

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ESTOMATOLOGIA

TESIS

PREVALENCIA DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES EN PACIENTES DEL CENTRO RESIDENCIAL DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR "SAN FRANCISCO DE ASÍS" FEBRERO A ABRIL - IQUITOS 2020

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

AUTORA: Bach. TERESA DEL ROSARIO VILLASIS CUMPA.

ASESOR: C.D. JACOBO MICHEL DÍAZ YUMBATO

**IQUITOS – PERÚ
2021**

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

La Tesis titulada:

**"PREVALENCIA DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES EN PACIENTES
DEL CENTRO RESIDENCIAL DE ATECIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR "SAN
FRANCISCO DE ASÍS" FEBRERO A ABRIL - IQUITOS 2020"**

De los alumnos: **TERESA DEL ROSARIO VILLASIS CUMPA**, de la Facultad Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **9% de plagio**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 28 de junio del 2021.



Dr. César J. Ramal Asayag
Presidente del Comité de Ética - UCP

CJRA/r/a
188-2021



DEDICATORIA

Este logro lo dedico a mis padres Nancy Cumpa y Luis Alberto Villasis quienes me han forjado como la persona que soy actualmente, sin ellos no lo hubiera logrado. Muchos de mis logros se los debo a ustedes, en los que se incluye especialmente este.

Y una mención especial al que siempre estuvo detrás de mí, apoyándome siempre, desde mis primeros pasos, hasta sus últimos días, a mi querido Tío Oscar Cumpa, te llevo en mi corazón.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecida con Dios por la vida, por permitir seguir con este sueño, a mi familia por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por estar dispuesta acompañarme a esas largas noches de estudio en los que su compañía y las tazas de café eran todo lo que necesitaba para no rendirme, gracias a mi padre, que incondicionalmente estaba para mí, mi renegón como lo digo siempre con sus palabras cortas y duras me levantaron en mis peores momentos.

A mi casa de Estudio a la Universidad Científica del Perú por todos esos hermosos años en sus aulas, con los docentes y compañeros.

Agradecer especialmente al Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" al Gerente por recibirme con los brazos abiertos a sus instalaciones para poder realizar este estudio y sobre todo a las enfermeras y técnicas por amabilidad brindada,

Agradécele al C.D Jacobo Michel Díaz Yumbato. MGR por su tiempo, paciencia y dedicación para poder concluir este proyecto de tesis.

Son muchas las personas que han formado parte de nuestra vida profesional a las que nos encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimos y compañía en los momentos más difíciles de nuestra vida.

ACTA DE SUSTENTACIÓN



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con Resolución Decanal N° 471-2021-UCP-FCS, del 19 de Mayo del 2021, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a las señoras:

✚ CD. Mgr. Luis Lima López	Presidente
✚ CD. Mgr. María Piedad Ponce Mendoza	Miembro
✚ CD. Manuel Alfredo Tataje Espino	Miembro

Como Asesor: C.D. JACOBO MICHEL DIAZ YUMBATO, MGR.

En la ciudad de Iquitos, siendo las 11:00 a.m. horas, del día Viernes 23 de Julio del 2021, a través de la plataforma ZOOM, supervisado por el Secretario Académico del Programa Académico de Estomatología – de la Universidad Científica del Perú; se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la tesis: **"PREVALENCIA DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES EN PACIENTES DEL CENTRO RESIDENCIAL DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR "SAN FRANCISCO DE ASIS", FEBRERO A ABRIL – IQUITOS 2020"**.

Presentado por el sustentante: **TERESA DEL ROSARIO VILLASIS CUMPA**

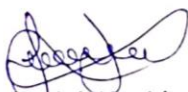
Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **CIRUJANO DENTISTA.**

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:
ABSUELTAS SATISFACTORIAMENTE

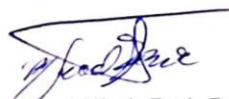
El Jurado después de la deliberación en privado llegó a la siguiente conclusión:

La Sustentación es: **APROBADO POR UNANIMIDAD CON LA NOTA 17 (Diecisiete)**

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.


CD. Mgr. Luis Lima López.
Presidente


CD. Mgr. María Piedad Ponce Mendoza
Miembro


CD. Manuel Alfredo Tataje Espino
Miembro

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15
	Desaprobado (a)	:	00-12

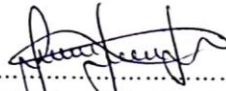
Contáctanos: Iquitos - Perú
065 - 26 1088 / 065 - 26 2240

Sede Tarapoto - Perú
42 - 58 5638 / 42 - 58 5640
Av. Abelardo Quiñones km. 2.5
Leoncio Prado 1070 / Martínez de Compagnon 933

Universidad Científica del Perú
www.ucp.edu.pe

HOJA DE APROBACIÓN

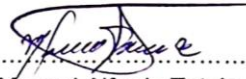
TESIS DENOMINADO: PREVALENCIA DE TRASTORNOS
TEMPOROMANDIBULARES EN PACIENTES DEL CENTRO RESIDENCIAL
DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR "SAN FRANCISCO DE ASIS"
FEBRERO A ABRIL IQUITOS 2020



.....
C.D. Mgr. Luis Lima López
Presidente



.....
C.D. Mgr. María Piedad Ponce Mendoza
Miembro



.....
C.D. Manuel Alfredo Tataje Espino
Miembro



.....
C.D. Mgr. Jacobo Michel Díaz Yumbato
Asesor

INDICE DE CONTENIDO

PORTADA.....	i
CONSTANCIA DE ANTIPLAGIO.....	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	x
HOJA DE APROBACIÓN.....	vi
INDICE DE CONTENIDO	vii
INDICE DE TABLAS:	ix
INDICE DE GRAFICOS:.....	xi
RESUMEN Y PALABRAS CLAVES.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
CAPITULO I.....	15
1.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	xv
CAPITULO II	39
2.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.	39
2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	41
2.2.1. PROBLEMA GENERAL	41
2.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	41
2.3. OBJETIVOS	42
2.3.1. OBJETIVOS GENERALES.....	42
2.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
2.4. HIPÓTESIS.....	43
2.5. VARIABLES	43
2.5.1. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES	43

2.5.2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL.....	43
2.5.2. OPERACIONAL DE LA VARIABLE.....	45
CAPITULO III.....	46
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	46
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	47
3.3. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	48
3.4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	49
CAPITULO IV	50
4.1. RESULTADOS	50
CAPITULO V	65
5.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	65
5.2. CONCLUSIONES.....	68
5.3. RECOMENDACIONES.....	70
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS.....	75
CONSENTIMIENTO INFORMADO	75
INDICE DE HELKIMO	76
ODONTOGRAMA 2019	80
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	81
MATRIZ DE CONCISTENCIA.....	82
EVIDENCIAS FOTOGFRAFICAS.....	85
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN AL CENTRO RESIDENCIAL	87

INDICE DE TABLAS:

	Pág.
TABLA N° 01. Sexo predominante en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.....	50
TABLA N° 02. Sexo según prevalencia de trastornos temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.....	51
TABLA N°03. Prevalencia de trastornos temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís”.....	53
TABLA N° 04. Movimiento mandibular en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.....	54
TABLA N° 05. Función de articulación Temporomandibular en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.....	55
TABLA N° 06. Estado muscular en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.....	57
TABLA N° 07. Estado de la articulación Temporomandibular en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.....	59
TABLA N° 08. Dolor al movimiento Mandibular en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.....	60
TABLA N° 09. Pérdida de 5 o más dientes en arcada superior en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.....	61
TABLA N° 10. Pérdida de 5 o más dientes en arcada inferior en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.....	62

TABLA N° 11. Prótesis mal adaptadas en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.....	63
---	----

INDICE DE GRAFICOS:

	Pág.
GRÁFICO N° 01. Sexo predominante en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.....	50
GRÁFICO N° 02. Sexo según prevalencia de trastornos temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.....	51
GRÁFICO N°03. Prevalencia de trastornos temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos	53
GRÁFICO N° 04. Movimiento mandibular en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.....	54
GRÁFICO N° 05. Función de articulación Temporomandibular en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.....	56
GRÁFICO N° 06. Estado muscular en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.....	57
GRÁFICO N° 07. Estado de la articulación Temporomandibular en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.....	59
GRÁFICO N° 08. Dolor al movimiento Mandibular en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.....	60
GRÁFICO N° 09. Perdida de 5 o más dientes en arcada superior en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.....	61
GRÁFICO N°10. Perdida de 5 o más dientes en arcada inferior en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.....	62

GRÁFICO N° 11. Prótesis mal adaptadas en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.....	65
---	----

RESUMEN

PREVALENCIA DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES EN PACIENTES DEL CENTRO RESIDENCIAL DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR “SAN FRANCISCO DE ASÍS” FEBRERO A ABRIL – IQUITOS 2020

Por:

Villasis Cumpa, Teresa Del Rosario

El propósito de la presente investigación fue Determinar la Prevalencia de Trastornos Temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020. La metodología empleada fue cuantitativa de diseño no experimental, correlacional, trasversal. La muestra estuvo conformada por 46 pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís”. El instrumento utilizado en el presente estudio fue la ficha de recolección de datos que incluyó el índice de Helkimo y Odontograma.

Los resultados más importantes fueron: trastorno temporomandibular moderado 39,1%, trastorno temporomandibular Leve 37% y en Trastorno temporomandibular severo 21,7%. El Sexo predominante fue el sexo masculino en un 60% y femenino con un 39.1%. Se obtuvo resultados en movimientos mandibulares con un deterioro moderado de 45,7% y en deterioro severo 41,3%. Se registró dolor a la palpación en los músculos masticatorios con un 32,6% y un 32,6 % en articulaciones temporomandibulares. Se registró ruidos y/o desviaciones 69,6%, 13% en trabas, luxaciones y 17% sin desviación, ni ruidos en apertura en cierre. La prevalencia de sexo que presentó mayor signo y síntomas fue el sexo femenino con 61,1% con deterioro severo y el sexo masculino presento mayor prevalencia en el deterioro moderado con 53,6%. Lo que se concluye que existe una alta prevalencia de Trastorno Temporomandibulares.

Palabras claves: prevalencia, Trastornos Temporomandibulares, adulto mayor.

ABSTRACT

PREVALENCE OF TEMPORARY MANDIBULAR DISORDERS IN PATIENTS FROM THE RESIDENTIAL CENTER FOR INTEGRAL CARE FOR THE ELDERLY "SAN FRANCISCO DE ASIS" FEBRUARY TO APRIL - IQUITOS 2020

For:

Villasís Cumpa, Teresa Del Rosario

The purpose of this research was to determine the Prevalence of Temporomandibular Disorders in patients from the Residential Center for Comprehensive Care for the Elderly "San Francisco de Asís" February to April - Iquitos 2020. The methodology used was quantitative, non-experimental, correlational, transversal design . The sample consisted of 46 patients from the San Francisco de Asís Residential Center for Comprehensive Care for the Elderly. The instrument used in the present study was the data collection sheet that included the Helkimo index and Odontogram.

The most important results were: moderate temporomandibular disorder 39.1%, mild temporomandibular disorder 37% and in severe temporomandibular disorder 21.7%. The predominant sex was male in 60% and female with 39.1%. Results were obtained in mandibular movements with a moderate deterioration of 45.7% and in severe deterioration 41.3%. Pain on palpation was recorded in the masticatory muscles with 32.6% and 32.6% in the temporomandibular joints. Noise and / or deviations were recorded 69.6%, 13% in locks, dislocations and 17% without deviation, or noises in opening in closing. The prevalence of sex that presented the greatest sign and symptoms was the female sex with 61.1% with severe deterioration and the male sex presenting the highest prevalence in the moderate deterioration with 53.6%. What is concluded that there is a high prevalence of Temporomandibular Disorder.

Key words: prevalence, Temporomandibular Disorders, older adult.

CAPITULO I

1.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A) ANTECEDENTES INTERNACIONALES

LARENAS C. (2018) El objetivo de este estudio fue establecer la prevalencia de signos y síntomas de trastornos temporomandibulares (TTM) en pacientes con maloclusión. Materiales y métodos: Estudio transversal descriptivo. Se revisaron de forma manual 951 fichas clínicas de pacientes ingresados en el Postítulo de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de Universidad de Chile (FOUCH) entre los años 2013 y 2015. Se utilizaron los programas Excel 2013, Stata v. 12 y para la comparación entre grupos etarios se utilizó la prueba estadística de Kruskal Wallis. Resultados: Del total de pacientes con maloclusión, el 43,9% presentaron al menos un signo o síntoma de TTM, siendo la desviación mandibular el signo más prevalente con un 43,2%, seguido por el ruido articular con un 12,6%. El dolor fue el síntoma menos prevalente con un 2%. Los adultos fueron los que presentaron mayor prevalencia de signos y síntomas de TTM. No hubo diferencia estadística entre géneros. Conclusión: Debido a que los signos y síntomas de TTM son una condición tan común en pacientes con maloclusión, es necesaria la evaluación de la ATM siempre que se piense en iniciar un tratamiento ortodóncico, para así establecer un adecuado plan de tratamiento.

