

201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ATENCION DENTAL AL PACIENTE GERIATRICO INCAPACITADO

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

JOSE OSVALDO CANALES GARCIA

ASESOR : C.D. LUIS MIGUEL MENDOZA JOSE

MEXICO D. F.

1998

Handwritten signatures and scribbles on the left side of the page.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

269 475

1



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

La mayoría de estos libros se escriben en realidad con una importante dosis de ayuda, de inspiración, de confianza, y de sostén. De esta manera, mencionare a la mayoría de las personas - si bien no a todas - dedico esta tesina a los que me proveyeron de estos bienes.

Un agradecimiento superespecial a mi padre, Rafael Canales B., por su apoyo y cariño que siempre me brindo en toda mi vida, en especial en mi carrera profesional.

Le doy gracias a mi madre Arcelia García C., por su comprensión y perpetuidad que día tras día me ofreció.

A mis hermanos, Carolina, Uriel y Araceli , por su amistad y su confianza que siempre tuvieron en mi.

Dedico esta tesina a Yolanda Villegas Jardines, quien en los últimos años de mi vida me ha salvado la salud mental, mi ser, mi alma, y mi instrumental; también por la paz y amor que nunca negaste durante estos años; por que siempre creiste en mi; por eso y muchisimas cosas más gracias.

Como siempre a DIOS, por la dicha de vivir.

Agradezco al C.D. Luis Miguel Mendoza J., por su valiosa colaboración excelentemente profesional para la realización de esta tesina.

Muchas gracias al C.D. Rolando de Jesús Buneder , por la confianza que me otorgó en mi etapa final de mi formación profesional.

Un enorme e indescifrable agradecimiento a la facultad de Odontología, a mis profesores, que con gusto impartían sus conocimientos y por supuesto a la **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO** por abrirme sus aulas de estudio y mucho más y por crear a un hombre mejor preparado para México y el Mundo.

INTRODUCCION

ASPECTOS GENERALES

◆ NECESIDADES DE LA SALUD BUCAL DEL ANCIANO	7
◆ LA GERONTOLOGIA Y LA GERIATRIA	9
◆ ODONTOGERIATRIA EN MEXICO	11
◆ MINUSVALIDOS	12
◆ CLASIFICACION INTERNACIONAL DE IMPEDIDOS E INCAPACITADOS.	16

CAPITULO 1

1 PACIENTES CON PROBLEMAS DE LA VISIÓN E INCAPACIDAD VISUAL .

1.1.- ENFERMEDADES RELACIONADAS	19
1.2.- TRATAMIENTO ESPECÍFICO Y COMUNICACIÓN DENTISTA PACIENTE	27
1.3.- REDUCIR LAS BARRERAS VISUALES	30

CAPITULO 2

2 PACIENTES GERIATRICOS HIPOACUSICOS

CAUSAS MAS FRECUENTES DE SORDERA	33
2.1.- HISTORIA CLINICA	36
2.2.- LA COMUNICACIÓN DENTISTA - PACIENTE	39
2.3.- CONSIDERACIONES CLÍNICAS	41

CAPITULO 3

3 PACIENTES GERIATRICOS CON INVALIDES DE LOS MIEMBROS INFERIORES.

3.1.- EL ODONTOLOGO Y EL PACIENTE GERIATRICO OBJETIVO DEL MANEJO CORRECTO	44
3.2.- EQUIPOS DENTALES ADECUADOS PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE IMPEDIDO	46

3.3.- MEDIDAS MINIMAS NECESARIAS PARA EL PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS	53
3.4.- RELACION PSICOLOGICA DEL DENTISTA AL PACIENTE IMPEDIDO	55

CAPITULO 4

4 PACIENTES GERIATRICOS CON PARÁLISIS CORPORAL TOTAL

4.1.- EQUIPOS DENTALES PORTATILES	58
4.2.- TRATAMIENTO DOMOCILIARIO, ASILOS Y VISITAS HOSPITALARIAS	62
4.3.- ASPECTOS BUCALES EN CUANTO A CUIDADOS EN EL HOGAR	67
4.3.- EDUCACION PARA LA SALUD	69

CONCLUSIONES.	72
----------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA.	73
----------------------	-----------

INTRODUCCION

Dado que la vejez es una etapa de la vida en la muchos individuos presentan trastornos e incapacidades, los médicos y cirujanos dentistas deben conocer las instituciones y los servicios comunitarios para poder aconsejar sobre su utilización adecuada a los pacientes y a sus familiares. Aunque las residencias se incluyen dentro del ciclo de atención médica - odontológica, en ellas no deben ser aplicado el modelo hospitalario, pues en realidad no son hospitales sino las residencias u hogares de estas personas. Muy a menudo los residentes se ven privados de sus derechos debido a que en estos lugares predominan la rutina institucional y el logro a toda costa de un manejo eficaz de los ingresados. Así, al privar las necesidades de atención clínica, los pacientes pierden a veces en cierta medida su calidad de vida.

La atención de los pacientes incapacitados exige con frecuencia un trabajo de atención a los familiares. Es establecer una buena relación ya desde un principio si tanto al paciente como su familia notan que alguien con autoridad los escucha e intenta solucionar sus problemas. En general suele disminuir el miedo al abandono, si en lugar de hacer hincapié en interrumpir y cesar la terapéutica, los médicos y cirujanos dentistas deben entablar diálogos positivos acerca de lo que puede hacerse con el enfermo, aun cuando sólo sea un tratamiento paliativo.

Mediante un equipo Multidisciplinario es posible manejar más fácilmente este tipo de problemas y realizar una correcta atención *Odontogeriatrica*, en especial a pacientes incapacitados y por lo tanto a sus familiares, que deberán ser partícipes en el proceso de la toma de decisiones.

Los impedidos físicos tanto como hombres, mujeres y niños que nacieron con un defecto físico o que poseen alguna limitación física debida a enfermedades, heridas, accidentes, o edad avanzada, representan un porcentaje alto en la población.

El minusválido geriátrico es, cada vez más, objeto de investigaciones psicológicas, informes y estudios oficiales.

Los impedidos como individuo y en grupos han pasado a la acción, luchando por derechos civiles, facilidades de transporte y alojamiento, y oportunidades de educación. Están también aprendiendo a enfrentarse a la actitud de ciertas personas que parecen pensar a menudo que un impedimento físico es sinonimo de incapacidad mental.

Pero a pesar de todo esta actividad, muchas personas con limitaciones en su cuerpo, siguen sintiéndose bajo la etiqueta colectiva de *incapaces* y se preguntan que les depara el futuro, como individuos con necesidades, aspiraciones e ideales propios ²

Las palabras que se emplean reflejan muchas actitudes. El uso de términos como “*minusválido*” o “*impedido*” es particularmente revelador.

Para muchas personas son censurables, en efecto, son etiquetas que estereotipan y categorizan a un grupo de individuos muy diversos, que no tiene nada intrínseco en común. No son verdaderamente aplicables en generalizaciones, como el título de un libro o un acto de legislación que se encargue de aplicar estatutos a gente con todo tipo de incapacidades corporales, físicas y en toda clase de situaciones vitales.

A lo largo de la *tesina* se tratará, en la medida de lo posible, evitar el uso de éstos términos, prefiriendo emplear expresiones como - *persona con impedimentos, gente impedida, personas con limitaciones físicas o corporales etc.* En ocasiones, para eludir complicaciones y repeticiones, hablamos de “*minusválido o impedidos*” aunque, de hecho, pocas personas son totalmente inválidas o completamente impedidas, como parecen indicar estos términos ³

Antes de iniciar con el contenido de la *tesina* es necesario establecer algunos de los objetivos que se pretende alcanzar por medio de ésta, para así crear conciencia al lector, de todas las necesidades y limitaciones que toda persona dependiente de una silla de ruedas por ejemplo, enfrenta desde el momento mismo de llegar al domicilio de la clínica dental u hospital.

Algunos objetivos serían: Establecer el tipo de facilidades de acceso a pacientes minusválido a la clínica dental, determinar el equipo adecuado para el tratamiento dental del paciente discapacitado, Instituir la relación del personal de la clínica o consultorio dental hacia el paciente impedido de su sistema locomotor o alguna otra deficiencia que lo limite, discernir y concientisarse que debe estar preparado el cirujano dentista para cualquier tipo de accidentes en el paciente geriátrico inhabilitado etc.

Para conseguir una asistencia adecuada a los ancianos, según ya hemos empezado a mencionar, es imprescindible proporcionar a los cirujanos dentistas durante su formación los conocimientos de *geriatria* y apoyar más la ciencia dirigida hacia la *gerontología*.

ASPECTOS GENERALES

NECESIDADES DE SALUD BUCAL DEL ANCIANO

Se ha definido al anciano un acompañante inútil de la casa, trabajo o donde se desenvuelve la persona de 65 de años o mayor de esa edad. En la odontología, sin embargo, no es quizás apropiado utilizar este criterio de edad cronológica, debido a las grandes variaciones en las condiciones físicas, mentales y médicas entre las personas de 60 años o mayores de edad. Si se trata de una persona relativamente sana y a pesar de su edad, su atención dental presentará muy pocos problemas a la mayoría de los odontólogos en ejercicio.

Pero, si esta persona sufre una incapacidad física o mental, le será difícil tener acceso a la atención dental o mantener un cuidado personal adecuado, pudiendo deteriorar de este modo su salud dental. Quizás sea más útil, por lo tanto, definir a las poblaciones en función de su estado funcional y no de su edad. Los adultos ancianos o minusválidos pueden ser divididos desde el punto de vista del tratamiento, en tres grupos:

1. *El adulto mayor funcionalmente independiente.*
2. *El adulto mayor débil.*
3. *El adulto mayor funcionalmente dependiente.*

Un examen de la literatura demuestra que nunca se ha llevado a cabo, una evaluación sistemática de las necesidades de salud bucal del anciano y son pocos los estudios nacionales que han incluido ciertos datos sobre este tema⁴.

A raíz de esta deficiencia en la información sobre las necesidades de salud bucal de los ancianos, la FDI formó un grupo de trabajos, que se reunió por primera vez en el Congreso Odontológico Mundial de la Federación, realizado en Washington, en octubre de 1988.

Este grupo preparó un cuestionario que fue enviado a 44 consultores y 53 asociaciones dentales nacionales. Se recibieron respuestas de 31 países y otros 10 informaron que no tenían datos específicos sobre sus poblaciones de ancianos.

El 80% de los países de este estudio comunicaron, datos referentes a la utilización de servicios dentales por parte de su población, pero sólo un 70% ofreció información sobre su población anciana. Casi el 30% de los países informaron que más del 20% de sus poblaciones eran edéntulas. Esta cifra era mucho más alta para personas mayores de 65 años. Sólo la mitad de los países que respondieron proporcionaron datos periodontales y datos CPO referentes a las personas mayores de 60 años.

La información sobre la cantidad y patrones de la pérdida dentaria en una población es un factor que influye en la planeación de los servicios de salud bucodental. La creencia popular es que los países de vías de desarrollo tienen un patrón de enfermedad dental similar a la de los países más desarrollados.

Esto sugiere que es necesario formular y poner a prueba tratamientos preventivos para tratar la caries en poblaciones de ancianos.

Para los países en vías de desarrollo las recomendaciones son .

1. *Se sugiere que los gobiernos de los países en desarrollo, donde está aumentando la caries y también la pérdida dentaria deberán desarrollar servicios preventivos extensos a nivel de pueblos y comunidades.*
2. *La distribución de recursos escasos debe ser claramente dirigida hacia la educación y prevención, y no hacia la restauración.*
3. *Establecer tratamientos preventivos para tratar el creciente uso de carbohidratos refinados.*

GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

La Gerontología, como rama de las ciencias de la salud, se encarga del estudio de la biología de los fenómenos del envejecimiento, fenómenos biológicos que se llevan a cabo a nivel celular y tisular durante el periodo posterior al de la madurez, es decir, atañe a todos aquellos factores peculiares ocurridos durante todo el curso del envejecimiento, los cuales se exteriorizan tanto por la disminución de la capacidad, como por las manifestaciones de deterioro somático y de la personalidad. Estos fenómenos biológicos son, en última instancia, la manifestación de sucesos que ocurren a nivel de las moléculas que forman las células, los órganos y los tejidos, dichos sucesos moleculares son el resultado de transformaciones bioquímicas bien definidas y cuantificadas.⁶

La Geriatria es una rama de las ciencias médicas, que trata de los problemas anatomofisiológicos y patológicos de los senescentes. La Geriatria es una parte de la Gerontología, la que, en su más amplio sentido, ha sido definida como la ciencia del envejecimiento.

El crecimiento, el desarrollo, la madurez y la senilidad son etapas y consecuencias del envejecimiento, que empieza a nacer, y, para algunas escuelas, aún antes del nacimiento. La Geriatria, asienta sus fundamentos en los conocimientos referentes a la biología de la senescencia y en los trastornos de la madurez tardía, pero, como actúa en un medio social, su desenvolvimiento se ve afectado notablemente por todos los factores ambientales.⁷

La Geriatria se ocupa de todo lo que atañe al cuidado de los ancianos y al conocimiento de todas las enfermedades propias de la edad, como la terapia respectiva. En cambio, la Gerontología estudia los problemas que plantea el cómo y el porqué envejecemos, trata de la salud del que va envejeciendo y del ya envejecido.

Tanto los geriatras como los gerontólogos saben que el anciano no es únicamente un organismo viejo, sino más bien un organismo distinto del adulto.

La Geriatria como especialidad, es esencialmente curativa, en cambio la Gerontología, es predominante preventiva y constructiva. Mas que a prolongar la vida de los longevos, aspira a modificar las anomalías características de la senescencia prematura y a evitar los trastornos progresivos, a menudo irreversibles de los últimos años. Aspira no sólo a añadir años a la vida, sino a dar vida a esos años.

La senescencia no constituye una enfermedad, aunque pueda condicionar gran número de afecciones. Por lo tanto, la vida no puede ser, evidentemente, un mecanismo de función armónica y por tiempo indefinido, tarde o temprano en el curso de la vida aparecerá un periodo durante el cual la homeostasis se va a ver alterada: sensiblemente ó a estados alarmantes ya sea reversible ó irreversible.

