

211  
2ei



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PREVALENCIA DE CARIES EN EL PACIENTE DE LA  
TERCERA EDAD REFERIDOS A LA CLINICA DE  
ADMISION DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA.  
UNAM. 1997

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A :  
ARTURO LOPEZ VAZQUEZ



TUTOR: CD. MSP. ARCELIA MELENDEZ OCAMPO

ASESOR: CD. ROLANDO BUNEDER

MEXICO, D. F.

1998.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1998

269200



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.



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**PREVALENCIA DE CARIES EN EL PACIENTE DE LA  
TERCERA EDAD REFERIDOS A LA CLÍNICA DE  
ADMISIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLÓGIA. UNAM.  
1997**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ARTURO LÓPEZ VÁZQUEZ

TUTOR  
CD.MSP. ARCELIA MELÉNDEZ OCAMPO  
ASESOR  
CD. ROLANDO BUNEDER

*V. B. [Firma]*



## *AGRADECIMIENTOS*

### *A MIS PADRES:*

EDMUNDO LOPEZ GARCIA Y MARGARITA VAZQUEZ RAMIREZ AGRADECIENDO DE TODO CORAZON EL AMOR, COMPRENSION, CONSEJOS Y EL GRAN APOYO BRINDADO DURANTE MI VIDA, RECORDANDO QUE EL ESFUERZO PARA LA CULMINACION DE MI CARRERA NO SOLO FUE MIO SINO TAMBIEN DE USTEDES. COMPARTO ESTA SATISFACCION HACIENDO SUYO ESTE GRAN PASO Y COMIENZO DE OTROS. LOS AMO. GRACIAS.

### *A MIS HERMANOS:*

MARIA LUISA, EDMUNDO, FELIPE, FERNANDO, GUADALUPE Y MIGUEL ANGEL. POR HABERME APOYADO EN TODO MOMENTO Y POR ESTAR CONMIGO EN LOS MOMENTOS MAS DIFICILES. GRACIAS POR SU CARINO Y COMPRENSION, LOS QUIERO MUCHO.

### *A DIOS:*

POR SU INFINITA GRANDEZA Y POR SU INTELIGENCIA QUE ME HA GUIADO POR EL CAMINO TRATANDO DE NO FALLAR NI DEJARME VENCER.

### *A MI TUTOR:*

D.R.M.S.P. ARCELIA MELENDEZ OCAMPO CON GRAN RESPETO Y GRAN ADMIRACION AGRADECIENDO DE ANTEMANO SU ASESORIA PARA LA ELABORACION DE ESTE TRABAJO.

### *A MI NOVIA:*

NANCY POR HABERME BRINDADO SU APOYO INCONDICIONAL CONFIANZA Y DEDICACION Y POR HABER HECHO MAS LIGERO ESTE CAMINO Y ALGUN DIA ESPERO APOYAR DE LA MISMA MANERA.

### *A MIS AMIGOS:*

FRANCISCO ROSALES, SERGIO CARDENAS, JOSE LUIS HERNANDEZ, FERNANDO GONZALEZ, JORGE MESTAS, ALFONSO BLANCAS, OCTAVIO PAREDES, ALEJANDRO BARREIRO, JUAN BARAJAS Y JAVIER HERNANDEZ.  
PORQUE SON GRATOS LOS RECUERDOS QUE TENGO Y GUARDO, YA QUE FUERON LOS MEJORES MOMENTOS DE MI VIDA EN COMPAÑIA DE TAN AGRADABLES AMIGOS.

### *A LA MAXIMA CASA DE ESTUDIOS UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO Y MUY ESPECIALMENTE A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA:*

POR ABRIRME SUS PUERTAS Y DÁRME LA OPORTUNIDAD DE ESTAR EN SUS FILAS Y REALIZARME COMO PROFESIONISTA. DE TODO CORAZON GRACIAS.

*DEDICATORIA MUY ESPECIAL*

A MI PADRE:

LE DEDICO ESTE TRABAJO DE INVESTIGACION QUE ALGUN DIA ME HIZO INCAPIE EN CULMINAR MIS ESTUDIOS CON MUCHO CARIÑO Y RESPETO POR SER LA PERSONA QUE ME HA DADO UN BUEN EJEMPLO DE RESPETO Y HONESTIDAD. GRACIAS PAPA POR SER COMO ERES.

La persona sin metas  
es como un barco sin timón  
que arrastrado por los vientos  
hacia mares desconocidos  
finalmente encallará  
en fracaso y olvido  
en cambio,  
quien posee metas claras y precisas  
tiene el control de su destino  
y navega, seguro y triunfador  
por aguas tormentosas y serenas  
sin perder jamás el rumbo

ROUSSEAU

El hombre se distingue de los demás animales,  
entre otras cosas, por su deseo de ser,  
de superación en todos los aspectos social, moral, psicológico y emotivo, etc.

La presente tesis, es el corolario de una  
de mis tantas metas, el cumplimiento del deseo por superarme intelectualmente,  
por ser en la inteligencia de que  
la vida profesional requiere  
estudio constante.

ALVA

## INDICE

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 1.- INTRODUCCIÓN .....                | 1  |
| 2.- ANTECEDENTES .....                | 3  |
| 3.- MARCO TEÓRICO.....                | 10 |
| I.- FISIOPATOLOGÍA.....               | 10 |
| II.- FACTORES DE RIESGO.....          | 14 |
| III.- EPIDEMIOLOGÍA DE LA CARIES..... | 15 |
| 4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....   | 17 |
| 5.- JUSTIFICACIÓN.....                | 18 |
| 6.- OBJETIVOS.....                    | 19 |
| 6.1 GENERAL                           |    |
| 6.2 ESPECÍFICO                        |    |
| 7.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....       | 19 |
| CRITERIOS DE EXCLUSIÓN                | 20 |
| 8.- POBLACIÓN Y MUESTRA .....         | 21 |
| 9.- METODOLOGÍA.....                  | 21 |
| 10.- RESULTADOS Y ANÁLISIS .....      | 23 |
| 11.- CONCLUSIONES.....                | 31 |
| BIBLIOGRAFÍA                          | 34 |

## 1.- INTRODUCCION

En la actualidad es frecuente tratar en el consultorio dental a pacientes mayores de 60 años de edad en razón al aumento de la esperanza de vida y el descenso en la proporción de ancianos edéntulos.

El perfil estomatognático de las personas de edad avanzada presenta cambios de manera evolutiva en sus estructuras, lo que a su vez proporciona patologías específicas de esta etapa de la vida sin soslayar que la absorción de las macro y micronutrientes y el funcionamiento gastro intestinal va a depender en gran medida de la salud bucodental de los gerontes.

Ahora bien, uno de los padecimientos bucodentales que afectan con mayor frecuencia al paciente de la tercera edad es la caries dental, cuya evolución crónica propicia el edentulismo con las consecuencias digestivas y nutricionales antes señaladas.

Desafortunadamente no es posible implementar programas de salud pública que eviten o minimicen las consecuencias de la caries dental debido a la limitación de estudios clínicos y de investigación en odontogeriatría y que se traduce en un desconocimiento de la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad real de dicho padecimiento en la población senecta, así mismo, sus



características genéticas y socioculturales no permiten explorar los resultados a nuestra población, y en la mayoría de las veces se deben basar en estimaciones de la situación real de la calidad de vida.