GRAÚ I. (2007) El estudio se desarrolló en una fase clínica y otra de laboratorio teniendo como objetivo: relacionar las alteraciones en la Oclusión dentaria y Sintomatología de Trastornos Temporomandibulares, antes y después de realizarse desgaste selectivo en la corrección oclusal. Se concluyó identificando el comportamiento de las variables sociodemográficas edad y sexo y de las clínicas: dolor, restricción a los movimientos mandibulares y sintomatología asociada, antes y después del tratamiento. Se verificó la relación entre Trastornos Temporomandibulares y desarmonías oclusales en los movimientos y posiciones básicas de la mandíbula. Se evaluó la presencia de estrés. La eficacia del tratamiento fue del 95% con la utilización de esta terapia aplicada.

B) ANTECEDENTES NACIONALES

BONET P. (2014), La presente investigación tuvo como propósito identificar la prevalencia de Trastornos Temporomandibulares de pacientes de la Clínica Dental Docente de la Facultad de Estomatológica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el 2012. El instrumento tuvo en su contenido ítems para determinar el sexo del paciente, su edad, signos y síntomas de alteración craneomandibular y hábitos asociados. La presente investigación tomó la información de una base de datos que consta de 127 historias clínicas de pacientes. En los resultados se encontró que el universo estudiado esta principalmente conformada por el sexo femenino con un 64,71 % y el rango de edad entre los 18 – 25 años con un 65.7 %, Los diagnósticos hallados fueron; alteración complejo cóndilo disco (32,4%), Incompatibilidad estructural de las superficies estructurales (8,8%), trastornos inflamatorios de la articulación (1%), dolor muscular localizado (37,3 %) y parafunción (20,6%).

Además, estudio reveló que existe una relación significativa entre los diagnósticos hallados con la presencia de ruidos o zumbidos anormales y antecedentes médico odontológico.

Por otro lado, el estudio reveló que no existe relación, a través de la prueba Chi cuadrado de Pearson ($p > 0.05$) entre los diagnósticos hallados, el género del paciente, los grupos etarios, dolor de cabeza frecuente, dificultad para masticar, si se considera una persona nerviosa, si aprieta o rechina los dientes si tiene hábitos con la boca y sonidos cuando abre la boca.

Los resultados en su mayoría corroboran los estudios relacionados, concluyendo que es de vital importancia, que el profesional de la salud, así como el paciente, tomen mayor sensibilidad e importancia en los exámenes clínicos referidos a la ATM para su correcto diagnóstico y tratamiento.

CHACALTANA E. (2015) El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de trastornos temporomandibulares según el índice anamnésico de Fonseca en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que acudieron al servicio de Reumatología del Hospital Nacional “Dos de Mayo”. Método: Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, dónde se evaluaron 102 pacientes, los cuáles fueron seleccionados bajo ciertos criterios de inclusión y exclusión. Para determinar la prevalencia y grado de severidad de trastornos temporomandibulares se utilizó el índice anamnésico de Fonseca, además se realizó una evaluación de los principales signos y síntomas de Trastornos temporomandibulares y se determinó su relación con el índice. Se evaluó el instrumento con una prueba piloto y se realizó la calibración intraexaminador ($Kappa=0.84$) Resultados: La prevalencia de Trastornos temporomandibulares (TTM) en pacientes con diagnóstico de artritis

reumatoide fue de 85,3%, dentro de estos se presentó una severidad del 49% TTM leve, 27.5% TTM moderado y el 8.8% TTM severo. Se registró una incidencia del síntoma rigidez matinal en el 27.5% y dificultad a los movimientos mandibulares en el 38.2%. El dolor a la palpación de la articulación temporomandibular, los ruidos articulares y el dolor a la palpación de los músculos masticatorios, presentaron una alta frecuencia en los pacientes evaluados (56.9%, 56.9% y 70.6% respectivamente). Conclusiones: Se encontró una alta prevalencia de TTM en los pacientes con artritis reumatoide (85.3%), La prevalencia de trastornos temporomandibulares siempre mantuvo una elevada incidencia en todos los grupos de edades evaluadas. Existe una correlación positiva significativa entre el índice anamnésico de Fonseca y los síntomas de rigidez matinal, dificultad al movimiento mandibular, dolor de la articulación temporomandibular y dolor muscular ($p < 0.05$).

MEJIA E. (2016) El propósito del presente trabajo fue el de determinar la prevalencia de la disfunción temporomandibular y su distribución según género y edad utilizando el índice de Maglione en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la UNA-PUNO. La investigación fue de tipo prospectivo, descriptivo, observacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 135 pacientes mayores de 18 años de edad de ambos géneros, atendidos en la Clínica Odontológica de la UNA- Puno; la distribución de la muestra fue probabilística, mediante la técnica de muestreo aleatorio simple. La ficha de recolección de datos fue según el Índice de Maglione y, la descripción de datos se analizó mediante la estadística descriptiva, la estadística inferencial y tablas de contingencia (ji-cuadrada X^2). Los resultados del presente estudio muestran que: el 95.5% (129) de la población estudiada presentó disfunción temporomandibular con más

predominio en la disfunción leve con el 64.4% (87), seguida de la disfunción moderada del 27.4% (37), de la disfunción severa de 3.7% (5) y el 4.5% (6) no presentó disfunción temporomandibular. Mediante la prueba de ji-cuadrada (X^2), se determinó que hay significancia estadística ($p < 0,05$) entre los grupos etarios y la disfunción temporomandibular y que no hay significación estadística entre el género y la disfunción temporomandibular ($p > 0,05$). El signo más prevalente fue la función articular con el 92.6% (125). Conclusión: existe alta prevalencia de disfunción temporomandibular en los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de la UNA-Puno.

RAMOS Y. (2015) El propósito de este trabajo fue evidenciar “Prevalencia De Las Alteraciones De La Atm En Pacientes Desdentados Totales, Hospital Daniel Alcides Carrión- Pasco 2014”, el estudio se enmarco dentro de la investigación de tipo descriptivo, se empleó el método científico, con el diseño no experimental descriptivo transversal. Para el estudio se tomó una muestra no probabilística por conveniencia bajo criterios de inclusión y exclusión, se contó con 87 pacientes. En el presente estudio arribamos a las siguientes conclusiones: El grupo etáreo preponderante en el estudio es de 46 - 60 años con 52.87% (46). El género más frecuente en el estudio es el masculino con 55.17% (48). El tipo de prótesis más utilizado es el tipo acrílico con 79.31% (69). La incidencia de alteraciones de ATM es de 21.84% (19). El tipo de alteración de ATM, más frecuente es el Síndrome de Costen con 42.11% (8). El grado de disfunción de ATM, más frecuente es el grado moderado con 42.11% (8). El tiempo de uso de prótesis más frecuente es mayor a 10 años con 47.37% (9). Del 47.37% (9) que utiliza su prótesis más de 10 años, el 21.05% (4) presenta grado moderado de disfunción. El grado

dedisfunción de ATM varía de acuerdo al tiempo de uso de prótesis que utilizan los pacientes. $X^2_c = 10.05$

c) ANTECEDENTES REGIONALES

BENITES D. Y COL (2017) El propósito de la presente investigación fue Determinar la relación entre Bruxismo y Trastornos Temporomandibulares según el índice Criterios de Diagnóstico de Investigación (CDI) en pacientes atendidos en el Centro de Salud San Antonio, 2017. El tipo de investigación fue cuantitativa, el diseño fue no experimental, correlacional, transversal. La muestra estuvo conformada por 353 pacientes atendidos en el consultorio odontológico del Centro de Salud San Antonio en una población de 1088 pacientes del Centro de Salud San Antonio. Se utilizó el instrumento de Diagnóstico de Bruxismo de Diaz y cols. Y el instrumento de Criterios de Diagnóstico de Investigación (CDI) para Trastornos Temporomandibulares. Los resultados más importantes fueron: Sí existe una relación entre Bruxismo y Trastornos Temporomandibulares. La prevalencia de TTM fue de 35.7%. La prevalencia de Click fue de 0.6%. El 0.6% reportó crepitación a la apertura o cierre. El 0.6 % de pacientes reportaron bloqueo articular. La prevalencia de bruxofacetas fue de 39.9 %. La prevalencia de Hipertrofia muscular fue de 9.6 %. El 92.1% no reportó movilidad dentaria. La prevalencia de Bruxismo fue 26,3%. Los pacientes con Bruxismo presentaron el mayor porcentaje de diagnósticos de TTM. DDSRAL (Desplazamiento de Disco sin Reducción con Apertura Limitada) y Bruxismo fue de 2,2%; EDA (Enfermedad Degenerativa Articular) f y Bruxismo fue de 2,2%; dolor muscular fue de 68,8% y dolor articular fue de 15.1%. El 64.3% no presentó ningún tipo de diagnóstico, el 29.5% presentó dolor muscular con prevalencia en el

género femenino, el 5.1% presentó dolor articular con prevalencia en género femenino, el 0.6% presentó DDSRAL con prevalencia en género femenino, el 0.6% presentó EDA con prevalencia en género femenino. En el DDSRAL se reportó una prevalencia en el grupo etario de 41-50 años, en el diagnóstico de EDA se reportó una prevalencia en el grupo etario de 61-70 años, en el Dolor Muscular se presentó mayor prevalencia en el grupo etario hasta los 20 años, en el Dolor Articular se presentó mayor prevalencia en el grupo etario desde los 18 hasta los 30 años.

LÓPEZ N. Y COL (2017) El presente estudio, tuvo como objetivo Determinar la relación entre los trastornos temporomandibulares y el grupo etario en pacientes atendidos en el Centro de Salud I-4 Bellavista Nanay, en el año 2017. La metodología empleada fue cuantitativa, el diseño no experimental, correlacional, transversal. La muestra estuvo conformada por 272 pacientes que acuden al Centro de Salud Bellavista Nanay. El instrumento utilizado en el presente estudio fue una ficha de recolección de datos que incluyó el índice de Helkimo y la ficha de consentimiento informado. La función normal de la ATM fue más frecuente en los grupos etareos más jóvenes, el grupo de 19 a 29 años 8,8%, 30 a 39 años 6,6%; el deterioro moderado fue más frecuente en los grupos intermedios de 40 a 49 años 12,5% y 50 a 59 con 15,1%; el deterioro severo fue más frecuente en los grupos mayores 50 a 59 años con 3,3% y 60 a más con 5,9%. Existe relación entre grupo etario y movimiento mandibular. Existe relación entre grupo etario y función de la Articulación Temporomandibular.

1.2. BASES TEORICAS

1.2.1. Adulto Mayor

Tercera edad o senectud es un término antro-po-social que hace referencia a las últimas décadas de la vida. (1)Esta etapa del ciclo vital, se presenta unas inclinaciones de todas aquellas estructuras que se habían desarrollado en las etapas anteriores, con lo que se dan cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social. A pesar que esta fase tiene un punto final claro (la muerte), la edad de inicio no se encuentra establecida específicamente, puesto que no todos los individuos envejecen de la misma forma. (2)

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

1.2.2. Clasificación de las personas mayores

Persona mayor (sana o enferma) autónoma: incluye a las personas mayores de 60 años, sanas y afectas de enfermedades (agudas o crónicas) no potencialmente incapacitantes.

- Persona mayor frágil o de alto riesgo de dependencia: este concepto indica situación de dependencia (pero sin padecerla aún), siendo potencialmente reversible, o pudiendo mantener la autonomía mediante una intervención específica.
- Paciente geriátrico: si cumple tres o más de las siguientes condiciones:

- Mayor de 75 años
- Pluripatología
- Incapacidad funcional (alto riesgo de dependencia)
- Deterioro mental
- Problemática social en relación con su estado de salud (3)

1.2.3. Articulaciones Temporomandibulares

La Articulación Temporomandibular está ubicada entre la mandíbula y el hueso temporal del cráneo. En terminaciones exactas, está en la fosa mandibular de hueso temporal (cóncavo) y del cóndilo mandibular (convexo) que están unidos por el disco, protegidos por la capsula articular laxa y delgada por encima del disco. La principal función de la articulación temporomandibular es de hacer movimientos de elevación (apertura de la boca), depresión (cierre de la boca), protrusión (deslizamiento anterior), retracción (deslizamiento posterior y desviación lateral. (4)

La ATTM, está compuesta por músculos que la sostienen, siendo las responsables de los movimientos de la mandíbula, ligamentos y tendones. (4)

Los trastornos temporomandibulares se debe a una combinación de tensión muscular y problemas anatómicos dentro de las articulaciones. También se Debe mencionar un componente psicológico (estrés). (5)

1.2.4. Componentes de la Articulación Temporomandibular.

Está compuesta por las siguientes superficies articulares: Cóndilo de la mandíbula, la cavidad glenoidea y el cóndilo del temporal

1.2.4.1. Sistema Óseo:

Cóndilo de la mandíbula. Situado en el borde superior de la rama ascendente de la mandíbula. Tiene una superficie articular con dos

vertientes: una anterior convexa que mira hacia arriba y adelante, otra posterior, plana y vertical. (4), (5)

Tubérculo articular y la fosa mandibular. Representan las superficies articulares del hueso temporal: La cavidad glenoidea que se encuentran dividida en dos zonas: la primera, una zona anterior, articular; la segunda una zona posterior que corresponde a la pared anterior de la región timpánica del temporal (no articular). Están cubiertas por tejidos fibroso y tienen la función de amortiguar las presiones y a su vez las distribuye sobre las superficies articulares. (4), (5)

1.2.4.2. Sistema Ligamentoso

Situado en la capsula articular, cubierto por revestimiento fibroso y laxo. Permite gran amplitud de movimientos. La capsula articular es delgada en toda su extensión y en la parte anterior. Además, facilitan el desplazamiento del menisco, también limitan su recorrido y el del cóndilo en los movimientos de descenso y los dirigen hacia atrás cuando la mandíbula está en reposo. (4), (5)

1.2.4.3. Sistema Muscular:

Importantes para obtener su funcionalidad formando el complejo maxilomandibular.