El término *gerontología* (de *geron* = anciano) entraña un contenido muy amplio que, en realidad, es una extensión natural de las ciencias del desarrollo humano. El área de estudio que trata sobre las enfermedades e incapacidades que pueden presentarse en la vejez se denomina *geriatria* (*iатros* = médico). Sin embargo, no siempre es posible diferenciar claramente entre la geriatria y la gerontología, ya que los procesos de envejecimiento y los factores externos que influyen en los mismos también asumen un natural e importante papel en la patología de la senectud.

LA ODONTOGERIATRIA EN MEXICO

El desarrollo de la gerontología en nuestro país es aún muy reciente si se considera que existen antecedentes de asistencia a la vejez desde 1861, año en que se crea la Dirección General de Fondo de Beneficencia, que manejaba los hospicios y establecimientos de beneficencia del gobierno de México

En 1950 el Doctor Manuel Payno, asesor médico gerontólogo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, inicio un movimiento para el desarrollo de dicha especialidad

En 1976, el gobierno del Estado de México fomentó una reunión geriátrica en la ciudad de Toluca, en la cual se fundo la Sociedad de Geriatria y Gerontología de México, A C (GEMAC)

La importancia de la gerontología y geriatría en México se ha elevado gracias a los programas de esta sociedad, más de 2000 profesionales odontólogos, (en esta fecha ya había odontólogos relacionados a la geriatría) médicos, psicólogos, enfermeras y estudiantes participaron en cursos cortos y se estima que para el año 2000 se incrementó 2 veces más

Bibliográficamente, en 1978, en la ciudad de México, se realizo el primer Congreso Nacional de Gerontología y en 1991 en el mes de octubre se desarrollo el VII Congreso Nacional de Geriatria y Gerontología

En 1979, por decreto presidencial se crea el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN)

También es importante destacar que en México y en el resto del mundo existen diversos organismos, grupos y asociaciones que trabajan por el bien de las personas mayores de 60 años con o sin discapacidad física , y reuniones, congresos, simposia, foros, etc. para dar a conocer los avances de la geriatría y la gerontología en diferentes países

Uno de los pocos centros culturales que organizan actividades dirigidas a ancianos discapacitados y en general a todo el grupo familiar es el Centro Comunitario Culhuacán (CCC), dependiente del Instituto Nacional de Antropología e Historia El centro ofrece diversas actividades para los ancianos talleres manuales, cocina vegetariana, y terapia ocupacional Así como el hospital de PEMEX e IMMS, tienen programas similares o muy parecidos »

MINUSVALIDOS

El aumento de la población anciana es un fenómeno que ha *tenido numerosas consecuencias de importancia fundamental* en primer lugar ha aumentado la población. En algunos países el porcentaje de personas mayores de 60 años es de 15 - 16 % o más

Por el aumento del promedio de vida se han desarrollado enfermedades degenerativas, como la arteriosclerosis y la artrosis que en el pasado, con un promedio menor, no eran frecuentes porque no llegaban a presentarse

El promedio de vida ha aumentado desde de 1900 hasta la actualidad y las causas principales son

- Disminución de la mortalidad infantil y por enfermedades infecciosas
- Mejoría de las condiciones higiénicas y ambientales, del nivel de vida, la alimentación etc

En el pasado sobrevivían sólo los robustos, “los fuertes” en la actualidad se sobrevive por que es posible disminuir los daños del envejecimiento con tratamientos y medidas preventivas

El aumento del promedio de vida se debe a diferentes consecuencias como el aumento de la población de ancianos, enfermedades degenerativas invalidantes, incremento del paciente minusvalido y a la ampliación de necesidades de asistencia *médica; psicológica, socioeconómica etc.*

Este es uno de los fenómenos de mayor interés para explicar los actuales avances de la geriatría precisamente porque estas enfermedades degenerativas, que en la actualidad ocurren con gran frecuencia, son las que causan los estados de minusvalidez, en especial del aparato locomotor 9

Minusvalidez y autosuficiencia : *Minusvalidez significa falta de autosuficiencia, o sea, necesidad de ayuda* Un sujeto autosuficiente está en condiciones de realizar diversas actividades solo, por ejemplo, levantarse de la cama, lavarse, vestirse etc

La falta de autosuficiencia se manifiesta por una disminución de la eficacia para la realización de varias actividades y otras de la vida diaria como salir de casa, asear la casa ir al sanitario, darse un baño o ducha, vestirse, preparar el desayuno, peinarse etc. Por lo tanto, trae en consecuencia las necesidades de asistencia que caracterizan a los estados de minusvalidez.

Estas necesidades aumentan por la elevada frecuencia de minusvalidez en ancianos y no sólo se refieren a la asistencia médica, odontológica, sino además, y sobre todo, a la psicológica y socioeconómica que también conciernen a los no inválidos, autosuficiente.

Existen muchos términos que se refieren a personas con deficiencias en su sistema locomotor, como son parálitico, inválido etc.

A continuación se expondrá el significado de algunas de éstas palabras.

Paralítico “Persona que se encuentra privada de la sensibilidad o del movimiento”

Parálisis “Privación o disminución del movimiento de una o varias partes del cuerpo”

Invalído “ Que no tiene fuerza ni vigor”

Incapacitado “Persona con alguna deficiencia en su cuerpo ya sea mental o anatomo-funcional”

Debido a que éstos términos no engloban al tipo de personas a las que se quiere beneficiar, se ha hecho una definición, la cual sí cumple su objetivo, ésta es:

MINUSVÁLIDO : Es toda aquella persona que padece algún impedimento en su sistema locomotor e incapacidad de otros sistemas, ya sea temporal o permanente y que utilice un instrumento o aparato para su desplazamiento y el bienestar del mismo.

Actualmente, la sociedad menosprecia y rechaza a las personas minusválidas, ya que no está concientizada ni educada para verlos y tratarlos como personas normales, impidiendo que participen en actividades sociales, laborales, recreativas, turísticas, educativas, etc., esto ocasiona que el individuo con alguna limitación se recluya en su hogar

En ocasiones, un impedimento puede reducirse o incluso eliminarse por completo si se contara con alguna facilidad, acceso o instalaciones, ya sea en su automóvil, empleo, casa, áreas públicas (por ejemplo, la clínica dental), etc. Esto no significa que el individuo sane o rehabilite completamente, sino que de esta manera pueda ser su vida como cualquier persona sin impedimentos, pudiendo lograr que éste se desarrolle tanto cultural, intelectual, deportivamente y en muchas formas más ¹⁰

Mucha gente piensa que casi no existen minusválidos en nuestro país, y que por lo mismo no es necesario tener las instalaciones adecuadas para este tipo de personas, pero en el último censo de población realizado en 1990 en toda la República Mexicana por el INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática), se dieron a conocer los siguientes datos

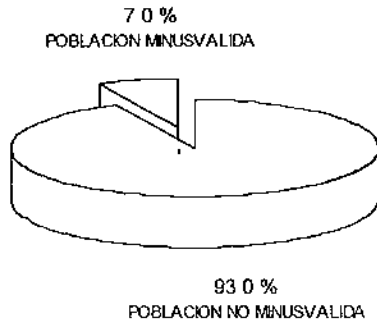
TOTAL DE POBLACIÓN DE LA REPÚBLICA MEXICANA
81 140 923 PERSONAS

POBLACIÓN MINUSVÁLIDA EN LA REPÚBLICA MEXICANA
5 679 865 MINUSVÁLIDOS

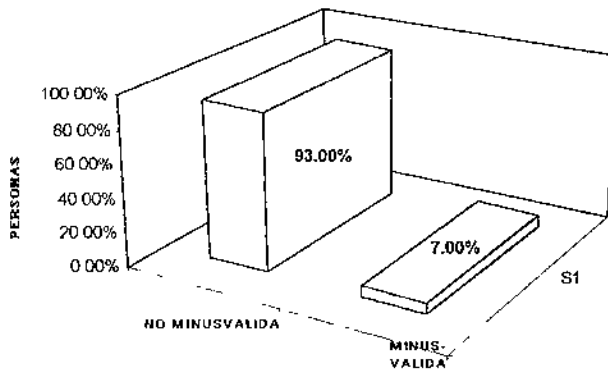
La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la población minusválida oscila que entre el 7 y el 10%

A continuación se muestran las gráficas de los datos anteriores para así tener una mejor idea visual y poder darse cuenta el lector de lo que ellos significan en el país ¹¹

**POBLACION EN LA REPUBLICA MEXICANA
CENSO DE POBLACION 1990**



**POBLACION DE LA REPUBLICA MEXICANA
CENSO DE POBLACION 1990**



“CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE IMPEDIDOS E INCAPACIDAD”

- 1. Incapacidad del sistema locomotor**
 - a) Daño de la movilidad en el medio ambiente
 - b) Daño para la movilidad (relación entre partes del cuerpo de unas a otras)
 - c) Daño en la destreza manual
 - d) Reducción tolerable del ejercicio

- 2 Incapacidad visual**
 - a) Pérdida total de la vista
 - b) Daño incorregible de la agudeza visual
 - c) Daño en el campo visual
 - d) Percepción defectuosa

- 3 Incapacidad de la comunicación**
 - a) Daño de la audición
 - b) Daño en el habla
 - c) Daño en la lectura
 - d) Daño en la escritura

- 4. Incapacidad ventral :**
 - a) Desajustes o irregularidades de ingestión
 - b) Desajustes o irregularidades de excreción
 - c) Aperturas artificiales

- 5. Incapacidad intelectual**
 - a) Retraso mental (congénito)
 - b) Retraso mental (adquirido)
 - c) Pérdida de la habilidad de entendimiento
 - d) Daño en la memoria
 - e) Daño en la orientación, en el tiempo y espacio
 - f) Daños considerables

6 Incapacidad emocional.

- a) Psicológica
- b) Neuritis
- c) Desordenes en la conducta
- d) Desordenes por drogas (incluyendo el alcohol)
- e) Desordenes antisociales

7 Incapacidad invisible.

- a) Desordenes metabólicos, que requieran una terapia permanente
- b) Epilepsia y otros problemas no predecidos de consideración
- c) Especial susceptibilidad para traumas
- d) Desorden protéticos intermitente
- e) Causas de otros desordenes y severos dolores

8 Incapacidad por aversión

- a) Fea o repugnante distorsión o defecto de parte del cuerpo
- b) Feo o repugnante desajuste de la piel y cicatrices
- c) Movimientos anormales del cuerpo
- d) Anormalidades que causan olor, aspecto o sonidos socialmente inaceptables

9. Incapacidad por senectud

- a) Reducción de plasticidad por senectud
- b) Disminución de funciones físicas o mentales por senectud
- c) Amnoriación de la fuerza física por senectud

CAPITULO 1

1.- PACIENTES CON INCAPACIDAD VISUAL

1.1.- Enfermedades relacionadas.

El sistema visual sigue variando durante toda la vida. Aunque la mayoría de los ancianos posee visión adecuada e incluso buena, el transcurso del tiempo altera la estructura del ojo y el procesamiento de la información visual. Los cambios en la pupila y el cristalino tienen algunas de las ramificaciones más importantes sobre el desempeño de la actividad diaria del anciano.

El tamaño pupilar tiende a disminuir en los últimos años de vida. Se calcula que a la retina del anciano llega casi un tercio menos de luz que a la misma estructura en un ojo joven. El menor tamaño de la pupila reduce la capacidad del paciente geriátrico para funcionar en niveles más bajos de iluminación y para ver de noche.¹²

Ya mediados de los cuarenta años se notan varios cambios en el cristalino. Los músculos oculares disminuyen su capacidad de contraer al cristalino para enfocar objetos cercanos. Así mismo, aunque la investigación aún no es concluyente, las modificaciones en el cristalino y los músculos oculares también pueden disminuir la rapidez con que el ojo del anciano cambia de enfoque (acomodación).

Los cambios más significativos del ojo en la vejez son:

- En la vejez los ojos se hundieron debido a la pérdida de grasa periorbital.
- Es común el arco senil, pero no es significativo.
- Las pupilas tienden a ser pequeñas y reaccionan en forma lenta a la luz, además de deteriorarse el reflejo de acomodación (visto anteriormente). La dilatación es deficiente también e impide la adaptación a la oscuridad.
- Las lentes pierden elasticidad, el enfocar, en especial objetos cercanos, se vuelve difícil.
- Es común el entropión (pestañas hacia adentro), que puede irritar la córnea.
- Es común el ectropión (pestañas hacia afuera) y es la causa más frecuente de epífora (ojo húmedo).¹³

En ancianos, como ya mencionamos, hay toda una serie de alteraciones visuales por el envejecimiento, de sus diversos componentes, con repercusiones importantes a nivel funcional desde la típica presbiopia hasta la catarata, que representan auténtica entidades fisiopatológicas en el campo oftalmológico. Además son frecuentes y también numerosas, las enfermedades oculares y de sus anexos que también debe conocer el geriatra (odontogeriatra) para la intervención oportuna del especialista.

Lo anterior se aplica, ante todo, al examen clínico general del ojo, que no deberá descuidarse.

- 1 - Examen externo opacidades en córnea, iris, alteraciones de la pupila, entre otras
- 2 - Valoración general de la agudeza visual capacidad de la lectura de caracteres de diferentes medidas en el periódico
- 3 - Examen oftalmológico opacidad del cristalino, alteraciones de la pupila y fondo de ojo
- 4 - Valoración menos aproximada de los campos visuales

En la *conjuntiva* que en el transcurso del envejecimiento pierde su transparencia, brillo (queratinización del epitelio) y elasticidad (rugosidad de la conjuntiva bulbar inferior) normales, se observa con frecuencia pequeñas hemorragias por el aumento de fragilidad capilar en la edad avanzada y formación de microaneurismas en los pequeños vasos.

En estos pacientes se limitan los movimientos de los globos oculares porque los músculos extrínsecos y ya no se contraen normalmente debido a las alteraciones degenerativas.

En la *córnea*, que presenta modificaciones típicas de su curvatura en el transcurso del envejecimiento (astigmatismo inverso), el dato más común en ancianos es el arco senil, que consiste en una opacidad del estroma concéntrica al limbo que extiende cada vez más hasta convertirse en circular. En muy frecuente después de los 50 años y se encuentran prácticamente en todos los mayores de 80.

