desagradables, como la disminución del ancho y de la altura del hueso de soporte.¹¹³

En relación a la altura de los rebordes residuales, en este trabajo se observó que la altura más frecuente fué favorable (6 mm. o más), donde el maxilar presentó menor descenso de altura que la mandíbula, esto concuerda con Jiménez-Castellanos, plantea que la atrofia mandibular es mayor que la maxilar y es la causa fundamental de falta de retención y estabilidad de las prótesis en el paciente geriátrico.⁸⁵



Hiperplasias

La hiperplasia fibrosa inflamatoria puede ser ocasionada por la utilización de prótesis dentales removibles mal ajustadas que se encuentran sobrestendidas, debido a la resorción del reborde residual, por lo que irritan crónicamente los tejidos de la mucosa.¹¹⁴

Diversos autores^{114, 115, 116} indican que la edad promedio en la que prevalece esta lesión es a partir de los 70 años; la mayoría se presenta en adultos mayores que utilizan prótesis dental removible y existe una frecuencia mayor en varones.

Según Stern, la edad promedio para el desarrollo de la lesión es a partir de los 72 años, afirma que la lesión puede presentarse en la quinta, sexta y séptima década de vida.¹¹⁵ En un estudio realizado en La Habana, el mayor porcentaje de estas lesiones fue encontrado en el grupo de 65 a 74 años.¹¹⁶ En otro estudio realizado en La Habana, Cuba, el 27.94% presentaron hiperplasia, el mayor porcentaje apareció en el grupo de edad de 65 a 69 años, la mayor cantidad de lesiones se registraron en mujeres (54.33%), estas lesiones se asociaron con el uso de prótesis desajustadas (55.88%).⁹²

Todo lo anterior coincide este estudio, donde el 14.8% de los pacientes presentaron hiperplasias, el mayor porcentaje de lesiones fue en mujeres (65%), el intervalo de edad más frecuente donde se presentó la lesión fué de 66-80 años y el 87.7% de los pacientes que presentaron la lesión eran portadores de prótesis dentales.



Saliva

La saliva es esencial para el buen desempeño de la masticación, deglución, digestión de los alimentos y de la fonación, desempeña funciones como: preparación del bolo alimenticio (incorpora y humedece los alimentos triturados, tornándolos más suaves y facilitando la trituración y el deslizamiento del bolo alimenticio durante la deglución); humedad (confiere un grado de humedad a las mucosas de la boca, faringe y vías digestivas, evitando daños a los tejidos); limpieza (su acción solvente promueve la limpieza de los dientes, asociado al arrastre realizado por la lengua); protección (tiene acción bacteriolítica e inhibe el metabolismo bacteriano), digestión, excreción (las glándulas salivales participan en la excreción de sustancias orgánicas e inorgánicas, como mercurio, plomo, azufre y yodo, antibióticos como la penicilina y la tetraciclina, narcóticos como la morfina). Además de esas funciones, la saliva es uno de los principales agentes en la retención de las prótesis totales.^{117, 118}

Conociendo las características de la saliva, en este estudio se encontró que la consistencia mixta fué la más encontrada con un 56.9%, en cuanto a la cantidad de saliva presente en los pacientes, el 94.4% presentó una cantidad de saliva favorable.

La bibliografía revisada no concuerda con lo anterior ya que la cantidad de saliva encontrada fué poca, planteando que la oligosialia (disminución de la cantidad de saliva) se asocia a situaciones comunes en el adulto mayor, tales como: la acción de ciertos fármacos, enfermedades, intervenciones quirúrgicas, etc.^{119, 120}



Discusión...

En relación a la calidad de la saliva, en otros estudios ^{121, 122} se plantea que la saliva se torna pegajosa y filamentosa y que tanto la calidad como la tasa de flujo salival están influenciadas por la edad. Todo lo anterior puede estar relacionado a que en la vejez disminuyen las secreciones de las glándulas salivales, debido a un mecanismo de envejecimiento celular normal en el organismo. ¹²³



CONCLUSIONES

1. El promedio de edad encontrado en la población estudiada fué de 65.7 años, siendo el género femenino el que más se presentó a consulta.
2. Más de la mitad de los pacientes estudiados presentó anodoncia, siendo el principal motivo de pérdida dental la caries, seguida de enfermedad periodontal.
3. Las enfermedades sistémicas encontradas en los pacientes del estudio se presentaron en el siguiente orden:
 - ▣ Artralgia 27.5%
 - ▣ Hipertensión 23.5%
 - ▣ Diabetes 20.9%
 - ▣ Visión borrosa 17.2%
 - ▣ Gastritis 16%
 - ▣ Poliuria 10.4%
 - ▣ Tos 7.8%
4. La principal causa de perdida dental en pacientes diabéticos fué la enfermedad periodontal.
5. En el sistema estomatognático la patología más encontrada fué la caries, seguida en enfermedad periodontal e hiperplasia.
6. Se encontró una relación entre el uso de prótesis desajustadas y la presencia de hiperplasias, ya que un gran porcentaje de pacientes portadores de prótesis dentales desajustadas, presentaron una o varias lesiones.



Conclusiones...

7. La relación entre mandíbula y maxilar más encontrada fué compatible, por lo cual la relación de los rebordes residuales mayor fué Ortognata.
8. El reborde residual mandibular mostró una mayor resorción que el reborde residual maxilar.
9. El plan de tratamiento que mayor porcentaje arrojó en el grupo de estudio fué prótesis total superior e inferior, seguida de prótesis total superior y parcial inferior.

El odontólogo debe estar al tanto de los mecanismos involucrados en el proceso de envejecimiento, además de conocer el compromiso sistémico y las posibles terapias a las cuales los pacientes geriátricos están sometidos. Estos factores pueden influir en el plan de tratamiento, en la secuencia del tratamiento y en el manejo odontológico de un paciente médicamente comprometido. Se deben tomar en cuenta, los cambios producidos a nivel de los tejidos de revestimiento, a nivel del flujo salival, cambios a nivel dentario y periodonto, articulares y funcionales, hallazgos radiográficos y cambios a nivel del reborde residual.