Musculo Masetero. Se inserta en el arco cigomático y en la apófisis coronoides de la mandíbula, siendo innervado por el nervio trigémino en su rama mandibular. La finalidad de este musculo es de la elevación de la mandíbula y agrietamiento de los dientes. (4)

Musculo Temporal. Localizada en la fosa temporal y se inserta en la apófisis coronoides y rama anterior de la mandíbula; está innervada por la división mandibular del nervio trigémino. Su

función es de elevar y retraer la mandíbula al mover el maxilar hacia el mismo lado en la masticación de la comida. (4), (5)

Musculo Pterigoideo Externo o Lateral. Ubicada en el ala mayor del esfenoide y la fosa pterigoidea lateral. Se inserta en el cuello del maxilar y cartílago articular. Inervado por la división mandibular del nervio trigémino. Cuando se contrae bilateralmente protruye y deprime la mandíbula, cuando se contrae unilateralmente y de forma alternada hace posible los movimientos laterales de la mandíbula. (5), (6)

Musculo Pterigoideo Medial o Interno. Se origina en la superficie medial de la fosa pterigoidea lateral y en la tuberosidad del maxilar, ésta se inserta en la superficie medial de la mandíbula. Al momento de contraerse unilateralmente protruye el mismo lado; si se contrae alternadamente produce movimientos de trituración. (5)

Musculo Digástrico. Permite el descenso de la mandíbula con ayuda de la gravedad. Los músculos cervicales están íntimamente relacionados con la articulación temporomandibular.

1.2.5. Funciones de ATM

La ATM junto con el sistema masticatorio desarrolla tres funciones principales: La masticación propiamente dicha, la deglución y la fonación.

En la masticación, la ATM es uno de los principales protagonistas de este proceso. El aparato masticatorio está formado por componentes anatómicos (estructuras óseas, dientes, periodonto, neuromuscular,

ATM, glándulas salivales y componentes vasculares y linfáticos) y también se pueden dividir estos de acuerdo a su funcionalidad (estructuras pasivas, activas y anexas). Dentro de las estructuras pasivas se encuentra; el maxilar superior (fijo), el maxilar inferior (móvil), hueso hioides, huesos craneales (temporal). Dentro de las estructuras pasivas se consideran todos los músculos asociados a la ATM y los tejidos blandos. En las estructuras anexas, se encuentran las glándulas salivales y los componentes vasculares y linfáticos. Todas estas en conjunto y en estrecha interrelación dan como resultado movimientos mandibulares armónicos. Existen dos tipos de movimientos mandibulares los básicos (rotación y translación) y los fisiológicos (apertura y cierre, profusión, represión y lateralidades).

La rotación es el movimiento del cóndilo alrededor de su eje, este sucede a la apertura oral y cierre, en este movimiento los cóndilos giran o rotan sobre su eje. Siendo un movimiento que involucra al menisco y el cóndilo. La traslación, es un movimiento en el cual el cóndilo en toda su extensión se mueve en la misma dirección y en el mismo tiempo. (7), (8)

En los movimientos fisiológicos:

- Relación Céntrica: Posición mandibular, donde el cóndilo ocupa la posición más superior y anterior de la cavidad glenoidea.⁹
- Apertura y cierre: Se pueden dar dos situaciones:
 - Cóndilos sólo en rotación (apertura)
 - Cóndilos en rotación y traslación simultáneamente (apertura máxima)
- Protrusión: Los dientes inferiores hacen un recorrido hacia delante después de la oclusión habitual pasando por una posición donde los incisivos se encuentran borde a borde. Este recorrido que

realizan se llama guía incisal. Si el maxilar sigue hacia delante, entraran en contacto algunas piezas posteriores hasta que éste se va ligeramente hacia arriba ocasionando el primer sobrepase anterior para luego lograr la máxima protrusión que se describe como; el punto final que se llega al llevar la mandíbula hacia delante y arriba,

- Retrusión: Los cóndilos después de la protrusión Máxima realizan el recorrido inverso hasta volver a relación céntrica.
- Lateralidades: Mandíbula desde relación céntrica. Se desliza hacia el lado derecho, el cóndilo del mismo lado: cóndilo rotacional o de trabajo. o Movimientos del lado de trabajo: El desplazamiento lateral del cuerpo mandibular en su conjunto hacia el lado de trabajo se conoce como movimiento de Bennett. El cóndilo del lado de trabajo no realiza rotación pura porque también realiza translación.
- Movimientos de lado de no trabajo: El desplazamiento del cóndilo de no trabajo en el plano sagital genera un Angulo conocido como ángulo de Bennett.

Otra función muy importante de la ATM es la deglución, se da por una cadena de contracciones musculares que son coordinadas para que se dé el desplazamiento del bolo alimenticio a la cavidad oral y al estómago. La mandíbula debe estar fija para que exista una contracción tanto de los músculos suprahiodeos como de los infrahiodeos, estos últimos puedan controlar el movimiento del hueso hioides, que es indispensable para la deglución, para que exista la deglución la mandíbula debe estabilizarse mediante los contactos dentarios. (9)

La fonación es la tercera función importante de todo el sistema masticatorio incluida la ATM. Esta contribuye con la forma y posición exacta la boca para que se produzca la resonancia. (10)

1.2.6. Trastornos Temporomandibulares (TTM)

La terminología de los trastornos temporomandibulares (TTM) adquirieron importancia a principio de los años 1930 cuando se publica un trabajo original en 1933 Goodfriend. Seguido poco después por el trabajo ampliamente difundido de Costen en 1934, quien nota que las quejas de sus pacientes no se limitaban a los síntomas típicos de artritis. (9)

A través del tiempo aún existen gran diversidad de criterios en relación con su denominación y etiología, así como para su diagnóstico y tratamiento. En 1955 Schwartz, utiliza el término de síndrome dolor de disfunción de la articulación temporomandibular. Más tarde apareció el término alteraciones funcionales de la articulación temporomandibular, acuñado por Ramfjord y Ash. Algunos términos describían los factores etiológicos sugeridos como es el caso de trastorno oclusomandibular y mioartropia de la Articulación Temporomandibular. Otros resaltaban el dolor como el síndrome de dolor disfunción y el síndrome de dolor de disfunción temporomandibular. Algunos autores creen que estos términos son demasiados restrictivos, y que debe utilizarse una denominación más amplia como la de trastornos craneomandibular. (9)

Se sugirió el término trastorno temporomandibular que ha ido ganando popularidad y actualmente es el aceptado por la Organización Mundial de la Salud. Los trastornos temporomandibulares, es un término usado para reunir un conjunto de enfermedades que acomete los músculos masticatorios, Articulación Temporomandibular y estructuras adyacentes, así como también problemas clínicos caracterizados por el dolor de la musculatura masticatoria, musculatura relacionada con la cabeza y el cuello; dolor de la articulación temporomandibular, tejidos blandos y duros asociados;

limitación de la función mandibular con o sin presencia de sonidos articulares. Es altamente debilitante y altera la perfecta realización de algunas funciones esenciales como masticar alimentos o hablar adecuadamente. Además, la American Academy of Orofacial Pain (AAOP) define a los trastornos temporomandibulares como “un término genérico en el que engloba una serie de problemas clínicos que afectan a la musculatura masticatoria, la articulación temporomandibular (ATM) y las estructuras asociadas o ambas”. (9)

1.2.7. Factores

Los factores predisponentes aumentan el riesgo a padecer TTM; los desencadenantes inician el trastorno y los perpetuantes impiden la curación y propician el progreso de un TTM

1.2.7.1. Factores predisponentes

Fisiopatológicos: neurológicos, vasculares, hormonales, nutricionales y degenerativos

Estructurales: insuficiente desarrollo de los cóndilos

Oclusales: mordida abierta anterior, resalte y sobrepase aumentado, mordida cruzada, ausencia de sectores dentarios posteriores, tratamientos ortodóncicos.

1.2.7.2. Factores precipitantes

Microtraumas

Microtraumas repetidos extrínsecos (hábitos parafuncionales)

Microtraumas repetidos intrínsecos (bruxismo)

1.2.7.3. Factores perpetuantes

Alteraciones de la columna cervical. (11)

1.2.8. Clasificación de los Trastornos Temporomandibulares

Para efectos clínicos, utilizaremos la clasificación de trastornos temporomandibulares (TTM) presentada por Welden Bell y adoptada por la Asociación Dental Americana en 1983. Este sistema de clasificación divide todos los TTM en cuatro grandes grupos con características clínicas similares o comunes:

A. TRASTORNOS DE LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN.

- 1) Co-contracción protectora
- 2) Dolor muscular local
- 3) Dolor miofacial
- 4) Mioespasmo
- 5) Miositis

B. TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

- 1) Alteración del complejo disco-cóndilo
 - a) Desplazamientos discales
 - b) Luxación discal con reducción
 - c) Luxación discal sin reducción
- 2) Incompatibilidad estructural de las superficies articulares
 - a) Alteración morfológica
 - Disco
 - Cóndilo
 - Fosa

- b) Adherencias
 - De disco a cóndilo
 - De disco a fosa
 - c) Subluxación (hipermovilidad)
 - d) Luxación espontánea
- 3) Trastornos inflamatorios de la ATM
- a) Sinovitis
 - b) Capsulitis
 - c) Retrodiscitis
 - d) Artritis
 - Osteoartritis
 - Osteoartrosis
 - Poliartritis
 - e) Trastornos inflamatorios de estructuras asociadas
 - Tendinitis del músculo temporal
 - Inflamación del ligamento estilomandibular

C. HIPOMOVILIDAD MANDIBULAR CRÓNICA

- 1) Anquilosis
 - a) Fibrosa
 - b) Ósea
- 2) Contractura muscular
 - a) Miostática
 - b) Miofibrótica
- 3) Choque coronoideo (impedimento coronoideo)

D. TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO

- 1) Trastornos óseos congénitos y del desarrollo
 - a) Agenesia
 - b) Hipoplasia
 - c) Hiperplasia
 - d) Neoplasia
- 2) Trastornos musculares congénitos y del desarrollo
 - a) Hipotrofia
 - b) Hipertrofia
 - c) Neoplasia. (12)

1.2.9. Diagnóstico de los Trastornos Temporomandibulares

Para un correcto diagnóstico de los trastornos de la articulación mandibular se requiere de una exploración clínica y física que consiste en la exploración de músculos y articulación. (13) La exploración es básicamente en la medida del movimiento articular, la evaluación de la función temporomandibular, y en la palpación de los músculos en actividad y en relajación, y por último de la articulación. (14)

Primero para medir la amplitud de la apertura se mide desde los bordes incisales superiores e inferiores este durante y al finalizar el movimiento, nos tendremos que ayudar con una regla. La apertura mínima normal es 40 mm, en movimientos laterales d 7 a 10 mm tanto como el lado derecho e izquierdo. EL movimiento protrusión es de 6 mm.

La limitación en la variedad de los movimientos ya descritos en el párrafo anterior puede producirse por contracción de uno o varios músculos encargados del cierre mandibular, ocasionado por una no reducción del disco, que puede ser diagnosticado por una anquilosis o fibrosis de la articulación además de un hematoma, neoplasia, infección, o alguna enfermedad sistémica como la esclerodermia. (14)

Los ruidos articulares se pueden escuchar y sentir cuando tocamos la articulación. Los Ruidos articulares pueden ser bastantes comunes en la práctica de la Odontología y pueden ser patológicos, y requerirán tratamiento. Las etiologías de estos ruidos pueden ser ocasionados por alteraciones del disco básicamente ya sus en su morfológica o función en su desplazamiento, y procesos articulares como ejemplo la osteoartritis. (15)

Después de haber palpado la articulación, es necesario percibir si existe debilidad muscular y/o articular, que se representa en los pacientes como dolores miofaciales, miositis, sinovitis o capsulitis. Es necesario la intervención terapéutica cuando existe dolor en la zona articular y/o limitación en los movimientos. (16)

Para el correcto diagnostico se utiliza pruebas de imagen estas pueden incluir radiografía, tomografía axial. La radiografía es un método de diagnóstico muy utilizado y fácil de interpretar, además de su bajo costo, siendo esta la prueba de elección común, afecciones relacionadas a degeneraciones, trauma o displasia y las relaciones anormales entre el cóndilo con el disco y/o fosa no pueden ser evaluados con las radiografías mencionadas., se recomienda el uso de radiografías en apertura y cierre mandibular además de TAC para poder establecer un correcto diagnóstico. Para evaluar el disco articular se puede requerir de una resonancia magnética, Además, los

pacientes con disminución en el movimiento mandibular, pueden ser evaluados con esta técnica, ya que podemos ver la posición del disco y su morfología, otro punto positivo es que se puede descubrir anomalías en la vascularización si utilizamos un contrastador. (17)

1.2.10. Signos y Síntomas según Criterios de la OMS:

La OMS en la evaluación de la articulación temporomandibular considera el chasquido como un signo importante para determinar algún proceso patológico de la ATM, se evalúa directamente por la presencia de un ruido agudo audible o por palpación de las articulaciones temporomandibulares. El chasquido es descrito en la literatura como un ruido especial de crujido o de castaño. Distinguiéndose de la crepitación, que está compuesta de varios ruidos de rozadura y arañadura. (18), (19), (20), (21)

Diversos estudios epidemiológicos han demostrado una prevalencia de chasquido de la ATM entre 14% y el 44% de la población examinada, (22), (23) también ha revelado que el predominio del chasquido es mayor en mujeres que en varones. (24), (25)

No obstante, el predominio se refiere solamente a la presencia del chasquido como signo de la función de la articulación afectada, independientemente del hecho de que el chasquido pueda estar asociado a distintas entidades tales como el desplazamiento del disco, irregularidades en los tejidos blandos en las superficies articulares, hipermovilidad o a cuerpos libres intra-articulares.

