

27
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EDUCACION PARA LA SALUD DIRIGIDA
AL PACIENTE FUMADOR GERIATRICO.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

JUAN JAVIER CORONA PEREZ

DIRECTOR: CD. VICTOR MANUEL DÍAZ MICHEL

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



MÉXICO, D. F. 1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

DEDICATORIAS

A DIOS...

Por permitirme vivir y lograr una de mis metas.

A LA MEMORIA DE MIS PADRES
Y HERMANA.

A MI HIJO:

RODRIGO, mi orgullo y alegría.

A MI ESPOSA:

GUILLERMINA ARROYO SCOUGALL.

Por compartir su vida conmigo. Porque este logro es tanto mío como suyo.
Por las horas de alegría y tristeza que hemos compartido y que nos han
encaminado a la lucha constante de nuestras metas.

A MIS HERMANOS:

ABELARDO, RAYMUNDO, LEONOR, LUIS.

Porque me han enseñado a luchar y trabajar para lograr mis metas.

A MI DIRECTOR DE TESINA:

CD. VICTOR MANUEL DÍAZ MICHEL

Por su tiempo, dedicación, paciencia y su amplio conocimiento.

AL COORDINADOR DEL SEMINARIO:

CD. ROLANDO BUNEDER

Gracias por dedicarme su tiempo, compartir y transmitir sus conocimientos.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Por la oportunidad que me brindo de formar parte de ella y poder llamarme
con orgullo, universitario.

AL HONORABLE JURADO.

INDICE

Introducción.

CAPITULO I. Análisis del fumador.

- 1.1 Estructura biospsicosocial del fumador.
- 1.2 Factores que influyen en el fumador senecto.
- 1.3 Envejecimiento y sociedad.
- 1.4 Deficiencia de conocimiento y destreza.

CAPITULO II. Efectos del tabaquismo.

- 2.1 Problemas que presentan los pacientes en relación con el mantenimiento de la salud bucodental.
- 2.2 Aspectos nutricionales.
- 2.3 Efectos del tabaco en el peso corporal.
- 2.4 Efectos del tabaquismo en cavidad bucal.

CAPITULO III. Relación Odontólogo – Paciente

- 3.1 La entrevista.
- 3.2 Motivación.
- 3.3 Comunicación.
- 3.4 Métodos de comunicación.

CAPITULO IV. Educación e higiene.

- 4.1 Educación para la salud.
- 4.2 Técnicas para la higiene oral.

Conclusión.

Glosario.

Bibliografía.

INTRODUCCION

En la sociedad moderna, algunas conductas, son sumamente nocivas para la salud, como es el caso de la sobre alimentación, la falta de ejercicio, el alcoholismo y el tabaquismo.

La propuesta para explicar la existencia del tabaquismo incluyen desde las teorías genéticas psicodinámicas y las sociales.

Si consideramos que es la cavidad bucal donde se produce el primer contacto que el fumador tiene con el tabaco, sustancia que es mayor o menor grado ocasiona cambios o alteraciones en los tejidos blandos y duros.

La educación para la salud será una de las acciones más importantes, cuyo propósito es la promoción y el mejoramiento de las condiciones de vida y salud en el paciente.

Cabe hacer la aclaración que para llevar a cabo con éxito éste objetivo, es de suma importancia la relación Odontólogo Paciente. Pues en el fumador geriátrico, uno de los factores predisponentes al tabaquismo es la sociedad, que origina descuido de la persona, repercutiendo en la salud bucodental.

CAPITULO I

ANALISIS DEL FUMADOR.

1.1 Estructura biopsicosocial del fumador.

El hábito del tabaquismo se inicia por imitación; el niño que ve a sus padres y las personas mayores, fuman y reflejan su deseo de identificarse con ellos. Así, la probabilidad de que un adolescente fume es mucho mayor si sus padres lo hacen. Debido a las características del periodo de la adolescencia, el muchacho se encuentra en proceso de individualización y de identificación con otros sujetos de su misma edad, de modo que se adhiere a grupos que le proporcionan la oportunidad de ampliar su conducta social y experimentar nuevas actitudes que no se atrevía a iniciar como cualquier otra conducta y que está sujeto a las normas de reforzamiento positivo y negativo.

La edad promedio en la que el adolescente fuma por vez primera un cigarrillo es de 11 años. Las probabilidades de convertirse en fumadores habituales y dependientes es alrededor de los 20 años de edad. El principal reforzador positivo se encuentra en el ejemplo de los padres y familiares cercanos, la disponibilidad de cigarrillos y su amplia difusión publicitaria en relación con el éxito social y con situaciones deseables para cualquier adolescentes, la curiosidad por experimentar nuevas emociones, la rebeldía ante los preceptos de las autoridades, la confianza social y la aceptación por parte de su grupo de compañeros fumadores. Finalmente en dicho balance hay que incluir el hecho de que el adolescente encuentra un objeto que, puesto en las manos o boca, permite disfrazar las manifestaciones ansiosas que ya a esa edad empiezan a ser similares a las del adulto.

Personalidad.

Existen ciertos rasgos que se manifiestan frecuentemente, aún cuando los fumadores no exhiban una diferencia significativa. Dichos rasgos que se enumeran sin considerar orden de importancia o de frecuencia, por los antisociales, mayor actividad y energía, preferencia por el control externo más que por el interno, mayores niveles de ansiedad y competitividad desarrollan poca tolerancia a la frustración y mayor dependencia afectiva respecto de quienes le son significativos.

Clasificación.

Hay cinco grupos diferentes de fumadores:

1. Fumador psicosocial. En esencia, las recompensas son solo, psicosociales: prácticamente no existe inhalación de nicotina. El fumar es intermitente y se limita a situaciones sociales; fuera de ellas no existe deseo de fumar.

2. Fumador indulgente. Las recompensas se reducen al puro placer, de manera que se fuma en diversas situaciones, como al ver la televisión, al descansar, después del trabajo, mientras lee, etc. El placer puede derivarse de recompensas predominantemente orales, y el individuo fuma después de ingerir algún alimento o bebida, o su sustitución de éstos. No es un fumador constante sino que tiende a presentar periodos de varias horas.

3. Fumador por tranquilizarse. El efecto sedativo de la nicotina, el calmante de la gratificación oral y el mantener las manos ocupadas, se utilizan para aliviar la ansiedad y la tensión, y la frecuencia para fumar varía de acuerdo con el estado emocional.

4. Fumador por estimularse. Se utiliza el efecto estimulante de la nicotina para mantener cierta conducta deseable y ahuyentar la fatiga cuando se realizan tareas monótonas o para estimular la creatividad y el estado de alerta al escribir.

5. Fumador por adicción. El sujeto experimenta los efectos de la supresión sino logra fumar en un lapso de 20 – 30 minutos y fuma para aliviar esas molestias. La frecuencia no varía con las circunstancias externas y lo inicia poco después de levantarse por la mañana, cesa solo durante el sueño y es regulada por los niveles de nicotina en sangre.