De ahí la necesidad de restaurar protésicamente a estos pacientes. Bajo un punto de vista funcional y no solo estético, devolviendo al paciente la posibilidad de restablecer el equilibrio del sistema estomatognático. Esto puede ser realizado por medio de prótesis (prótesis fijas, removibles parciales o totales).



Conclusiones...

Para que se realice un tratamiento exitoso, es necesario realizar un diagnóstico, pronóstico y un plan de tratamiento adecuado, conforme las necesidades individuales de cada paciente, así como revisiones periódicas, las cuales son indispensables para la conservación de los dientes remanentes, de los tejidos de sostén y de los rebordes residuales, así como para el buen funcionamiento del aparato protésico.

Por todo lo anterior se debe recordar que el tratamiento odontológico no es independiente del tratamiento médico y viceversa. Es indispensable que el médico u odontólogo de primer contacto haga una exploración y valoración completa.

Los tratamientos en odontología permiten que los pacientes geriátricos conserven por más tiempo sus dientes o que sus rebordes residuales se conserven en un estado de salud satisfactorio, con la menor resorción posible y con ello su función masticatoria. Al interactuar como un equipo interdisciplinario y cumpliendo cada uno con su función, el beneficio del paciente se manifestará de inmediato en su estado de salud general.



BIBLIOGRAFÍA

1. Paz Flor D. Tiempo para envejecer. *Juventud rebelde* 1998; 3: 398.
2. Morales Martínez F. Aspectos biológicos del envejecimiento. *Rev Iberoamer Geriat Geront* 2000; 16(6):45-56.
3. Kirkwood T. In Ebrahim S, Kalache A, eds. *Mechanisms of Ageing in Epidemiology in Old Age*. London: BMJ Publishing Group, 1996:3.
4. Consejo Nacional de Población. *Proyecciones de la población de México, 1900- 2050*. México, D.F: Consejo Nacional de Población 2004.
5. Ham- Chande R. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. *Salud pública México* 1996; 38(6):409-418.
6. Censos generales de población y vivienda, 1930, 1950, 1970 y 1990. México, D.F. INEGI.
7. Consejo Nacional de Población Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. *Encuesta Nacional Sociodemográfica del Envejecimiento en México*. México, D.F: CONAPO-DIF, 1994.
8. Gluck G. Geriatric Dental Health. En *community dental health*. Jong A. Ed. St. Louis: Mosby; 1993; 105-20.
9. Tabares de Álvarez A. Una visión del envejecimiento en el próximo siglo. *Rev Iberoamer Geriat Geront* 1999; 15(9):56-7.



Bibliografía...

10. Causas de mortalidad en adultos mayores de 65 años, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 2007.
11. Bates FJ, Adonis D, Stanford DG. Cambios estructurales y funcionales de la cavidad bucal. Tratamiento odontológico del paciente geriátrico. Manual Moderno 1986; 63.
12. Cohen L. The interpretation of age changes in the structures. J Oral Med 1996; 25,129.
13. Gilberto Pardo A. Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento, Universidad de Camagüey, Rev Cubana Invest Biomed 2003; 22(1).
14. Sharma R. Enzymatic changes during aging. New York, Macmillan Publishing Company: 1988: 75-85.
15. Sharma R. Enzymatic changes during aging. En: Timiras JS. Physiological basis of geriatrics. New York, Macmillan Publishing Company: 1988: 75-85.
16. Kenney RA. Physiology of Aging. Clin. Geriatr. Med. 1988; 1(1): 37-59.
17. Salgado Alba A, Alarcón MT. Valoración del paciente anciano. Barcelona: Masson S.A., 1993
18. Salgado Alba A. Geriatria, Especialidad médica valoración geriátrica, Ed Manual de Geriatria 2º edición. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas, S.A. Masson-Salvat, 1996: 31-42
19. Ruiz L, Gamble A, Zetina G. La salud de la población envejecida. México, D.F.: Secretaría de Salud, 1994.



Bibliografía...

20. Hunt RJ. Edentalism and oral health problems among elderly lowans: The Iowa 65 rural health study. Am J Public Health 1998;84(11):1177-81.
21. Koller M. Geriatric dentistry: Medical problems as well as disease and therapy need oral disorders. Sweis Rundsh Med Pract 1997; 83(10):273-82.
22. Francisco Cardoso M. El paciente Geriátrico. Rev. Colomb. Edontoestomatol 1995; 2 (5-8): 8-9.
23. Duarte F. Envelhecimento normal e patológico. En: Uma proposta para reflexão e prática em Gerontologia. Rio de Janeiro: NAU; 1999; 75-85.
24. Carvalho F, Eurico T. Fisiologia do envelhecimento. En: Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002; 60-70.
25. Ortega Velazco D. Envejecimiento oral. En: Bollón Fernández, P, Velazco Ortega D. Odontoloestomatología geriátrica: la atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid: Coordinación Editorial IMC; 1996; 159, 164-6.
26. Mariño R. La salud buco dental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades. Bol Of Sanit Panamericana 1994:116(5):419-26.
27. Ship J.: The oral cavity. En: Hazard et al: Geriatric. Capítulo 42. USA, 1998; 592-602.
28. Caballero J, Barcenás L, Corriera J, et al. Patología sistémica oral en el paciente geriátrico. Rev Eur Odontoest 1990; 2: 131-6.



Bibliografía...