En ancianos la *esclerótica* es rígida, transparente, de color amarillento típico, por depósitos lipocalcáreos. Las fibras trabeculares son espesas, esclerizadas y condensadas.¹⁴

En el *iris* hay tendencia a la esclerosis y a la hialinización, con despigmentación de la hoja epitelial posterior y es delgado y desteñido. Los vasos tortuosos y escleróticos, por estas alteraciones hay rigidez del diafragma y, por consiguiente, miosis de la pupila que reacciona con dificultad a la luz.

En el *músculo ciliar* del anciano disminuye la contractilidad por atrofia.

La *retina* del paciente geriátrico hay atrofia difusa a nivel de las células y fibras nerviosas, con hipertrofia de la glia y diseminación del pigmento sobre el fondo. En una mitad de los pacientes hay degeneración microquistica en la periferia retiniana, que probablemente sea la causa del desprendimiento de la retina.

En la degeneración muscular senil aparecen finísimas formaciones blancas o grises en la región macular o perimacular, con disminución grave de la visión.

Las degeneraciones maculares pueden ser húmedas o secas y según su localización u extensión provocan las siguientes alteraciones funcionales:

- 1). *Reducción de la agudeza visual*
- 2). *Escotomas centrales.*
- 3). *Discromatopsias (principalmente del amarillo y del azul)*

Con lentes potentes para lectura se corrige el defecto visual. Es posible la deambulación con bastante seguridad.

En el *crystalino* de las personas seniles hay toda una serie de alteraciones morfológicas y bioquímicas que justifican su opacidad progresiva.

A nivel morfológico hay tendencia a la atrofia del epitelio lenticular, con pérdida de agua y disminución de las proteínas solubles corticales y, por consiguiente, endurecimiento del núcleo.

La catarata senil es la alteración degenerativa más frecuente en ancianos y consiste al inicio en una dispersión interna de la luz con una coloración amarilla ambarina típica por la mayor densidad óptica del medio. Hay varios tipos de catarata senil de diferente localización (cortical, nuclear o cortinuclear) y evolución.¹⁵

La catarata es una opacidad del cristalino por las alteraciones estructurales del envejecimiento, favorecidas por enfermedades concomitantes (*diabetes, gota*, etc.). A menudo es bilateral y causa gran disminución de la visión sin llegar a la ceguera completa.¹⁶

En ancianos la **pupila** es un poco más pálida y borrosa, a veces con un anillo degenerativo, limitado a su vez por un círculo de pigmento. En las vías ópticas se encuentran los ganados cuerpos amiláceos, constituidos por sustancia amiloide, y los arenáceos ricos en calcio y de estructura laminar.

El Glaucoma se debe al aumento de la presión intraocular de 14-20 mm Hg hasta 45-60, o más. Si persiste mucho tiempo puede haber compresión de la raíz del nervio óptico y defectos del campo visual.

En el *glaucoma de ángulo cerrado*, el humor acuoso no circula por que el iris está comprimido contra el ángulo de filtración ocluyendo el conducto de Schlemm y excluyendo funcionalmente la estructura trabecular.

Puede ser :

- A) *Agudo*, con dolores oculares intensos, vómitos, nublamiento de la visión, córnea edematosa opaca y dilatación pupilar.
- B) *Subagudo*, con ataques prodrómicos ligeros y repetidos, visión borrosa, dolor menos intenso y halos en el iris cuando se fija la luz.
- C) *Latente*, de evolución insidiosa, sin dolor ocular, halos o nublamiento pero con pérdida de la visión por compresión del nervio óptico.

En el glaucoma de ángulo abierto se dificulta la resorción del humor acuoso. En el examen del fondo de ojo se ve la papila "en forma hueca", si hay pérdida notable del campo visual se puede intentar la cirugía para drenaje.

Deterioro visual

Pérdida lenta	Pérdida súbita
Glaucoma de ángulo abierto Cataratas Degeneración macular Yatrógeno Retinopatía	Oclusión venosa Oclusión arterial Desprendimiento de la retina Hemorragia Glaucoma agudo

NOTA · Si un ojo se encuentra afectado, el otro se halla en un alto riesgo de padecer la misma enfermedad

Cuando refiere dolor de los ojos u ojo puede ser desde

- Glaucoma de ángulo cerrado
- Infección , conjuntivitis, uveítis, herpes zoster
- Hasta Traumatismo o cuerpo extraño

Glaucoma

	Glaucoma agudo	Glaucoma crónico
Sintomas	Dolor ocular agudo, visión borrosa, vómito y postración	Pérdida progresiva de la visión, causando visión en túnel
Signos	Tensión ocular, pupilas fijas irregulares	Aumento de la presión en la tonometría
Patología	Deterioro súbito del drenaje de la cámara anterior, en ocasiones precipitado por anticolinérgicos y midriáticos	Incremento gradual en la presión intraocular - idiopática
Tratamiento	Constricción pupilar, analgesia, diuréticos	Gotas de policarpina, drenaje quirúrgico

Cataratas

Tipos

- 1.- Central pérdida visual temprana
- 2.- Periférica pérdida visual tardía y deterioro de la visión por dispersión de la luz brillante

Las causas son

La vejez (puede ser, o no)
Hereditarias
Diabetes sacarina
Yatrógenas, por ejemplo, esteroides

Tratamiento :

Tipo central = la dilatación de la pupila mejora la visión, por ejemplo, homotropina

Tipo periférica = evitar la luz brillante intensa

La cirugía, únicamente es necesaria cuando el paciente está incapacitado y la calidad de su vida está deteriorada

Contraindicaciones

- a.- Etapas iniciales
- b - Cuando se sabe que existe también degeneración macular
- c - En presencia de deterioro mental grave

Procedimientos quirúrgicos

Remoción de la catarata además de colocar anteojos para la afaquia o proporcionar lentes de contacto.
Implantación de lentes artificiales, son de primera elección si hay facilidades para conseguirlos 17

Las complicaciones del tratamiento pueden ser varias y muy conflictivas

- 1 - Dilatación de la pupila precipita, en ocasiones el glaucoma
- 2 - Anteojos para la afaquia originan distorsión visual y restricción de los campos visuales
- 3 - Lentes de contacto se refiere de gran destreza y perseverancia para obtener buenos resultados
- 4 - Implantación de lentes. es difícil, es posible que falle y existe el riesgo de infección

Factores tratables precipitantes o agravantes en causas vasculares de pérdida de la visión

- 1 - Hipertensión o hipotensión
- 2 - Diabetes
- 3 - Policitemia
- 4 - Paraproteinemia
- 5 -Arteritis

Alteraciones funcionales del aparato visual.

A partir de las alteraciones morfológicas del aparato visual en el transcurso del envejecimiento, se presenta una serie de alteraciones funcionales En primer lugar, aparece una disminución progresiva de la agudeza visual por inactivación del sistema enzimático de los fotorreceptores retinarios A los 20 años alcanza un valor óptimo y permanece constante hasta casi los 50 años de vida, para disminuir progresiva y lentamente a los 70 años y más rápido después, con valores de casi un 25 % respecto a la edad juvenil alrededor de los 80 años ¹⁸

En el envejecimiento disminuyen también los sentidos lumbos y cromáticos, por lo que las personas ancianas tienen necesidad de mayor iluminación del ambiente

En general, la reducción de las facultades visuales en ancianos se ajusta a sus necesidades limitadas, a condición de que la iluminación sea buena, por ejemplo en el consultorio dental, en su hogar, en su empleo, etc

Las personas más de 65 años de edad conforman el grupo etario de más rápido crecimiento de la población mundial. Todos sufren cambios sensoriales, a menudo malinterpretados por amigos, familiares y profesionales. El deterioro sensorial comienza a afectar de manera notable la capacidad para vivir independientemente, en especial para quienes están próximos a cumplir 80 años 19

La mayoría de los pacientes con problemas de la visión ve los colores como algo marchito, y la letra pequeña se vuelve ilegible. Los escalones se confunden entre sí, y los faros de los automóviles que vienen de frente producen brillos cegadores en la noche. Esto nos lleva a pensar en los cambios adecuados en el consultorio dental, así como el comportamiento del cirujano dentista y dar una mejor atención al paciente con este tipo de incapacidad

En ciertos individuos, los cambios suceden lentamente, casi de manera imperceptible, en otros, las pérdidas son repentinas, la capacidad de ajuste a tales modificaciones se convierte en crítico determinante del sentido de una persona sobre su bienestar durante los años posteriores 20

1.2.- TRATAMIENTO ESPECIFICO Y COMUNICACIÓN DENTISTA -- PACIENTE

En general, el anciano no actúa con eficiencia en bajos de luz, esto en los pacientes con escasa visibilidad. En restaurantes, teatros, salas de espera mal iluminadas, y áreas exteriores al anochecer, ocurren situaciones particularmente complicadas

Aparte de un difícil desempeño con valores de iluminación bajos, el anciano tiene problemas para ajustarse a una región mal iluminada luego de permanecer bajo luz brillante. Del mismo modo, al pasar de un ambiente oscuro a otro bien iluminado, experimenta nuevamente problemas, en especial con el brillo

Es más probable que ocurran más accidentes cuando la gente tiene que adaptarse a una variación de la iluminación. En lo posible, es preciso conservar un valor constante de luz en un edificio u hogar determinado. *Por ejemplo, serían útiles los niveles constantes en una sala de espera o recepción y el cubículo de examen del consultorio dental; muchas veces, la sala de espera está mucho más oscura que el cubículo citado.*²¹

A fin de evitar caídas u otras lesiones cuando ocurren cambios luminosos, es preciso que el anciano espere a que sus ojos se ajusten al nuevo valor lumínico antes de pasar a una región desconocida, incluso puede solicitar que alguien lo guíe

En las áreas de transición no debe haber sillas, mesas pequeñas u otros objetos potenciales como por ejemplo una maceta que obstruyan el paso

La gente mayor se acostumbra a sillas, mesas, jarrones, armarios, tapetes, baúles y a otros objetos en su propia casa u hogar, pero es menos factible que esté consciente de esos artículos en otros ambientes. Los juguetes infantiles inadvertidos, una elevación del piso, un escalón o dos, son riesgos potenciales para causar un accidente no deseado

(Es probable que en el consultorio dental o clínica puedan existir uno o varios factores)

La gente mayor también puede tener dificultades para leer información impresa o escrita. Aparte del uso de letra grande, bien espaciada, el cirujano dentista, médico, enfermera o familiar debe de darle más tiempo adecuadamente para comprender las instrucciones, señales o cualquier otra información escrita o verbal.

*Un ejemplo de lo ya escrito anteriormente, es al darle instrucciones por vía de una receta médica, ya que dichas indicaciones no están debidamente escritas o no se especifican adecuadamente.*²²

Medidas sencillas para auxiliar a pacientes con deterioro de la vista

1. Verificar la agudeza visual en ocasiones, ayuda a proporcionar o cambiar los lentes
2. Facilitar que el paciente tenga los lentes a la mano
3. Mantener los lentes o anteojos limpios
4. Insistir en la luz apropiada brillante para algunos, evitar la intensa en otros
5. Registrarlos como deficientes visuales si están lo suficientemente deteriorados
6. Buscar el consejo de los especialistas en disminución visual
7. Mantener al máximo la capacidad auditiva
8. Buscar el apoyo de las asociaciones para la ceguera
9. Suscribir al paciente a grabaciones de noticias, diarios, revistas y periódicos

La comunicación del dentista hacia el paciente con problemas visuales o con pérdida total de esta incapacidad, en primer lugar debe ser definitivamente con un tiempo más prolongado que de un paciente "normal"²³

Los pacientes ancianos y que además sufren de los problemas mencionados, desean ser considerados como individuos no como miembros de un grupo de edad. La mayoría de las personas mayores no se visualizan a ellos mismos como senectos en el sentido negativo

Siempre se recomienda la presencia de un familiar en la consulta pero también hay que recordar que es conveniente la entrevista privada ya que algunos pacientes se inhiben cuando están presentes los familiares

El paciente de edad avanzada en general reverencia a sus médicos y esperan de ellos un trato paternalista (como lo recibieron de sus médicos de juventud) Por tal motivo son tan dependientes del efecto de su médico o cirujano dentista

El problema de comunicación entre dentista - paciente se acentúa cuando no pasan los familiares a la consulta Es muy importante distinguir las diferencias tanto generacionales como culturales a fin de asegurar la ayuda y participación de la familia, evitndo así mal entendidos y fracasos terapéuticos 24

Los viejos consideran la mayor parte de sus problemas de salud como parte del envejecimiento y más en los pacientes con alguna incapacidad, en este caso la visión, y en la mayoría de los casos rehusan buscar la atención médica en general, lo que es causa de mayor morbilidad e invalidez ya que acuden en estados avanzados y son propensos a interrumpir los tratamientos por una infinidad de motivos En este caso de pacientes su perspectiva de la salud es muy distinta de otros individuos y no realista como debería ser

En los pacientes geriátricos con deficiencia de la visión , es un problema el interrogatorio , no reportan en la mayoría de ellos todos sus síntomas, en algunos casos niegan, dan fechas equivocadas, les da pena tocar ciertos tópicos como la sexualidad, incontinencia etc , no les gusta ser examinados y algunos pecan de hipocondríacos o no quieren ir al médico o hacerse análisis por temor a que se les diagnostique una enfermedad, *normalmente se achacan su pérdida de la visión y que descubran alguna otra patología seria desastroso psicológicamente hablando*

El médico ante el paciente geriátrico generalmente se enfoca hacia un diagnóstico y su tratamiento, El criterio en geriatría es lo que más importa, aun en los casos cónicos e irreversibles, es conservar la función física y mental, minimizar cronicidad y evitar mayores problemas, como sería la invalidez A los pacientes con deficiencia del órgano de la vista, lo que más les interesa es mantener su calidad de vida, autonomía e independencia Estos factores son importantes para conservarse integrados tanto como su familia como a la sociedad

En una gran parte de los individuos con esta carencia (visión), no se preocupan necesariamente por la muerte , de hecho a algunos les agrada la idea de morir. Lo que buscan es sacar el mayor provecho a los años o meses que le queden. Le temen a la soledad, abandono y a la falta de afecto de sus familiares. Es muy importante conocer el punto de vista del paciente respecto a sus propias perspectivas acerca de sus últimos años.²⁵