1.2 Factores que influyen en el fumador senecto

Consideramos fumador en las personas con problemas, físicos y sociales en relación con el consumo de tabaco, aunque no sean propiamente dependiente de éste, teniendo más en cuenta los daños que ocasiona a la salud el individuo y a la convivencia social y familiar que la cuantía que este puede consumir.

El tabaquismo, independientemente de la edad, es siempre un problema complejo, pero cuando lo consideramos en personas envejecidas, se suman más a los problemas físicos y familiares otros psicosociales propios del individuo añoso y provocados por la sociedad que crea circunstancias especiales para los ancianos: soledad, pérdida del rol profesional o social, de cansancio, imposibilidad para realizar un deporte, ingresos bajos, posee amigos que fuman, alcoholismo, rechazo.

En la senectud encontramos fumadores que lo eran antes de llegar a viejos y otros que se hicieron tales al jubilarse o tiempo después de la jubilación. El anciano fumador es tolerado familiar y socialmente, mientras su salud no sea preocupante.

OTRAS VARIABLES SOCIALES

Una infinidad de otras variables que se derivan del ambiente social y no están bajo el control inmediato pero que influyen en fumador. Incluyen la densidad en la población, hacinamiento, el paso de la civilización moderna, sucesos de la vida que causan tensión y otras tensiones ambientales.

El ambiente social es un determinante importante de conducta del fumador, persuadido por las normas sociales los modelos y otras influencias sociales.

Por lo tanto, todo esto sugiere que el fumar es un fenómeno social.

1.3 Envejecimiento y Sociedad

Una de las esferas que se ve más afectada por el proceso de envejecimiento es la social y es por ello que se recomienda que el adulto mayor que participó durante su vida en grupos de diferentes índoles y con distintos objetivos: grupos familiares, escolares, deportivos, laborales, religiosos, políticos, etc. realizando en cada una diferentes labores, continúe participando con ellos en la medida de sus condiciones de salud lo permita.

Desafortunadamente, un número considerable de sociedades ambientales exhiben conductas compatibles con el fenómeno del "viejo". En dichas sociedades, el concepto de productividad, es consumismo, de juventud, de belleza, de automatización y de vitalidad, rechazan al anciano por considerarlo inútil e improductivo. A todos esas circunstancias se suma el abandono familiar, la incomunicación, la falta de participación social y la baja calidad de asistencia médica.

En los países en desarrollo impera el mito de que la enfermedad y la discapacidad son resultado inevitable del envejecimiento. Sin embargo de vejez y la enfermedad no son sinónimos; que la ancianidad hace a las personas incapaces, enfermas, propensas a perder las facultades aisladas, rígidas en sus actividades o imposibilitados de razonar o recordar. Se sabe no obstante, que los adultos mayores se enferman más frecuentemente que los jóvenes y son más susceptibles a las enfermedades crónicas; pero eso no excluye de que puedan atender el cuidado de su propia salud.

Aunque el envejecimiento es universal, la discapacidad no lo es, es el producto de procesos biológicos, y de factores sociales, psicológicos y de conducta.

La complejidad del proceso de envejecimiento exige que la atención del adulto mayor se realice utilizando criterios coherentes, continuos y unificados, con el fin de promover, prevenir, tratar y rehabilitar su salud de manera eficiente.

La sociedad ejerce una gran influencia sobre el individuo, durante su proceso de envejecimiento, por tanto, las interacciones deben tomar en cuenta los siguientes factores:

- el ambiente sociocultural y psicológico donde vive el adulto mayor;
- los cambios que afectan su comportamiento y su autopercepción;
- la familia y los contactos sociales que le sirven de apoyo;
- la identificación con grupos étnicos o religiosos que le brinden apoyo social;
- el efecto del incremento de la población adulta mayor sobre la sociedad; y
- la salud como determinante del bienestar.

Durante la vejez ocurren pérdidas biológicas, psicológicas y sociales que afectan también progresiva o súbitamente el estilo de vida de las personas. La capacidad del individuo durante la adultez de enfrentar los cambios y las crisis, de adaptarse a las nuevas situaciones, de correr riesgos y de confrontar factores estresantes, pueden utilizarse como indicador del tipo de vejez que esa persona alcanzará.

Sin embargo, la capacidad de adaptación del adulto mayor se ve a veces comprometida por los frecuentes cambios sociales, físicos, económicos y laborales a que están expuestos.

Las condiciones del ambiente físico y social en que se desenvuelve la persona tienden a acelerar o retardar su proceso de envejecimiento. Es necesario que la sociedad considere, reconozca y acepte al adulto mayor

como una persona con los mismos derechos y deberes de los adultos, jóvenes y niños, pero con necesidades fisiológicas, psicológicas, espirituales y socioeconómicas diferentes, las cuales deben ser atendidas de acuerdo a esas circunstancias.

1.4 Deficiencia de conocimiento y destrezas.

Dentro de este aspecto, el de la falta de conocimiento, muchas veces debe valorar la capacidad del paciente para llevar a cabo un correcto programa de higiene bucal, ya que gran cantidad de pacientes presentan enfermedades que les impiden realizar movimientos adecuados en una correcta técnica de cepillado.

Dentro de la falta de conocimientos para realizar una buena técnica de higiene, tenemos que hay pacientes que no han sido instruidos acerca de cómo hacerlo adecuadamente.

Hay también dentro de este punto, aquellos a quienes se les explicó cómo hacerlo, pero que por diferentes razones no lo llevan a la práctica en forma que se les enseñó, puede ser porque no lo entendieron correctamente o simplemente porque da flojera hacerlo ya que implica mayor tiempo, cuidado y atención.

Se debe mencionar así mismo, que el paciente desconoce cuáles son los instrumentos adecuados para su higiene. Esto es importante en los pacientes que todavía conservan algunos dientes, ya que sus tejidos blandos de la cavidad bucal ha perdido su tono y se pueden lastimar con cepillos demasiado duros.

Por otra parte, tenemos el problema de las deficiencias en destrezas para llevar a cabo un plan de higiene bucodental en los pacientes de la tercera edad.

Al hablar de este aspecto, es importante tomar en cuenta las múltiples patologías que padece un paciente de la tercera edad, lo cual puede impedirle el correcto aseo de su boca.

Dentro de las enfermedades que pueden provocar un deficiente aseo bucal podemos mencionar:

Artritis. Este padecimiento muy característico de los pacientes geriátricos, impide el poder realizar un correcto programa de higiene en la cavidad bucal, esto es debido a la deformidad que sufren los pacientes particularmente en las manos, lo que les impide en cierta medida, el tomar correctamente un cepillo dental y realizar una buena técnica de aseo bucodental

Epilepsia. Algunos pacientes que presentan esta enfermedad, tiene problemas a nivel bucal debido a los medicamentos que les prescriben derivados del dilantil, éste fármaco, como reacción secundaria, ocasional un crecimiento gingival, de manera que se debe indicar al paciente las consecuencias de este medicamento causa a nivel bucal ya que no cuenta con la destreza para que el paciente aprenda a controlar debidamente la placa y no se presentará ningún problema.