- 29.** Franks A, Hedegord, B. Geriatric Dentistry. Oxford: Blackwell; 1996.
- 30.** Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa nacional de atención estomatológica integral a la población. Ciudad de La Habana; 2002; 11: 26-34.
- 31.** Sharry J. Prótesis de dentadura completa: La Habana: Editorial Científico Técnica, 1990; 24(3):254-6.
- 32.** Braum BJ. Trastornos dentarios orales. Eds. St. Louis: Mosby; 1991
- 33.** Havelle CIB, Fostert TD. A cross sectional study into ages changes of the human dental arch. Arch Oral Biol 1999; 632-48.
- 34.** Habeest LLMH, Brass J, Merkesteim JPR. Mandibular atrophy and metabolic bone loss. Histomorphometry of ilio crest biopsies in 24 patients. J Oral Maxilofac Surg 1998; 17: 325-9.
- 35.** Bradhey JA. Radiological investigation into age changes interior dental artery. Brit Oral Surg 1995;13: 82-90.
- 36.** Wolff A, et al. Mogaimin- like inmunoreactivity humans submandibular and labial salivary glands. J Histochem Cytochem 1990;38: 15-31.
- 37.** Agate J. The practice of geriatric. 2nd. ed. London: Heinemann Medical; 1995.
- 38.** Quiroz Pavon AE. Función, envejecimiento y salud bucal. American association of dental schools. 2004. 18-23.



Bibliografía...

39. Boucher C. Prótesis para el desdentado total, Editorial Mundi, Buenos Aires Argentina, 1ª Edición, 1977.
40. Shafer WG, Hine M, Levy B. Tratado de patología bucal. 4ed. México: Nueva Editorial Interamericana 2000; 548-73.
41. Ledesma Montes, et al. Microbiología. Rev Adm 1996; 53(1):27-31.
42. Dennis L. Kasper, Braunwald E. Fauci A. Harrison. Principios de Medicina interna 16ed. Editorial Mcgraw-Hill Interamericana 2005.
43. Abrahams WV, Verkamp R. Manual de Geriatria. 1ª Ed. 2004
44. Bleser S, Brunton S, Carmichael B, Older K, Rasch R, Steele J. Management of chronic constipation: Recommendations from a consensus panel. J Fam Pract. 2005 Aug; 54(8):691-8.
45. Sipponen P, Kekki M, Haapakoski J, Ihamäki T, Siurala M. Gastric Cancer Risk in Chronic Atrophic Gastritis: Statistical Calculations of Cross Sectional Data. Int. J. Cancer. 35:173-177.
46. Keith Mumby U. The Food Allergy Plan. HarperCollins Canada / Thorsons. 1989; 2(1)
47. Gray J. Food Intolerance Fact and Fiction, Grafton Books. 2005
48. VV AA. Remedios, curaciones y tratamientos médicos. Ed. Reader's Digest Selecciones. 2000
49. Archila FP. Dolor torácico de origen esofágico. Carta Med Quirúrgica de la Shaio 1:177, 1992



Bibliografía...

- 50.** Navia JJ. Diagnóstico diferencial del dolor torácico. Urgencia Cardiovascular. Editado por A Merchan. Fundación Clínica Shaio. Escuela Colombiana de Medicina. Colección Educación Médica. Santa fé de Bogotá, 1993.
- 51.** Murray JF, Nadel JA. Textbook of Respiratory Medicine. 3rd ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2000; 1215-1216.
- 52.** Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2006. American journal of respiratory and critical care medicine 2006.
- 53.** Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Rockville, Md. National Heart, Lung, and Blood Institute, US Department of Health and Human Services; August 2004. National Institutes of Health Publication No. 04-5230.
- 54.** Wang Y, Wang QJ. The prevalence of prehypertension and hypertension among US adults according to the new joint national committee guidelines: new challenges of the old problem. Arch Intern Med. 2004; 164(19):2126-34.
- 55.** Mayou R, Sprigings D, Birkhead J et al. Characteristics of patients presenting to a cardiac clinic with palpitation 2003; 96(2):115-123.
- 56.** Mosca L, Banka CL, Benjamin EJ, et al. Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women: 2007 Update. February, 2007.
- 57.** Pollack CV Jr. 2004 American College of Cardiology/American Heart Association guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: implications for emergency department practice 2005; 45(4): 363-76.



Bibliografía...

- 58.** Habib TP. Clinical Dermatology. 4th ed. St. Louis, Mo: Mosby; 2004.
- 59.** Muller JE, Kohn L, Stein DJ. Anxiety and medical disorders. Psychiatry Rep. 2005 Aug; 7(4):245-51.
- 60.** American College of Obstetricians and Gynecologists. Urinary incontinence in women. Obstet Gynecol. 2005; 105(6): 1533-1545.
- 61.** Madersbacher H, Madersbacher S. Men's bladder health: urinary incontinence in the elderly (Part I). J Mens Health Gend. 2005; 2(1): 31-37.
- 62.** Asplund R. Nocturia, nocturnal polyuria, and sleep quality in the elderly. J Psychosom Res. 2004 May;56(5):517-25.
- 63.** Cailliet, R. Síndromes dolorosos: Dorso. DF: Manual Moderno, 1971: 38-134.
- 64.** US Preventive Services Task Force. Screening for glaucoma: Recommendation statement. Ann Fam Med. 2005; 3(2): 171-172.
- 65.** Spierer A. Presbyopia among normal individuals. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2003; 241(2): 101-105.
- 66.** Moore D, Jefferson J. Major Depressive Disorder. In: Handbook of Medical Psychiatry. 2nd ed. Mosby, Inc., 2004; 134-141.
- 67.** World Health Organization. The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva World Health Organization, 2001.



Bibliografía...

- 68.** Strachey J. Obras completas de Sigmund Freud. Standard Edition. Vol. XVI. Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. Parte III, Doctrina general de las neurosis (1917 [16-17]). Conferencia 25, La angustia.
- 69.** Strachey J. Obras completas de Sigmund Freud. Standard Edition. Volumen XX. Inhibición, síntoma y angustia.
- 70.** Swartz R. Treatment of vertigo. Am Fam Physician. 2005; 71(6): 1115-1122.
- 71.** González Díaz JE. Manejo terapéutico de la Artritis reumatoide 2007. Manual de Enfermedades Reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. 2ª ed. 163-244, 295-330.
- 72.** García Vargas M., Quesada MS. (2004). Artritis Reumatoide Fisiopatología y Tratamiento 2007.
- 73.** Gass M, Dawson-Hughes B. Preventing osteoporosis-related fractures: an overview. Am J Med. 2006 Apr;119(4);1: 3-11.
- 74.** Poole KE, Compston JE. Osteoporosis and its management. BMJ. 2006 Dec 16; 333(7581):1251-6.
- 75.** Sapp P. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid: Editorial Mosby; 1998.
- 76.** Seifr T. Cariología, prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental. Editorial Actualidades Médico-Odontológicas; 1997.