Etnológicamente la población geriátrica total en la Ciudad de México, es actualmente del 6% y se prevé que para el año 2000 su incremento sea del 13%).

Por otro lado cabe aclarar que para fines del siguiente trabajo utilizaremos como sinónimo de viejo los siguientes términos; anciano, adulto mayor, tercera edad, senecto y geronte.

## 2. ANTECEDENTES

El envejecimiento es un proceso natural, acumulativo e irreversible que deteriora al organismo progresivamente, manifestándose en cada persona de manera diferente, así mismo cada órgano envejece de manera distinta. Se dice que un organismo expresa su envejecimiento al disminuir su vitalidad y aumentar su vulnerabilidad, iniciándose este proceso alrededor de los 30 años de vida del hombre <sup>1</sup>

Con la gran serie de cambios que presenta el hombre senecto en esta etapa de la vida, se hace necesario proporcionarle un cuidado especial cubriendo sus necesidades físicas, biológicas, psicológicas y sociales. Es por ello que la atención de esta población está a cargo de la geriatría y la gerontología. La primera se encarga de los aspectos clínicos terapéuticos y preventivos; mientras que la segunda estudia los aspectos bio-psico-sociales del senecto. <sup>2-4</sup>

De acuerdo a Gutiérrez Robledo la edad geriátrica puede considerarse desde diversos puntos de vista: <sup>5</sup>

- 1) **Cronológico**, es la forma más simple de ver la vejez: cuenta el tiempo transcurrido desde el nacimiento. La edad cronológica, sirve como marcador de una edad "objetiva". Ésta y el proceso del envejecimiento son fenómenos paralelos, más no

relacionados casualmente, no es la edad sino el “como se vive” lo que contribuye a la causalidad del proceso.

- 2) **Biológico**, el envejecimiento biológico es diferencial, es decir, de órganos y funciones, también es multiforme, pues se produce en varios niveles: molecular, celular, tisular y orgánico.
  
- 3) **Psíquico**, se manifiesta de dos formas cognoscitivas, que es la forma de pensar y la capacidad de hacerlo, y la psicoafectiva incidiendo en la personalidad y el afecto, esto como resultado de acontecimientos vitales como el duelo y la jubilación.
  
- 4) **Social**, que comprende los papeles que se desempeñan en la sociedad. El ciclo de dependencia e independencia que afecta a muchos individuos de edad avanzada es una de ellas.
  
- 5) **Fenomenológico**, la presencia subjetiva de la propia edad, que el individuo manifiesta honestamente sentir.
  
- 6) **Funcional**, el estado funcional en las distintas edades es la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales y constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso del envejecimiento.

7) De la misma forma, Gutiérrez Robledo menciona dos categorías del envejecimiento: envejecimiento usual y el envejecimiento exitoso:

a) El envejecimiento usual donde se observan cambios determinados por el efecto de la enfermedad y el estilo de vida sobre el proceso de envejecimiento.

b) El envejecimiento exitoso se refiere a los sujetos en los que se observa sólo el decrecimiento funcional atribuible al proceso del envejecimiento.

c) Como profesionistas de la salud debemos aspirar a que el anciano curse por un envejecimiento exitoso: por tal motivo consideramos necesario el conocer los padecimientos más comunes en esta etapa, para poder así cubrir las necesidades de salud de la población anciana.

Se han realizado estudios epidemiológicos acerca de los padecimientos más frecuentes en la vejez y de acuerdo a las enfermedades de mayor o menor grado de importancia son las siguientes: enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, neumonía, bronquitis, enfisema pulmonar, asma, deficiencia nutricional, cirrosis,

infecciones intestinales, fracturas, , trastornos del ojo, enfermedades del aparato genitourinario, entre otros .<sup>8,9</sup>

En lo que se refiere al aparato estomatognático con el envejecimiento se van a presentar una serie de cambios en las estructuras bucodentales, así como padecimientos propios de esta edad avanzada, aunado a esto encontramos que los ancianos no le dan importancia a la salud de la cavidad oral, sin embargo existen repercusiones de las condiciones de la boca con el resto del organismo y viceversa.

Dentro de los padecimientos que se presentan con mayor frecuencia en los ancianos está la xerostomía, atrofia de la papilas gustativas, degeneración de la articulación temporomandibular, candidiasis, estomatitis, atricción, edentulismo, hiperplasias, queilitis angular, alteraciones parodontales y las lesiones cariosas.<sup>10,11</sup> Al respecto la caries dental es una enfermedad que afecta al ser humano durante toda su vida y el anciano no escapa a esta alteración, la cual se encuentra presente sobre todo a nivel radicular del diente, representando una de las principales alteraciones del aparato estomatognático que ocasiona el edentulismo.<sup>12,13</sup>

En nuestro país, la información acumulada sobre caries dental en la edad adulta, como de otros padecimientos bucodentales es escasa, y esta carencia es mucho mayor en la población anciana, de ahí la

necesidad de capacitar al odontólogo en el área odontogeriatrica para poder brindar una atención profesional especializada acorde a las necesidades del anciano. Al respecto, son relativamente menos los odontólogos que tienen una preparación odontogeriatrica, debido a que el estudio del geronte es relativamente reciente en México, además de que sólo en la "Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México se brinda esta formación académica a través de un diplomado", lo cual es insuficiente para el total de la población que demanda los servicios.

En lo que se refiere a las investigaciones realizadas sobre caries dental en personas de edad avanzada, podemos señalar el estudio realizado por Heft en 1042 personas senectas de 60 y más años de 14 centros de Florida, en el cual el 24% presentaba edentulismo, 25% con caries coronal y el 18% con caries radicular .<sup>46</sup> Por otro lado Alvarez , en 1992 realizó un estudio en la ciudad de Oviedo, España; con el fin de evaluar el estado de salud dental de la población senecta para tal efecto se examinaron 261 sujetos, cuyos resultados obtenidos muestran una prevalencia de caries del 99.6% con un índice moderado de dientes cariados, obturados y ausentes de 12.47. La ausencia dentaria es el principal componente del índice, el sexo femenino presentó mayor índice de caries siendo de 14.32% con respecto al masculino con un 10.20%.<sup>13</sup>

Otro estudio de tipo longitudinal realizado por Mac Entee en 50 sujetos incapacitados con duración de dos años reporta un promedio de seis caries y seis restauraciones de dientes por persona. La mayoría de los sujetos tenía una pobre higiene oral. Es preciso decir que todos los dientes tenían exposición en las superficies radiculares y colamente el 8% de estos no presentaba caries.<sup>48</sup>

Finalmente otra investigación longitudinal realizada por Ettinger en 254 ancianos durante el periodo de 1973 a 1985, reporta una incidencia anual de caries radicular por arriba de 65% .<sup>50</sup>

Como puede observarse, los estudios anteriores fueron realizadas en ancianos de otros países, cuyas características genéticas y socioculturales no se pueden extrapolar a la población senecta mexicana, de ahí que es necesario cubrir este vacío en el conocimiento teórico, con el fin de establecer programas preventivos y/o restaurativos además de predecir las consecuencias de dichas alteraciones patológicas.