La etiología del chasquido articular temporomandibular es cuando el cóndilo golpea la zona temporal, con o sin el disco en medio, tras haber pasado un obstáculo mecánico. En general los ruidos articulares pueden ser oídos en individuos que pueden o no presentar el típico síntoma de

los desórdenes temporomandibulares. (24), (25) Diferentes mecanismos están envueltos en que ocurran los sonidos de la ATM, que la cual refleja alguna anormalidad en la estructura y función de la articulación, como el impacto entre las estructuras articulares y los cambios de calidad del líquido sinovial.

Los impactos entre el cóndilo y la fosa mandibular son asociados con subluxación, desplazamiento del disco y cambios osteoartróticos. Estos eventos no llevan a un incremento en la fricción entre los elementos articulares y estos generan sonidos. (23)

Sin embargo la presencia de anormalidades en la ATM no necesariamente implica la progresión de los síntomas, es siempre necesaria una investigación detallada todas las disfunciones articulares que presenten este signo típico. (24) Uno de los criterios que adoptado para diferenciar el desplazamiento de disco con reducción y sin reducción es la presencia del ruido articular, presentando un sonido articular el desplazamiento del disco sin reducción. (25), (26) Sin embargo Mauricio André Bisia y col concluyen que los sonidos articulares no ocurren exclusivamente en trastornos de ATM asociados a desplazamiento sin reducción. La presencia o ausencia de los sonidos articulares no será un solo aspecto de criterio para a considerar en la diferencia diagnóstica entre una disfunción con o sin desplazamiento del disco. (27)

La OMS también en su evaluación de la articulación temporomandibular considera el dolor a la palpación del músculo temporal y masetero como un signo importante para determinar la patología de la ATM, describen que es un signo que se debe evaluar con la presión unilateral firme de los dos dedos, ejercida dos veces sobre la parte más voluminosa del músculo. Solo se registra si la palpación provoca espontáneamente un

reflejo de evitación. Previamente se describieron todos los elementos y/o componentes que interrelacionados producen el funcionamiento de la ATM entre ellos los músculos de la masticación que en el examen clínico se evalúan para poder determinar alguna patología de esta entidad realizando la palpación de estos para explorar alguna patología.

La OMS considera un síntoma importante en el desarrollo de la patología de la ATM si se evidencia movilidad reducida de la mandíbula es decir menor a 30 mm en el examen clínico, esta se mide con la distancia entre las puntas de los incisivos centrales del maxilar superior y de los incisivos de la mandíbula. Como orientación general en él un adulto, la movilidad de la mandíbula se considera reducida si el sujeto es incapaz de abrirla hasta una anchura de dos dedos.

1.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

1.3.1. Adulto Mayor

Adulto mayor es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 60 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. (28)

1.3.2. Articulación Temporomandibular

La articulación temporomandibular (también llamada complejo articular craneomandibular) es la articulación sinovial tipo bicondilea que existe entre el hueso temporal y la mandíbula. (29)

1.3.3. Trastornos Temporomandibulares

Son conocidos como disfunción temporomandibular o disfunción craneomandibular, (DCM), conjunto de alteraciones relativas a la articulación temporomandibular y las estructuras anatómicas que la rodean, son causa de dolor de cabeza y trastornos faciales dolorosos de diversa intensidad.(30)

1.3.4. Bruxismo

Bruxismo es el rechinar involuntario de los dientes, puede afectar a niños, adultos, hombres y mujeres por igual. La edad de inicio más frecuente se sitúa entre los 17 y los 20 años. (31)

1.3.5. Índice de Helkimo

El Índice Helkimo fue confeccionado para el correcto diagnóstico de los Trastornos Temporomandibulares, siendo el más utilizado hoy en día. (32)

1.3.6. Odontograma

Es un esquema utilizado por los odontólogos que permite registrar información sobre las piezas dentales de una persona. En dicho gráfico, el profesional detalla qué cantidad de piezas dentales permanentes tiene, cuáles han sido restauradas y otros datos de importancia. (33)

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

Los trastornos temporomandibulares (TTM), abarcan un amplio rango de problemas clínicos que comprometen diferentes estructuras anatómicas como son: músculos de la masticación, la articulación temporomandibular (ATM) y estructuras asociadas. ⁽¹⁾ Los signos y síntomas que presentan son numerosos, entre ellos se incluyen los ruidos en la articulación como chasquidos o crepitación, dolor muscular, afectación en la apertura, cierre y movimientos mandibulares, con la consecuente dificultad masticatoria, cefalea, entre otros. (34), (35)

La prevalencia de trastornos temporomandibulares (TTM) va del 20 al 70% en la población general motivo por el que es importante que el cirujano dentista tenga un amplio conocimientos sobre el tratamiento de esta enfermedad que va desde fomentar el autocuidado, tratamiento conservador y, de ser necesario, tratamiento quirúrgico. (34)

Se conoce que el trastorno temporomandibular (TTM) es una condición de origen multifactorial. Sin embargo, en el Perú no existen estudios respecto a los factores que originan la aparición de este problema en la población. Hay controversia en relación al rol que juega la condición oclusal y la ausencia de piezas dentarias, fundamentalmente en el sector posterior de los maxilares en la etiología de los trastornos temporomandibulares (TTM) (35)

Al respecto Jarabak considera que la inestabilidad oclusal con pérdida de soporte posterior podría causar algunas de las sub clasificaciones de los TTM incluyendo el espasmo muscular. (35)

Sin embargo, otros estudios intentaron probar que no existe relación entre la oclusión, ausencia de piezas dentarias y los trastornos temporomandibulares (TTM). Pero las evidencias reflejan que existe relación entre los factores oclusales, la ausencia de piezas dentarias y los trastornos temporomandibulares (TTM) y es crucial en la realidad clínica de la odontología. Si los factores oclusales, guardan alguna relación con los trastornos temporomandibulares (TTM), el cirujano dentista es el profesional indicado a prestar el tratamiento adecuado. (36)

Con esta investigación se pretende contribuir a fortalecer el conocimiento existente sobre este problema, ya que en el momento actual de la realidad nacional, su prevalencia ha ido en aumento.

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la prevalencia de Trastornos Temporomandibulares en Pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco De Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020?

2.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿Cuáles son los signos y síntomas más prevalentes en Trastornos Temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020?

¿Existe pérdida de 5 o más dientes por arcada en sector posterior en Trastornos Temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020?

¿Existe presencia de prótesis mal adaptadas en pacientes con Trastornos Temporomandibulares del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020?

2.3. OBJETIVOS

2.3.1. OBJETIVOS GENERALES

Determinar la prevalencia de Trastornos Temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.

2.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir los signos y síntomas más prevalentes en Trastornos Temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial De Atención Integral Al Adulto Mayor "San Francisco De Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.

Determinar la pérdida de 5 o más dientes por arcada en sector posterior en Trastornos Temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial De Atención Integral Al Adulto Mayor "San Francisco De Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.

Determinar la presencia de prótesis mal adaptadas en Trastornos Temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial De Atención Integral Al Adulto Mayor "San Francisco De Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.

2.4. HIPÓTESIS

Existe una alta prevalencia de Trastornos Temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral del Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020.

2.5. VARIABLES

2.5.1. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente (Y)

- Pacientes adultos mayores

Variable independiente (X)

- Prevalencia de trastornos temporomandibulares

2.5.2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

VARIABLE

1. Prevalencia de Trastornos temporomandibulares.
2. Adulto mayores

Definición Operacional

Trastorno Temporomandibular Leve

Trastorno Temporomandibular Moderado

Trastorno Temporomandibular Severo

Indicadores

Ruido Articular

Rango de apertura

Sintomatología dolorosa

Pérdida de 5 ó más dientes por arcada.

Prótesis mal adaptadas

Instrumento

Índice de Helkimo

Odontograma

2.5.2. OPERACIONAL DE LA VARIABLE

Variable	Definición Operacional	Indicador	Ítems	Escala de medición	Instrumentos
VARIABLE 1 Prevalencia trastornos temporomandibulares	Trastorno Temporomandibular Leve Trastorno Temporomandibular moderado Trastorno Temporomandibular severo	Ruido Articular.	Si No	Nominal	Índice de Helkimo. Odontograma
		Rango de Apertura bucal.	> 40 mm 30-39mm 21- 29 mm 10- 19 mm < 10 mm	Ordinal	
		Sintomatología Dolorosa.	Si No	Nominal	
		Pérdida de 5 ó más dientes por arcada.	Arcada superior Arcada inferior	Nominal	
VARIABLE 2 Adultos Mayores	Pacientes adultos mayores	Prótesis mal adaptadas.	Presente Ausente	Nominal	DNI
		Edad Sexo	60 años a más Masculino Femenino	Ordinal Nominal	

CAPITULO III

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación se empleará del tipo de método cuantitativo, porque recogerá datos a través de instrumentos estructurados y luego se procesaran a través de prueba estadísticas. No experimental; porque las variables no serán manipuladas de forma deliberada, será tratadas tal y como se presentan en la realidad.

El Diseño será Descriptivo, observacional, correlacional y transversal.

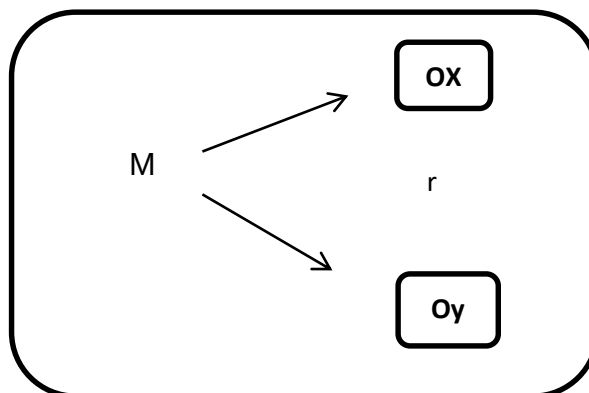
Descriptivo: porque permitirá observar, describir el comportamiento de la variable en estudios.

Observacional: por que al momento de aplicar el instrumento se usará la técnica de inspección.

Correlacional: por que determinará la asociación entre variables sin establecer causa efecto.

Transversal: Se dará en un momento determinado del tiempo

El diseño consta del siguiente diagrama:



Dónde:

M = Muestra

R = Relación entre Variable.

O = Observaciones obtenidas en cada una de las variables.

Ox = Variable dependiente.

Oy = Variable independiente

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población:

Población estará conformada por 46 pacientes del dentro residencial de atención integral al adulto mayor “San Francisco de Asís”- Febrero a Abril - Iquitos 2020.

3.2.2. Muestra:

Estará constituida por los 46 pacientes del dentro residencial de atención integral al adulto mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril - Iquitos 2020

3.2.3. Criterios De Inclusión

- Adulto mayor (mayor de 60 años).
- Participación voluntaria.
- Firma y consentimiento informado del paciente o apoderado.

3.2.4. Criterios De Exclusión

- Paciente adulto mayor con problemas mentales que impidan el estudio.
- Paciente adulto mayor que no deseen participar.

3.3. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. Técnica

La técnica que se usará para el presente estudio de investigación será de entrevista y se usará el instrumento que contiene las variables del estudio.

3.3.2. Instrumento

El instrumento a utilizarse será el índice de Helkimo (anexo 02) y el Odontograma 2019(anexo 03).

3.3.3. Procedimiento

Se solicitará autorización del Director del Centro Residencial De Atención Integral Al Adulto Mayor "San Francisco De Asís" para realizar el estudio.

- Se hará que el paciente se siente cómodamente en el sillón Dental.
- Sentado en un ángulo de 60° con la cabeza inclinada hacia atrás.
- Se pidió al paciente que abra la boca. - Se examinó los movimientos mandibulares.
- Se examinó la función del ATM.
- Se registró en el instrumento N° 01 y N° 02
- Se procedió a analizar la información y elaborar el informe.

3.4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento de la información se realizará mediante el Programa estadístico SPSS Versión 25.0. Se utilizará la prueba de correlación de Spearman's lo que permitirá la relación de las variables de estudio.

Los datos obtenidos serán de carácter confidencial y utilizado únicamente con fines de estudios.

Los datos serán procesados en forma codificada imposibilitando la identificación de los sujetos en estudios respetando así el derecho a privacidad.

Luego del procedimiento de los datos serán destruidos los instrumentos usados para su recolección.