Bibliografía...

77. Carranza FA, Newman MG, Takei HH. Periodontología clínica. 9ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2004.

78. Lindhe J. Periodontología clínica e implantología odontológica. 4ª ed. Editorial Médica Panamericana; 2005.

79. Shafer WG, Hing MK, Levy BM. Patología bucal 4ª ed. México: Editorial Interamericana; 1997.

80. Newton JP. Gerodontology. December 2005. Meeting the Challenges of Oral Health for Older people: A strategic Review 2005; 22 (1).

81. Davis WH, Lam PS, Marshall W, Dorches Tor W, Hoch Wold DA, Kamnishi RM. Using restorations bone totally by anterior implants to preserve the edentulous mandible. JAMA Dent Assoc 2005;13(8):1183-9.

82. Jiménez-Castellanos Ballesteros E, López López M. La prótesis dental en Gerontología. Bullón Fernández P, Velazco Ortega E. Odontoestomatología geriátrica: la atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid: Coordinación Editorial IM&C; 1996; 353-61.

83. Ulm C, Kneissell A, Solar P, Natijka M. Characteristic features of trabecular bone in edentulous. Clin Oral Implants Res 2005;(10):459-67.

84. Gunnar E. Carlsson. Responses of jawbone to pressure. Gerodontology. June 2004; 21 (2), 65-70.



Bibliografía...

- 85.** Hidalgo S. Dra. Melania J, Ramos Díaz. Rehabilitación protésica en la Tercera Edad. Revista Electrónica "Archivo Médico de Camagüey" ISSN 1025-0255 Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J Finlay". Camagüey; 2005;5(4).
- 86.** Velazco Ortega E. Envejecimiento oral. Odontoestomatología geriátrica: la atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid: Coordinación Editorial IM&C; 1996; 159-73.
- 87.** Hattab FN, Vassin OM. Etiología y diagnóstico del desgaste dentario: revisión de la bibliografía y presentación de casos seleccionados. Rev Inst Prot Estomatol Ed Hispanoamericana 2006; 2: 284-7.
- 88.** Monteagudo Santiago J, López Gómez Y. Lesiones tumorales y pseudotumorales benignas de la cavidad oral. Marzo 2006.
- 89.** Bernal Baláez AE. Estudio cariométrico de la mucosa bucal en un modelo de carcinogénesis química. Rev Fed Odontol Colombia 2005;(192):24-6.
- 90.** Hidalgo Hidalgo S. Melania J. Ramos Díaz. Dra. Fernández Franch N. Revista "Archivo Médico de Camagüey". Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay" Camagüey. "Alteraciones bucales en pacientes geriátricos portadores de Prótesis Total en dos áreas de Salud" 2006; 9(6).
- 91.** Álvarez Sintés. Temas de medicina general integral T2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001; 166-9.



Bibliografía...

- 92.** Díaz Martell, Martell Forte, De la Caridad I. Zamora Díaz JD. Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Rev. Cubana Estomatología, jul.-sep. 2007; 44 (3) ISSN 0034-7507.
- 93.** Sáez Carriera R. Carmona M. Jiménez Quintana Z. Cambios bucales en el adulto mayor. La Habana, Cuba, 2007.
- 94.** Lambertini, A, Guerra ME, Tovar V. Proserpi A, Brito F, Necesidades Protésicas de los pacientes que acudieron al centro de atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas "Dra. Elsa La Corte" (CAPEI), Universidad de Venezuela, 2005
- 95.** Mojon P. Oral health and nutritional status. Age and aging. 1999-28: 463-468 Cambios estructurales y funcionales de la cavidad bucal. En: El paciente Geriátrico, Madrid, España, 1993. II (5).
- 96.** Castro Cristóbal C. Odontogeriatría. Servicio de Geriatria Hospital de Getafe. Madrid. Marzo 2001.
- 97.** Sáeza T, Suáreza C, Blanca F, Gabrielb R. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la población anciana española Unidad de Hipertensión. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. Epidemiología Clínica Rev Esp Cardiol. 1998; 51:864-73.
- 98.** Gabriel Sánchez R. Epidemiología cardiovascular en la edad geriátrica en España: revisión de los principales estudios. Unidad de Programas de Investigación. Madrid: Fondo de Investigación Sanitaria, 1990.



Bibliografía...

- 99.** Ortiz Espinosa J, Ramírez Hernández JA, Prados Quel MA Otros factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular. En: Brotons Cuixart C, editor. Factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular. Epidemiología, prevención y tratamiento. Barcelona: Ediciones Doyma, 1991.
- 100.** López L, Gabriel R, De Bustos I, Galán I, Marqués P, Cruz M et al Diabetes e hipercolesterolemia en la población anciana en España: resultados del estudio EPICARDIAN. XXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología y V Reunión de la Sociedad Castellano Leonesa, 1996.
- 101.** M. Kapp J, Austin Boren S, Yun S, LeMaster J. Diabetes y pérdida de dientes en una muestra nacional de adultos dentados que informaron ir al dentista una vez por año, Volumen 4: No. 3, julio 2007
- 102.** Juárez Pablo R, Chahín JR, Vizcaya MM, Arduña EI. Salud oral en pacientes con diabetes tipo 2: caries dental, enfermedad periodontal y pérdida dentaria. Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. Odontol. Sanmarquina 2007; 10(1): 10-13
- 103.** William RC, Mahan CJ. Periodontal disease and diabetes in young adults. JAMA 1960; 172:776-778.
- 104.** Miller LS, Manwell MA, Newbold D, et al. The relationship between reduction in periodontal inflammation and diabetes control: a report of 9 cases. J Periodontol 1992; 63: 843-849.
- 105.** Knowier WC, Pettit DJ, Saad MF, Bennett PH. Diabetes mellitus in the Pima Indians: incidence, risk factors and pathogenesis. Diabetes Metab Rev 1990; 6: 1-27.