Por esto y muchas cosas más, recalcamos en el buen comportamiento del cirujano dentista ante el paciente geriátrico, deficiente del sentido de la vista

1.3.- REDUCIR LAS BARRERAS VISUALES

Los trastornos visuales son muy comunes conforme avanzada la edad y pueden ser enfocados de varias maneras

- A.- Asegure una buena iluminación en la clínica dental, y que el cirujano dentista esté bien iluminado. Evite la penumbra
- B.- Verifique si el paciente usa sus anteojos y si es así, que los este usando en la consulta en la excepción cuando está siendo tratado en el sillón dental
- C.- Asegúrese de que el paciente esté a una distancia en que lo enfoque y lo distinga fácilmente
- D.- Consolidar de que alcance a leer su escritura y escriba lo más claro. De ser posible escriba a maquina eléctrica o impresora de la computadora
- E.- Cuando utilice materiales impresos, utilice tipos mas grandes que los que utilizan para pacientes de otras edades
- F.- Si el paciente es ciego y tiene serios problemas para leer, utilice audio cassettes e instruya al familiar acompañante o a la persona que lo atiende

Las principales barreras son la renuencia del paciente hacia los médicos y la alteración física y emocional producida por su enfermedad

Algunas sugerencias para eliminar obstáculos son

- La sala de espera, consultorio dental y en general, el medio ambiente físico deben ser agradables, limpios y confortables. Así mismo el personal debe mostrar pulcritud, respeto, consideración y calidez en el trato con el paciente y su familia
- La atención personalizada incluye usar un título como Don, Doña, Señor, Señora y el apellido, evitando usar expresiones impersonales o de condescendencia. El utilizar el trato adecuado promueve una atmósfera de equidad
- El médico debe presentarse y hacer sentir a su paciente que lo acepta y desea escuchar sus problemas, así como trabajar juntos en su solución. Si se trata de un médico de institución, debe expresar cuál es su posición en la misma, y qué papel jugará en su salud
- Proporcionar comodidad para el examen físico y confianza con la presencia de una enfermera o asistente dental, si lo requiere
- Evitar interrupciones y llamadas telefónicas que hagan perder la continuidad de la consulta
- Estar sentado en un mismo nivel, los ojos del paciente con los ojos del médico, cirujano dentista o enfermera, ya que estos pacientes aun cuando no vean perciben la cercanía y la dirección de donde se está refiriendo el doctor
- Tocar al paciente con gentileza y calor, infunde seguridad y ánimo (aunque hay pacientes que no les gusta ser tocados)
- Tratar de conservar la calma evitando apresurar la conversación. Algunos pacientes necesitan tiempo adicional para ordenar sus pensamientos, por ello, no debemos sugerir respuestas, ni hacerles preguntas en negativo. La distribución del tiempo en la primera consulta y subsecuente debe ser muy bien planeada ²⁶

CAPITULO 2

2.- PACIENTES GERIATRICOS HIPOACUSICOS

La pérdida auditiva es una de las alteraciones más comunes en ancianos. Los problemas para escuchar claramente pueden motivar desconfianza, depresión y retraimiento. Las personas pueden sentirse confundidas, por lo difícil de muchas palabras o sonidos, se pierden conservaciones, y puede ser complicado localizar e identificar los sonidos. Muchas veces, el anciano con problemas auditivos cuestiona su propia capacidad intelectual, temiendo que su falta de comprensión se deba a desórdenes mentales más que de audición.

Las pérdidas acústicas de conducción se deben frecuentemente a cerilla en el oído externo o infecciones en el oído medio. El anciano con estos problemas auditivos escucha todos los sonidos con menor distinción. Una segunda clase de déficit de audición es un desequilibrio sensorial, o presbiacusia, que se cree tiene su origen en el oído interno dentro de la cóclea. 27

Un sujeto con esta alteración tiene dificultades particulares para entender el habla rápida. Es confuso seguir las conservaciones entre varias personas, y la presencia de ruido de fondo disminuye más la comprensión. El habla más lenta y la reducción del ruido de fondo son útiles para los individuos con este tipo de problema auditivo.

El primer paso al enfrentar una dificultad de audición es reconocer su existencia. En muchas ocasiones se presenta al profesional la situación donde miembros de la familia se quejan de un pariente anciano que no reconoce un problema auditivo aparentemente obvio.

Ya sea que se tenga "alteración auditiva" o que alguien se comunique con un paciente en tal situación, es preciso tener en mente varios principios. Para el anciano con incapacitación auditiva, la iluminación adecuada le permite observar con mayor facilidad expresiones faciales y los movimientos labiales. Un acto tan simple como dos sujetos que se ven entre sí al conversar puede mejorar mucho la comprensión.

En vez de elevar la voz, quien habla debe emplear tonos moderados y un habla más lenta. Los ancianos se quejan con frecuencia de que cuando otras personas descubren que tiene problemas para oír, elevan la voz en lugar de bajarla.

- En general, una mayor sensibilidad hacia las necesidades del anciano con alteración auditiva puede ayudar a facilitar las

interacciones sociales diarias y la recopilación de información. Aun que el dispositivo auxiliar no restaura a la perfección la audición, su uso, junto con el habla clara y paciencia, puede ayudar a reducir notablemente la frustración inherente en muchas interacciones del anciano con dificultad para oír.²⁸

Las enfermedades más comunes del oído en el anciano, están relacionadas con las modificaciones morfológicas por el envejecimiento y las más importantes son

Oído externo, con signos de atrofia a nivel de piel, glándulas, músculos y cartilagos y signos de hiperqueratosis y descamación del conducto auditivo externo (aumento y alargamiento de los pelos en el trago)

Membrana timpánica, que puede ser atrófica, adelgazada, casi transparente, pero también gruesa, opaca, blanquecina, con placas calcáreas

Oído medio, con adherencias fibrocartilagueas que limitan los movimientos de la cadena de huesecillos, cuadros de osteoporosis en las partes óseas y metaplasia plana de la mucosa de la caja timpánica y el conducto auditivo (anteriormente llamado, la trompa de Eustaquio)

En el **conducto auditivo** externo suelen acumularse los llamados tapones epidermoides por descamación de la epidermis. Es común observar eccema crónico del conducto, sobre todo en diabéticos

En la **membrana timpánica** y las diversas estructuras del oído medio (cadena de huesecillos, músculos y articulaciones anexas) puede haber alteraciones degenerativas fibrocartilagueas (*con osteoporosis*), que pueden comprometer la función auditiva y causar hipoacusia resistente a los tratamientos médicos usuales pero más sensibles a los térmicos o incluso quirúrgicos

La **presbiacusia** es fenómeno ligado al envejecimiento fisiológico y se caracteriza por imposibilidad para oír los tonos de alta frecuencia. Además, hay las siguientes alteraciones

- Aumento de zumbidos (tinnitus)
- Percepción anormal de ruidos fuertes, con hipersensibilidad a tonos de voz altos
- Dificultad para la localización de los sonidos

En general, la presbiacusia es bilateral, simétrica y se inicia alrededor de los 50 años²⁹

No debe olvidarse que las pérdidas repentinas de la audición pueden deberse, más que en otras edades - casi un tercio de quienes se quejan de sordera, - al clásico *tapón de cerumen* fácil de extraer³⁰

CAMBIOS POR LA EDAD

- 1 - La cerilla se hace más viscosa
- 2.- Existe prebiacusia
- 3 - Se incluyen ruidos del ambiente

SORDERA EN LA VEJEZ

- 1 - La sordera se hace más común conforme se va envejeciendo
- 2 - En pruebas científicas, más de la mitad de los pacientes geriátricos presenta deterioro de la audición
- 3 - De éstos, la mitad aparentemente no tienen problemas y siente que no necesita ayuda
- 4 - Al rededor de una cuarta parte de los pacientes geriátricos se beneficiaría y aceptaría utilizar aparatos auditivos

CAUSAS DE LA SORDERA

NEUROLÓGICAS	POR CONDUCCIÓN
Envejecimiento (prebiacusia)	Otosclerosis es un trastorno hereditario, por lo tanto es posible un inicio temprano
Ototoxicidad fármacos, por ejemplo, gentamicina, furosemida en altas dosis	Enfermedad ósea de Paget
Compresión nerviosa, como neuroma acústico y enfermedad de Paget	Posinfección

TRATAMIENTO DE LA SORDERA

- 1 Verifique si existe cerumen en los oídos si es así retírelo
- 2 Si persiste la sordera después de retirar el cerumen, enviar al paciente a audiometría
- 3 Si le proporciona un aparato de audición aconsejar acerca de problemas, esto es, si el aparato no restaura por completo la audición
- 4 Instruir acerca del mantenimiento del aparato
- 5 Verifique que se está utilizando el aparato, por ejemplo en el consultorio dental sería necesario, los familiares o acompañantes de estos pacientes pueden ayudar
- 6 Informar acerca de otros dispositivos auxiliares, por ejemplo, teléfonos de luz intermitente y diversas adaptaciones, reloj despertador con almohada vibradora, sistemas de televisión de circuito cerrado etc³¹

2.1.- HISTORIA CLINICA

La historia clínica en geriatría, como en edades anteriores, es lo más importante y trascendente del quehacer médico. Esto constituye un reto para los médicos ya que implica paciencia, tiempo y un amplio criterio de comprensión a la naturaleza tan particular de los ancianos³².

La gran variedad de personalidades características de los mayores no debe de hacer meditar en una gran flexibilidad para adaptarnos al interrogatorio particular de cada uno de los pacientes. Algunas sugerencias son:

- a) - Siempre trate de obtener el mayor número de datos preliminares antes de la consulta. Son buenas estrategias, solicitar los expedientes anteriores, los análisis y los estudios.
- b) - Otra buena estrategia es entregarles por anticipado cuestionarios para que los llenen en su casa o en la sala de espera.

c) - Trate de ser flexible a la secuencia de que el interés del paciente marque. Él está más interesado en sus síntomas principales y en su padecimiento actual, que en sus antecedentes familiares

d) - En el interrogatorio por aparatos y sistemas recuerde preguntar sobre los problemas más comunes: insomnio, incontinencia, caídas, depresión, mareos, tinnitus, agotamiento

e) - Resista la tentación de interrumpir prematuramente, pero sea cortés y al mismo tiempo firme cuando su paciente es verborrérico y se extiende demasiado en detalles no clínicos

f) - Procure utilizar cuestiones fáciles, de respuesta precisa y haga uso de preguntas de "sí o no". Por ningún motivo acepte respuestas vagas como "hace varios años que estoy enfermo", solicite le especifique, cuantos exactamente, o bien, he tomado muchas medicinas, sino sus nombres y en qué fechas

La **Anamnesis** en un anciano viene matizada por la pérdida de memoria que sufre. Esto hace que sea laboriosa y reiterativa. A veces tendremos que hacerla en varias fases y ayudarnos siempre del familiar cercano o del acompañante.

La anamnesis más larga y difícil se presenta por pérdida de la memoria, por presentar mayor número de enfermedades y por consiguiente, mayor sintomatología, también en las deficiencias de algún aparato como los que estamos describiendo en esta tesis.

Es importante analizar cuidadosamente el contenido de la historia clínica por ejemplo:

- Aparatos y sistemas
- Aparato locomotor
- Sistema nervioso
- Órganos de los sentidos
- Examen de la piel
- Antecedentes familiares

En los **antecedentes familiares** es importante aún cuando el paciente padezca hipoacusia y de edad mayor, en especial si consideramos que en esta etapa nos indica la posibilidad de que el paciente desarrolle condiciones que quizá ya están sufriendo su esposo, su hermano o algún familiar de una enfermedad sistémica

- Antecedentes personales
- Evaluación familiar y social
- Evaluación psicológica
- Evaluación económica
- Antecedentes de las visita anteriores con cirujanos dentistas y médicos generales
- Padecimiento actual

Quizá el punto más importante que debe investigarse al hacer la historia clínica, es la naturaleza del padecimiento actual y lo que el paciente espera del tratamiento odontológico. A muchos ancianos sus familiares les piden que acudan a tratamiento, su visita al consultorio no siempre es por iniciativa. De igual manera, el odontólogo no debe intentar persuadir a los pacientes sobre un plan particular de tratamiento en este tipo de pacientes, se puede aconsejar lo más conveniente pero la decisión deben tomarla por sí mismos, sin presiones. Si no existe motivación personal, entonces no habrá la adaptación que se espera para el éxito de una buena comunicación y por lo consiguiente del tratamiento del paciente *con una prótesis por ejemplo* 33

NOTA En los pacientes ancianos aumentan las enfermedades mentales como la depresión, además de los cambios de humor que esto produce, el paciente puede quejarse también de dolores vagos sin motivo aparente, y de ser considerado por el cirujano dentista para tenerle un poco de paciencia.

2.2.- COMUNICACIÓN DENTISTA - PACIENTE

La relación médico - paciente es una interacción entre personas, que se produce en la atención dental y que es la esencia de nuestra profesión. Esta relación reporta beneficio para ambos. Para el paciente con problemas de audición, la satisfacción por la atención recibida, por recibir salud plasmada ya sea en la conservación o recuperación de la función masticatoria, en la rehabilitación oclusal, en la prevención de una enfermedad futura, etc ³⁴

La eficacia de la asistencia odontológica pide una plena relación de confianza entre el cirujano dentista y el paciente. Todos los pacientes tienen derecho a una atención odontológica de calidad tanto científica como humana ³⁵. El profesional actuará siempre con corrección, respetando con delicadeza y atención el trato hacia su paciente. Deberá tomar en cuenta cuidar siempre y conservar las funciones estomatognáticas de sus pacientes en todo sentido y será una actitud poco ética cualquier acción u omisión encaminada deliberadamente a producir incapacidades parciales o totales ³⁶.

Entonces es importante comunicarse con el paciente para obtener una historia clínica adecuada, pero con muchos de ellos puede ser difícil por la pérdida de la audición. Debe tenerse cuidado de sentarse frente al paciente y hablar de manera que éste pueda leer los labios. En estos casos es muy útil un comunicador (en un extremo se encuentra un micrófono y en el otro un amplificador de sonidos o bocina) como se muestra en la figura 2.2.A.