Parkinson. Los pacientes que presentan esta enfermedad son muy poco coordinados en sus movimientos finos, esto los impide que puedan tener una buena higiene dental por ellos mismos, y que tenga que recurrir a la ayuda de otras personas para poder llevar una buena higiene bucal.

Pacientes con enfermedad de Alzheimer. Estos pacientes, que sufren una degeneración en las neuronas, se caracterizan por la pérdida de la memoria; como consecuencia de esto, el paciente olvida todo lo que tiene

que hacer, desde lo más simple como el comer, vestirse o llevar a cabo su limpieza dental, y tiene que ser ayudado por alguien para poder realizar estas acciones tan simples.

Pacientes autistas o síndrome de Kanner. Psicosis cuya causa y origen no están bien determinados, se caracteriza por una incapacidad más o menos marcada para entender o comunicarse, resultando de ello: Dificultad para la comunicación verbal y no verbal (el lenguaje puede estar parcial o totalmente ausente), evitan la mirada, los ademanes, la expresión facial o cualquier otra actividad que pudiera servir como comunicación.

También presentan una restricción muy marcada de actividades e intereses. Obviamente que estos pacientes necesitan de una persona que los auxilie en las medidas de higiene bucal.

CAPITULO II

EFECTOS DEL TABAQUISMO

2.1 Problemas que presentan los pacientes geriátricos en relación con el mantenimiento de la salud bucodental.

En este grupo de personas, los problemas que presentan para poder llevar una correcta higiene bucodental, son muchos y muy variados, y van ligados muchas de las veces con problemas de origen educacional hasta las enfermedades que les impiden poder llevarla a cabo correctamente.

Muchos problemas dentales y bucales pueden originarse por el uso de medicamentos, que en los ancianos pueden ser múltiples debido a las numerosas patologías que padecen y cuyo centro se complica por la multimedicación y la sensibilidad de los pacientes hacia los fármacos.

En relación con el tratamiento dental, el estrés parece tener una influencia mayor en los pacientes sistemáticamente comprometidos mayores de 60 años.

Los pacientes de edad avanzada tiene más posibilidad de padecer hipertención y por lo general, suelen recibir medicamentos antihipertensivos que repercuten dentro de la cavidad bucal.

Los Odontólogos de práctica general suelen no estar capacitados de manera formal en el tratamiento del paciente anciano, como suele capacitarse a los estudiantes universitarios en el manejo de niños, adolescentes y adultos.

Uno de los problemas para el paciente anciano en contra su salud bucal es sin duda alguna, el económico.

El hecho de ser pensionado y/o percibir pocos ingresos, vivir en instituciones de beneficencia o con familiares dependiendo económicamente de éstos, hace casi imposible que el anciano pueda asistir a la consulta dental, y por consiguiente, el que pueda recibir instrucción adecuada para mantener en buenas condiciones su cavidad bucal.

Existen también, problemas para la aceptación de un adecuado plan de tratamiento entre las personas ancianas, hay una gran diferencia de aceptación al intentar aplicar un plan de higiene bucal a un joven adulto, que a un individuo de 60 años o más, esto se debe también a que en el paciente anciano la expectativa que tiene por delante no es tan atractiva, que mejor decide quedarse como está.

Se ha demostrado que el grado de escolaridad influye sobre la necesidad sentida de solicitar tratamiento. En este aspecto, su niñez no es igual a la que reciben los niños de hoy; en la actualidad, en las escuelas, se les enseña a los niños a cuidar de su salud bucal, esto hace pensar en que la población de pacientes geriátricos futuros, tendrán problemas bucodentales muy diferentes a los de los ancianos de hoy.

Algunos de los pacientes de la tercera edad, no han sido cubiertos por ninguno de los modelos de atención odontológica que existen en el país, algunos otros nunca recibieron del Odontólogo tratante, un diagnóstico integral y otros jamás se les mencionaron las necesidades de un tratamiento preventivo.

Otro de los problemas para que el anciano mantenga su salud bucal, radica en que por alguna razón, no se ha podido entusiasmar al Odontólogo para que brinde una atención dental de calidad a los pacientes seniles.

Es sabido que los pacientes mayores de 60 años, es una generación de difícil manejo para el Odontólogo, no únicamente por los cambios biológicos y psicológicos, las enfermedades sistémicas asociadas, los fármacos que utilizan, la disminución en su capacidad motriz, visual y auditiva, y los problemas económicos que se viven en este grupo de personas son más graves, generalmente por del desempleo.

2.2 Aspectos nutricionales

Los ancianos presentan deficiencias de uno o más nutrientes importantes; por ejemplo, hierro, calcio, tiamina, magnesio, fluoruro, ácido fólico, zinc y fósforo.

El estado nutricional se valora según observaciones del estado físico, bioquímico y clínico de cada individuo, junto con la evaluación del alimento o cantidad de nutrientes que ingiere.

Las necesidades energéticas del individuo son afectadas por una gran variedad de factores, entre los que se incluyen: metabolismo basal, duración del periodo del sueño y actividad física. Además, el cuerpo necesita energía para la síntesis de las proteínas en los tejidos, el desarrollo de procesos bioquímicos básicos y la regulación adecuada de la temperatura corporal.

La reducción del metabolismo basal y de la actividad física hace necesaria la disminución gradual de las calorías ingeridas a medida que la persona envejece.

En los ancianos el peso corporal alcanza su máximo de los 60 –69 años de edad y después declina lentamente; este proceso incluye la pérdida continua de masa muscular y acumulación de tejido adiposo, metabólicamente menos activo.

Proteínas: son imprescindibles en la dieta, ya que son necesarios para formar y conservar tejidos.

Carbohidratos. Proporcionan de 50 – 75% de calorías de la dieta, mientras que 12 – 15% proceden de proteínas y de 10 – 40% de grasas.

Lípidos: el cuerpo los utiliza de diferentes maneras: como vehículo para la absorción y distribución de las vitaminas liposolubles A, B, E y K, para neutralizar las secreciones ácidas del estómago y de la actividad muscular, y como fuente energética vital. Las grasas también aumentan la sensación de saciedad, mejoran el sabor de los alimentos y facilitan la preparación de las comidas. Por esas razones las grasas son nutricionalmente, fisiológica y psicológicamente importantes para el ser humano. El problema básico es su consumo excesivo, motivo de obesidad, elevación del colesterol, que se relaciona con arterioesclerosis.