Bibliografía...

- 106.** Del Toro Avalos R, Aldrete Rodríguez MG, Cruz González A. Manifestaciones orales en pacientes Diabéticos tipo 2 y no Diabéticos. Universidad de Guadalajara, Jalisco, ISSN, Vol VI (3), Diciembre 2004.
- 107.** Lalla E, Lamster IB, Schmidt AM. Enhanced interaction of advanced glycation end products with their cellular receptor: implications for the pathogenesis of accelerated periodontal disease in diabetes. *Ann Periodontol* 1998; 3:13-9.
- 108.** Rossjanki S, Matusevich D. "La familia del anciano institucionalizado". (9). 1989; 34-39.
- 109.** Baum B, Carruso A, Ship J, Wolf A. Oral physiology. *Geriatric Dentistry*. Eds. St. Louis: Mosby; 1991. pp. 71-82.
- 110.** Mandel I. The functions of the saliva. *J Dent Res* 1987; 66:623-7.
- 111.** Derrosoro de Cantón, ST. Ambiente bucal; equilibrio vs. desequilibrio. *Rev Dent Chile* 1997;88(1):12-21.
- 112.** Nakata Fukura Minouri: Masticatory function and its effects on general health. En: *International Dental Journal*. 1998: 48, 540-548.
- 113.** Misch CE. *Prótese sobre Implantes*. 1ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 2006.
- 114.** Rodríguez AF, Sacsquispe SJ. Hiperplasia fibrosa inflamatoria y posibles factores asociados en adultos mayores. *Rev Estomatol Herediana* 2005; 15 (2): 139 - 144.

Bibliografía...

- 115.** Diane Stern DDS. Epulis Fissuratum. Department of Surgery, Section of Oral and Maxillofacial Surgery, University of Miami. Noviembre 2006.
- 116.** Herrera López IB. Comportamiento de la estomatitis subprótesis en mayores de 45 años. La Habana, 2002. 1-10.
- 117.** García AR. Fundamentos teóricos e prácticos da oclusão. 1ª ed. São Paulo: CID Editora; 2003.
- 118.** Telles D, Hollweg H, Castellucci L. Prótese Total - Convencional e sobre Implantes. 2da ed. São Paulo: Ed. Santos; 2005.
- 119.** Neira D, Arbelaez M M. Envejecimiento y secreción salivar. Rev Colombiana Odontoestomatología 1995; 2 (5-8): 5.
- 120.** Thomson WM, Chalmers JM, Specer AJ, Sha de GD. Medications and dry mouth: Findings from a cohort study of older people. J public Health Dent 2000; 60(1): 12-20.
- 121.** Fortanete A. Saliva en Adultos mayores. Rev Odonto Postg 1996; 3 (3): 17-9.
- 122.** López Jornet P, Bermejo Fenoll A. Xerostomía en el paciente geriátrico. Bullon Fernández P, Velazco Ortega E. Odontoestomatologia Geriátrica: la atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid; Coordinación Editorial IM C; 1996; 217: 212-4.
- 123.** Martínez Morales F. Aspectos biológicos del envejecimiento y salud. División de promoción y protección de la Salud. 2ª Edición, Washington: OPS; 1997.



ANEXOS

Historia clínica de Prostodoncia Total

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE PROSTODONCIA TOTAL

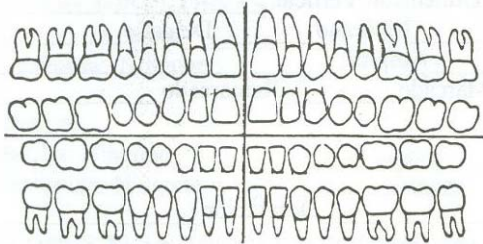
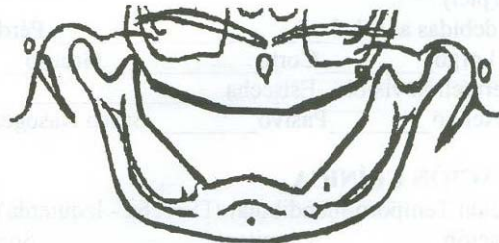
Grupo: _____ No. Carnet _____
Fecha _____

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: _____ Sexo _____ Edad: _____
Ocupación: _____ Dirección: _____
Teléfono del paciente o familia responsable: _____
Motivo principal de la consulta: _____
Salud general: _____
¿Cuándo fue su última visita al médico? _____
¿Está bajo tratamiento médico? _____

HISTORIA DENTAL

Motivo de la pérdida dental _____
Fecha de las últimas extracciones: Maxilar _____
Mandíbula _____
Estado actual: _____

ANTECEDENTES PROTESICOS

¿Cuánto tiempo tiene usando dentaduras? Maxilar _____
Mandíbula _____
¿Por quién fueron elaboradas las últimas dentaduras? _____

DENTADURAS ANTERIORES

Tipo Maxilar _____ Número Maxilar _____
Mandíbula _____ Mandíbula _____

EXPERIENCIA

Maxilar Favorable _____ Mandíbula Favorable _____
Desfavorable _____ Desfavorable _____



Anexos...