Si el paciente hipoacúsico ha padecido apoplejía o tiene cambios degenerativos sensoriales, se le puede hacer difícil y frustrante hablar y responder a las preguntas de la historia clínica o al comunicarse con el médico, lo que puede agitarlo e inquietarlo. Por esta razón, dicha conversación no debe hacerse con rapidez, ni con mucha lentitud 17

La **comunicación** con el paciente hipoacúsico o con deficiencias para oír claramente es reducir las barreras de la pobre audición, como también reducir las barreras educacionales.

En la primera, recuerde que alrededor del 50% de las personas mayores de 60 años presentan presbiacusia, en diversos grados, para compensarla es necesario

- 1 No gritar
- 2 Preguntarle siempre si lo puede escuchar con claridad
- 3 Hablar claro y lentamente, pero sin exagerar
- 4 No sentarse dando la espalda a la luz, mantener la cara bien iluminada para facilitar la lectura de los labios
- 5 Examine el conducto auditivo externo en los que tienen problemas de audición, puede tener un tapón de cerumen
6. No ocultar la boca
- 7 Si el paciente usa un aparato para la sordera, asegúrese que funciona y de que lo está entendiendo
- 8 En caso de presbiacusia, hable con tonos graves
- 9 Todas las clínicas, consultorios y salas de espera deberán tener disponible un micrófono portátil y audífonos
- 10 Si todo esto no es suficiente, refuerce el discurso con gestos, diagramas, materiales escritos y explicando a familiares
- 11 No pierda el hilo de la conversación y alerte al paciente cuando vaya a cambiar de tema, asegúrese de que haya entendido, pidiéndole que repita lo que Usted le indicó, con sus propias palabras

Reducir las barreras educacionales, Los niveles de escolaridad de los viejos son generalmente más bajos que los de sus hijos e incluso que los de sus nietos y aún , algunas personas mayores muy inteligentes pueden no estar suficientemente alfabetizados. Esto debe tenerse en cuenta cuando se dan instrucciones por escrito. Una alternativa es usar diagramas o dar materiales impresos

Siempre pase a la consulta a su paciente acompañado por uno o varios de sus familiares, y proporcione la información en un estilo calmado, amable, agradable sencillo, y al mismo tiempo enfático 18

Algunas complicaciones del paciente con sordera son.

- ◊ Aislamiento social
- ◊ Trastornos psiquiátricos, en especial demencia y paranoia
- ◊ Tinnitus concomitante
- ◊ Mareo e inestabilidad concomitantes
- ◊ Aumento del riesgo de accidentes debido a la disminución de las advertencias auditivas

2.3.- CONSIDERACIONES CLÍNICAS

En pacientes adultos y jóvenes es muy fácil identificar los síntomas capitales y un solo padecimiento actual ya que las enfermedades presentan un cuadro clínico clásico

En los pacientes geriátricos hay una tendencia a presentar múltiples problemas crónicos y también los trastornos se presentan en forma atípica. Por lo tanto hay que tener criterio muy orientado al campo de la vejez.

Aunque el síntoma principal (una odontalgia) no sea el problema más importante desde el punto de vista clínico, debe prestársele la debida atención.

Eduque al paciente o a sus familiares a presentar por escrito una lista de sus problemas, dudas y preguntas ³⁹

Cuando el paciente empieza a describir un trastorno específico, *por ejemplo: si empieza a hablar de su diabetes, no permita que se desvíe a otro trastorno hasta que no haya agotado el interrogatorio inicial.*

Evitar caer en el error de creer que todos sus síntomas y signos son consecuencia de la edad, y por lo tanto son irremediables. *Busque siempre enfermedades tratables.*

Hay que evitar también la tendencia de atribuir todos los síntomas a una sola enfermedad. *La regla es conforme avanza la edad existe mayor pluripatología.*

El médico debe guardar una actitud positiva y optimista *Aim en los casos de mal pronóstico.*

Evitar prejuzgar el paciente geriátrico como crónico e irrecuperable

Considerar la diferente evolución y curso de la enfermedad En el paciente de edad, las evoluciones pronosticadas en los tratados médicos, rara vez se cumplen al pie de la letra

Uso de medicamentos Constituye uno de los problemas más serios en el manejo de los pacientes geriátricos La iatrogenia medicamentosa en la tercera edad, es una de las causa mas frecuentes de morbilidad y mortalidad en el mundo Por ello, el médico debe ser muy cuidadoso en el número de medicamentos y sus dosis, así como tener un conocimiento muy preciso de sus reacciones secundarias, toxicidad, efectos colaterales, etc

Es común que el paciente tome varios tipos de medicamentos prescritos por diferentes médicos (cardiólogo, psiquiatra, urólogo, dentista etc)

Se deben solicitar todas las recetas de médicos anteriores a fin de evitar duplicar medicamentos ya utilizados o interacciones entre ellos Una buena estrategia es solicitarle que tanto la primera vez como las subsecuentes, traiga siempre todos los medicamentos que está tomando

Pregunte a los familiares y cuidadoras de que manera llevan el control de sus fármacos

Por lo antes expuesto es recomendable que las recetas no excedan de cuatro a seis medicamentos, así mismo los horarios deben ser accesibles para la consulta dental 40

CAPITULO 3

3.- PACIENTES GERIATRICOS CON INVALIDEZ DE LOS MIEMBROS INFERIORES

3.1.- EL ODONTOLOGO Y EL PACIENTE GERIATRICO

OBJETIVO DEL MANEJO CORRECTO

El objetivo es conservar la función, minimizar cronicidad y evitar invalidez, en el caso que no lo hubiera. Los procesos patológicos en el paciente geriátrico minusválido tiende a la cronicidad y terminarán por producir la muerte. Por tanto, el tratamiento no se enfocará únicamente hacia las patologías, sino además a conservar la función, mejorar la cronicidad al máximo. 41

Las cada vez más frecuentes pluripatologías crónicas nos llevan a revalorar el concepto de “*tratamiento geriátrico*”. Lo cual deberá enfocarse en el contexto de medicina integral a todo el organismo a fin de reducir al mínimo, aliviar, prevenir o incluso eliminar los efectos adversos y sociables indeseables de las enfermedades en la vejez, así como retardar al mínimo la incapacidad permanente y la dependencia. El concepto ideal es mantener al paciente geriátrico con una buena calidad de vida, autosuficiente e independiente en su hogar, en la familia o la comunidad el mayor tiempo posible, aún cuando el paciente utilice por ejemplo una silla de ruedas, dejando la institucionalización como el último recurso de atención médica, únicamente cuando sea estrictamente indicado.

Los planes terapéuticos no deben centrarse únicamente en la prescripción de medicamentos. **El manejo correcto debe incluir:**

1. Orientaciones nutricionales precisas
2. Indicaciones sobre estilos de vida (ejercicio, no tabaco, no alcohol, control de peso etc)
3. Orientación psicológica
4. Normas de medicina de rehabilitación (bastones, apoyos, pasamanos)
5. Asegurar participación familiar
6. Involucrar al sector informal (amigos, vecinos, etc)
7. Utilizar en forma correcta al sector formal (IMSS, ISSSTE, DIF)
8. La participación del área de Trabajo Social
9. La atención en equipo multidisciplinario (claramente odontólogo, medico general o medico geriatra, enfermera, fisioterapeuta, trbajadora social 42

**INDICE DE KATZ DE INDEPENDENCIA EN LAS
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

<u>ACTIVIDADES</u>	<u>INDEPENDIENTE</u>	<u>DEPENDIENTE</u>
Bañarse	Casi nunca necesita ayuda para lavarse.	Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo.
Vestirse	Coge la ropa de armarios y cajones, se pone la ropa, se pone adornos etc.	No se viste solo o permanece vestido parcialmente.
Usar el retrete	Accede al retrete, entra y sale de él, se arregla la ropa, se limpia los órganos excretorios.	Usa orinal o precisa ayuda para acceder y utilizar el retrete.
Movilidad	Entra y sale de la cama sin ayuda. (puede utilizar o no soportes mecánicos)	Precisa ayuda para utilizar la cama y/o silla.
Continencia	Control completo de micción y defecación.	Incontinencia urinaria o fecal parcial o total, control o parcial mediante enemas, sondas o el uso de orinales.
Alimentación	Lleva la comida del plato o su equivalente a la boca.	Es necesario la ayuda para el acto de comer o alimentarse, <i>no come un absoluto o nutrición parenteral.</i>

Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican en este cuadro. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función, no hace esa función, aunque se considere capaz. ⁴³

3.2 EQUIPOS DENTALES ADECUADOS PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE IMPEDIDO.

El siguiente equipo se sugiere por las facilidades que brinda al paciente minusválido como son fácil acceso y comodidad, a diferencia de otros equipos en los que el paciente necesita hacer más esfuerzos e incluso desplazarse a otros sitios para poder ser atendidos adecuadamente

La gran ventaja del equipo que se sugiere es que no solo sirve para personas incapacitadas de su sistema locomotor, sino que sirve y le es de gran utilidad, a cualquier tipo de persona no minusválida⁴⁴

SILLON DENTAL

El sillón dental es la parte del equipo necesario para la atención del paciente minusválido más importante, ya que entorno a él giran los demás elementos que posteriormente se describirán

El sillón dental propuesto para éste fin es el belmont, modelos 037 o 039 (fig 3 2 A y B) Estos dos modelos de sillones tienen un diseño adecuado para que el paciente en silla de ruedas pueda pasar fácilmente de su silla al sillón dental sin mayor esfuerzo

Una vez en el sillón, el cirujano dentista podrá llevar al paciente a la posición que desee, ya que cuentan con mayor número de movimientos que una unidad dental convencional, además que el cirujano dentista podrá trabajar más cómodo, pues cuentan con la parte posterior del respaldo totalmente plana, lo que le da mayor espacio a las piernas

Estos sillones son fácilmente programables y todos sus movimientos son activados con botones o palancas a ambos lados de la base del sillón para ser controlados con los pies del operador o del asistente dental

A continuación se mostrarán tanto las medidas (en pulgadas) como las posiciones que estos sillones tienen para que puedan ser comparadas por el lector con la forma y dimensiones del sillón *Siemens* modelo *Sirona AI*(fig 3 2 C), el cual se considera como uno de los sillones más avanzados de la década de los 90s Por su diseño y movimientos (electrocomputarizados)

Nótese que tanto el sillón *Belmont modelo 037* como el *modelo 039* tienen brazos, los cuales pueden moverse hacia un lado, o bien quitarse por completo en un movimiento dado, para que el paciente minusválido le sea más fácil sentarse en ellos 45

FIGURAS

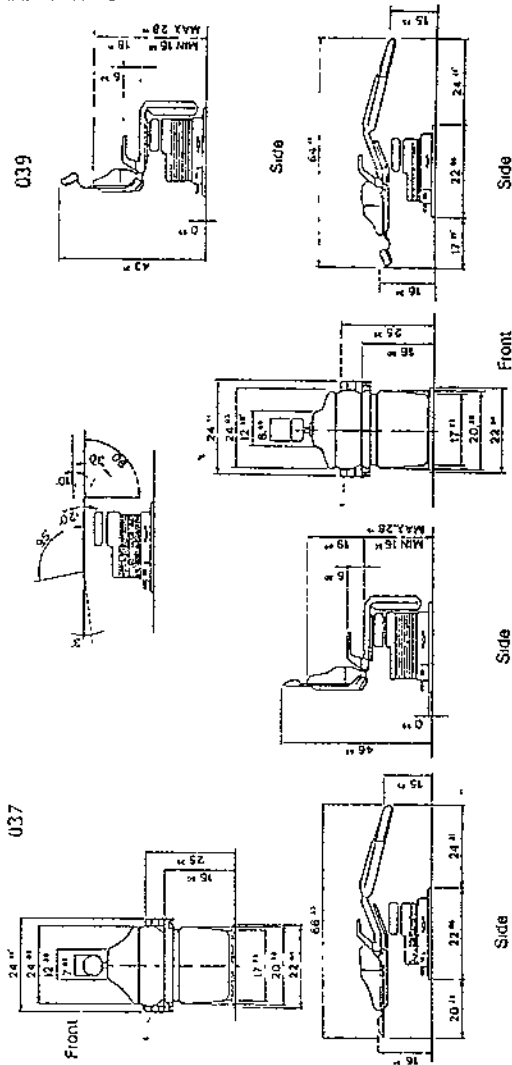
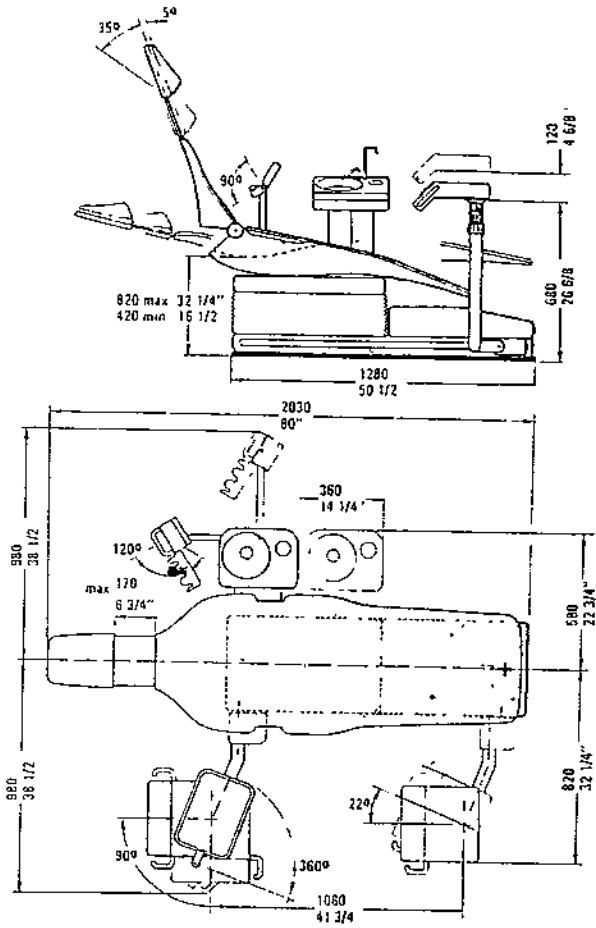


fig. 3.2.C.