De lo anterior, como la caries es una enfermedad que no ocasiona la muerte, la patología se cronifica y el sujeto generalmente llega a la senescencia con un alto grado de edentulismo.

Por otro lado, existen diversas instituciones de asistencia social y de la salud para el anciano, entre las que destaca por su cobertura y

reconocimiento a nivel nacional el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), el cual fue creado por decreto presidencial el 22 de agosto de 1979, con la finalidad de brindar protección, ayuda, atención y orientación a la población senecta. En este sentido el INSEN cuenta con programas económicos, sociales, educativos y psicológicos para la población recluida en residencias y/o clubes ambulatorios.

De lo anterior, podemos señalar que la población de ancianos que atiende el INSEN es de nivel socioeconómico medio-bajo, por lo que puede considerarse como representativa de la población de ancianos de la ciudad de México.<sup>51</sup>

Para poder analizar la magnitud y trascendencia de la caries dental de la población de edad avanzada es necesario conocer los aspectos etiológicos y fisiopatológicos del padecimiento, además de los indicadores diagnósticos y estudios epidemiológicos que se han realizado al respecto. Por tal motivo, dichos aspectos serán presentados a continuación.



### 3.- MARCO TEÓRICO

#### I. FISIOPATOLOGIA Y CLINICA DE LA CARIES DENTAL

La caries dental es considerada como una enfermedad multifactorial infecciosa donde intervienen como factores primarios esenciales para su desarrollo el huésped, el sustrato oral y cierto tipo de bacterias , esta triada es importante e en su interacción para que se presente la destrucción de los tejidos dentales .

La caries dental es una enfermedad bacteriana no específica en la cual el ácido es producido por varias bacterias componentes de la placa, sin embargo, como reacción al exceso de carbohidratos en el ambiente bucal, el número y la proporción de microorganismos acidógenos y acidúricos de la flora de la placa dentobacteriana aumentan, lo que da lugar a la formación de cantidades de ácido suficientes para disolver el diente. Desde otro punto de vista la caries es provocada por microorganismos específicos invasores de la cavidad bucal que una vez establecidos en cantidad suficiente, producen el ácido causante de la enfermedad. <sup>14-16. 19</sup>

La caries existe desde tiempos muy remotos, se menciona que el **homo sapiens** de la era paleolítica ya padecía esta enfermedad, pero su incidencia aumentó durante el período neolítico. En el hombre de la antigüedad la caries se localizaba en la unión

amelocemental o en el cemento y en la actualidad esta lesión se encuentra sobre todo en los surcos y fisuras, sin embargo en personas mayores de 60 años se encuentra en las zonas cervicales probablemente debido a la frecuente retracción gingival. Desde la antigüedad los médicos egipcios en 1500 a. C. Se preocuparon por dar alivio al dolor dentario y extraían los dientes cariados. En escritos hipocráticos del siglo IV a. C. se encontró el uso de colutorios, masticatorios especiales y la descripción de la extracción, como tratamientos en las afecciones cariosas. Con el paso del tiempo fue creciendo el interés por la conservación de los dientes y es así como da inició la práctica de la higiene oral, llevando a cabo el lavado de la boca, el uso de mondadientes, cepillos dentales, polvos y aguas aromáticas este último para disminuir el olor fétido. <sup>17,18</sup>

Existen varias teorías que exponen la formación de la caries, sin embargo la más aceptada es la teoría acidogénica de la caries propuesta por Miller, quien a fines del último siglo demostró que al incubar los dientes con saliva y carbohidratos, se formaba ácidos y que algo de fosfato de calcio de los dientes se disolvía.

Estudios histológicos demostraron la presencia de material orgánico en el esmalte, fue entonces cuando la teoría acidogénica se enfrentó a una nueva teoría, la proteolítica y de acuerdo con ella, la primera etapa del proceso cariogénico correspondía a la descomposición

proteolítica de la matriz orgánica del esmalte llevada a cabo por bacterias de la boca, al destruirse esta estructura se derrumba la porción mineral.

Posteriormente la teoría proteolítica fue modificada para indicar la proteólisis de las proteínas que el esmalte liberaba, ya sea sulfatos o ácidos glutámico y aspártico, los cuales disolvían la porción inorgánica del esmalte. Luego fue introducida otra modificación que sugería que los productos terminales de la proteólisis actuaban como agentes de quelación y que estas sustancias ayudaban a la solubilización o disolución del calcio. Con esta segunda modificación recibió el nombre de teoría de la proteólisisquelación.<sup>19</sup>

La caries dental puede clasificarse de acuerdo a sus características y patrones clínicos en las siguientes modalidades:

1.- **Morfológica:** se refiere al sitio anatómico de las lesiones y ubicamos así a dos tipos:

fosas, fisuras y superficies oclusales, interproximales y cervicales o gingivales.

2.- **Dinámica:** se refiere a la gravedad y la velocidad de avance de las lesiones. Por lo anterior, las lesiones causadas pueden ser: leves, en las que los dientes y superficies más vulnerables son atacados,

como es el caso de la cara oclusal de los primeros molares permanentes. Moderadas, se refiere a las caras oclusales de los otros dientes posteriores que estén afectadas. Y por último las irrestrictas, que afectan las superficies de los dientes anteriores que son atacados con menos frecuencia.<sup>20</sup>

El proyecto de investigación mejor conocido sobre el consumo de carbohidratos y la caries, es el estudio de Vipeholm, esta investigación reportada en 1954 en Suecia (citado por Menaker 1986), se realizó en un período de varios años en una institución mental. Los reclusos de la institución fueron divididos en grupos que ingerían cantidades diferentes de azúcar refinada, variando desde nada hasta al gusto y masticaban chiclosos adherentes las 24 horas del día. Las variaciones de incidencia de caries fue enorme y las conclusiones de estudio todavía se aceptan en la actualidad y son:

1. El consumo de azúcar incrementa la actividad de la caries.
2. El riesgo del azúcar de incrementar la actividad cariosa es mayor si se ingiere en una preparación pegajosa.
3. El riesgo es mayor si el azúcar se toma entre las comidas, en forma pegajosa.
4. El incremento en la caries bajo condiciones uniformes muestra gran variación individual.

5. El incremento en la caries desaparece con el retiro de alimentos pegajosos.
6. La caries todavía se produce en ausencia de azúcar refinada, azúcares naturales y carbohidratos de la dieta total .<sup>22,24,28</sup>

## **II. FACTORES DE RIESGO**

Los factores de riesgo de mayor consideración para la caries son entre otros:

dieta blanda, cepillado dental, frecuencia de cepillado, técnica de cepillado, apiñamiento y prótesis removibles.

La falta de un cuidado regular en la higiene oral provoca la acumulación de microorganismos mediante la formación de placa dentobacteriana sobre todo a nivel gingival, siendo así este un factor etiológico para la formación de la caries radicular y enfermedad periodontal. No podemos ignorar que la higiene bucal puede estar disminuida por impedimentos físicos además de factores causales como prótesis parciales removibles. El nivel higiénico de los ancianos se encuentra relacionada a muchos factores como son los de tipo socioeconómico y cultural imposibilitante .<sup>30-34</sup>

La frecuencia de cepillado previene la iniciación de la caries dental y enfermedad periodontal. Las personas que se cepillan una vez al día tienen mejores condiciones de salud dental que las que se cepillan ocasionalmente, pero se observan aún mejor en personas que se cepillan dos veces al día, un tercer cepillado produce un beneficio relativamente pequeño al de dos cepillados al día.