DENTADURAS ACTUALES	
	Percepción del paciente Observación del profesional
Eficiente a la masticación (oclusión)	_____
Coordinación fonética	_____
Retención	_____
Estabilidad	_____
Estética	_____
Comodidad	_____
Distancia Vertical	_____
Sugerencias del paciente	_____
Indicaciones del profesional	_____
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS	
Apariencia general	
Índice cosmético	Promedio _____ Alto _____ Bajo _____
Aspecto	Agradable _____ Tenso _____
Personalidad	Delicada _____ Media _____ Vigorosa _____
CARA	
Forma: Ovoide _____ Cuadrada _____ Triangular _____ Otras _____	
Perfil: Recto _____ Cóncavo _____ Convexo _____	
Cabello: Cano: _____ Negro: _____ Castaño: _____ Rubio: _____ Teñido _____ Natural _____	
Ojos: Oscuros _____ Cafes _____ Verdes _____ Azules _____	
Tez: Clara _____ Morena _____	
Textura (piel):	
Arrugas debidas a: Edad _____ Pérdida de Dimensión Vertical: _____	
Labios: Largo _____ Corto _____ Grueso _____ Mediano _____ Delgado _____	
Línea Bermellón visible	Estrecha _____ Amplia _____
Filtrum Activo	Pasivo _____ Surco Nasogeniano Marcado _____ Remarcado _____
EVALUACIÓN CLÍNICA	
Articulación Temporo-mandibular (Derecha - Izquierda)	
Sin alteración _____ Crepitante _____ Sonora _____ Desviación _____	
MOVIMIENTO MANDIBULAR (Evaluar como excesivo, limitado o aceptable)	
Apertura _____ Cierre _____ Protrusivo _____ Lat. Der. _____ Lat. Izq. _____	
FACTORES BIOLÓGICOS	
Tono muscular	
Isotónico _____ Hipertónico _____ Hipotónico _____	
MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN Y EXPRESIÓN FACIAL	
Sin alteración _____ Hipertroficós _____ Atróficos _____	
RELACIÓN MAXILAR-MANDÍBULA EN POS.FIS.DES.	
Mandíbula y maxilar compatible _____	
Mandíbula más pequeña que el maxilar _____	
Mandíbula más grande que el maxilar _____	



Anexos...

ALTURA DEL REBORDE RESIDUAL MAXILAR Y MANDIBULAR (EN MILÍMETROS)
(Medir con regla flexible metálica desde fondo de saco sin presionar a cresta de reborde residual)

a) Favorable (6 o mas) b) Pequeño (6 o menos) c) Plano (2 o menos)

Maxilar Ant. _____ Der. _____ Izq. _____ Mandíbula Ant. _____ Der. _____ Izq. _____

FORMA DEL REBORDE RESIDUAL (U) — (V)

SUP ANT _____ SUP DER _____ SUP IZQ _____

INF ANT _____ INF DER _____ INF IZQ _____

FORMA DEL ARCO MAXILAR Y MANDIBULAR

a) Cuadrado _____ b) Triangular _____ c) Ovoide _____ d) Combinado _____

PALADAR DURO (Medir por palatino a nivel de premolares en milímetros)

Plano(8 ó menos) _____ Mediano(de 8 a 12) _____ Profundo(12 ó mas) _____

INCLINACIÓN EN EL PALADAR BLANDO (Lye TL)

Clase I _____ Clase II _____ Clase III _____

Respuesta a la palpación de la zona vibrátil

Ninguna _____ Mínima _____ Hipersensibilidad _____

RELACIÓN DE LOS REBORDES

Ortográfico _____ Retrognático _____ Prognático _____

DISTANCIA ENTRE LOS ARCOS EN POS. FIS. DES. (Especificar la zona en milímetros)

Adecuada (20 a 22) _____ Excesiva (22 ó mas) _____ Limitada (20 ó menos) _____

RETENCIONES ÓSEAS

Maxilar: Ninguna _____ Ligera _____ Requiere remoción _____

Mandíbula: Ninguna _____ Ligera _____ Requiere remoción _____

TORUS

Maxilar: Ninguno _____ Ligero _____ Requiere remoción _____

Mandíbula: Ninguno _____ Ligero _____ Requiere remoción _____

TEJIDOS BLANDOS QUE RECUBREN EL REBORDE RESIDUAL

Firme Sup. Der. _____ Sup. Izq. _____ Sup. Ant. _____ Inf. Der. _____ Inf. Izq. _____ Inf. Ant. _____

Suave Sup. Der. _____ Sup. Izq. _____ Sup. Ant. _____ Inf. Der. _____ Inf. Izq. _____ Inf. Ant. _____

Uniforme Sup. Der. _____ Sup. Izq. _____ Sup. Ant. _____ Inf. Der. _____ Inf. Izq. _____ Inf. Ant. _____

Irregular Sup. Der. _____ Sup. Izq. _____ Sup. Ant. _____ Inf. Der. _____ Inf. Izq. _____ Inf. Ant. _____

Gruoso Sup. Der. _____ Sup. Izq. _____ Sup. Ant. _____ Inf. Der. _____ Inf. Izq. _____ Inf. Ant. _____

Delgado Sup. Der. _____ Sup. Izq. _____ Sup. Ant. _____ Inf. Der. _____ Inf. Izq. _____ Inf. Ant. _____

Hiperplásico ó Resiliente Sup. Der. _____ Sup. Izq. _____ Sup. Ant. _____ Inf. Der. _____ Inf. Izq. _____
Inf. Ant. _____

Sano Sup. Der. _____ Sup. Izq. _____ Sup. Ant. _____ Inf. Der. _____ Inf. Izq. _____ Inf. Ant. _____

Patológico Sup. Der. _____ Sup. Izq. _____ Sup. Ant. _____ Inf. Der. _____ Inf. Izq. _____ Inf. Ant. _____

OBSERVACIONES _____



Anexos...