2.3 Efectos del Tabaco en el peso corporal.

En el caso de los fumadores, se sabe que tienden a pesar menos que los no fumadores; ésta diferencia se hace más evidente a partir de los 40 años. También se ha establecido que al dejar el hábito se produce un incremento de peso cuyo promedio es de 5 kgs.

Se ha especulado que el cigarro representa una gratificación oral que desplaza a la comida, y más objetivamente se han señalado cambios anatómicos en la mucosa oral, que puede acompañarse de cambios en el umbral gustativo de ciertos sabores, en particular en el amargo y salado, así como cambios en la percepción de la saciedad, que juntos hacen del fumador un sujeto que degusta menos y se sacia enseguida, por lo que su ingesta es menor.

En los fumadores hay mayor incidencia de enfermedades gastrointestinales, en especial de enfermedad ácido-péptica. La nicotina parece ser la responsable del aumento en la acidez gástrica. También acelera el vaciamiento gástrico y el tránsito intestinal.

En el fumador también se han encontrado cambios hormonales. Como respuesta aguda. Las catecolaminas y el cortisol aumentan, al igual que la hormona de crecimiento, y disminuyen la insulina. En los fumadores aumenta de forma crónica la glucemia post-prandial y se reduce la liberación de insulina. Otros cambios importantes son la elevación de los ácidos grasos y del colesterol, tanto en estadios agudos como crónicos. Estas alteraciones hormonales y bioquímicas pueden significar un deficiente almacenamiento de energía.

La nicotina es capaz de estimular la liberación de hormona autidiurética y puede modificar el flujo urinario en sujetos bien hidratados, también puede elevar la presión arterial y la frecuencia respiratoria.

2.4 Efectos del Tabaquismo en la Cavidad Bucal.

Pigmentación Dentaria.

Los dientes de los fumadores crónicos presentan manchas cuyos colores van desde un amarillo oscuro hasta negro, según la cantidad de cigarrillos consumidos, su frecuencia y la susceptibilidad e higiene oral de quienes tienen estos hábitos. El color, así como la intensidad, cantidad y distribución de tales manchas se encuentran en correspondencia con la intensidad y duración de la exposición. Por su parte, los efectos morfológicos, estructurales y posicionales aumentan la pigmentación.

Gingivitis y Periodontitis.

La gingivitis se caracteriza por una inflamación de la encía y la periodontitis por la destrucción ósea del proceso alveolar, la cual es irreversible.

Desde el punto de vista etiológico, las causas pueden ser sistemáticas y locales. Debido a la frecuencia de su consumo, uno de los factores más importantes en la aparición de la enfermedad parodontal es el tabaco. El efecto que produce es particularmente llamativo; por ejemplo, en la alta prevalencia de gingivitis ulcerativa en fumadores jóvenes.

La gingivitis simple y la periodontitis con con resorción ósea se incrementan paralelamente al aumento en el consumo del tabaco, sin embargo, cuando la higiene bucal es adecuada, dichos efectos se reducen considerablemente.

Tratamiento.

El tratamiento consiste en la eliminación de hábitos nocivos, higiene bucal después de ingerir alimentos mediante cepillado, detartaje y curetaje. En los casos avanzados se recurre a la gingivectomía o gingivoplastia.

Lengua Pilosa.

La lengua pilosa, también denominada lengua vellosa negra o lengua peluda, es una afección poco común. Aunque la etilogía es incierta, aparte de los casos idiopáticos de lengua pilosa se conoce un cierto número de factores que producen esta alteración, especialmente el uso de antibióticos y corticoesteroides, la utilización de ciertos enjuagues a base de hidrógeno, la mala higiene bucal, el abuso de tabaco y los trastornos gastrointestinales.

Clínicamente, el padecimiento se caracteriza por hiperplasia de las papilas filiformes de la lengua sin la descamación normal, las cuales pueden alcanzar una longitud que oscila entre unos pocos milímetros y un centímetro. El color de las papilas varía de blanco amarillento al pardo e incluso al negro. La localización más frecuente es en el tercio posterior del dorso de la lengua, por delante de las papilas circunvaladas.

Esta pigmentación se debe a factores extrínsecos, como crecimiento de microorganismos cromógenos restos alimenticios, minerales en el agua, medicamentos y especialmente el tabaco. Dicha alteración es asintomática aunque en ocasiones presenta sensación de ardor.

La lesión se observa en fumadores empedernidos.

Leucoplasia.

La leucoplasia "es una mancha blanca de la mucosa bucal que no se elimina por simple respaldo y no puede ser clasificada clínicamente o microscópicamente como una entidad específica".

Etiología.

El tabaco es un elemento importante en la producción del leucoplasia y esto se debe a que muchos de sus componentes químicos y sus productos terminales de combustión como alquitranes y resinas, son sustancias irritantes capaces de producir alteraciones leucoplásicas en la mucosa bucal, al igual que el calor generado durante la combustión.

Características clínicas.

Las lesiones leucoplásicas generalmente son placas de tamaño variables, desde una lesión bien localizada hasta una que involucra una porción importante de la mucosa bucal. Su coloración varía del blanco perlado al blanco amarillento y grisáceo; en los grandes fumadores puede adquirir un tono castaño. Se trata de lesiones planas, o bien ligeramente elevadas, fisurales y papilomatosas y de consistencia firme, debido a que en la mayoría predomina la queratina.

Clasificación según el aspecto clínico de las lesiones leucoplásicas:

- a) Homogéneas. Tienen una placa blanca, uniforme, de espesor variable y límites precisos.

b) Nodulares (moteadas). En este caso se trata de placas blancas. irregulares y entremezcladas con áreas eritematosas. En su evolución este subgrupo es el más agresivo.

Localización.

Las áreas leucoplásicas pueden localizarse en carrillos, en las comisuras son las localizaciones más frecuentes; en orden decreciente les sigue la mucosa alveolar, lengua, labios, paladar, piso de boca, encías, zona retromolar.

Sexo y edad.

La distribución por edades, se observa en los pacientes que se encuentran entre los 40 y 70 años de edad, y que las mujeres tienden a adquirir esta enfermedad un poco más tardíamente que los hombres.

Potencial maligno de la leucoplasia.

La leucoplasia se considera una lesión premaligna debido a dos razones fundamentales: 1. Al parecer un número considerable de carcinomas bucales se han asociado con áreas de leucoplasia, y 2. Algunas leucoplasias parecen volverse malignas.

Tratamiento.

La decisión de tratar o no una leucoplasia bucal depende del resultado del examen histológico, de la etiología de la lesión y del aspecto clínico de la leucoplasia.