EQUIPO DE RAYOS X

En la actualidad, para el buen ejercicio de la profesión, es indispensable el uso de Rayos X en la clínica dental, para así dar un buen diagnóstico y poder brindar un mejor tratamiento

Antes, por ejemplo, la endodoncia se practicaba únicamente al tacto, lo que al paso de los años se comprobó, daba resultados reservados por no contar con radiografías de control

Hoy en día es muy común el aparato de rayos X en el consultorio dental, lo que sucede es que en algunas clínicas con dos o más cubículos, se encuentra el aparato de rayos X en un solo cubículo fijo a la pared o bien en un lugar específico fuera de los mismos

Esto en cualquier de los casos es un error, pues bien pueden estar los cubículos ocupados por pacientes y tener la necesidad de tomar una radiografía al paciente del cubículo donde no hay rayos X. Además aunque el paciente pudiera levantarse fácilmente e ir al sitio donde se encuentra el aparato, esto implica tiempo y molestias para él. Sobraría mencionar las molestias y dificultades que el paciente minusválido encontraría al tenerse que desplazar del sillón dental al área donde le sería tomada la película radiográfica

Por lo tanto, el aparato de rayos X que se sugiere tener dentro de la clínica dental, es aquel que cuente con un pedestal móvil, para así poderlo desplazar de cubículo en cubículo sin molestia alguna para el paciente con problemas en su locomoción

Algunas marcas que cuentan con este tipo de aparatos son

- Philips, Trophy, Siemens, A-dec

ESCUPIDERA

Dentro de las escupideras que actualmente se encuentran en el mercado, existen aquellas que se encuentran montadas al sillón dental sobre bases móviles con movimientos longitudinales o incluso laterales. Este tipo de escupideras son muy útiles y cómodas para el paciente totalmente sano

Lo que se sugiere como escupidera para minusválidos, no es más que un embudo que se conecta directamente a la manguera de succión quirúrgica, esto nos da como resultado que el asistente o el mismo paciente pueda colocar el embudo, justamente por debajo del mentón, y así, poder escupir con toda facilidad y sin mayor esfuerzo que el de inclinar un poco la cabeza hacia adelante

Es necesario decir que para que el paciente minusválido pueda escupir con total comodidad, es indispensable que el sillón dental se coloque en la posición sentado para así evitar que el paciente se manche la ropa

En el mercado existen además de estos simples embudos, escupideras de embudo con limpia-taza de agua, es decir, corriente de agua que limpia el embudo mientras éste está en uso

Por mencionar algunas marcas que cuentan con estos accesorios

- Den-tal-ez
- Siemens
- A-dec ⁴⁶

Los cambios en el consultorio, para un mejor servicio al paciente senecto con discapacidad locomotora, por tanto, a fin de mejorar el ambiente de la clínica dental es preciso revisar aspectos exteriores, interiores y de seguridad (estos últimos mencionados en los capítulos I y II) La revisión y modificación cuidadosamente planeadas en el diseño del consultorio y los procedimientos proveen al paciente y al profesional de un medio seguro y agradable que fomenta a la continua independencia funcional para el anciano en un ambiente comunitario

El exterior, incluye estacionamiento, pasillos y escaleras

Cuadro 1 Entorno exterior (fuera del edificio y espacio público interior)

Preocupación	Considerar	Alternativas
Espacio de estacionamiento para pacientes impedidos	Sitio cercano a la entrada. Usar espacio de 4 m	Abrir una entrada desde el estacionamiento
Pasillo con más de un escalón	Rampa de 1 20 m con inclinación máximo de 8 33° Barandales de 81 cm A ambos lados de la rampa	Rampas portátiles para hasta 3 escalones
Espacio exterior limitado, con muchos escalones	Elevador exterior para minusválidos con cajas de envío y llamada por llave.	Revisar la entrada
Escalera empinada	Silla elevadora para escalera, con cajas de llamada y envío La escalera debe tener por lo menos 1 20 m de ancho	Cambiar el consultorio al primer piso
Dimensiones de la escalera	Escalones no menores de 10 cm Con más de 18 cm De altura Escalón con un mínimo de 24 cm De huella, y con superficie antiderrapante	Pasar el consultorio al primer piso o cambiar la escalera Cuando la cuestión económica lo permita, hacer los cambios determinados

Interiores, abarcan la sala de espera o recepción, el cubículo y los sanitarios

Cuadro 2 Ambiente interior

Preocupación	Considerar	Alternativa
Sala de recepción y consultorio		
Movilidad con auxiliares ambulatorios	Entrada / pasillo con 71 cm de libramiento	Proporcionar asistencia o vigilancia humana
Movilidad en silla de ruedas	Entrada / pasillo con 81 cm de libramiento	Silla de ruedas de transporte de 56 cm de ancho, se pliega para su almacenamiento
Vueltas de la silla de ruedas	Radio de giro de 13 cm para su uso independiente	Proveer asistente.
Iluminación	Reducir el resplandor con cortinas y persianas Iluminar zonas complementarias	Emplear vidrios ahumados
Material para pisos.	No alfombra Eliminar tapetes pequeños Piso antiderrapante	
Asientos	Firmes, sólidos, de 43 cm de altura, ángulo entre respaldo y asiento de 90° a 105°	Proveer de asientos de varias alturas
S a n i t a r i o s		
Excusados	Barra oblicua para asiento fija a la pared, extremo inferior próximo al excusado, a 81cm del piso, externo superior a 132 cm de éste	Otras configuraciones dependen de la colocación del retrete
Lavabo	Fijar barras de asiento del excusado Llave gemelas de control por palanca, paleta o balancín	
Puerta	Manijas de tirón o palanca	Puerta de cortina (no muy deseables)

3.3 MEDIDAS MINIMAS NECESARIAS PARA EL PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS

Facilidades de acceso

Existen en el mundo millones de personas que tienen problemas de movilidad como son los que padecen diversas enfermedades, víctimas de accidentes deportivos y de tráfico, de desastres industriales y naturales etc

Los adelantos de la medicina han conseguido que sobrevivan muchas personas gravemente heridas, las cuales esperan y confían reiniciar una vida independiente y aportar su contribución a la sociedad. La medicina moderna ha permitido que personas que padecen enfermedades inhabilitantes, participen de un modo más completo en la vida comunitaria. A pesar de estos hechos innegables, el diseño de los edificios modernos y de todo tipo de construcciones, ha estado dictado, en su mayor parte, por consideraciones estéticas más que prácticas.⁴⁷

Moverse libremente, al entrar y salir de casas, oficinas, teatros, escuelas, clínicas y museos, es un derecho que se da por hecho, es algo que puede presentar dificultades exasperantes y a veces imprevisibles para aquella persona que se desplace en una silla de ruedas.

La implantación de barreras arquitectónicas, casi puede alterar la excursión más rutinaria para una persona en silla de ruedas, incluso una salida a la clínica dental puede requerir una planificación detallada, como si se tratase de una expedición exploratoria.

Las barreras arquitectónicas recortan o amenazan la independencia más eficazmente que la misma incapacidad. La verdadera independencia implica la capacidad de emprender actividades normales con tan poca ayuda exterior como sea posible. Un solo escalón, casi inadvertido por los que puedan subirlo sin pensar en ello, puede ser un obstáculo tan abrumador como toda una escalera.⁴⁸

Afortunadamente se estableció un reglamento para la atención a favor del minusválido, que es el **REGLAMENTO PARA LA ATENCION DE MINUSVÁLIDOS EN EL DISTRITO FEDERAL**.

REGLAMENTO PARA LA ATENCION DE MINUSVALIDOS
EN EL D.F.

ARTICULO 1°- Este reglamento establece las facilidades de que gozarán los minusválidos en el D F a efecto de apoyar su incorporación plena a la vida social

ARTICULO 2°- Aquí se describen definiciones para efectos de entender estos artículos como son minusválidos, D D F , reglamento, reglamento de construcciones, de transito, vía publico, lugares de acceso al publico

ARTICULO 3°- Corresponde al departamento la aplicación de este reglamento, de conformidad

ARTICULO 4°- Se disponen varias normas y algunas facilidades que deberán respetarse para estas personas

En el ARTICULO 5°- Habia de los derechos y preferencias de los minusválidos, por ejemplo; el uso de zonas exclusivas para estacionamiento de vehículos en los que viajan los minusválidos, el uso de asientos exclusivos en los medios de transporte publico

ARTICULO 6°- Menciona de los espacios exclusivos en salas de espectáculo

ARTICULO 7°- Obligaciones de los prestadores de transporte publico

ARTICULO 8°- Estacionamiento en lugares con acceso al publico

ARTICULO 9°- Estacionamiento en la vía publica

ARTICULO 10°-Calcomanias para estacionamiento

ARTICULO 11°-Programas de educación vial y cortesía urbana

ARTICULO 12°-Orientacion sobre la atención a minusválidos

ARTICULO 13° y 14°- Medidas y facilidades urbanísticas y arquitectónicas

ARTICULO 15°- Promoción deportiva y desarrollo sociocultural

ARTICULO 16°- Promoción de empleo

ARTICULO 17°- Facilidades fisicas y administrativas en instituciones de educación

ARTICULO 18°- Facilidades en materia de transporte

ARTICULO 19°- Bibliotecas con sistema braille, audio, etc

ARTICULO 20°- Investigación y diseño de accesorios para minusválidos

ARTICULO 21°- Venta de accesorios para minusválidos

ARTICULOS TRANSITORIOS

3.4 RELACION PSICOLOGICA DEL DENTISTA AL PACIENTE IMPEDIDO

Algunas personas sanas equiparán la silla de ruedas con la enfermedad. Les resulta difícil de aceptar a éstas personas, y tienden a hablarles como si su mente estuviera afectada lo mismo que su cuerpo.

“Usar una silla de ruedas no debería llevar aparejado ningún estigma, es solo un accesorio más. Más que un signo de debilidad, es un símbolo de independencia que aumenta la participación en la vida y no disminuye el valor como persona”

El comportamiento del personal auxiliar de la clínica dental hacia el paciente minusválido, debe cuidar en gran medida sus reacciones, como la expresión facial, que a menudo son inconscientes, pero el paciente minusválido capta y provoca que se sienta incómodo desde el primer contacto con la clínica dental.

El cirujano dentista debe tomar en cuenta que por muchas facilidades de acceso que se tengan para llegar a la clínica dental, al paciente impedido siempre le cuesta trabajo ir, por lo tanto, es necesario en la medida de lo posible, que los tratamientos dentales sean lo más corto posible, es decir, en la menor cantidad de citas. Es importante poner todo el esmero posible y usar los materiales más adecuados y duraderos en los tratamientos, para que duren la mayor cantidad de tiempo posible en la cavidad bucal del paciente impedido y así evitarle citas innecesarias entre revisiones.

Es imprescindible tener un excelente acercamiento con el médico de cabecera del paciente impedido, para que él mantenga al tanto al cirujano dentista de los medicamentos e indicaciones que le han sido recetados, y así no contraponerse a los utilizados en odontología, o bien cuafes son las repercusiones en la cavidad oral.

Es común que el paciente no pueda mantener una adecuada higiene oral, en estos casos es responsabilidad del cirujano dentista darle a conocer elementos que lo puedan ayudar.⁴⁹

Por lo general, los dentistas no reciben capacitación sobre el manejo psicológico del anciano, cuyo índice de suicidio es el más elevado de cualquier otra categoría de edad. Asimismo, la odontología es una profesión constantemente estresante. El dentista debe trabajar en una pequeña zona corporal limitada, efectuando procedimientos exactos con un instrumento de alta velocidad, y enfrentar las idiosincrasias de pacientes nerviosos y exigentes. Entonces, puede especularse que cuando un odontólogo con mucho estrés atiende a un anciano deprimido, es posible que se presente el síndrome de retraimiento mutuo.⁵⁰

El individuo senecto también se aleja de los servicios médicos tradicionales, incluyendo a la odontología, por que teme al dolor, los desembolsos y está limitado en su movilidad para preocuparse de tales servicios. Además, tienen poco apego a los regímenes médicos y farmacológicos.⁵¹

En la profesión dental, los futuristas afirman que disminuirá la necesidad de odontología, como se conoce hoy, entre la gente de edad avanzada, tal vez ocurra esto por un mayor conocimiento de la práctica de una nutrición conveniente y conductas preventivas. Otros futuristas dentales prevén una mayor necesidad de odontología en este grupo, por que más ancianos habrán conservado su dentición natural y requieran servicios periodontales y restaurativos.⁵²

Los médicos y los dentistas pueden mejorar su atención al anciano utilizando instrucciones claras, mejor enseñanza para la salud, programas flexibles, visitas a asilos, y conociendo centros de selección en lugares como zonas habitacionales para ancianos y centros de nutrición.

CAPITULO 4

4.- PACIENTES GERIATRICOS CON PARÁLISIS CORPORAL TOTAL

4.1 EQUIPOS DENTALES PORTATILES

La selección del equipo dental es esencialmente una cuestión sujeta a las preferencias personales del cirujano dentista. En la figura se muestra cómo puede instalarse una "clínica" simple en un domicilio particular.

Puede prepararse con un pequeño mueble para el instrumental de los que utilizan los estudiantes y unos pocos contenedores de accesorios. El instrumental va en dos bandejas sobre pies fácilmente transportables que pueden adelantarse sobre la cama o sillón.

Ciertas piezas de equipo dental adicionales serán siempre extremadamente útiles como por ejemplo:

- 1 Un enchufe múltiple
- 2 metros de cable eléctrico (aprox)
- 3 Un iluminador portátil de luz fría
- 4 Un pulpómetro portátil

Siempre considerar el tamaño de motores portátiles o en el caso de compresora, tiene que ser lo más pequeña posible.

Debemos contar con lámparas de cabeza ya sea de baterías recargables o eléctrica, para una mayor iluminación tenemos que trabajar con las ventanas o cortinas abiertas, si el paciente padece de alguna alteración visual en la que la luz le molesta, proporcionaremos lentes oscuros o definitivamente tapar con una tela delgada en donde pueda vernos.⁵³

Siempre que sea posible utilizar material y equipo dental desechable.

La experiencia de visitas domiciliarias acumuladas durante años ha confirmado el valor de una serie de paquetes en cajas separadas para tratamientos especiales fig 4 1 A.