INSERCIÓN DE LOS FRENILLOS (Baja, Mediana, Alta) Y CARACTERÍSTICAS (Amplio, Delgado Único o Varios, Ausente)

Lab. Sup. _____
 Buc. Der. Sup. _____
 Buc. Izq. Sup. _____
 Lab. Inf. _____
 Buc. Der. Inf. _____
 Buc. Izq. Inf. _____
 Lingual _____
 Accesorios _____

ESPACIO PARA ALETAS LINGUALES (Medir del cojinete retromolar hacia piso de boca levantando la lengua)
 Izquierdo _____ Derecho _____

TAMAÑO DE LA LENGUA
 Favorable _____ Microglosia _____ Macroglosia _____

POSICIÓN DE LA LENGUA (WRIGHT)
 Clase I _____ Clase II _____ Clase III _____

SALIVA
 Cantidad
 Favorable _____ Oligosalia _____ Sialorrea _____
 Consistencia
 Serosa _____ Mucosa _____ Mixta _____

ACTITUD MENTAL (HOUSE - BOUCHER)
 Filosófico _____ Indiferente _____ Crítico _____ Escéptico _____

VALORACIÓN IMAGENOLÓGICA
ORTOPANTOMOGRAFÍA

DENTOALVEOLAR

PRONÓSTICO DEL NUEVO APARATO PROTESICO
 Favorable _____ Poco favorable _____ Desfavorable _____

PLAN DE TRATAMIENTO
 Superior _____
 Inferior _____

OBSERVACIONES



Historia clínica general

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA HISTORIA CLÍNICA GENERAL	<small>COGITACIÓN LINGÜÍSTICA</small>
FECHA: ___/___/___ <small>Día Mes Año</small>	EXPEDIENTE N°: ___/___/___/___ <small>Número Unidad Clínica Turno</small>	
1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.		
Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____ <small>Apellido paterno Apellido materno Nombre (S) Años M o F</small>		
Domicilio: _____ <small>Calle N° Colonia Código postal Delegación o Estado</small>		
Teléfono: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____ <small>De domicilio Soltero, casada, viudo, etc. Ama de casa, empleado, obrero</small>		
Escolaridad: _____ Lugar de nacimiento: _____ Interrogatorio: _____ <small>Especificar grado escolar Entidad federativa o País Directo o Indirecto</small>		
2. PADECIMIENTO ACTUAL.		
Debe anotarse en este inciso la causa por la cual asiste el paciente. Señalar la fecha de inicio y después hacer la descripción de cada síntoma en orden cronológico; duración, intensidad, periodicidad, localización, radiación, relación con alimentos, movimientos, factores que lo calman y lo aumentan. Estudios realizados, diagnósticos anteriores, terapéutica empleada y respuesta a la misma.		
3. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.		
Mencionar la sintomatología que puede tener el paciente en el MOMENTO ACTUAL, no la del pasado.		
DIGESTIVO: Disfagia, odinofagia, hiporexia, polifagia, pirosis, regurgitación, eructos, náusea, vómito, dolor abdominal, flatulencia, distensión abdominal, hematemesis, melena, diarrea, estreñimiento, prurito anal, sangrado anal, tolerancia a los alimentos, ictericia, otros.		
RESPIRATORIO: Rinorrea, epistaxis, obstrucción o prurito nasal, estornudos, disfonía, tos, expectoración, disnea, cianosis, hemoptisis, dolor torácico, otros.		
CARDIOVASCULAR: Palpitaciones, disnea, cianosis, dolor precordial, edema, síncope o lipotimia, tolerancia al ejercicio, otros.		
ENDÓCRINO: Poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de vello axilar o púbico, hirsutismo, ginecomastia, cambios de voz, tolerancia a frío o calor, crecimiento estatural (facial, manos, pies) lento o rápido, variación del peso corporal, diaforesis, sequedad cutánea, nerviosismo, temblor, hiperactividad, acumulo anormal de grasa, acné, exoftalmos, libido, otros.		



Anexos...

<p>HEMOLINFÁTICO: Petequias, equimosis, hematomas, sangrado espontáneo de mucosas (epistaxis, gingivorragias, hematemesis, melena, hematuria), sangrado prolongado de heridas, edema, adenomegalias, palidez, cianosis, otros.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>GENITOURINARIO: Poliuria, polaquiuria, hematuria, disuria, nicturia, dolor lumbar, incontinencia urinaria, urgencia urinaria, expulsión de cálculos, escurrimiento uretral, preferencia sexual, otros. ADEMÁS EN MUJERES: Leucorrea, dismenorrea, prurito vaginal, fecha de última menstruación, menorragia, amenorrea, embarazo, otros.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>NERVIOSO: Paresia, parestesia, motilidad general, temblores, cefalea, vértigo, convulsiones, diplopia, visión borrosa, escotomas, audición, tinitus, insomnio, angustia, depresión, memoria, atención, afectividad, delirios, otros.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>MÚSCULO ESQUELÉTICO: Artralgias, artritis, deformidad articular, limitación del movimiento articular, chasquidos articulares, fuerza muscular, atrofia muscular, otros.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>TEGUMENTARIO: Máculas, pápulas, vesículas, ampollas, ronchas, úlceras, prurito, diaforesis, sequedad cutánea, caída de vello o pelo, descamación cutánea, deformidad de uñas, otras.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>4. SÍNTOMAS GENERALES.</p>	
<p>Hiporexia o anorexia, fiebre, astenia, adinamia, diaforesis, calosfríos, pérdida de peso corporal.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>5. ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES.</p>	
<p>Padres, hermanos, hijos, abuelos, colaterales, cónyuge, convivientes (edad y estado de salud, o edad al morir y causas). Diabetes, Tuberculosis, obesidad, neoplasias, cardiopatías, hipertensión, artritis, hemofilia, alergias, padecimientos mentales, epilepsia, alcoholismo, adicción a drogas, malformaciones congénitas, otras.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>6. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (En orden cronológico)</p>	
<p>NEONATALES Y DE LA INFANCIA: Duración del embarazo, radiaciones, fármacos e infecciones durante el embarazo, duración del parto, atención médica del parto, condiciones al nacimiento (llanto, cianosis), otros. Sarampión, rubéola, varicela, escarlatina, tuberculosis, fiebre reumática, cardiopatías, epilepsia, hepatitis, amigdalitis, hemorragias, otras.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



Anexos...