CAPITULO IV

4.1. RESULTADOS

Tabla N°01

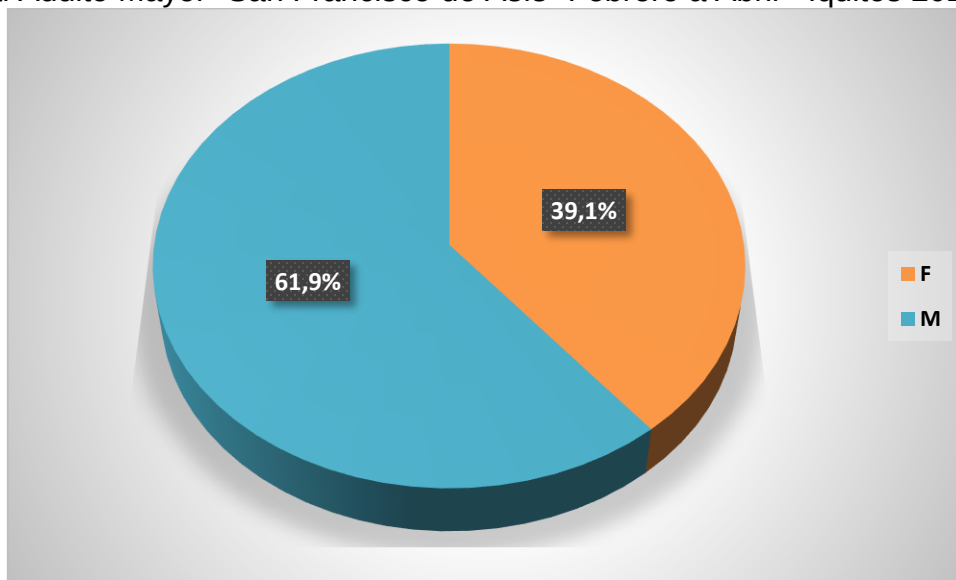
Sexo predominante en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.

		SEXO PREDOMINANTE			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	F	18	39,1	39,1	39,1
	M	28	60,9	60,9	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°01

Sexo predominante en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.



Fuente: Tabla N°01

En la Tabla N°01 y el Gráfico N°01, se observa que del 100% (46) pacientes, el 39.1% (18) son del sexo femenino, y el 61,9% (28) del sexo masculino.

Tabla N°02

Sexo según prevalencia de trastornos temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020

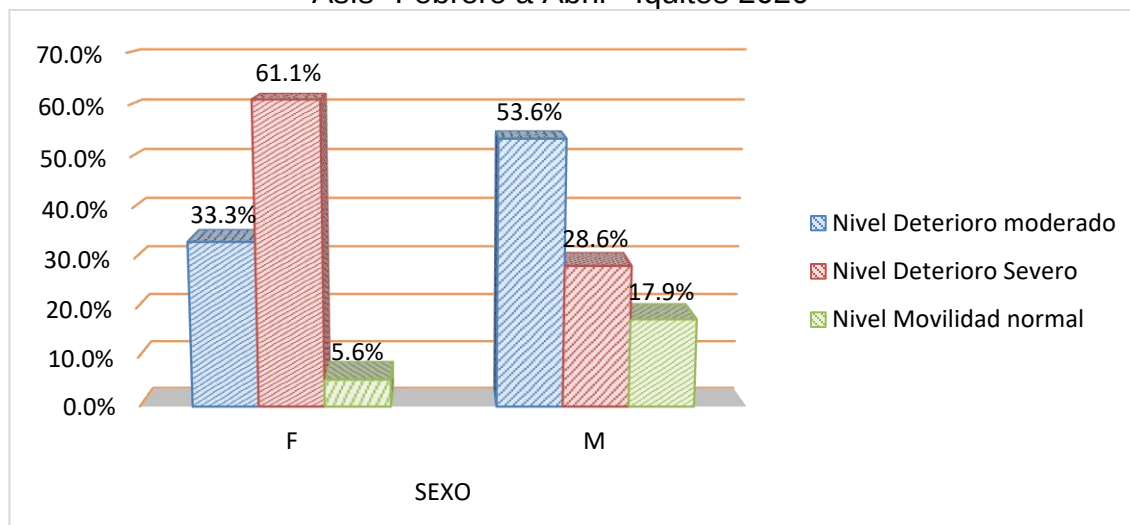
Tabla cruzada SEXO*Nivel de Prevalencia

			Deterioro moderado	Nivel Deterioro Severo	Movilidad normal	Total
SEXO	F	Recuento	6	11	1	18
		% dentro de SEXO	33,3%	61,1%	5,6%	100,0%
	M	Recuento	15	8	5	28
		% dentro de SEXO	53,6%	28,6%	17,9%	100,0%
Total		Recuento	21	19	6	46
		% dentro de SEXO	45,7%	41,3%	13,0%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°02

Sexo según prevalencia de trastornos temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020



Fuente: Tabla N° 02

En la Tabla N° 02 y el Gráfico N° 02, se observa que del 100% (18) de pacientes del sexo femenino, el 33.3% (6), obtuvo nivel de deterioro moderado; el 61.1% (11) nivel de deterioro severo, y el 5.6% (1) nivel movilidad normal.

Por otro lado, del 100% (28) de pacientes del sexo masculino, el 53.6% (15), obtuvo nivel de deterioro moderado; el 28.6% (8) nivel de deterioro severo, y el 17.9% (5) nivel movilidad normal.

Tabla N°03

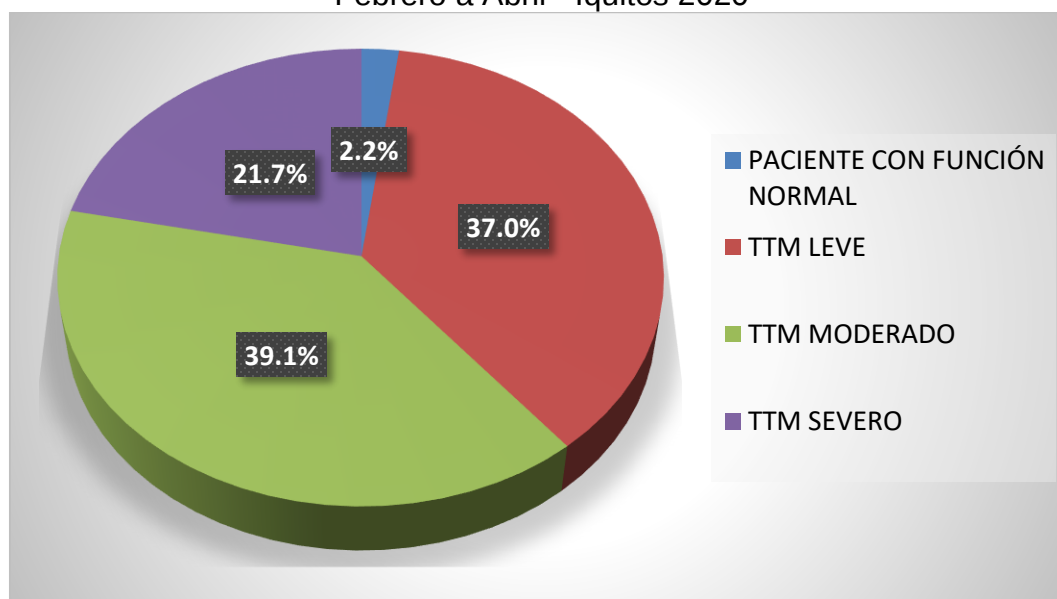
Prevalencia de trastornos temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PACIENTE CON FUNCIÓN NORMAL	1	2,2	2,2	2,2
	TTM LEVE	17	37,0	37,0	39,1
	TTM MODERADO	18	39,1	39,1	78,3
	TTM SEVERO	10	21,7	21,7	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°03

Prevalencia de trastornos temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020



Fuente: Tabla N° 03

En la Tabla N° 03 y el Gráfico N° 03, se observa que del 100% (46) de pacientes, el 2.2% (1), obtuvo función normal; respecto al nivel de trastornos

temporomandibulares, el 37.0% (17) fue leve; el 39.1% (18) moderado, y el 21.7%(10), severo.

Tabla N°04

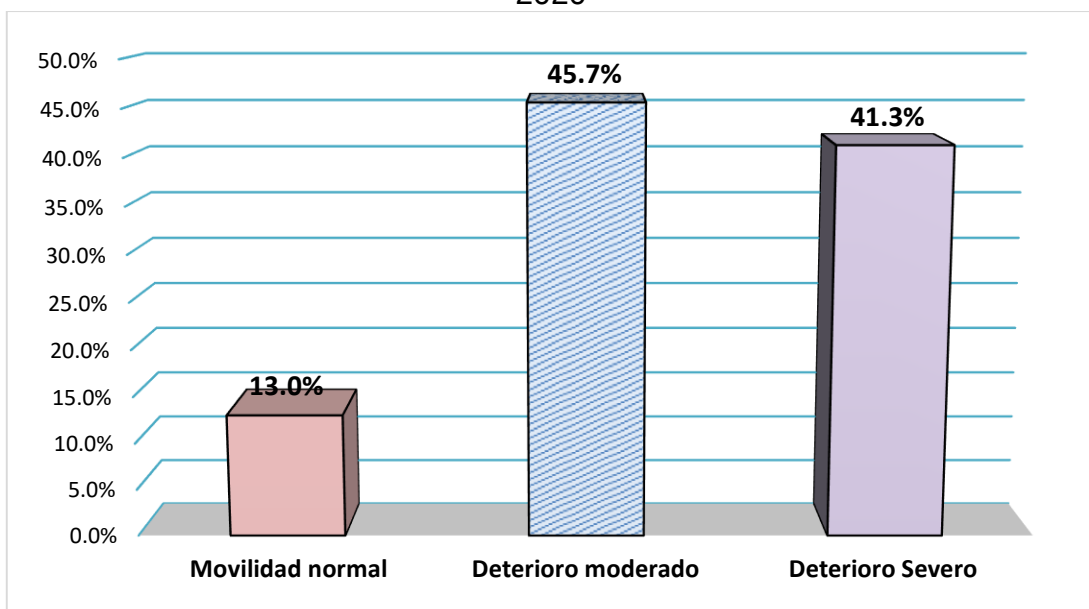
Movimiento Mandibular en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Movilidad normal	6	13,0	13,0	13,0
	Deterioro moderado	21	45,7	45,7	58,7
	Deterioro Severo	19	41,3	41,3	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°04

Movimiento Mandibular en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020



Fuente: Tabla N° 04

En la Tabla N° 04 y el Gráfico N° 04, se observa que del 100% (46) de pacientes, con respecto al movimiento mandibular, el 13.0% (6), tuvo movilidad normal; el 45.7% (21) deterioro moderado y el 41.3% (19) deterioro severo.

FUNCION DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM)

Tabla N°05

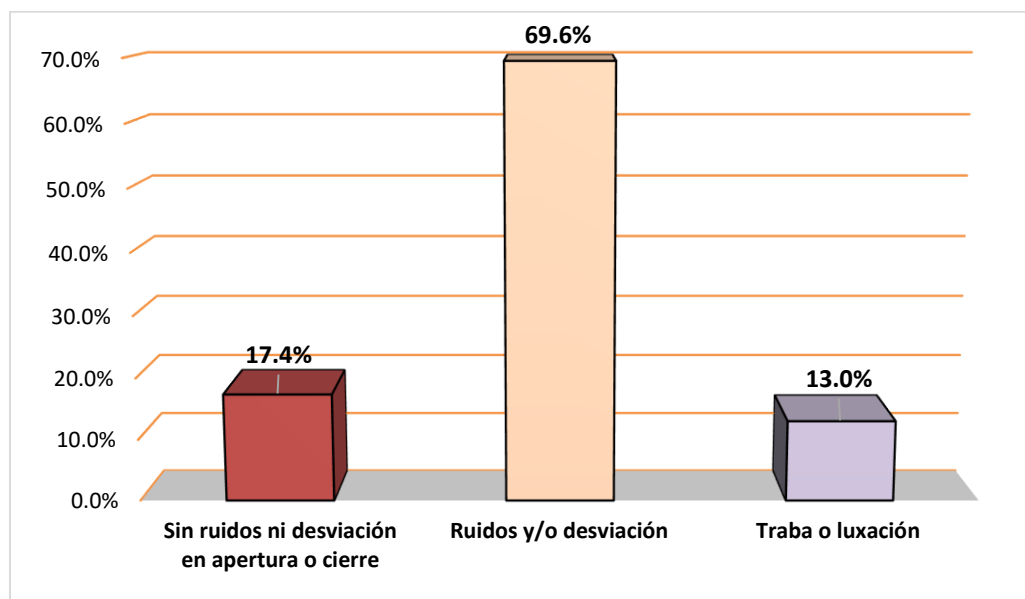
Función de articulación temporomandibular en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin ruidos ni desviación en apertura o cierre	8	17,4	17,4	17,4
	Ruidos y/o desviación	32	69,6	69,6	87,0
	Traba o luxación	6	13,0	13,0	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°05

Función de articulación temporomandibular en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.



Fuente: Tabla N° 05

En la Tabla N° 05 y el Gráfico N° 05, se observa que del 100% (46) de pacientes, con respecto a la función de articulación temporomandibular, el 17.4% (8), no presentaron ruidos ni desviación en apertura o cierre; el 69.6% (32) presentaron ruidos y/o desviación y el 13.0% (6) tuvieron traba o luxación.