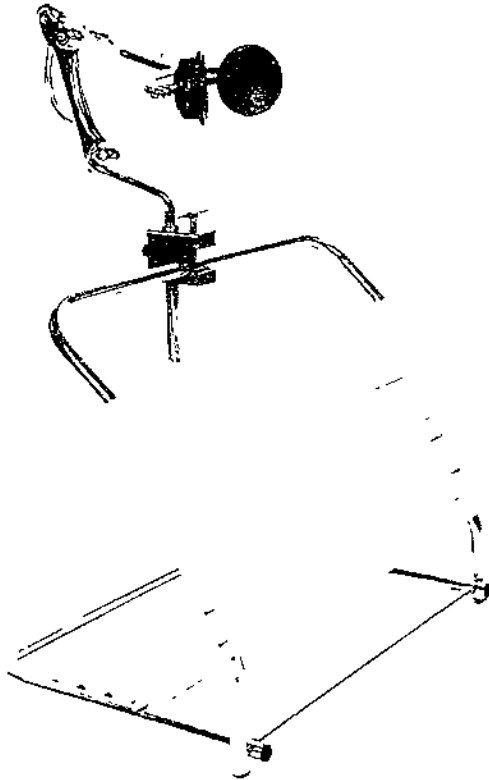
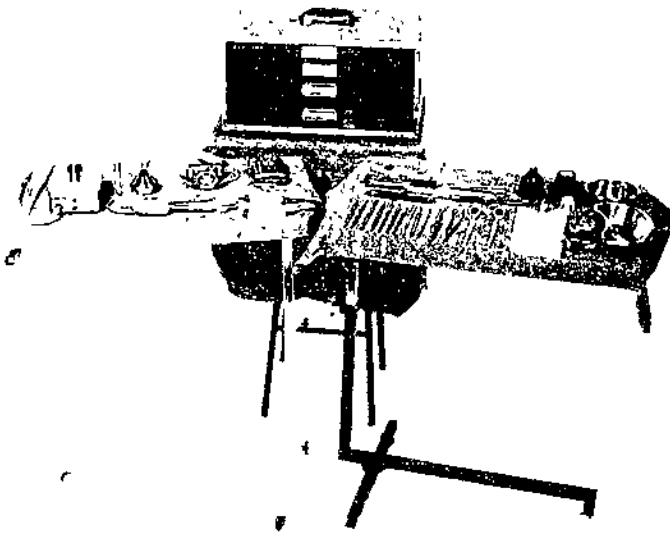
Cómo rutina conviene disponer de cinco conjuntos esteriles

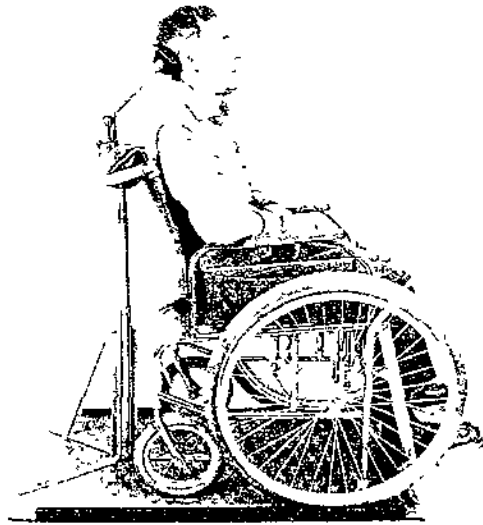
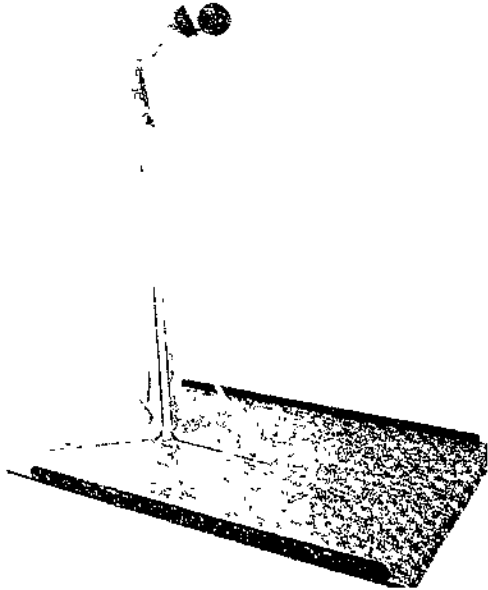
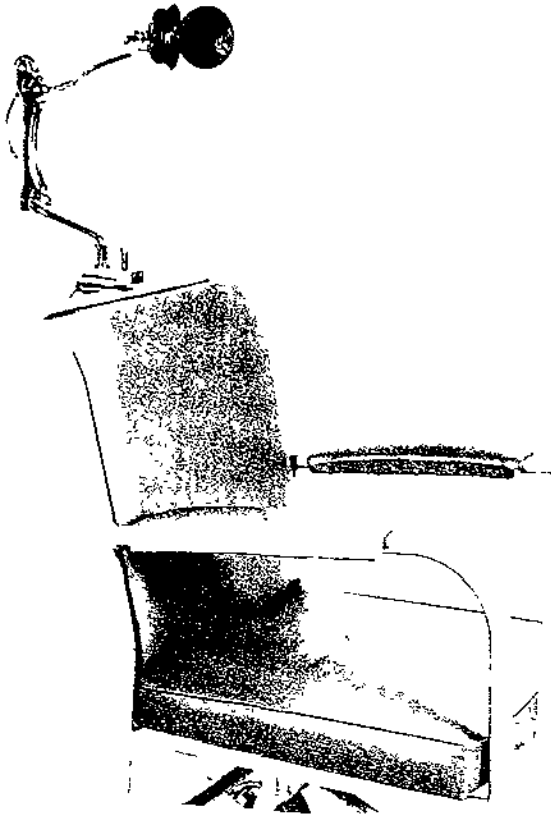
- ⇒ Un paquete para anestesia local
- ⇒ Un paquete de cirugía bucal menor (para extracciones de dientes, pequeños fragmentos de hueso y raíces retenidas simples, entre otras cirugías
- ⇒ Un paquete de gasa y toallas, etc
- ⇒ Un paquete de curas (para alveolos postextracciones, úlcera por dentadura, etc
- ⇒ Un paquete hemostático

Una exigencia muy importante previa al tratamiento dental es la necesidad de conseguir un apoyo de la cabeza y espalda del paciente. Si el paciente está postrado en la cama esto puede conseguirse fijando un apoya-cabezas portátil, bien a la cabecera de la cama o un respaldo plegable que puede transportarse con el equipo dental, fig 4.1 B

El respaldo puede también ser fijado en la mayoría de sillas de ruedas por medio de adaptadores especiales, como se muestra en la fig 4.1 C

En casas pequeñas, si se dispone de alguna habitación, una plataforma para una silla de ruedas, que puede constituirse fácilmente, será de gran utilidad. Se consigue un buen soporte de la cabeza, y la estabilidad de la silla está asegurada por los rieles fig 4.1 D y E ⁵⁴





4.2 TRATAMIENTO DOMICILIARIO, ASILOS Y VISITAS HOSPITALARIAS

Muchos ancianos, pacientes con más de una enfermedad viven en sus hogares privados, asilos, y residentes en hospitales, no disponen fácilmente de atención dental. Técnicamente suele ser deseable que el departamento de un hospital o de un asilo dispense tratamiento dental a pacientes internos y externos. Sin embargo, los problemas de asistencia física, al mover al paciente, y también al transportarlo, pueden ser considerables. Un problema suplementario con tales pacientes geriátricos es que, puesto que no se adaptan normalmente al ritmo usual del tratamiento de pacientes externos, debe considerarse la posibilidad de dedicar sesiones especiales a su cuidado ⁵⁵

La atención domiciliaria es un aspecto de la atención de salud que cada día cobra mayor vigor y que quizá representa uno de los escasos medios seguros para los ancianos con alguna incapacidad que desean seguir viviendo en el seno de la comunidad con una calidad de vida aceptable.

La asistencia domiciliaria, se ha difundido en los últimos años por los crecientes costos en asilos y para que los ancianos permanezcan en el ambiente familiar, en su hogar, recibiendo toda la asistencia necesaria. Esto último también es importante desde el punto de vista psicosocial y se ha confirmado por los resultados obtenidos con esta forma de asistencia ⁵⁶

La asistencia domiciliaria no sólo comprende servicios odontológicos o médicos y de enfermería, sino también aspectos de rehabilitación, asistencia socioeconómico y psicológica y ayuda para trabajos domésticos, compras del día y trámites personales.

La visita a domicilio para la asistencia de los pacientes geriátricos de edad avanzada es necesario esta práctica médica, pero sin embargo la desventaja es que cada día es más difícil de realizar por las dificultades en el transporte y desplazamiento del equipo dental adecuado, sobre todo en las grandes urbes, como la Ciudad de México (D F)

Los puntos más importantes que debe realizar el cirujano dentista en la visita domiciliaria serian

- * Hacer saber claramente al paciente cuales son sus posibilidades respecto a las visitas a domicilio y en que casos es cuando el cirujano dentista estará dispuesto a realizarlas
- * En caso de que Usted no pueda o no realice visitas a domicilio, considere la alternativa de que un miembro de su personal (si es que existe), por ejemplo compañeros o pasantes de la carrera, pueda realizar la visita en su representación o sino recomendar a otro odontólogo
- * Aprovechar las visitas a domicilio para recabar información sobre el medio ambiente, funcionalidad personal, interacción familiar, estado socioeconómico Sus hallazgos serán de gran importancia el diagnostico y tratamiento Aproveche para conocer los estilos de vida y particularmente el tipo y la preparación de los alimentos ⁵⁷

Aparte de la necesidad de controlar regularmente a los pacientes imposibilitados de salir de casa o postrados en la cama, las demandas de tratamiento pueden abarcar toda la práctica dental Sin embargo, los registros de servicios domiciliarios indican que los cuatro más comunes son

- 1 *Dolor de piezas dentarias o a causa de lesiones de tejido blando*
- 2 *Prótesis mal ajustadas o con mal funcionamiento.*
- 3 *Pérdida de obturaciones, coronas o fractura de aparatos fijos.*
4. *Mucha sequedad de la boca (Xerostomia)*

En teoría, el equipo dental terapéutico es el mismo que el que se utiliza en la clínica Sin embargo, debe reconocerse que la práctica hay un límite a la cantidad de equipo y de material odontológico que puede ser transportado y ala forma de tratamiento que puede administrarse Muchos pacientes geriátricos incapacitados que necesitan atención domiciliaria no tienen la resistencia física o mental suficiente para soportar más que cortas sesiones de tratamiento

En conclusión, las visitas a domicilio por parte de el *carujano dentista* y del equipo multidisciplinario estan llamados a ser en el próximo siglo alternativas de mayor éxito para el manejo de los pacientes geriátricos, ante los altos costos de la institucionalización de los servicios hospitalarios y hogares geriátricos, así como la preferencia de los ancianos para permanecer en sus hogares ⁵⁸

La atención dental en los asilos, en el pasado , muy a menudo los ancianos eran abandonados, relegados a auténticos depósitos o preceementarios, como los como los antiguos gerocomios, hospicios y similares, que por desgracia aún existen ⁵⁹

Estas condiciones favorecen el decaimiento del anciano no sólo también por el abandono psicológico y el estado anímico de quien se ve condenado a pasar el resto de sus días en una especie de prisión, aunque sea dorada. Ello explica los frecuentes intentos de fuga o , inclusive, suicidios de los internados contra su voluntad en casas de reposo ⁶⁰

En estas instituciones debe ser factible proporcionar asistencia médica incluyendo claramente la odontología , en forma de controles periódicos y tratamientos adecuados que sólo difieren desde el punto de vista curativo de los que se proporcionan en los hospitales

Hoy en día, en las casas de reposo no se puede prescindir de la asistencia odontológica, médica y ni de la psicológica y social, que son de fundamental importancia, sobre todo en ancianos sanos

Aunque las residencias o asilos se incluyen dentro del ciclo de atención médica continuada, en ellas no debe ser aplicado el modelo hospitalario, pues en realidad no son hospitales sino las residencias u hogares de estas personas

Dada la complejidad de los problemas surgidos en una institución típica de esta clase, es necesario un abordaje en equipo multidisciplinario que debe trabajar conjuntamente realizando 4 actividades principales

- ◊ En primer lugar, se debe llevar a cabo una evaluación compleja del residente
- ◊ En segundo término, hay que instaurar un plan de atención exhaustivo
- ◊ En tercer lugar, éste debe llevarse a la práctica
- ◊ Finalmente, hay que analizar su éxito o su fracaso y realizar las modificaciones oportunas cuando ello sea conveniente 61

La asistencia médica - odontológica, los encargados de esta atención de residentes asumen una responsabilidad compleja que exige tiempo, energía y una prolongada relación con cada paciente para valorar sus problemas y proporcionar las intervenciones más apropiadas. Una función especialmente importante consiste en la valoración de la necesidad de una rehabilitación a largo plazo.

La atención de los pacientes residentes exige a menudo un gran trabajo de atención de los familiares. Es posible establecer una buena relación ya desde un principio si tanto el paciente como su familia notan que alguien con autoridad los escucha e intenta solucionar sus problemas. En general suele disminuir el miedo al abandono si, en lugar de hacer hincapié en interrumpir y cesar la terapéutica, los *cirujanos dentistas* entablan diálogos positivos acerca de lo que puede hacerse con el enfermo, aun cuando sólo sea un tratamiento paliativo 62.

Nota: Sería factible y razonable, que en la carrera de Cirujano Dentista, tanto los estudiantes como el personal académico puedan ofrecer aún más los servicios en las unidades de reposo, asilos, hospitales, y realizar tareas que no se enseñen en otros sitios. Por ejemplo, efectuar un examen de evaluación funcional o una prueba de selección del estado mental del paciente, realizar tratamientos odontológicos, entre otras actividades. De este modo, los estudiantes y el personal académico llegan también a comprender que no todos los residentes son pacientes deshidratados, febriles y con trastornos mentales, aún teniendo alguna incapacidad como las que hemos descrito en esta tesis. Con esto los estudiantes de la carrera de odontología contribuirían a una mejor formación personal en sus estudios, así como la colaboración hacia estos asilos y poniendo el nombre de nuestra Universidad en alto.