Las prótesis removibles facilitan la acumulación de la placa dentobacteriana y los ancianos quizá no son capaces de conservar una higiene adecuada, ya que no comprenden la importancia de la limpieza, además con la presencia de los ganchos retenedores los órganos dentarios sufren un desgaste y con el tiempo estos factores favorecen la presencia de microorganismos causantes de la caries radicular.<sup>10</sup>

### **III. EPIDEMIOLOGIA DE LA CARIES DENTAL**

La caries dental es una enfermedad revestida de carácter universal, se estima que 5 de cada 100 individuos la han padecido (OMS), aparece desde el primer año de vida y presenta su mayor incidencia en los grupos etáreos de 5 a 14 años.

La enfermedad aparece cuando los mecanismos de defensa del individuo son rebasados por la capacidad cariogénica de los agentes microbianos. Está asociada a diferentes factores de riesgo predisponentes como la edad, sexo, susceptibilidad, ingreso económico, nivel de educación sanitaria y hábitos alimenticios; también tiene fuerte relación con ciertos factores de riesgo determinantes como el tipo de sustrato oral: placa dentobacteriana, química del esmalte dentario, pH salival y calidad de la saliva y a factores de riesgo condicionantes como la diversidad de población microbiana cariogénica presente.<sup>52</sup>

En los países industrializados ha aumentado la prevalencia en razón al excesivo consumo de azúcares procesados y su disminución se ha logrado a través del uso de medidas masivas de fluoruración tanto en agua como en sal.

En la tercera edad es la primera causa de edentulismo, los individuos jóvenes tienen una elevada probabilidad de ser edéntulos a más temprana edad.<sup>53</sup>

#### **4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las personas de la tercera edad son un grupo de alto riesgo para edentulismo y enfermedad periodontal en razón a una historia pasada de caries y presencia de placa dentobacteriana y tártaro dentario. Este grupo generalmente tiene pocos ingresos económicos o son totalmente dependientes de otras personas lo que se traduce en la escasa asistencia al consultorio dental. Por otra parte, son muy pocos los servicios institucionales de carácter odontológico para edades tempranas y la mayoría de los senectos no están inscritos en alguna institución asistencial y los programas de educación para la salud se enfatizan generalmente a grupos de alto riesgo como escolares y embarazadas, además son pocos los estudios epidemiológicos que refieren la prevalencia y necesidades de atención odontológica de este grupo.

Lo anterior se traduce en desconocimiento del cuidado de la salud bucodental y aunado a prácticas deficientes de higiene bucal que generalmente tienen sobre el impacto de la caries y el edentulismo precoz, hace más desalentadora la situación de salud bucal, por lo tanto surge el siguiente cuestionamiento:



¿Cuál es la prevalencia de caries en la población de ancianos que recibieron atención bucodental en la clínica de admisión de la Facultad de Odontología en ambos turnos en el año lectivo 1997?

¿Cuál es el índice CPO (experiencia de dientes cariados, perdidos y obturados ) en los pacientes de la tercera edad que recibieron tratamiento dental en la clínica de admisión de la Facultad de Odontología ambos turnos en el año lectivo 1997?

¿Cuáles son los posibles factores de riesgo asociados a la caries dental de los ancianos?

## **5.- JUSTIFICACIÓN**

Conocer la prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal e identificar los factores de riesgo asociados, además de las necesidades de atención de carácter protésico permitirá en primera instancia, diseñar programas de atención y prevención orientados por problemas para proporcionar una mejor calidad de vida al anciano y disminuir la probabilidad de otras enfermedades sistémicas como endocarditis bacteriana, reumatismo y digestivos.

¿Cuál es la prevalencia de caries en la población de ancianos que recibieron atención bucodental en la clínica de admisión de la Facultad de Odontología en ambos turnos en el año lectivo 1997?

¿Cuál es el índice CPO (experiencia de dientes cariados, perdidos y obturados ) en los pacientes de la tercera edad que recibieron tratamiento dental en la clínica de admisión de la Facultad de Odontología ambos turnos en el año lectivo 1997?

¿Cuáles son los posibles factores de riesgo asociados a la caries dental de los ancianos?

## **5.- JUSTIFICACIÓN**

Conocer la prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal e identificar los factores de riesgo asociados, además de las necesidades de atención de carácter protésico permitirá en primera instancia, diseñar programas de atención y prevención orientados por problemas para proporcionar una mejor calidad de vida al anciano y disminuir la probabilidad de otras enfermedades sistémicas como endocarditis bacteriana, reumatismo y digestivos.

## **6.- OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia de caries dental en la población de la tercera edad que demandó atención odontológica en el periodo de enero a diciembre de 1997 en la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología.

### **6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

6.2.2 Determinar la prevalencia de caries dental por edad y sexo con el índice CPO

6.2.2 Determinar la prevalencia del CPO por componentes.

6.2.3 Identificar las necesidades de atención

## **7.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Los criterios de inclusión fueron:

- pacientes geriatras atendidos en ambos turnos en la clínica de admisión de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M.

## **6.- OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia de caries dental en la población de la tercera edad que demandó atención odontológica en el periodo de enero a diciembre de 1997 en la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología.

### **6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

6.2.2 Determinar la prevalencia de caries dental por edad y sexo con el índice CPO

6.2.2 Determinar la prevalencia del CPO por componentes.

6.2.3 Identificar las necesidades de atención

## **7.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Los criterios de inclusión fueron:

- pacientes geriatras atendidos en ambos turnos en la clínica de admisión de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M.

- historias clínicas de pacientes de la tercera edad que demandaron atención en la Clínica de admisión de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M durante el periodo de enero a diciembre de 1997
- historias clínicas que estaban bien elaboradas y bien llenadas en su interrogatorio tanto sociodemográfico como en los aspectos epidemiológicos

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- paciente geriatra que reportó en su historia clínica edentilismo
- historias clínicas mal llenadas o mal elaboradas en su interrogatorio.
- historias clínicas en malas condiciones por lo que se veían borrosas o muy maltratadas y que impedía la realización de la revisión
- paciente geriatra que reportaba en su historia clínica el uso de dentaduras completas (prótesis dental removible que sustituye a todos los dientes de la arcada superior o inferior o ambas)

## **8.-POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Todos los pacientes que demandaron atención odontológica en la Clínica de admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM: durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 1997.

## **MUESTRA**

1035 pacientes geriátricos de ambos sexos y que fueron atendidos en ambos turnos de admisión en la Clínica de Admisión.

## **9.- METODOLOGÍA**

### **MATERIAL Y METODO**

En el presente estudio se hizo la revisión de 1035 hojas clínicas de pacientes geriátricos con edades comprendidas entre 50 y 81 y más años de edad que demandaron atención odontológica en la Clínica de Administración de la Facultad de Odontología durante el año de 1997. Esta información se encontraba archivada en la oficina de

## **8.-POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Todos los pacientes que demandaron atención odontológica en la Clínica de admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM: durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 1997.