En la displasia epitelial severa y el carcinoma in situ está indicada la excisión quirúrgica. En la displasia epitelial leve moderada se debe efectuar el control periódico del paciente. Si el agente etiológico es un padecimiento sistemático, deberá corregirse y mantenerse una vigilancia estrecha de las lesiones bucales. Si, por el contrario, el problema se debe a factores locales, para que la lesión remita es necesario suprimir los irritantes. Por último, si el comportamiento clínico de la leucoplasia es agresivo o su aspecto indica malignidad, el tratamiento será la escisión quirúrgica.

Estomatitis nicotínica.

La estomatitis nicotínica; también llamada “paladar de fumador”, “leucoqueratitis del paladar”, “leucoqueratosis nicotínica del paladar” o “palatitis nicotínica”, es una leucoplasia que se localiza en el paladar duro y en el blando; tiene características muy específicas: Durante las primeras fases, el proceso se caracteriza por enrojecimiento del paladar, el cual adquiere rápidamente un aspecto difuso, blancogrisáceo, en ocasiones aparecen fisuras y grietas que dan a la mucosa pápulas elevadas como nódulos múltiples entre las fisuras, con un punto rojo brillante en el centro, que representa la apertura de los orificios de los conductos de las glándulas salivales palatinas.

El tratamiento consiste en suprimir el tabaco, puesto que si se elimina la causa, la afección mejora.

La estomatitis nicotínica es un padecimiento casi exclusivamente masculino.

Cáncer bucal.

El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más común de la cavidad bucal, ya que representa el 90% de los carcinomas con esa localización.

Etiología.

Su etiología es desconocida, pero existen ciertos factores que directa o indirectamente participan en la aparición de la enfermedad. Estos factores son tabaco, alcohol, cirrosis hepática, sífilis, deficiencias nutricionales, factores dentales, exposición prolongada a la luz solar (en el labio), riesgos industriales, nivel socioeconómico.

Características clínicas.

Clínicamente, el carcinoma epidermoide de cavidad bucal por lo general lo procede de una leucoplasia o una eritroplasia, esta última se asocia con mayor frecuencia al cáncer. Cuando ocurre la transformación, puede adoptar 3 tipos de crecimiento:

La lesión exofítica, se presenta como una masa elevada, de base amplia y superficie modular, y con induración en su base y bordes, los cuales pueden llegar a ulcerarse.

El carcinoma ulcerante (infiltrante) es una lesión crateriforme de bordes indurados, con tendencia a invadir o infiltrar de forma importante los tejidos subyacentes.

El carcinoma de tipo verrugoso, se caracteriza por un crecimiento papilar excesivo, con múltiples pliegues; este carcinoma rara vez se ulcera.

Localización.

El carcinoma epidermoide de la cavidad bucal se localiza frecuentemente en labios, lengua, piso de la boca, encías y mucosa de carrillos. Los sitios más afectados son el labio y lengua.

Sexo y edad.

Esta lesión se presenta, después de la quinta década de la vida; tiene mayor incidencia en el sexo masculino que en el femenino.

Tratamiento.

En términos generales, los procedimientos que se utilizan en el tratamiento de estas lesiones son: a) cirugía, b) radioterapia, c) quimioterapia y d) criocirugía.

CAPITULO III
RELACION ODONTOLOGO – PACIENTE

3.1 La entrevista

La primera visita es mucho más que el temporal vínculo que se establece entre dos personas, es en esta ocasión cuando se funda una interacción humana, psicológica, inestable y se estabiliza una "alianza terapéutica", de recíproco respeto y que permiten al paciente colaborar, con el odontólogo, se fijarán de común acuerdo las bases y expectativas de sus futuros encuentros; las "reglas del juego".

Esta relación humana es la entrevista. En ella se dispone el tiempo necesario para delimitar el encuadre de la relación profesional, con el fin de delinear sistemáticamente un diagnóstico y tratar la correspondencia terapéutica.

En la entrevista se debe lograr un perfil psicológico aproximado del paciente para poder establecer una terapéutica.

Se le expide el paciente – fuera del sillón dental con un lenguaje llano, escueto y honesto lo que podemos hacer por él, y, la forma y método con que pretendemos lograrlo, para que de esta manera constituya la alianza terapéutica.

El profesional, fijará el número y duración probable de las citas así como la hora de las mismas, las posibles molestias físicas inherentes a ellas, se fijarán los honorarios del odontólogo.

Una relación odontólogo – paciente tiene que ser seria (no solemne), respetuosa (no distante), constante (no ocasional), confiable (no alternante), autónoma (no condicionada).

La entrevista es la gran oportunidad para hacer un vínculo profesional y duradero con todos los pacientes. Es el principio de todos los nexos profesionales, se establece la relación terapéutica, de limitar al paciente "nervioso", empleando el tacto, la honestidad y la seguridad.

Factores que afectan a algunos pacientes odontológicos.

El temor a lo desconocido, siempre conlleva angustia, el grado de la cual dependerá tanto de la personalidad del individuo como de la fantasía que él se ha creado acerca de aquello a lo que se enfrentará.

Este temor se ve más acentuado, cuando el individuo sabe que se enfrentará no solo a algo nuevo, sino que además presupuestamente o por experiencias ese algo nuevo le provocará en mayor o menor grado sensaciones dolorosas.

Todo lo anterior se ve influido por la inseguridad, que se reflejan en preguntas explícitas o no, que el paciente se fórmula: ¿Qué me van a hacer? ¿Valdrá la pena tolerar el tratamiento y su costo? etc.

Preguntas tales que aunque no sean explícitas, deberán tenerse presentes, para darle una información suficiente honesta y concreta, en ocasiones directamente cuando el paciente que por sus rasgos de personalidad no lo hace.

Modalidades de reacción de los pacientes.

Se debe tener en cuenta que se está enfrentando con una persona que se encuentra ansiosa, angustiada en grado variable de acuerdo a las causas que la motivaron a asistir a la consulta. Una persona que acude con

fines preventivos y profilácticos quizá muestre una organización y adaptación de su personalidad más estructurada que aquél que asiste a regañadientes, cuando no le queda más remedio, a tratar un padecimiento que ha dejado evolucionar denotando descuido y falta de atención a su salud y a su persona. Se debe prever que cuando se encuentra con un paciente de tales características, éste mostrará una tendencia a abandonar el tratamiento.

El paciente consiente; lo más probable es que está en disposición de seguir los procedimientos que se le indiquen y solamente sea necesario e importante que sienta que se le brinde la suficiente atención e importancia que él mismo le prodiga a su salud.

3.2 Motivación

Nos interesa el problema de la motivación porque esta es la fuerza impulsora que determina nuestras acciones o conducta.

Todos, en cada momento, estamos motivados por una gran variedad de factores internos y externos que influyen en nuestro estado físico, en la forma de ver el mundo, en los pensamientos que nos cruzan por la mente y en las acciones que realizamos. Los motivos pueden ser diversos, recurrentes y más o menos intensos, pero siempre están presentes.