ESTADO MUSCULAR

Tabla N°06

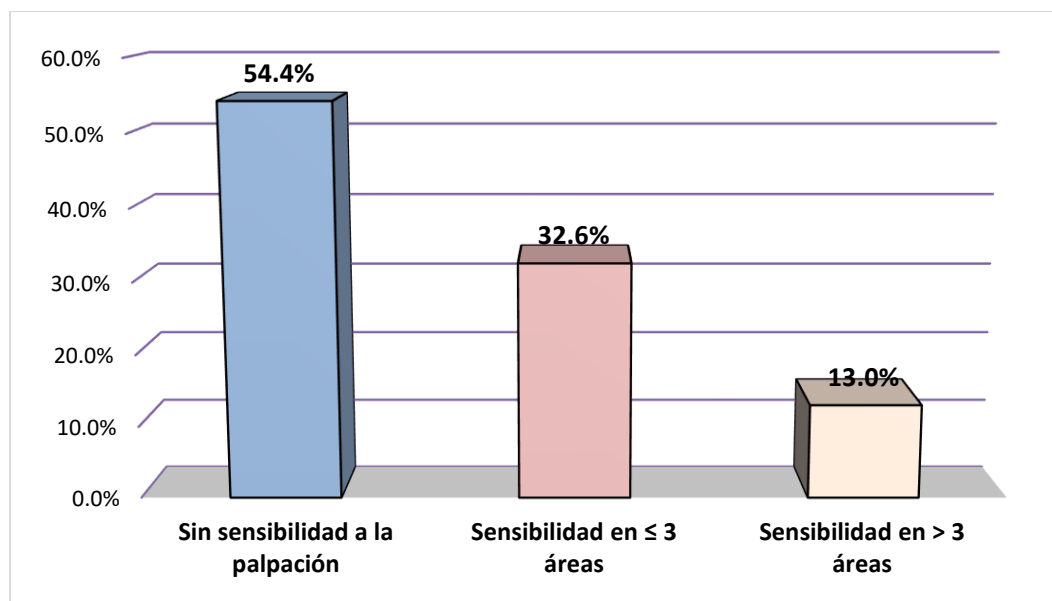
Estado muscular en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin sensibilidad a la palpación	25	54,4	54,4	54,4
	Sensibilidad en ≤ 3 áreas	15	32,6	32,6	87,0
	Sensibilidad en > 3 áreas	6	13,0	13,0	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°06

Estado muscular en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.



Fuente: Tabla N° 06

En la Tabla N° 06 y el Gráfico N° 06, se observa que del 100% (46) de pacientes, con respecto al estado muscular, el 54.4% (25), no presentaron

sensibilidad a la palpación; el 32.6% (15) presentaron sensibilidad en ≤ 3 áreas y el 13.0% (6) tuvieron sensibilidad en > 3 áreas.

ESTADO DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Tabla N°07

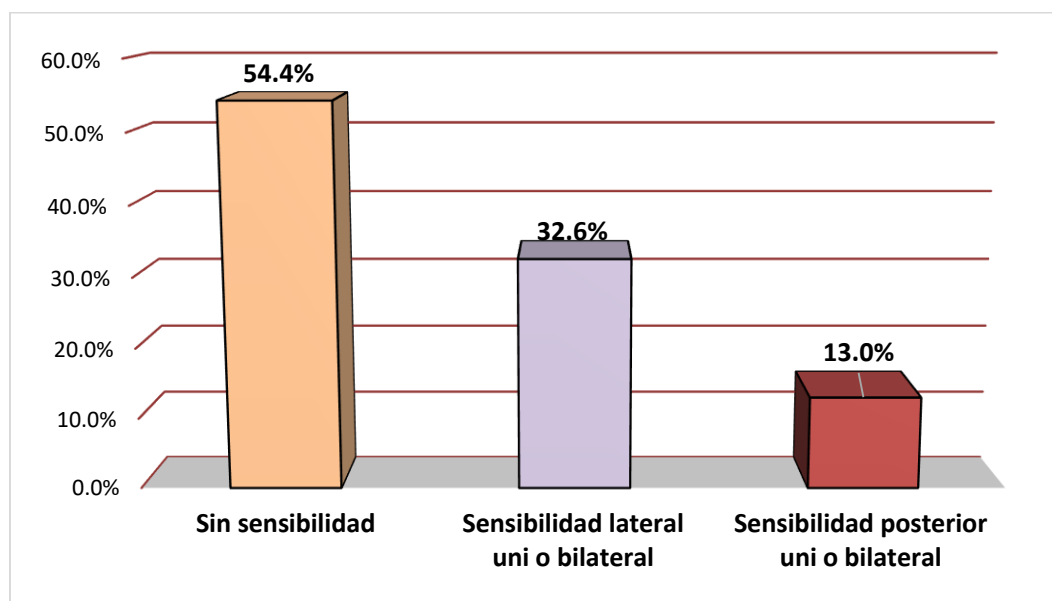
Estado de la articulación temporomandibular en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin sensibilidad	25	54,4	54,4	54,4
	Sensibilidad lateral uni o bilateral	15	32,6	32,6	87,0
	Sensibilidad posterior uni o bilateral	6	13,0	13,0	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°07

Estado de la articulación temporomandibular en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.



Fuente: Tabla N° 07

En la Tabla N° 07 y el Gráfico N° 07, se observa que del 100% (46) de pacientes, con respecto al estado de la articulación temporomandibular, el 54.4% (25), no presentaron sensibilidad; el 32.6% (15) presentaron sensibilidad lateral uni o bilateral y el 13.0% (6) tuvieron sensibilidad posterior uni o bilateral.

DOLOR AL MOVIMIENTO MANDIBULAR

Tabla N°08

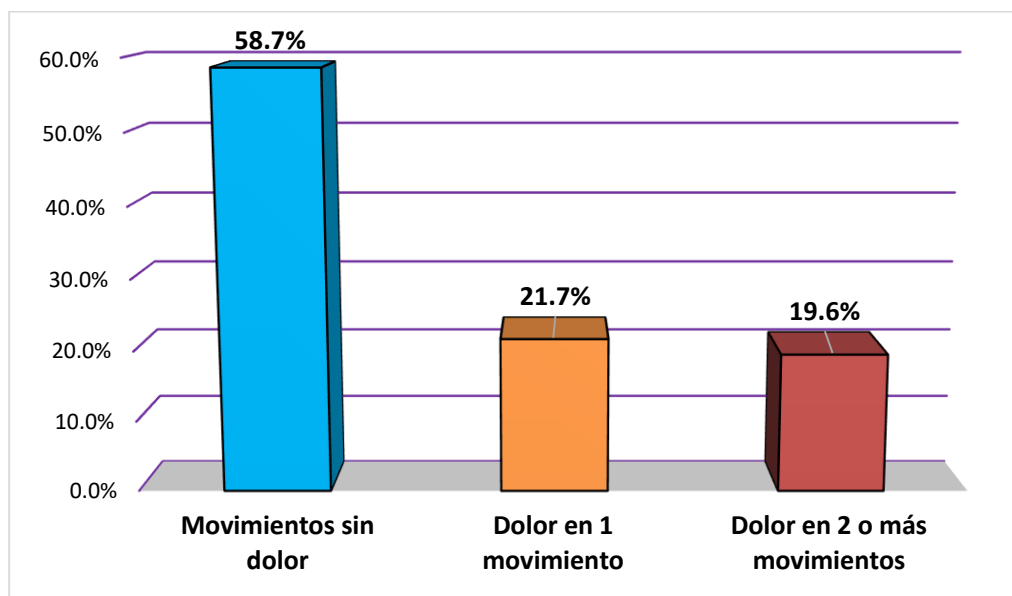
Dolor al movimiento mandibular en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Movimientos sin dolor	27	58,7	58,7	58,7
	Dolor en 1 movimiento	10	21,7	21,7	80,4
	Dolor en 2 o más movimientos	9	19,6	19,6	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°08

Dolor al movimiento mandibular en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.



Fuente: Tabla N° 08

En la Tabla N° 08 y el Gráfico N° 08, se observa que del 100% (46) de pacientes, con respecto al dolor en el movimiento mandibular, el 58.7% (27), no presenta dolor; el 21.7% (10) presentaron dolor en 1 movimiento y el 19.6% (9) tuvieron dolor en 2 o más movimientos.

PÉRDIDA DE 5 Ó MÁS DIENTES POR ARCADA

ARCADA SUPERIOR

Tabla N°09

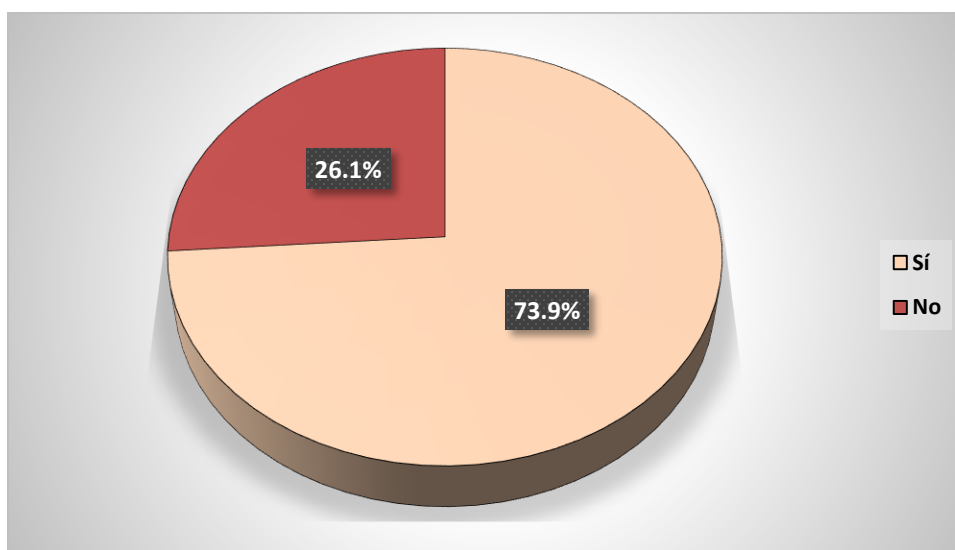
Pérdida de 5 o más dientes en arcada superior en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	34	73,9	73,9	73,9
	No	12	26,1	26,1	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°09

Pérdida de 5 o más dientes en arcada superior en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.



Fuente: Tabla N° 09

En la Tabla N° 09 y el Gráfico N° 09, se observa que del 100% (46) de pacientes, con respecto a la pérdida de 5 o más dientes en arcada superior el 73.9% (34), presentaron pérdida y el 26.1% (12) tenían menos de 4 o ningún diente perdido

ARCADA INFERIOR

Tabla N°10

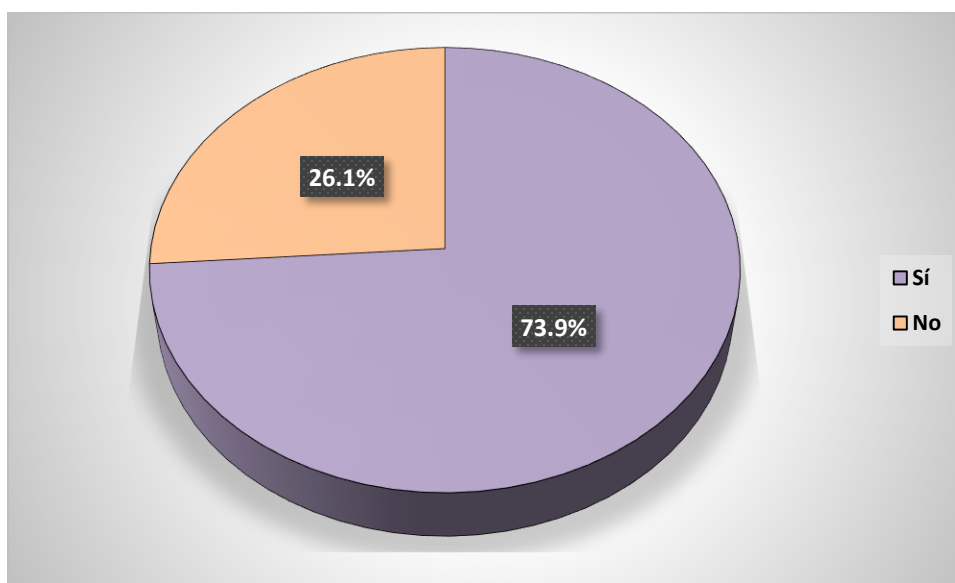
Pérdida de 5 o más dientes en arcada Inferior en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	34	73,9	73,9	73,9
	No	12	26,1	26,1	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°10

Pérdida de 5 o más dientes en arcada Inferior en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.



Fuente: Tabla N° 10

En la Tabla N° 10 y el Gráfico N° 10, se observa que del 100% (46) de pacientes, con respecto a la pérdida de 5 o más dientes en arcada inferior el 73.9% (34), presentaron perdida y el 26.1% (12) tenían menos de 4 o ningún diente perdido.