## **MUESTRA**

1035 pacientes geriátricos de ambos sexos y que fueron atendidos en ambos turnos de admisión en la Clínica de Admisión.

## **9.- METODOLOGÍA**

### **MATERIAL Y METODO**

En el presente estudio se hizo la revisión de 1035 hojas clínicas de pacientes geriátricos con edades comprendidas entre 50 y 81 y más años de edad que demandaron atención odontológica en la Clínica de Administración de la Facultad de Odontología durante el año de 1997. Esta información se encontraba archivada en la oficina de

SICOREP (Sistema de Control de Registro y Evolución del Paciente) y se revisa con el objeto de separar a los pacientes de la tercera edad y así diseñar una base de datos y un análisis primario.

Se realizó una revisión exhaustiva de todas las historias clínicas de los pacientes que ingresaron, a la Clínica de Admisión de enero a diciembre de 1997 y que fueron un total de      encontrándose que solo **1035** pertenecían a pacientes de la tercera edad y que cumplieran con criterios de inclusión . Los formatos comprenden información epidemiológica sobre diferentes aspectos como caries y enfermedad periodontal, además de información sociodemográfica.



## 10.- RESULTADOS Y ANÁLISIS

El universo estuvo compuesto por los 1035 pacientes gerontes de los cuales el 41% son hombres (424) y el 59% pertenece al sexo femenino (611).Gráfica 1.

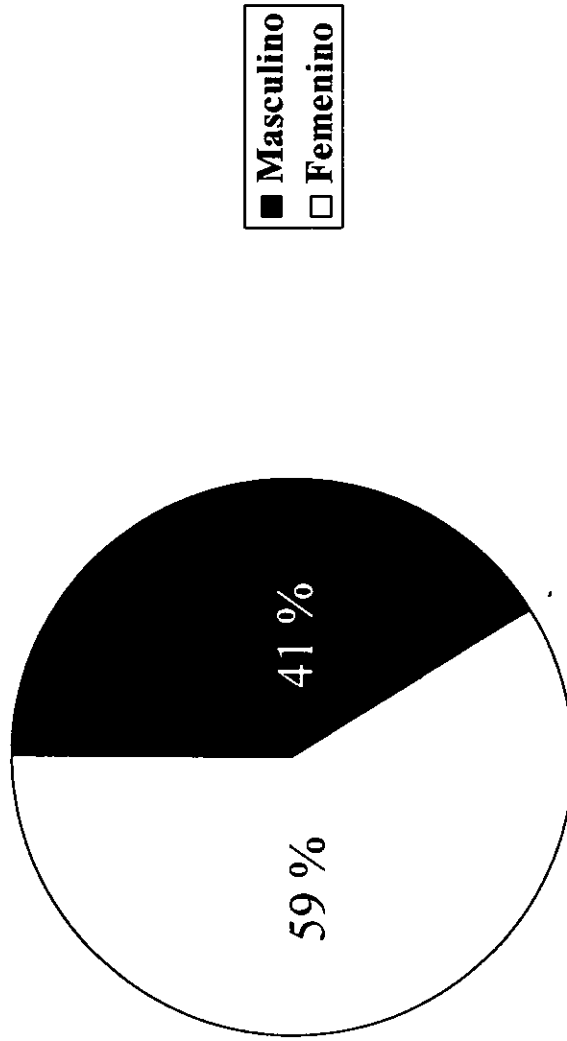
Es importante mencionar que se hizo el análisis de CPO tanto por componentes como por el mismo índice obteniéndose también la proporción de dientes sanos para hacer un comparativo del impacto que tiene la enfermedad caries en estos grupos etarios.

Se observa que los grupos etarios de 50 a 55 y de 71 a 75 presentan el mismo promedio de piezas careadas; no así en el promedio de piezas obturadas mientras que para los grupos 56 y 60 hasta 81 y más el promedio de piezas obturadas es de 2 aumentando en el grupo de etario de 50 a 55 a tres piezas obturadas.

Ahora bien, los mismos grupos etarios en el rubro de piezas perdidas se observa salvo en el grupo de 56 y 60 años que la tendencia es ascendente: a los 50 y 55 años el promedio de piezas perdidas se inicia con 9 piezas en promedio desciende ligeramente a 7 en el grupo etario de 56 a 60 conectando su ascenso a partir de los grupos etarios de 61 a 65 en 12 piezas en promedio hasta llegar a 17 en 76 y 80 años. Cuadro 1

Distribución por sexo de 1035 pacientes de la 3a. Edad.  
Facultad de Odontología. 1997

Gráfica 1



Fuente directa

## CUADRO 1

### PREVALENCIA DE CPO Y SUS COMPONENTES EN 1035 PERSONAS DE LA TERCERA EDAD. CLÍNICA DE ADMISIÓN. FO. 1997

| EDAD   | SEXO |     | TOT  | $\bar{x}$<br>C | $\bar{x}$<br>O | $\bar{x}$<br>P | $\bar{x}$<br>CPO | $\bar{x}$<br>SANO |
|--------|------|-----|------|----------------|----------------|----------------|------------------|-------------------|
|        | M    | F   |      |                |                |                |                  |                   |
| 50-55  | 167  | 258 | 425  | 6              | 3              | 9              | 17               | 9                 |
| 56-60  | 94   | 154 | 249  | 6              | 2              | 7              | 16               | 9                 |
| 61-65  | 64   | 89  | 153  | 6              | 2              | 12             | 20               | 7                 |
| 66-70  | 45   | 68  | 113  | 6              | 2              | 13             | 20               | 7                 |
| 71-75  | 28   | 22  | 50   | 6              | 2              | 16             | 23               | 5                 |
| 76-80  | 16   | 14  | 30   | 4              | 2              | 17             | 23               | 5                 |
| 81 y + | 8    | 6   | 14   | 14             | 2              | 13             | 29               | 4                 |
| TOTAL  | 424  | 611 | 1035 | 7              | 2              | 12             | 21               | 7                 |

Fuente directa

Cabe mencionar que se observa un descenso a 13 piezas en promedio en el grupo etario de 81 y más esto se debe a que el tamaño de la muestra no es representativo o que probablemente debido al azar se han presentado estos cambios porque, como se