Para comprender mejor el problema de la motivación existe una teoría del psicólogo Abraham H. Maslow, en ella determina cinco necesidades fundamentales del hombre, las cuales, si son adecuadamente satisfechas, permiten que el hombre se desarrolle plenamente.

Dichas necesidades siguen un orden: hay que satisfacer las necesidades del primer nivel antes de pasar al siguiente, y así sucesivamente.

Las cinco motivaciones fundamentales que tiene el hombre son:

1. Las necesidades vitales. Si el hombre no hubiese tratado de satisfacer las necesidades fisiológicas o vitales (el hambre, la sed) simplemente no existiría.

Las necesidades vitales tienen que ser satisfechas constantemente, bien sea de modo consciente o inconscientemente, sobre todo para el buen funcionamiento del organismo pero también para el comportamiento adecuado.

En los ancianos su alimentación es extremadamente escasa por la falta de dientes y por consiguiente sufren un debilitamiento físico y esto lleva como consecuencia un desinterés por las actividades del pensamiento y por todo contacto social. También demuestran irritación, apatía, depresión, así como falta de sentido del humor y alegría. Su comportamiento obedece únicamente al hambre no satisfecha, necesidad que anula por completa las otras.

2. La necesidad de seguridad. Donde el hombre busca su estabilidad, de protección, de orden, de leyes, de certidumbre y de muchos otros factores.

El paciente anciano muchas veces siente la sensación de estar solo y desprotegido. Teme salir a la calle porque la considera una amenaza o un peligro.

3. La necesidad de afecto y unión. Todos necesitamos de una pareja, hijos y de personas a quienes dar y de quienes recibir amor.

Los ancianos muchas veces ya no cuentan con una pareja y buscan el afecto en sus hijos.

4. La necesidad de estima. Aquí el individuo necesita recibir verdaderamente estima de los demás y de sí mismo. El individuo tiene la necesidad de ser alguien, de ser útil.

Quienes no son justamente estimados pueden desarrollar sentimientos de inferioridad y caer en la depresión.

5. La necesidad de autorrealización. Lo que uno puede ser, debe serlo.

La necesidad de autorrealización, siempre nos acompaña, es una tendencia que nace con el hombre y muere con él.

No es fácil satisfacer esta necesidad y no todos llegan a cumplir esta meta (un pintor debe pintar, un músico debe hacer música), pero si no lo logra no importa, a ella se tiende constantemente y la esperanza de llegar a lo que se podría ser no se extingue fácilmente.

Quizá son demasiadas las personas insatisfechas de su situación. pero quizá la esperanza permite aceptar lo que se considera transitorio.

Hay muchas veces fuerzas internas, así como externas, que afectan lo que hacemos, sentimos y pensamos. Pueden ser denominadas nuestras necesidades. Estas diferentes necesidades van desde los impulsos básicos, como hambre, sed, deseos, temores, ambiciones, sexo y liberación de aflicciones, hasta necesidades que se originan en situaciones sociales altamente complejas, como aceptación, reconocimiento, conducción y compañerismo. Todas estas fuerzas sirven como motivaciones en la satisfacción de nuestras necesidades o en el alivio de las tensiones.

Como se desarrolla la motivación

Es fácil identificar cuatro factores o elementos principales de la motivación:

1. Una necesidad de impulso.
2. Una actividad o acción del individuo.
3. Un objeto o incentivo para cumplir.
4. Alguna forma de satisfacción.

Estos elementos completan el ciclo motivacional. Si faltara cualquier paso en el proceso, éste se interrumpiría.

Si un paciente llega con dolor de muelas, tiene la necesidad o el impulso de que se le alivie el dolor.

Ya ha iniciado el segundo elemento (acción o actividad) al llegar al consultorio buscando un servicio, con la esperanza de que lo puedan ayudar a lograr su objetivo, el alivio y su ciclo no estará completo hasta que alcance la satisfacción del alivio del dolor.

Fuentes motivacionales.

Motivos fisiológicos. Las fuentes de motivación más importantes son las fisiológicas, están orientadas hacia el mantenimiento de nuestro cuerpo en un nivel óptimo de eficiencia.

Motivos sociales. También desarrollamos una serie de preferencias personales que asimismo son modificaciones de estos motivos. Estos cambios se adquieren a través del aprendizaje.

Formas de motivación hacia el paciente.

La ignorancia y la información errónea acerca de las enfermedades dentales y lo vinculado con la salud bucal es cosa corriente. Peor aún, muchas personas no actúan de acuerdo con la información correcta que poseen.

Nos interesa el problema de la motivación porque ésta es la fuerza impulsora que determina nuestras acciones o conducta.

Uno de los objetivos principales del ejercicio odontológico, debe ser educar, motivar al paciente para que adopten los hábitos correctos.

Las presiones sociales y otros factores son importantes para motivar a los pacientes para que adquieran un buen hábito de higiene dental.

Esta información permitirá al odontólogo captar cómo es posible modificar la conducta del paciente. Lamentablemente no siempre es posible, y muchas veces hay que recurrir a la utilización de los impulsos, temores a las consecuencias de la enfermedad, a los resultados del descuido, al dolor, al sufrimiento, a la muerte, angustias y otras fuerzas motivadoras inconscientes que influyan sobre las personas para que hagan lo que es más beneficioso para su salud dental.

Dentro de la motivación que el paciente debe de recibir por parte de su odontólogo, ésta la autoestima propia del paciente, ésta, es un factor determinante para motivar al paciente para que procure una mejor salud dental, esto es aún más importante en el paciente de edad avanzada, quien cree que por estar viejo no necesita de una correcta higiene porque ya le falta poco para morir.

Muchos pacientes que son desdentados, pierden el interés por su salud bucal, creen que por el hecho de no tener dientes implica el no asistir a los servicios dentales, el odontólogo los debe de motivar explicándoles que con la utilización de prótesis totales se van a ver beneficiados en su función masticatoria en su salud y estética, así como ser aceptados socialmente, y lo más importante, aumentar la confianza en sí mismos.

Una vez que el paciente geriátrico ha sido ayudado a reconocer sus necesidades educacionales, y la importancia que ésta tiene, se le debe

alentar al paciente para que se exprese en sus propias palabras. Señalar las necesidades y hablar sobre ellas, aclarar aspectos poco entendidos por parte del paciente. ¡Está comenzando a aprender!. Está comenzando a pensar sobre sus necesidades. Ha hallado un motivo para entrar en acción, o sea está siendo motivado, los pacientes se motivan a sí mismos cuando comienzan a reconocer sus problemas.

El tipo de motivación hacia el paciente puede ser:

Motivación intrínseca o natural.

Motivación extrínseca o inducida.