PRÓTESIS MAL ADAPTADAS

Tabla N°11

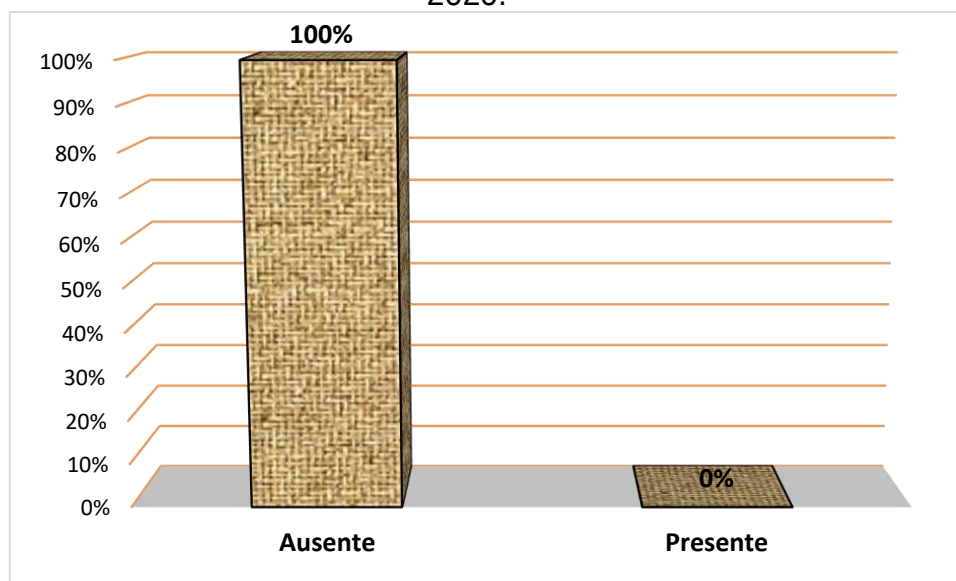
Prótesis mal adaptadas en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	46	100,0	100,0	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°11

Prótesis mal adaptadas en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor "San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.



Fuente: Tabla N° 11

En la Tabla N° 11 y el Gráfico N° 11, se observa que del 100% (46) de pacientes, con respecto a prótesis mal adaptadas el 100.0% (46), no presentaron prótesis mal adaptadas.

Resultado sobre Niveles de severidad de prevalencia de caries

Perdidos: 326

Obturados: 12

Cariados: 168

Total: 506 ÷ 46

CPOD: 11 (Muy alto)

Resultado sobre Niveles de severidad de prevalencia de caries, según los siguientes valores:

CPOD

0-1.1 Muy Bajo,

1.2-2.6 Bajo,

2.7-4.4 Moderado,

4.5 - 6.5 Alto

6.6 y + Muy Alto.

CAPITULO V

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio de “Prevalencia de Trastornos temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor “San Francisco de Asís” Febrero a Abril – Iquitos 2020, donde la muestra estuvo conformada por 46 pacientes de ambos sexo, entre edades de 60 a + con una metodología cuantitativa, el diseño fue no experimental, correlacional, transversal. El instrumento utilizado en el presente estudio para la recolección de datos fue el índice Helkimo y la ficha de consentimiento informado, dando como resultado que si existe una alta prevalencia de pacientes con Trastornos Temporomandibulares.

Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

El sexo predominante en dicha investigación fue el sexo masculino en un 60.9% y femenino con un 39.1% estos resultados coinciden con el de “Ramos Y 2015” donde el género más frecuente en su estudio también fue el masculino con un 55.17% con lo que podemos decir que hay una mayor prevalencia de trastornos en pacientes del sexo masculino.

La prevalencia de Trastornos Temporomandibulares tuvo como resultados en trastorno temporomandibular Leve 37%, trastorno temporomandibular Moderado un 39.1% y en trastorno temporomandibular Severo 21.7% haciendo un comparativa con el estudio mencionado de “Chacaltana E 2015” dando resultados 49% trastorno temporomandibular leve, 27.5% trastorno temporomandibular moderado y el 8.8% trastorno temporomandibular severo y el el estudio de “Mejia E 2016” teneindo resultados en trastorno temporomandibular Leve 64.4%, trastorno temporomandibular Moderada 27.4%.

A demás se obtuvo resultados en movimiento mandibular, con un deterioro moderado de 45.7 y en deterioro severo en un 41.3, datos similares se obtuvo en el estudio de “Larenas C. 2018” con un 43.2% de desviación mandibular, así mismo en la investigación “Chacaltana E 2015” registró dificultad a los movimientos mandibulares en un 38.2% en pacientes con artritis reumatoides lo que nos indica que nuestros resultados obtenidos en el presente ítem se encuentra en el promedio de otras investigaciones en el mismo grupo etario. En otros estudios como el de “López N. y Col 2017” se registró en deterioro moderado un 12.5% entre edades de 40 a 49 años y de 15.1% entre edades de 50 a 59 años y en deterioro severo con un 3.3% en edades de 50 a 59 y 5.9% en edades de 60 a más.

En los pacientes que se realizó el trabajo de investigación, en el ítem de estado muscular se evaluó si hubo o no dolor a la palpación en los músculos temporal, masetero, pterigoideo como resultado de ello se obtuvo un 32.6 % y un 32.6% en dolor a la palpación de la articulación temporomandibular, mientras en el estudio de “Chacaltana E. 2015” datos similares arrojaron 56.9 y 70.6 respectivamente. En otros estudios como el de “Benites D. Y Col 2017” registro un dolor muscular de 68.8% y dolor articular de 15.1%

La presencia de ruidos articulares en el estudio de “Chacaltana E. 2015” realizado en pacientes de artritis reumatoide fue de 56.9% mientras que en nuestro estudio fue con un 69.6%, lo que difiere de nuestro estudio con un 12.6% el de “Larenas C. 2018” siendo este un grupo etario más amplio.

La prevalencia de sexo que presento mayor signos y síntomas en los trastornos temporomandibulares fue el sexo femenino con un 61.1% con deterioro severo y el sexo masculino presento mayor prevalencia en el deterioro moderado con un 53.6%.

Con respecto a la pérdida de 5 o más dientes en arcada superior el 73.9% (34), presentaron pérdida y el 26.1% (12) tenían menos de 4 o ningún diente perdido, dando de igual resultado en la arcada inferior.

En prótesis mal adaptadas no tuvimos ningún tipo de registro ya que de todos la mayoría de pacientes evaluados del centro residencial de atención integral del adulto mayor “San francisco de Asís” en el periodo mencionado no contaban con prótesis, y tampoco contaban con un odontólogo particular.

Se obtuvo como resultado en Niveles de Severidad de Prevalencia de caries, un CPOD de 11 (Muy alto) lo que nos confirma la alta prevalencia de caries, dientes perdidos y obturados en nuestros pacientes, lo que ocasionaron un déficit en las articulaciones, posteriormente obteniendo un trastorno temporomandibular.

5.2. CONCLUSIONES

1. El sexo predominante en dicha investigación fue el sexo masculino en un 60.9% y femenino con un 39.1%.
2. Existe una alta prevalencia de Trastornos Temporomandibulares en pacientes del centro residencial de atención integral al adulto mayor “San Francisco de Asís” con un 39.1% en TTM moderado, 37% en TTM Leve y en TTM Severo un 21.7%.
3. Se obtuvo resultados en movimiento mandibular, con un deterioro moderado de 45.7% y en deterioro severo en un 41.3%.
4. En estado muscular se registró si hubo o no dolor a la palpación en los músculos temporal, masetero, pterigoideo como resultado de ello se obtuvo un 32.6 % y un 32.6% en dolor a la palpación de las articulación temporomandibular.
5. En función de Articulación Temporomandibular se obtuvo un 69.6% en ruidos y/o desviaciones, un 13% en trabas o luxaciones y 17% sin desviación, ni ruidos en apertura o cierre.
6. Los signos y síntomas más prevalentes fueron ruidos, desviaciones en apertura y cierre, ruidos, chasquidos, traba, luxaciones, sensibilidad a la áreas masticatorias y de articulación.
7. La prevalencia de sexo que presento mayor signos y síntomas en los trastornos temporomandibulares fue el sexo femenino con un 61.1% con deterioro severo y el sexo masculino presento mayor prevalencia en el deterioro moderado con un 53.6%.
8. Con respecto a la pérdida de 5 o más dientes en arcada superior si existe un alto porcentaje de perdida que es un 73.9% (34), presentaron

perdida y el 26.1% (12) tenían menos de 4 o ningún diente perdido, dando de igual resultado en la arcada inferior.

9. En prótesis mal adaptadas no tuvimos ningún tipo de registro ya que de todos la mayoría de pacientes evaluados del centro residencial de atención integral del adulto mayor “San Francisco de Asís” en el periodo mencionado no contaban con prótesis, y tampoco contaban con un odontólogo particular.

10. Se obtuvo como resultado en Niveles de Severidad de Prevalencia de caries, un CPOD de 11 (Muy alto) lo que nos confirma la alta prevalencia de caries, dientes perdidos y obturados en nuestros pacientes, lo que ocasionaron un déficit en las articulaciones, posteriormente obteniendo un trastorno temporomandibular.

5.3.RECOMENDACIONES

1. Que el centro residencial de atención integral del adulto mayor “San Francisco de Asís” cuente con un odontólogo que realice los tratamientos necesarios para la alta presencia de caries, dientes perdidos, obturados.
2. Contar con una movilidad especial para movilizar a los pacientes a sus citas con el odontólogo particular.
3. Invertir en la elaboración de prótesis parciales y completas para los pacientes que no cuentan con parientes que le puedan costear sus tratamientos.
4. Realizar estudios de Trastornos Temporomandibulares en otras poblaciones de Iquitos y en toda la región, para lograr un mayor conocimiento de que tan afectado esta nuestra región.
5. Poner mayor énfasis en los signos y síntomas de los Trastornos Temporomandibulares para un mejor manejo de tratamientos.
6. Se recomienda a los familiares realizar un mayor seguimiento a la salud bucal de los pacientes, sobre todo ante la presencia de trastornos temporomandibular.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Publication Manual of the American Psychological Association, 6ª ed. (American Psychological Association, 2009) ISBN 1433805618
2. WHO | Definition of an older or elderly person». Who.int. Consultado el 4 de abril de 2016.
3. Forman, D. E.; Berman, A. D.; McCabe, C. H.; Baim, D. S.; Wei, J. Y. (1992). «PTCA in the elderly: The "young-old" versus the "old-old"». *J. of the American Geriatrics Society* 40 (1): 19-22.
4. VALENCIA L. Alteración de la articulación Temporomandibular. Disponible en: www.efisioterapia.net/certamen2007/leer.php?id_texto=11-65k.
5. XPLAIN. Trastornos Temporomandibulares (TTM). Disponible en: [Xwww.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutoriales/tempomndibularjoin disordersspanish/ol2091s4.pdf](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutoriales/tempomndibularjoindisordersspanish/ol2091s4.pdf).
6. IZQUIERDO R. Frecuencia y sintomatología de los Trastornos Temporomandibulares. Rev. Cubana Ortod. 1999; 13(1): 7-12.
7. Isberg A. Disfunción de la Articulación Temporomandibular. Ed Artes Médicas Sao Pablo 2003.
8. Alonso A.A. Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral. Ed Panamericana Buenos Aires 1999
9. Echeverri E. Neurofisiología de la Oclusión. Ed. Monserrate. Bogota. 1ª Edición. 1991
10. Okeson JP. Tratamiento de Oclusión y Afecciones Temporomandibulares, 6ta Edición. Barcelona, MO: Mosby; 2008
11. Jenkins GN: The physiology and biochemistry of the mouth Oxford, England, 1974, Blackwell Scientific
12. Torre Rodríguez E de la, Aguirre Espinosa I, Fuentes Mendoza V, Peñón Vivas PA, Espinosa Quirós D, Núñez Fernández J. Factores de riesgo asociados a trastornos temporomandibulares. Rev Cubana

Estomatol. 2013 [citado 2 Abr 2015];50(4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000400004

13. VALMASEDA E, GAY C. Diagnóstico y Tratamiento de la patología de la articulación temporomandibular. ORL-DIPS 2002;29(2):55-70
14. Frinckton J, Schiffman E. Reliability of a craniomandibular index. J Dent Res 1986; 65: 1359-64.
15. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomandib Disord 1992; 6: 301-55.
16. CABO R, GRAU I, SOSA M. Frecuencia de trastornos temporomandibulares en el área del Policlínico Rampa, Plaza de la Revolución. Rev. Cubana. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". 2009.
17. Welden B. Temporomandibular disorders. 3er ed. Chicago: Mosby, 1990
18. Dworkin SF, Kimberly HH, LeResche L, y col Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. J Am dent Assoc 1990; 120: 273-81
19. Molin C, Katzberg RW, Teallents RH, y col, Characterization of temporomandibular joint sounds. A preliminary investigation with arthrographic correlation. Oral surg. 1948; 58: 10-16.
20. Pullman L. Sounds produced by the mandibular joint in a sample of healthy workers. J orofac pain 1993;7: 359-61
21. Salonen L, Hellden L. prevalence of signs and symptoms of dysfunction in the masticatory system: an epidemiologic study in an adult Swedish population. J Craniomandib disord facial oral pain 1990;4:241-50
22. Prinz JF. Physical mechanisms involved in the genesis of temporomandibular joint sounds. J Oral Rehabil 1998; 25:706-14.