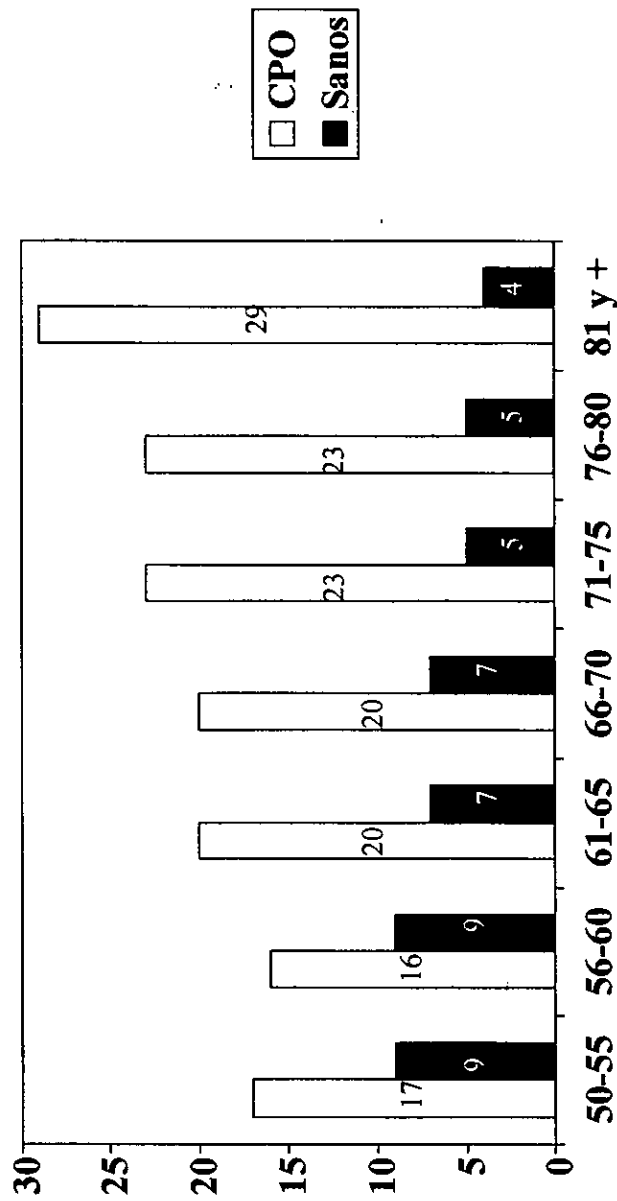
observa el número de individuos desciende a partir de los grupos de 71 y 75 años con 50 pacientes en un año que demandaron la atención, en 76 y 80 años de edad a 30 y a 14 desciende en edades de 81 y más.

Por otro lado, si observamos la tendencia del CPO este cumple con su ascenso verificándose que a mayor edad mayor prevalencia de piezas con experiencia de caries aunque en sus componentes se ha comportado de manera diferente. Gráfica 2

Se observa que a partir de los grupos de 50 a 55 años va en ascenso el índice del CPO porque mientras en este grupo se observan 17 piezas con experiencia presente y pasada de caries va ascendiendo hasta llegar a 29 en los grupos de más edad ( 81 y más años de edad) presentándose un promedio de 29 piezas con experiencia de caries en estos grupos de edad). Es importante hacer notar que si bien es cierto que la tendencia va ascendiendo es menester recordar que en nuestro país diferente información publicada nos ha demostrado que se presenta edentulismo a más temprana edad. En el rubro de dientes sanos observamos que la disminución va siendo consecutiva mientras que los primeros años de 50 -55 se puede contar con 9 piezas con experiencia de caries va descendiendo a 7 en los grupos de 61 a 65 y 66 y 70

Prevalencia de CPO y sus componentes en 1035 personas de la 3a. Edad. Clínica de Admisión. Facultad de Odontología.1997

Gráfica 2



Fuente directa

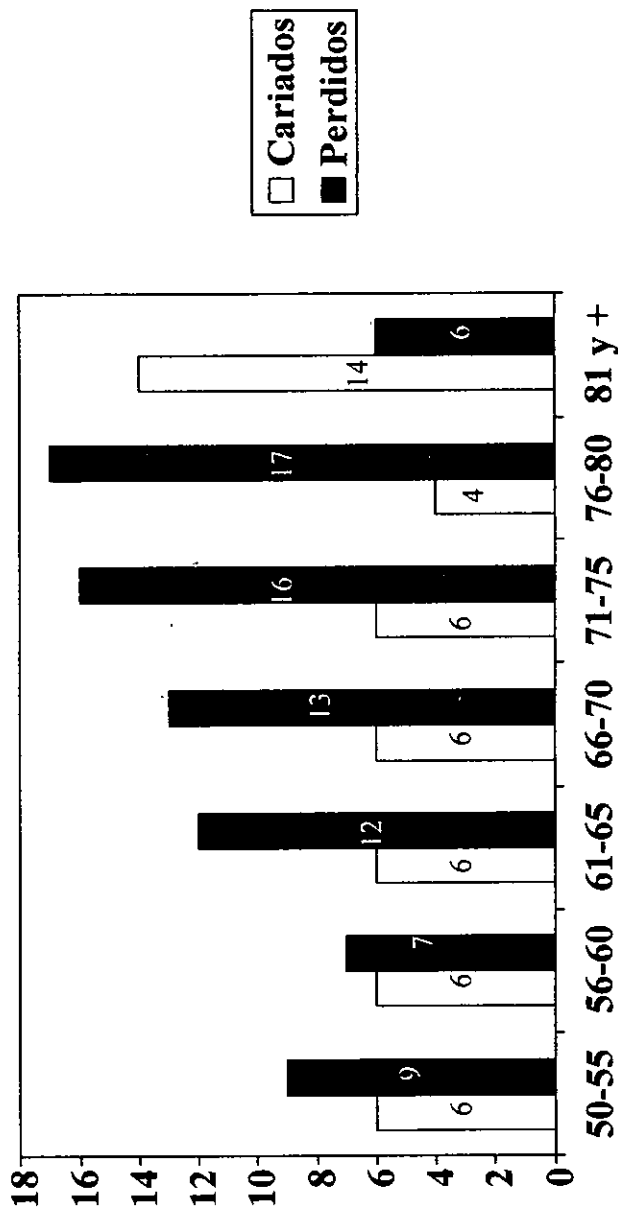
años de edad asta descender a 4 piezas sanas en promedio en los grupos de más edad son 81 y más años de edad.

Al analizar los promedios el COP por sus componentes a nivel poblacional y sepáralo por grupos etarios encontramos que en promedio cada uno de los 1,035 pacientes en los cuales se encuentran tanto mujeres como hombres presentan en promedio 7 piezas con experiencia de caries 2 obturadas esto hace pensar la inaccesibilidad a los servicios de salud de este grupo poblacional probablemente se encuentren factores de riesgo como la propia información sanitaria y de educación para la salud que se tiene para estos grupos entendiendo que es un factor cultural probablemente el predecir que a mayor edad mayor número de piezas perdidas o dicho en otras palabras que asume que la vejez va acompañada de edentulismo.

El anterior análisis se corrobora con la Gráfica número 2 en el cual se presenta las tendencias de experiencia de caries como la tendencia de dientes sanos esto prueba que son universalmente proporcionales mientras que a mayor edad mayor prevalencia de CPO, la prevalencia de CPO es más grande contrariamente sucede con la prevalencia de dientes sanos la cual se está comprobando de manera inversa a la prevalencia del C.P.O. en la cual la tendencia es a descender el número de piezas.

Promedio de dientes cariados VS. Promedio de dientes perdidos en personas de la 3a. Edad. Facultad de Odontología. 1997.