Las visitas hospitalarias; otra forma de tratamiento dental es la que recibe como pacientes internos de hospitales. Sin embargo, a la mayoría de las personas de edad avanzada no les gusta ser apartadas de sus hogares, incluso durante cortos periodos. Les preocupa sobremanera su independencia continua, su libertad y la presencia de objetos y caras familiares ⁶³

Algunos pacientes pueden verse profundamente afectados por el ingreso en un hospital. Realmente, algunos desarrollan nuevas enfermedades tras su entrada, lo que parece estar relacionado incluso con un corto período de cambio de ambiente. La persona geriátrica está a menudo en la comunidad en un estado de equilibrio precario que puede verse drásticamente afectado por su traslado a una unidad hospitalaria. El resultado es que el reajuste del paciente tras un tratamiento hospitalario se hace difícil o imposible. La comparación del aspecto y la conducta de los pacientes atendidos en ambulatorios con los pacientes internados en un hospital y que sufren de condiciones clínicas similares también apoya la hipótesis de que, siempre que sea posible, las personas de edad están mejor fuera del hospital ⁶⁴

La pérdida de la autonomía, ya sea transitoria o definitiva, va a dificultar tanto a, la realización de los actos propios de la vida cotidiana y a la dificultad de ejecutar un tratamiento dental adecuado

El hospital debe contar con ciertas adaptaciones para mejorar la atención médico - odontólogo, algunas son

La **cama** debe adaptarse al enfermo anciano y más si cuenta con alguna discapacidad. Será ante todo confortable

El **sillón** de reposo debe permitir una posición estable, relajante y que no provoque fatiga. Debe ser de fácil manejo para las adaptaciones que el cirujano dentista realice, como indica el capítulo III

4.3 ASPECTOS BUCALES EN CUANTO A CUIDADOS EN EL HOGAR

Es común que el paciente no pueda mantener una adecuada higiene oral, en estos casos es responsabilidad de cirujano dentista darle a conocer elementos que lo puedan ayudar, como son

- ◆ El adaptar un mango más grueso al cepillo dental, para así poder tener un mejor soporte
- ◆ Los cepillos de dientes eléctricos, como es el caso de *Interplak*, son muy recomendables
- ◆ Para pacientes que usan prótesis dentales removibles parciales o totales y que sólo tienen movimiento de una mano, se pueden colocar a un lado del lavamanos, cepillos sujetos hacia el mismo lavamanos con ventosas para que así, estas prótesis puedan ser frotadas contra las cerdas y mantenerlas limpias ⁶⁵

La experiencia ha demostrado que la aceptación por el paciente de una prótesis total o parcial se encuentra íntimamente ligada a la actitud del paciente y su relación con el cirujano dentista ⁶⁶ Se le debe proporcionar al paciente la información completa y veraz de los problemas especiales relacionados con el uso de dentaduras artificiales, consejos acerca de vencer o compensar estos problemas, datos sobre la higiene bucal y cuidados de las prótesis en su hogar ⁶⁷

Un programa sobre la educación del paciente deberá iniciarse sobre la forma que se realiza una prótesis total o parcial. La primera fase deberá ser sobre la explicación sobre cualquier duda, cualquier mal entendido después de la construcción de la prótesis, la segunda fase de la educación consiste en un examen claro y por escrito de los problemas y las recomendaciones higiénicas de la dentadura ⁶⁸

1 - Primeras sensaciones bucales

Tan pronto se coloca una prótesis total deberá el paciente determinar si observa o siente algún problema relacionado con el ajuste de las prótesis. Explicarle la necesidad de visitas posteriores para corregir cualquier alteración, como puede ser puntos de contactos altos y afecté a la oclusión o a la articulación temporomandibular.

2 - Problemas fonéticos

Debido a la sensación inicial de volumen y al exceso de salivación que la acompaña no es raro que se distorsione un poco la fonética.

3 - Problemas de salivación excesiva

Esto conduce a un estímulo de las glándulas salivales para producir saliva, si el flujo es en demasía el paciente puede quejarse de las dentaduras flotantes. Es necesario explicar al paciente que esta reacción es normal y que disminuirá lentamente en las próximas semanas.

4 - Masticación

El aprender a masticar satisfactoriamente puede demorar de *tres a seis* semanas. Se le advertirá que durante este periodo es conveniente reducir la masticación a tipos simples de alimentos, sin intentar la masticación de alimentos resistentes.

5 - Higiene oral

Se recomienda usar un cepillo blando para limpiar diariamente las superficies mucosas de los rebordes residuales y la superficie dorsal de la lengua.

6 - Limpieza adecuada de las prótesis

La utilización de un cepillo, jabón o limpiador y agua es un método muy popular de limpieza, también se aconseja sumergirlas en un vaso con agua y 10 gotas de hipoclorito de sodio durante 30 min, con el objeto de remover manchas y eliminar la acumulación de tartaro y a la vez de microorganismos patógenos. Después se enjuagan minuciosamente.⁶⁹

4.4 EDUCACION PARA SALUD

La nueva estrategia de Organización Mundial para la Salud, desde el año 1983, es lograr una filosofía de responsabilidad en la participación activa para la obtención de la salud

A. Los individuos deben educarse en los conocimientos y procedimientos a su alcance para conservar y mejorar su salud, al mismo tiempo para evitar provocarse daños.

B. Los profesionales de la salud deben convertirse en educadores de sus pacientes y de la comunidad.

C. Los familiares y demás miembros de la sociedad deben ser colaboradores en los procesos de salud de su propio entorno familiar y de la colectividad.⁷⁰

➤ La mayoría de los pacientes geriátricos están interesados en obtener información y entender sus problemas médicos u odontológicos como mencionar un ejemplo adecuado, así como participar en su control y manejo. También es común que los familiares estén ávidos de ser informados.

➤ Existe una tendencia errónea entre el cuerpo médico de considerar una pérdida de tiempo, el proporcionar información detallada al paciente o a la familia. Este enfoque debe transformarse en una corriente de comunicación, facilitada con términos sencillos y accesibles. La educación para la salud representa una excelente inversión clínica que asegura adherencia al tratamiento, bienestar psicológico y mayor fe en el cirujano dentista.

➤ Identifique y discuta los estilos de vida, en especial dieta y ejercicios con indicaciones sencillas y precisas, sobre como optimizarlos.

➤ Recuerda que aunque otros miembros del equipo de salud son importantes en educar al paciente, la mayor credibilidad es otorgada al médico o cirujano dentista.

- Estimule a los pacientes a hacer preguntas y al responderles, referlos a otras fuentes de información donde puedan dirigirse
- Utilice diversos mecanismos de información: hojas impresas, folletos, dibujos, diagramas, audiotapes, videos
- Enseñe al paciente y a su familia a tomar notas y a traer toda su información por escrito así como sus dudas
- Sea repetitivo en sus comunicaciones y siempre utilice un lenguaje fácil de entender 71
- Siempre pida al paciente o sus familiares que le repitan lo que les explicó a fin de asegurarse que lo comprendieron, tenga cuidado, el anciano es muy susceptible y no debemos hacerlo pensar o sentir que dudamos de su capacidad de comprensión
- Felicítelos y reconózcales su esfuerzo y participación a modo de reforzamiento. Hágalos saber que la mayoría y el éxito de su tratamiento es en gran medida gracias a que obedecieron finalmente las instrucciones
- La explicación del diagnóstico es crítica para que cumplan con sus planes terapéuticos. El no saber lo que está funcionando mal en su cuerpo puede provocar malestar
- Es importante conocer con antelación hasta donde el paciente desea saber, si es conveniente informarle y si tiene la debida capacidad cultural e intelectual para ser informado
- Siempre hay que verificar la aceptación a seguir las indicaciones, muchos de ellos pueden asegurarse que se van a inyectar o que harán los ejercicios y una vez en su domicilio se rehusan a cumplir lo acordado 72
- Hay que explicarles cuales son los beneficios que obtendrán con el medicamento o con el estilo de vida recomendado y darle una aproximación del tiempo en que sentirán la mejoría
- Hay que identificar entre los acompañantes un responsable de que el tratamiento se cumpla y que esta persona será el contacto directo con el dentista

➡ Cuando el paciente sea referido a otro especialista hay que asegurarle que eso no significa que se le está abandonando, por el contrario, se busca acelerar su mejoría 73

➡ Educar, estimular e involucrar a la familia y la comunidad en su participación activa en el manejo de los problemas crónicos como parte de equipos colaboradores, tanto en el seno familiar, como en grupos de autocuidado

➡ La mayoría de los pacientes geriátricos tienen familiares que los cuidan y los quieren con celo y dedicación, otros tienen amigos y vecinos que están dispuestos a colaborar

➡ Hay que evitar la intromisión de aquellos familiares que interfieren con consejos equivocados, recomendando yerberos, remedios caseros, brujerías y otras prácticas ortodoxas y lesivas para la salud y economía del paciente

➡ Tenga respeto y consideración por el estrés al que se ven sometidos los familiares y cuidadores de los pacientes crónicos, deteriorados, inválidos y con padecimientos mentales

➡ Saber fomentar entre los pacientes la práctica del altruismo como una de las actividades con mayores efectos benéficos en la lucha contra su enfermedad, y como medio para prolongar la expectativa de una vida mejor y duradera 74

CONCLUSIONES

El propósito de esta tesis, es un intento por dar a conocer y concientizar al practicante de la odontología de la problemática que presentan los pacientes de edad avanzada, con alguna discapacidad. Tomando en cuenta los diversos factores tanto externos como internos que inciden y modifican su estado psicosomático. Todo esto con el objeto de proporcionar una atención adecuada y más comprensiva.

Existe una creciente necesidad por hacer algunos cambios sutiles en la manera de proporcionar la atención dental al paciente geriátrico. El dentista no requiere de un entrenamiento especial en cuanto a los procedimientos odontológicos, sino a aprender como adaptar sus técnicas y tiempos de trabajo tomando en cuenta la condición propia de cada paciente, tanto psíquica como físicamente.

Debemos hacernos una evaluación realista de nuestras propias aptitudes y nuestra prestancia, antes de que estemos en condiciones de entender y ayudar a personas geriátricas, en procesos de envejecimiento y con alguna incapacidad física. El saber que es lo que sentimos y pensamos acerca del envejecimiento, será el reflejo de como queremos ayudarlos y atenderlos.

Debemos reconocer que la ancianidad es la edad de la sabiduría. Al senecto no le corresponde hacer sino enseñar a hacer. Es el guía, el que tiene la sabiduría y experiencia sin importar que lo haga desde una silla de ruedas, (por ejemplo). El anciano no merece que se ofenda ni se le discrimine; tampoco que se le afrente con lastima o compasión sino todo lo contrario, se le debe todo respeto y honra.

A pesar de la existencia del Reglamento para la atención de minusválidos en el Distrito Federal, no existe ningún tipo de legislación que prevea el equipo adecuado con que debe contar una clínica dental para la atención de este tipo de pacientes.

Al momento de montar una clínica dental se debe pensar en este tipo de pacientes, ya que la adecuación de ésta a las necesidades de los minusválidos se puede ver afectada por la falta de espacio en la edificación.

BIBLIOGRAFIA

- I COWDRY E V.
EL CUIDADO DEL PACIENTE GERIATRICO.
1ª EDICION
EDITORIAL LAPRENSA MEDICA MEXICANA
MEXICO 1986.
(Pp 5,7,10,31,36,48,66.)
- II FREEDMAN A KENNETH
MANAGEMENT OF THE GERIATRIC DENTAL PATIENT.
1ª EDICION
EDITORIAL QUINTESENCE
U S A 1987
(Pp 2,8,26,28,30)
- III OZAWA DEGUCHI JOSE Y
PROSTODONCIA TOTAL
3ª EDICION
EDITORIAL ANDROMEDA
MEXICO 1979
(Pp. 24,27,62,64)
- IV LANGARICA SALAZAR RAQUEL
GERONTOLOGIA Y GERIATRIA
2ª EDICION
EDITORIAL NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA
MEXICO 1990.
(Pp 1,3,6,11,14,22,52.)
- V CONI
GERIATRIA PRACTICA
EDITORIAL: EL MANUAL MODERNO.
MEXICO 1990
(Pp 4,9,14,17,20,23,35,59)
- VI MARTIN E & J P JUNOD
MANUAL DE GERIATRIA
EDITORIAL NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA
MEXICO D F 1985
(Pp 12,25,68)

- VII BATES
TRATAMIENTO DEL PACIENTE GERIATRICO
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO S A de C V
MEXICO 1986
(Pp 71,74)
- VIII A S T FRANKS
EDITORIAL LABOR S A
BARCELONA 1976
(Pp 38,44,55,57,60,65,70)
- IX AMMANITI MASSIMO
MINUSVALIDOS
EDICIONES DEL SERBAL
MADRID, ESPAÑA 1993
(Pp 13,16,32)
- X DIF
DATOS PROPORCIONADOS POR EL DIF
MEXICO 1998
- XI HALL GLORIA
PARA MINUSVALIDOS
EDICIONES H BLUME
MADRID, ESPAÑA 1989
(Pp 13,16,18,21,32,50,72)
- XII CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTE AMERICA
VOLUMEN I
ODONTOLOGIA GERIATRICA
GEZA T TEREZIALMY, D D S y
MICHELE J SAUNDERS D M D M S MPH
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA
MEXICO, D F 1989
(Pp 19,26,58)

- XII JOAQUIN GONZÁLEZ ARAGÓN G
EL MEDICO Y EL PACIENTE GERIATRICO
SERIE EDUCACION GERONTOLOGICA CONTINUA
SOCIEDAD DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA
DE MEXICO A C
DIRECCION DE EDUCACION CONTINUA
MEXICO 1997
(Pp 39,42,46,61, 63,73)
- XIII IAN E BARNES y ANGUS WALLS
GERODONTOLOGY
GEORGE WARMAN PUBLICATIONS
E U 1994
(Pp 67)
- XIV GERIATRIC DENTISTRY
POUL HOLM - PEDERSEN y HERALD L
EDITORIAL MUNKSGAARD
1986 MUNKSGAARD, COPENHAGEN
(Pp 33,40,43,45,47,49,55)
- XV DE NICOLA PIETRO
GERIATRIA
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO
1ª EDICION
1985 MEXICO, D F
(Pp 29,34,37,41,51,56,69)