1. Motivación intrínseca, el paciente es despertado por sus propias necesidades fisiológicas o psicológicas (hambre, miedo, dolor, deseo de reconocimiento, etc.), además tiene más probabilidades de producir aprendizaje a largo plazo, y debe preferirse siempre que sea posible.
2. Motivación extrínseca, esta puede ser de dos tipos: recompensa, aprobación o aliento y castigo, temor o amenaza o evitar el problema y no necesariamente aprender. Además una vez que se ha obtenido la recompensa o se ha evitado el castigo, es probable que cese el impulso a actuar. En pocas palabras, los resultados de la motivación extrínseca son frecuentes de duración sólo temporal.

3.3. Comunicación.

No se puede prever cambio alguno en las actitudes del paciente a menos que se establezca una comunicación afectiva. La comunicación es un proceso con dos sentidos. El odontólogo y el paciente deben ser a la vez hablantes y oyentes en puntos diferentes del tiempo. Si se ignora este factor y el odontólogo adopta un enfoque de un solo sentido en el cual espera que el paciente sea sólo un receptor pasivo de sus palabras y su mensaje, la comunicación se destruye. Es probable que el paciente cierre su receptor, en particular si no comprende o si no le gusta lo que se le está diciendo.

Muchas veces la relación entre odontólogo paciente puede servir como barrera para la comunicación. Para muchos pacientes, el odontólogo puede representar una figura autoritaria, una a la cual no se le pueda responder y preguntar.

Es importante, por lo tanto, que el odontólogo tome la iniciativa para ayudar al paciente a expresar sus deseos, ideas y dudas. Se puede hacer esto demostrando una preocupación genuina por los problemas del paciente.

La comunicación no verbal, como la expresión facial, la postura corporal y los gestos del paciente tienen también su importancia. Cualquiera que sea su reacción ante las ideas del paciente, el odontólogo debe tener cuidado de no criticarlas o de demostrar que las rechaza, o podría quedar bloqueada toda comunicación. La reacción más común de los pacientes cuando se critican sus ideas o se las discute, es la retracción, se pone a la defensiva, dejan de expresar sus opiniones y hacen oídos sordos a los conceptos emitidos por el odontólogo.

En cualquier ámbito de la vida humana, se ha reconocido la importancia de la comunicación. Constituye un hábito el atribuir la causa de que algo salga mal por los defectos de la comunicación. Parcialmente el paciente geriátrico es vulnerable a fallos de comunicación, y es en primer lugar, las personas con las que el odontólogo tiene mayor interés en comunicarse, ya que deberá comprender las dificultades con las que éste se enfrenta.

Toda comunicación presenta deficiencias en un mayor o menor grado, y a esta deficiencia se le ha dado el nombre de BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN, las cuales se clasifican en: BARRERAS FISIOLÓGICAS. Se refiere a alteraciones orgánicas, tales como un mal funcionamiento de los órganos de los sentidos,

BARRERAS PSICOLÓGICAS. Están constituidas fundamentalmente por las emociones, las actitudes y los prejuicios.

BARRERAS ADMINISTRATIVAS. Depotismo, formalismo, falta de sinceridad.

BARRERAS SOCIALES. Falta de sinceridad, no sabemos escuchar.

BARRERAS CULTURALES. Falta de lenguaje apropiado.

El odontólogo debe buscar la forma de cómo comunicarse con todos los pacientes sea cual fuese su impedimento.

Si todo esto llegara a fallar debemos de utilizar la escritura para comunicarse, pero hay que recordar que el paciente anciano muchas veces no sabe leer o ya no ve bien y no cuenta con lentes.

Al dar las indicaciones el paciente las entiende al momento pero al llegar a su caso ya no recuerda las indicaciones.

Muchos pacientes tienen dificultades para comunicarse debido a la falta de preparación y se sienten menospreciados por su deficiencia en conocimientos.

3.4 Métodos de Comunicación.

Existen dos tipos de métodos para que el odontólogo establezca una comunicación con el paciente: los directos y los indirectos.

1. Los directos: son los que existen contacto directo entre el odontólogo y el paciente, y se utiliza la palabra hablada, la cual constituye el primer medio de comunicación. Su principal ventaja radica en el contacto directo y ésta facilita la aclaración de las dudas o problemas que pueden surgirle al paciente en el momento de la explicación.
 - a) La charla: debe ser breve, esto prepara al paciente para lo que va a recibir.
 - b) Explicación amplia y ejemplificada de los asuntos en tratamiento.
 - c) Síntesis de lo visto.
 - d) Volumen de voz adecuada, con la velocidad adecuada y enfatizando lo más importante.
 - e) Gesticulación y desplazamiento amplio y natural.
 - f) El lenguaje debe ser adaptado a la mentalidad y cultura del oyente.
2. Los métodos indirectos: son en los que se va a utilizar la palabra escrita o la imagen.

Este método debe darse sólo a pacientes que ya han recibido una instrucción previa, y a la vez a servir para reforzar una enseñanza.

En la educación escrita, esta será correcta si atendemos a estos títulos.

Clara. Sin adornos literarios que puedan deformar el contenido o cansar con intrascendencias al paciente.

Concisa. Es decir; Directa se complementa y depende con la anterior.

Concreta. No solo en el contenido sino en la estructura y significado de las palabras.

Completa. De principio a fin o sea: con ideas primarias y secundarias.

CAPITULO IV
EDUCACION E HIGIENE

4.1 Educación para la salud

La educación para la salud es más que una información de conocimientos respecto de la salud. Es enseñanza que pretende conducir al individuo a un proceso de cambio de actitud y de conducta, para la aplicación de medios que le permitan la conservación y mejoramiento de su salud. Es una acción que tiende a responsabilizarlos, tanto de su propia salud como la de su familia.

Consideraciones:

- Aunque la información es necesaria, no es suficiente; sólo puede hablarse de educación cuando se ha conseguido un cambio favorable para la salud.
- La educación para la salud es enseñanza aprendizaje, por tanto involucra tanto al odontólogo como al paciente.
- El cambio de actitud y de conducta solo podrá alcanzarse mediante la aceptación y adopción conscientes de las medidas de salud propuesta.
- La educación para la salud busca un "proceso de cambio" es decir una sustitución o modificación de los hábitos o costumbres establecidos: si son negativos, hay que cambiárselos por acciones favorables a la salud.

Partiendo de lo anterior, queda claro que el educar a la persona para mantener su salud, no es una cosa sencilla y mucho menos lo es cuando se trata de aplicar a un grupo como es el de la tercera edad.

Esto es todavía más difícil dentro de la educación para la salud bucodental en el paciente geriátrico, porque hay que enseñar al paciente muchas veces desde lo más rudimentario, para tener una higiene dental óptima.

Son muchos y muy variados los ámbitos que se deben de tomar en cuenta dentro de la educación para la salud, entre los cuales tenemos:

- ≈ Población a la que se quiere educar.
- ≈ Nivel de educación de la población.
- ≈ Características psicológicas de la población.
- ≈ Necesidades de la población.
- ≈ Preparación del educador o promotor de la salud, etc.
- ≈ Todas estas, resultan imprescindibles para llevar a cabo este tipo de educación.