Gráfica 3



Fuente directa

Es importante enfatizar que en el entendido de que a mayor edad las piezas se pueden perder por eso las tendencias son contrarias por que se pierden las piezas susceptibles a tener experiencia de caries o las piezas sanas en este fenómeno no solamente influye. Gráfica 3



## **11 . CONCLUSIONES**

De los 1035 pacientes encuestados se observa que la mayoría tiene datos alarmantes de prevalencia de piezas con experiencia de caries, como observamos en la población Mexicana que a demandado atención a la facultad de la Odontología el evento caries y el rubro de piezas sanas se comportan de manera similar a lo que a reportado la literatura internacional de todos modos en cualquiera de los países en los que se han adelantado investigaciones epidemiológicas se sabe que a mayor edad mayor es la probabilidad de perder piezas y mayor es la probabilidad de tener pocas piezas funcionales. Pero en nuestro país estudiando esta muestra y este periodo de tiempo observamos en la facultad de Odontología observamos que son alarmantes los casos de perdida dentaría; lo anterior puede ser debido a innumerables factores de riesgos a los que están expuestos estas poblaciones.

La tercera edad va acompañada no solamente de enfermedad caries sino también las enfermedades que afectan al periodonto y que se traducen en perdida dentaría por no contar con el soporte dentario los casos de movilidad son muy frecuentes en pacientes de la tercera edad en perdida de soporte óseo la presencia de bolsas periodontales que son importantes factores de riesgo para la probabilidad del edentulismo a más temprana edad en estos grupos de edad. Se

observa que el promedio de piezas perdidas sobrepasa al promedio de piezas sanas y al promedio de piezas cariadas.

También se observó que es más la proporción de mujeres que demandan atención en relación con los hombres en un año el 59% de los pacientes demandantes fueron mujeres en contra posición con el 41% de los hombres la razón posible se puede adjudicar a que los hombres trabajan pero sería de considerable análisis entender que las mujeres pueden estar más preocupadas por el estado físico y estético que los hombres aun teniendo en cuenta que las mujeres están sometidas a numerables partos y que este también es un factor de riesgo para la movilidad y la perdida dentaria así como la perdida de dientes.

Es menester hacer estudios más exhaustivos donde se asocien diferentes factores de riesgos que los identifique como las posibles causas del incremento de las piezas con experiencia de caries o las piezas perdidas. Implementar programas de educación para la salud que conlleven a esta población a personalizarse en su auto-cuidado bucal y puedan entender que es posible llegar a la 3ra edad con una mejor calidad de vida contando con más número de piezas funcionales.

Si bien es cierto que en estos grupos de sociedad la experiencia de caries es elevada. Es recomendable proporcionar a través de educación para la salud que estas pasen a ser piezas funcionales cambiando el componente de cariado a obturado. Dicho en otras palabras que si se presenta a los 50-55 años 6 piezas con experiencia de caries y solo 3 obturadas al promocionar la atención Odontológica estas piezas cariadas pasen a ser piezas obturadas evitando así la presencia del foco infeccioso que es la caries dental y disminuyendo la probabilidad de casos de endocarditis bacteriana y de fiebre reumática y artritis en los gerontos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Salgado A. manual de geriatrias 4a. cd. México Editorial Salvat, 1990; 1-24.
2. Anzola PE Enfermería gerontológica Conceptos para la práctica, OPS 1993; 31: 3-21.
3. Prieto de Nicola, Geratría. 4a. Ed. México Editorial Manual Moderno; 1985:
4. Saunder WB Diccionario médico de bolsillo 23a. Ed. México; Editorial Interamericana, 1989; 136, 385.
5. Anzola PE La atención de los ancianos un desafío para los años noventa. Gutiérrez RL  
En: Concepción Holística del envejecimiento OPS 1994, 545; 34-41.
6. Instituto Nacional de Estadística, geografía e Informática XI censo General de población y vivienda, Aguascalientes; INEGI, 1990; 1-6.

7. Fajardo OG: Adulto mayor en América Latina Editorial Piensa, 1995: 13-26.
  
8. Borges YA. Transición demográfico en México, situación de la población anciana  
Boletín mensual de Epidemiología 1993; 8 (6) 82-87.
  
9. Informe de un comite de extertos de la OMS. La salud de las personas de edad OMS  
1989, 779; 11, 18-31.
  
10. Bates JF, Adams SD Tratamiento odontológico del paciente geriátrico. México;  
Editorial El Manual Moderno, 1986; 30-35, 54-55, 63-73.
  
11. Pizon T, Gaitan C. María E. Envejecimiento y cavidad bucal, Práctica Odontológica  
1989; 10 (3), 33-36.
  
12. Ozawa DJG, Estomatología geriátrica, México; Editorial Trillas 1994; 87-97, 161,  
172-183.

13. Alvarez AA: Alvarez RJ, Rodríguez IM, Fernández VJP.  
Caries dental en la  
población adulta de la ciudad de Oviedo Rev. Europa de  
Odonto-Estomatología  
1995; 7 (1) 37-44.
14. Thsltrup A. Fejerskov O. Caries Barcelona; Editorial Doyma,  
1986; 225-242.
15. Nolte WA, Microbiología odontológica 4a. Ed. México,  
Editorial Interamericana,  
1986; 644-649, 660-661.
16. Shafer WG; Tratado de patología bucal 4a. ed. México;  
Editorial Intreamericana,  
1986; 458-459, 804.
17. Gorlin RJ, Thoma patológica oral 2a. ed. Barcelona; Editorial  
Salvat, 1983; 264-267,  
291, 296-298, 432-433.
18. Katz S. Odontología preventiva en acción 3a. ed. México;  
Editorial Panamericana,  
1983; 106-117, 121, 248-255.

19. Jenkins NG Fisiología y bioquímica bucal; México; Editorial Limusa,1983; 433-441.
20. Gordon N. Caries dental, Buenos aires; Editorial Mundi, 1986; 5-9, 122-124, 148-153.
21. Berastegui E. Patología dental en la tercera edad. Rev. Europea de Odontoestomatología 1990, 96, 205-208.
22. Holm-Pedersen P. Geriatric dentistry Copenhagen; Editorial Munksgaar, 1986; 226-246.
23. Papas A Geriatric dentistry again and healt Baltimore; Editorial Mosby year book, 1991, 141-156.
24. Menaker L: Morhart R. Navia J. Bases biológicas de la caries dental, Barcelona; Editorial Salvat, 1986; 232, 252-257, 268-270.
25. Murray RK, Granner DK, Mayes PS, Rodwell VW, Bioquímica de Harper 11a. ed.

México. Editorial El Manual MODerno, 1988; 119-120.

26. Larotta L. La caries dental etiología y naturaleza. *Práctica Odontológica*, 1991; 12 (8);  
12 (8); 13-15.
27. Krause M. *Nutrición y dieta en clínica México*; Editorial Interamericana, 1975;  
171-176.
28. Barnes Y. Walls A *Gerodontology*, Scotland; Wrigth, 1994; 70-78.
29. Wilson E *Fisiología de la alimentación 2a.ed.*México; Editorial Interamericana 1978,  
1878, 334-341.
30. Ash MM; *Anatomía dental, fisiología y oclusión de Wheeler* 6a.ed.México; Editorial Interamericana 1986; 79-82.
31. Reguezi J. *Patología bucal México*; Editorial Interamericana, 1991; 513-523.