23. Honda K, Natsumi Y, Urade M. Correlation between MRI evidence of degenerative condylar surface changes, induction of articular disc displacement and pathological joint sounds in the temporomandibular joint. *Gerodontology* 2008;25:251-7.
24. Gray RJM, Davies SJ, Quayle AA. Temporomandibular disorders: a clinical approach. London: British Dental Journal, 1995.
25. Limchaichana N, Nilsson H, Ekberg EC, Nilner M, Petersson A. Clinical diagnoses and MRI findings in patients with TMD pain. *J Oral Rehabil* 2007;34:237-45.
26. Welden Bell. 'Clinical management of temporomandibular joint disorders', Chicago, 1982, year Book medical publishers
27. Mauricio André Bisia, Karen Dantur Batista Chavesa Edela Puricellia Relationship between sounds and disc displacement of the temporomandibular joint using magnetic resonance imaging, *Rev. odonto ciênc.* 2010;25(1):37-41
28. Concepto definicion.de, Redacción. (Última edición:18 de julio del 2019). Definición de Adulto Mayor.
29. Learreta Jorge Alfonso. Compendio sobre Diagnóstico de las Patologías de la ATM. Artes médicas. Año 2.004. ISBN 10: 8536700173/ISBN 13: 9788536700175.
30. Schiffman, Eric; Ohrbach, Richard; Truelove, Edmond; Look, John; Anderson, Gary; Goulet, Jean-Paul (invierno de 2014). «[Criterios diagnósticos para los trastornos temporomandibulares (DC/TMD) para aplicaciones clínicas y de investigación: recomendaciones de la red del Consorcio Internacional RDC/TMD y del Grupo de Interés Especial del Dolor Orofacial.]. *J Oral Facial Pain Headache* (en inglés) 28 (1): 6-27. PMID 24482784. Consultado el 23 de marzo de 2017.
31. <https://definicion.de/bruxismo/>
32. Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system; IV: Age and sex distribution of symptoms of dysfunction of the

masticatory system in Lapps in the north of Finland. *Acta Odontol Scand.* 1974;32(4):255–67.

33. <https://definicion.de/odontograma/>

34. Lescas O, Hernández ME, Sosa A, Sánchez M, Ugalde C, Ubaldo L, et al. Trastornos temporomandibulares Complejo clínico que el médico general debe conocer y saber manejar. *Rev Fac Med UNAM.* 2012;55(1):5-11.

35. Grau I, Fernández K, González G, Osorio M. Algunas consideraciones sobre los trastornos temporomandibulares. *Rev Cub Estomatol* 2005;42(3).

36. Jarabak JR. An electromyographic analysis of muscular and temporomandibular joint disturbances due to imbalance in occlusion. *Angle Orthodontist.* 1956;26(3):170-90.

ANEXOS

ANEXO N °01

CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVALENCIA DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES EN PACIENTES DEL CENTRO RESIDENCIAL DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR "SAN FRANCISCO DE ASÍS" FEBRERO A ABRIL - IQUITOS 2020

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE EN LA INVESTIGACIÓN

I. Presentación

Sra.: Buenos días soy bachiller en Estomatología de la Universidad Científica del Perú, me encuentro desarrollando la investigación: PREVALENCIA DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES EN PACIENTES DEL CENTRO RESIDENCIAL DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR "SAN FRANCISCO DE ASÍS" FEBRERO A ABRIL - IQUITOS 2020. La información que se obtenga solo será utilizada para fines de investigación. Su participación será anónima, y usted será tratada con mucho respeto y amabilidad, cuidando su integridad física y moral durante toda la ejecución del estudio, esta información será recolectada solo con fines de estudio.

¿Aceptaría participar libre y voluntariamente en el estudio?

Si ()

No ()

DNI

ANEXO N°02

INDICE DE HELKIMO PREVALENCIA DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES EN PACIENTES DEL CENTRO RESIDENCIAL DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR "SAN FRANCISCO DE ASÍS" FEBRERO A ABRIL - IQUITOS 2020

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

INDICE DE HELKIMO

I. Presentación.

El presente instrumento tiene el propósito de identificar los Trastornos Temporomandibulares utilizando el índice Helkimo.

II. Instrucciones. El presente instrumento será llenado por el investigador, se realizará un examen clínico al paciente y se registrará en el siguiente instrumento.

III. Contenido

Datos Generales:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: MESES:

N° PACIENTE:

SEXO: F M

A. MOVIMIENTO MANDIBULAR

☐ APERTURA MAXIMA

≥ 40 mm ☐ (0)

30-39 mm ☐ (1)

< 30 mm ☐ (5)

□ LATERALIDAD MAXIMA

a. DERECHA

≥ 07 mm (0)

4-6mm (1)

0-3 mm (5)

b. IZQUIERDA

≥ 07 mm (0)

4-6 mm (1)

0-3 mm (5)

□ PROTRUSION MAXIMA

≥ 07 mm (0)

4-6 mm (1)

0-3 mm (5)

a) Movilidad normal (0)

b) Deterioro moderado (1-4)

c) Deterioro severo (5-20)

Se da un valor de 0 para a, 1 para b, 5 para c, en dependencia del grado de limitación del movimiento.

B. FUNCION DE ATM

☐ FUNCIÓN DE ATM

Sin ruidos ni desviación en apertura o cierre	☐	(0)
Ruidos y/o desviación	☐	(1)
Traba o luxación	☐	(5)
	☐	

C. ESTADO MUSCULAR

Sin sensibilidad a la palpación	☐	(0)
Sensibilidad en ≤ 3 áreas	☐	(1)
Sensibilidad en > 3 áreas	☐	(5)

D. ESTADO DE LA ATM

Sin sensibilidad	☐	(0)
Sensibilidad lateral uni o bilateral	☐	(1)
Sensibilidad posterior uni o bilateral	☐	(5)

E. DOLOR AL MOVIMIENTO MANDIBULAR

Movimientos sin dolor	☐	(0)
Dolor en 1 movimiento	☐	(1)
Dolor en 2 o más movimientos	☐	(5)

IV. Valoración:

Sumar A + B + C + D + E

PUNTAJE

PACIENTE CON FUNCION NORMAL	☐	(0)
TTM LEVE	☐	(1-4)
TTM MODERADO	☐	(5-9)
TTM SEVERO	☐	(10-25)

NTS N° 150 -Minsa-2019DGI/SP
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL USO DEL ODONTOGRAMA

5.1. El gráfico N° 01 del odontograma es el siguiente:

Fuente: Dirección Ejecutiva de Salud Bucal - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

ANEXO N° 04:

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Variable	Definición Operacional	Indicador	Ítems	Escala de medición	Instrumentos
VARIABLE 1 Prevalencia trastornos temporomandibulares	Trastorno Temporomandibular Leve Trastorno Temporomandibular moderado Trastorno Temporomandibular severo	Ruido Articular.	Si No	Nominal	Índice de Helkimo. Odontograma
		Rango de Apertura bucal.	> 40 mm 30-39mm 21- 29 mm 10- 19 mm < 10 mm	Ordinal	
		Sintomatología Dolorosa.	Si No	Nominal	
		Pérdida de 5 ó más dientes por arcada.	Arcada superior Arcada inferior	Nominal	
		Prótesis mal adaptadas.	Presente Ausente	Nominal	
VARIABLE 2 Adultos Mayores	Pacientes adultos mayores	Edad Sexo	60 años a más Masculino Femenino	Ordinal Nominal	DNI

Anexo N°05

MATRIZ DE CONCISTENCIA

TÍTULO: PREVALENCIA DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES EN PACIENTES DEL CENTRO RESIDENCIAL DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR "SAN FRANCISCO DE ASÍS" FEBRERO A ABRIL - IQUITOS 2020

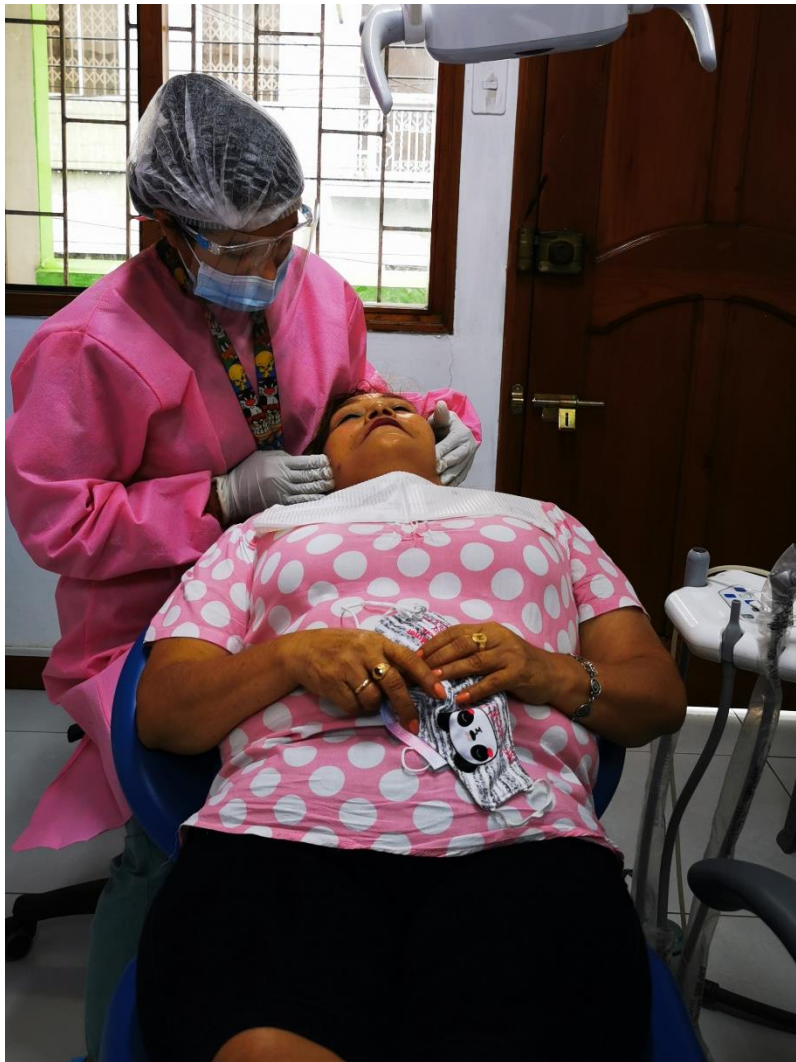
Titulo	Problema general y específicos	Objetivo general y específicos	Hipótesis general y específicas	Variables e indicadores	Diseño de investigación	Método y técnicas de investigación	Población y muestra
Prevalencia de Trastornos Temporomandibulares en pacientes del centro residencial de atención integral al adulto mayor "san francisco de Asis", Iquitos 2020.	Problema General: ¿Cuáles son los Factores Asociados a Trastornos Temporomandibulares en Pacientes Del Centro Residencial De Atención Integral Al Adulto Mayor "San Francisco De Asís", Febrero a Abril - Iquitos 2020?	Objetivos Generales Determinar la prevalencia de trastornos temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial De Atención Integral Al Adulto Mayor "San Francisco De Asís", Febrero a Abril - Iquitos 2020.	H1 Los trasntornos temporomandibulares tienen un alto porcentaje de prevalencia en pacientes del centro residencial de atención integral al adulto mayor	Variable (1) Prevalencia en transtornos Temporomandibulares Ruido Articular. Rango de Apertura bucal. Sintomatología Dolorosa. Pérdida de 5 ó más dientes por arcada. Prótesis mal adaptadas.	Descriptivo, observacional, correlacional y transversal	Técnica: - Entrevista, encuesta. -Uso del Índice d Helkimo y odontograma 2020.	Estará conformada por 55 pacientes del centro residencial de atención integral al adulto mayor "san francisco de Asis",

	Problemas Específicos ¿Cuál son los signos y síntomas en Trastornos Temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial De Atención Integral Al Adulto Mayor "San Francisco De Asís", Febrero a Abril - Iquitos 2020? ¿Existe pérdida de 5 o más dientes por arcada en sector posterior en Trastornos Temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial De Atención Integral Al Adulto Mayor "San Francisco	Objetivos Específicos Determinar los signos y síntomas en Trastornos Temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial De Atención Integral Al Adulto Mayor "San Francisco De Asís" Iquitos – 2020. Determinar la pérdida de 5 o más dientes por arcada en sector posterior en Trastornos Temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial De Atención Integral Al Adulto Mayor "San Francisco	"San Francisco de Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.	Variable (2) Transtornos Temporomandibulares Función normal 0 TTM Leve 1-4 TTM Moderado 5-9 TTM Severo 10-25			Febrero a Abril - Iquitos 2020.
--	---	---	--	---	--	--	--

	De Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020? ¿Existe presencia de prótesis mal adaptadas en Trastornos Temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial De Atención Integral Al Adulto Mayor "San Francisco De Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020?	De Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020. Determinar la presencia de prótesis mal adaptadas en Trastornos Temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial De Atención Integral Al Adulto Mayor "San Francisco De Asís" Febrero a Abril - Iquitos 2020.		Variables intervinientes: - Edad - Sexo			
--	---	---	--	--	--	--	--

ANEXO N° 06

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS





ANEXO N° 07

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN AL CENTRO RESIDENCIAL

"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA DE IQUITOS	
MESA DE TRABAJO - RECEPCIÓN	
Fecha	24 / 09 / 19
Reg. N°	4807
Hora	10:15 am
Firma	<i>[Firma]</i>

SOLICITO: Permiso para investigación.

CPC Sr. Jorge Gonzales Bardales
Presidente del Directorio de la Sociedad de Beneficencia de Iquitos

Por medio de la presente me dirijo a usted de la manera más respetuosa para que me conceda su consentimiento, permiso u autorización para desarrollar mi trabajo de Investigación "Prevalencia de Trastornos Temporomandibulares en pacientes del Centro Residencial de Atención Integral al Adulto Mayor - San Francisco de Asís, Iquitos 2019" para obtener el título de Cirujano Dentista.

Adjunto: Consentimiento Informado
Instrumento - Índice de Helkimo

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente

[Firma]
Bachiller en Estomatología
Teresa Del Rosario Villasis Cumpia