<p>JÓVENES Y ADULTOS: Enfermedades de transmisión sexual, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio, nefropatías, úlcera péptica, endocrinopatías, otras.</p> <p>QUIRÚRGICOS: Cirugía bucal, apendicectomía, amigdalectomía, histerectomía, otras. Fecha, complicaciones, tipo de anestesia y complicaciones.</p> <p>TRAUMÁTICOS: Caídas, fracturas, heridas, quemaduras. Fecha, evolución.</p> <p>TRANSFUSIONALES: Fecha, causas, producto transfundido, reacciones, donante.</p> <p>ALÉRGICOS: Medicamentos, alimentos, pólenes, cosméticos, productos dentales, pelo de animales, antisueros, otros.</p> <p>ADICCIONES: Alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, opioides, anfetaminas, otros.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS: Menarca, ritmo, inicio de actividad sexual, embarazos, partos, abortos, cesáreas, toxemias, menopausia, otros.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>

7. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

<p>HABITACIÓN: Número de habitaciones, tipo de construcción, iluminación, ventilación, agua potable, drenaje, número de habitantes.</p> <p>ALIMENTACIÓN: Número de comidas al día, cantidad de líquidos ingeridos (tipo), frecuencia con que come: leche, carne, huevos, frutas, leguminosas, verduras, cereales, alimentos entre comidas (tipo).</p> <p>Niños: alimentación al pecho materno u otra leche (tiempo, tipo), ablactación.</p> <p>HIGIENE: Baño general, cambio de ropa, lavado de manos, aseo bucal, (técnica, cepillo, enjuagues, hilo dental).</p> <p>INMUNIZACIONES: Poliomielitis, tuberculosis, DPT, triple viral, sarampión, hepatitis B, otras.</p> <p>DEPORTES: Especificar la actividad deportiva, frecuencia, tiempo de práctica.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

8. EXÁMENES, TERAPÉUTICA Y DIAGNÓSTICOS ANTERIORES.

<p>Anotaciones no relacionadas con padecimiento actual. Anotar todos los estudios realizados, con fecha y resultados. Anotar los fármacos que ha recibido o esté recibiendo el paciente (tiempo de administración, dosis, resultados), otras terapéuticas empleadas (acupuntura, psicoterapia, herbolaria, otras). Anotar los diagnósticos previos, investigar qué recursos auxiliares de diagnóstico se emplearon. Indagar si se realizaron en instituciones públicas o privadas.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--



Anexos...

9. EXPLORACIÓN FÍSICA.

SIGNOS VITALES: TA brazo derecho: ____ / ____ TA brazo izquierdo: ____ / ____ Pulso: ____ X' Frec. Resp.: ____ X' Temperatura: ____ °C Peso: ____ kg. Estatura: ____ cm	
INSPECCIÓN GENERAL: Sexo, edad aparente, marcha, facies, actitud, constitución, conformación, complexión, movimientos anormales, estado de la conciencia, actitud psicológica, cuidado personal, cooperación.	_____ _____ _____
CABEZA: Cráneo. Forma y volumen, pelo (brillo, fragilidad, color, alopecia), exostosis, hundimientos. Cara. Color de la piel (ictericia, palidez, cianosis, rubicundez), nevos, Petequias, efélides, irsutismo, acné, neoformaciones, otros. Ojos. Pelo de cejas y pestañas, aberturas palpebrales, epicanto, ptosis, exoftalmos, conjuntivas, tamaño de pupilas, reflejos a la luz, cornea. Nariz. Forma, volumen, tabique nasal, secreciones, mucosa. Oídos. Implantación, forma, volumen, conducto auditivo.	_____ _____ _____ _____ _____ _____
CUELLO: Tamaño, forma, volumen, movilidad, contracturas, puntos dolorosos. Ingurgitación yugular, cadenas ganglionares, posición de la traquea, movimiento traqueal a la deglución, glándula tiroideas.	_____ _____ _____
TRONCO: La exploración del tronco sólo será mediante inspección, en casos particulares se hará completa. Forma, volumen, observar la movilidad torácica y abdominal durante los ciclos respiratorios. Tratar de detectar ruidos respiratorios anormales, audibles sin estetoscopio. En abdomen observar el tamaño.	_____ _____ _____ _____
EXTREMIDADES: De especial importancia son las extremidades superiores; observar sobretodo al momento de tomar la tensión arterial: color de la piel, tatuajes, cicatrices, deformidad de las manos, estado de hidratación de la piel, movimientos anormales, forma y tamaño de las manos, pliegues palmares. En uñas, observar engrosamientos, deformidad, estrias, color del lecho ungueal. Buscar signos de inflamación articular, dolor a la palpación, atrofas musculares. En extremidades inferiores (si están descubiertas en parte), observar color de la piel, úlceras, edema, deformidad articular, otros.	_____ _____ _____ _____ _____ _____
10. DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN SISTÉMICO.	
Anotar en este apartado él o los diagnósticos de presunción o en su caso, los juicios acerca del estado de salud del paciente.	_____ _____ _____



Anexos...

11. EXPLORACIÓN BUCAL.

Utilizar todos los métodos de exploración (inspección, palpación, percusión, auscultación, olfacción, armada)	
LABIOS: Color, forma, volumen, humedad, frenillos, textura, consistencia, movilidad, orificio bucal, saliva de glándulas menores.	
CARRILLOS: Color, humedad, textura, consistencia, conductos parotídeos, saliva, línea alba bucal.	
VESTÍBULOS: Color, humedad, textura, consistencia, frenillos.	
LENGUA: Color, forma, volumen, humedad, papilas, consistencia, movilidad, gusto, frenillo, vasos raninos.	
PISO DE BOCA: Color, textura, humedad, consistencia, conductos salivales.	
PALADAR: Color, textura, humedad, consistencia, movilidad, úvula, pilares anteriores.	

DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN BUCAL	
--	--

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO	NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESOR	NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

"Nunca creas que la vejez es decadencia, porque las salidas y puestas del sol son opuestas, pero son igualmente bellas"