**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

32. Drake CW, Modelos de caries coronal y fragmentos de raíz en una población de ancianos Caries Res 1992; 5; 405-407.
33. Garcillan IM, Rioboo GR, Patología bucodental geriátrica Rev. de Odontología Estomatología 1990; 90, 403-405.
34. Velasco E. Machuca G. Martínez-Sahuquillo A. RíosV,Bullon P. Odontología preventiva en el paciente geriátrico Rev. Europea Odontoestomatología 1995; 7 (3) 139-144.
35. Annán ESG, Nadal MMT, Valladares REP, Correa AL, Santamarina Me, Delgado M. Efecto de la leche sobre los Estreptococos orales de la placa dentobacteriana, Rev Asoc. Odontol Argent 1991; 79 (4) 221-224.
36. Moreno AL. Cano VF. García RH Epidemiología clínica 2a. ed. México; Editorial Interamericana, 1994 20-30, 131-142.

37. Norell S Diseño de estudios epidemiológicos 2a. ed. México; Editorial Siglo vintiuno editores, 1994; 84-87.
38. Méndez RI, Namihira GD, Moreno AL, Sosa MC, El protocolo de investigación México; Editorial Trillas, 1986; 163-165.
39. Guerrero VR, González C. Medina LE Epidemiología E.U.A.; Editorial Fondo Educativo Interamericano, 1981, 36-41.
40. Silvestone LM. Johnson NW, Hardie JM, Williams RAD, Caries dental México; Editorial El Manual Moderno, 1995; 20-22.
41. Fure S. Zickert Y. Prevalence of root surface caries in 55.65 and 75-year-old Swedish individuals Community Dent Oral Epidemiol 1990; 100-105.
42. Douglass JM, Wei Y, Zhang BX, Tinanoff N, Caries prevalence and patterns in 3-6 year-old Beijin children Community Dent Oral Epidemiol 1995; 23: 340-343.

43. Al-Keeb TL, Marsafi AI, O'Mullance DM: Caries Prevalence and treatment need among children in an Arabian community, *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19, 277-280.
44. Sánchez PC, Alfaro MP, Experiencia de caries como indicador predictivo de su futuro incremento Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas A.C. 1994, 5 (2); 22-29.
45. González CMR, Lazarde UJJ Estudio epidemiológico de la caries dental en una población escolar de Zaragoza *Rev. Española de Estomatología* 1988; 36 (5); 351-360.
46. Heft MW, Gilbert GH, Tooh Loss and caries prevalence in oldre Floridians attending senior activity centers. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19, 228-232.
47. Kalsbeek H. Truin GJ, Burgersdi K. Tooth loss and dental caries in dutch dults,

- Community Dent Oral Epidemiol 1991, 9, 201-204.
48. MacEntee MJ, Wayatt CCL, McBrite BC. Longitudinal study of caries and cariogenic bacteria in an elderly disabled population Community Dent Oral Epidemiol 1990; 18, 149-152.
49. Pogwell L. V. Mancl LA, Senft GD. Exploration Of prediction models for caries risk assesment of the geriatric population. Community Dent Oral Epidemiol 1991; 19, 291-295.
50. Ettinger RL. Jacoibsen J. Caries; a problem in an overdenture population Community Dent Oral Epidemiol 1990, 18, 42-45.
51. Adan GO. Atención a la salud y asistencia social al anciano (antología), México; Departamento de salud pública de la Facultad de Medicina UNAM 1993, 50-53.
52. Organización Mundial de la Salud Aplicaciones de la epidemiología al estudio de

los ancianos Ginebra OMS serie de informes técnicos (1984),  
706, 5.

53. Salgado AA, Guillen LLF, Díaz PJ Tratado de geriatría y  
asistencia geriátrica Madrid

Salvat Editores, 1978 3-10.

54. Lo ECM SchwarzE Tooth and roor condition in the middle-  
aged and the elderly in

Hong Kong Community Dent Oral Epidemiol 1994; 22, 381-  
385.



## OPACIDADES Y OTRAS ALTERACIONES DEL ESMALTE

- 0 = NINGUNA
- 1 = MANCHA BLANCA
- 2 = FLUOROSIS
- 3 = ATRICION
- 4 = OTRAS

NÚMERO DE DIENTES AFECTADOS

(    \_    )

### USO DE DENTADURAS

- 0 = NO USA DENTADURAS  SLP  INF
- 1 = USA DENTADURA PARCIAL
- 2 = USA DENTADURA TOTAL

### NECESIDADES DE DENTADURAS

- 0 = NO NECESITA DENTADURA  SLP  INF
- 1 = REPARACIÓN DE LA DENTADURA
- 2 = NECESITA DENTADURA PARCIAL
- 3 = NECESITA DENTADURA TOTAL

### ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

- 0 = A.T.M. NORMAL
- 1 = A.T.M. ANORMAL

### MUCOSA ORAL

- 1 = SANA
- 2 = LESIÓN

### ANTECEDENTES NUTRICIONALES

PESO \_\_\_\_\_ Kg.

ESTATURA \_\_\_\_\_ m

¿CUANTAS COMIDAS REALIZA AL DÍA?    1     2     3     4     5     6 ó más

¿QUÉ TIPO DE COMIDAS HACE AL DÍA?    Desayuno     Almuerzo     Comida     Merienda     Cena

¿HA EMPLEADO DIETAS PARA AUMENTAR O REDUCIR DE PESO?    No     1 vez     2 veces     3 ó más

¿CONSUME ALIMENTOS ENTRE COMIDAS?    Nunca     A veces     Diario

¿ACOSTUMBRA COMER GOLOSINAS?    Dulces     Saladas     Ambas     Ninguna

¿CUÁNTOS REFRESCOS TOMA POR SEMANA (1/2 litro)?    0     1 a 3     4 a 6     7 ó más

¿CUANTAS VECES AL DÍA CEPILLA SUS DIENTES?    Ninguna     1     2     3     4 ó más

¿Usa pasta de dientes?    Sí     No     ¿Utiliza hilo dental?    Sí     No     ¿Usa enjuague bucal?    Sí     No

MOTIVO DE CONSULTA    1ª Vez F.O. UNAM     Revisión dental     Dolor     Rehabilitación bucal

REFERIDO POR:    Institución     Dentista particular     Alumno de la F.O.     Atendido anteriormente en FO

DERECHORABIENTE DE:    IMSS     ISSSTE     DIF     Otro     Ninguno

### RUTA CLÍNICA

|                              |                      |    |  |
|------------------------------|----------------------|----|--|
| 01 ENDODONCIA                | 11 Remitr a Posgrado | 1* |  |
| 02 PROTESIS FIJA Y REMOVIBLE | 12 CLIPPA D          |    |  |
| 03 PROSTODONCIA              | 99 No especificado   | 2* |  |
| 04 PARODONCIA                |                      |    |  |
| 05 ODONTOPEDIATRIA           |                      | 3* |  |
| 06 ORTODONCIA                |                      |    |  |
| 07 CIRUGIA BUCAL             |                      | 4* |  |
| 08 OPERATORIA DENTAL         |                      |    |  |
| 09 EXODONCIA                 |                      | 5* |  |
| 10 ODONTOLOGIA PREVENTIVA    |                      |    |  |

\_\_\_\_\_  
Nombre del alumno

\_\_\_\_\_  
Firma del alumno

\_\_\_\_\_  
Clave y firma del profesor