Sin embargo, al tratarse del paciente geriátrico, la visión de esta educación se va estrechando, esto se debe a que en los ancianos hay factores que no podrán ser fácilmente cambiados; no que sea imposible sino que por su misma forma de ver la vida, consideran que ya no son necesarios, como pueden ser hábitos higiénicos, estilos de vida, etc.

Las personas de edad avanzada, por razones tales como el nivel de educación, baja en los ingresos económicos, incapacidad para trasladarse dependencia de terceras personas, falta de programas de atención para ellos destinados en las instituciones de servicio de salud gozan de menos cuidados dentales.

Debería ser, como norma que los odontólogos que laboren en instituciones o en la práctica privada, se preocuparán de la educación de todos sus pacientes de cualquier edad para recibir, entender y proponer odontología preventiva. De esta manera, al vivir las actitudes preventivas y al cambiar la edad del paciente, la conservación de la salud bucal también forme parte de un concepto integral de salud.

4.2 Técnicas para la higiene oral.

Muchos de los pacientes geriátricos no realizan una técnica de higiene bucal efectiva ya que no son fáciles de adoptar y mantener. Además la mayoría de los ancianos son contrarios a aprender nuevas y laboriosas actividades y aplicarlas como una rutina diaria, ya que sus formas de comportamiento ya están establecidas.

El anciano que por razones físicas o mentales no es capaz de mantener una higiene oral y necesita la ayuda de alguien se le debe de dar instrucción de cómo hacerlo. Puede ser un familiar o alguien que lo visite diariamente.

Debemos esforzarnos por enseñar diversas técnicas de cepillado; se hará hincapié en el hecho de que no hay una forma correcta de cepillado, la forma correcta puede ser cualquiera de numerosos métodos diferentes que convengan a cada paciente en particular.

Lo primero que se tiene que realizar es:

Control de la placa: se le debe de pedir al paciente su cepillo de dientes que utiliza, y pedirle que cepille sus dientes. La placa dental no se identifica fácilmente porque carece de color, y para esto es necesario un agente revelador que tiñe la placa. Después se le muestra al paciente y se le tiene que señalar las zonas que han sido pasadas por alto durante el cepillado con la ayuda de un espejo y se le indica que se debe a una falta de un método organizado.

Elección del cepillo de dientes.

El instrumento primario para la eliminación de placa es el cepillo dental.

Existe una multitud de formas diferentes, texturas, tamaño y modelos de cepillos dentales disponibles al público.

Las cualidades deseables de un cepillo dental son:

1. Las cerdas deben ser de nailon o sintéticas.
2. El diámetro de la cerda determina su elasticidad.
3. De cerdas blandas con extremos pulidos.
4. Debe contar con 3 ó 4 hileras de cerdas.
5. Deben tener una altura uniforme.

Métodos de cepillado.

Debemos de recordar que el paciente geriátrico puede utilizar los principios de cada técnica para lograr una higiene oral adecuada. Guiar al paciente hacia unos métodos que satisfagan las necesidades individuales es más importante que acentuar una técnica en particular.

Cepillado con movimientos rotatorios.

El método rotatorio es una técnica de limpieza general para eliminar alimentos y placa de la corona de los dientes. Este método acentúa poco la limpieza del surco.

Técnica: se instruye al paciente para que sujete el cepillo de forma que las cerdas estén dirigidas apicalmente y colocadas sobre la encía. Con

movimientos de barrido, las cerdas se rotan suavemente sobre la encía y los dientes hacia incisal o las superficies oclusales y se debe repetir por lo menos de 5 a 10 veces, y el cepillo dental se mueve al área siguiente.

En la posición lingual hay que colocar el cepillo verticalmente y lo barre desde lingual hacia el borde incisal.

La porción oclusal debe barrerse moviendo las cerdas de adelante hacia atrás.

Cepillar la lengua: se debe sacar la lengua colocar el cepillo lo más posteriormente posible y moviendo el cepillo hacia delante.

Método de Stillman (Modificado).

Este es útil para estimular y limpiar el área cervical. El movimiento rotatorio se emplea para limpiar las coronas clínicas.

Técnica: se sujeta el cepillo dirigiendo las cerdas apicalmente en un ángulo aproximado de 45°, apoyándose sobre la encía adherida. Las cerdas se deben flexionar con suficiente presión para causar un ligero blanqueamiento gingival y se activa con un pequeño movimiento rotatorio. La rotación se repite unas 8 a 10 veces, después se rota el cepillo desde la encía hasta la superficie oclusal.

El sector lingual anterior se cepilla colocando el talón del cepillo sobre la encía, rotando y barriendo hacia los bordes incisales.

Método de Bass.

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

Este método se utiliza para eliminar de forma eficaz la placa del área del surco.

Técnica: se sujeta el cepillo dental y se colocan las cerdas sobre el margen gingival apicalmente en un ángulo de 45° al eje longitudinal del diente. Cuando el cepillo se presiona ligeramente, las cerdas blandas se adaptan a la forma del surco y en el área interproximal. Se utilizan unos 10 movimientos vibratorios y hacia delante y atrás cortos para eliminar la placa del área sin levantar el cepillo.

En el área lingual anterior, el cepillo se inserta verticalmente y las cerdas del talón del cepillo se colocan en el área del surco y se hace vibrar. La superficie lingual se limpia empujando las cerdas sobre las superficies del diente.

Método del raspado de cepillo.

Esta técnica funciona bien en los pacientes con una destreza limitada o con problemas de alineación.

Técnica: se utiliza para una limpieza en general. El cepillo se coloca perpendicular al eje longitudinal del diente. Se emplean movimientos verticales, circulares y horizontales.

Limpieza interproximal.

Al paciente geriátrico se le hace más difícil la limpieza interproximal con el hilo dental, ya que debemos de recordar que muchos padecen artritis en manos y esto se les dificulta. Por ello hay que utilizar instrumento para sujetar el hilo.

Pasador de hilo.

Es un material flexible. Se coloca el hilo a través del ojo del pasador de plástico, colocando el hilo se hace pasar el hilo bajo el área de contacto estrecho.

Limpiador de tubo (limpia pipas)

Este se puede adaptar fácilmente para alcanzar el acceso a las áreas de furcas o a dientes en mala posición. Hay que tener precaución para no lesionar el diente o el tejido con el alambre del limpiador de tubo.

Tira de gasa.

Esta se pliega y se utiliza como si se limpiara un zapato; en las áreas interdetales anchas o áreas de pilares la gasa se frota para limpiar y pulir la superficie interproximal.

También se utiliza para cuando el paciente es desdentado para su limpieza bucal, se puede pasar una gasa por todo el reborde alveolar.

Cepillo interproximal.

Es un pequeño cepillo espiral o de un solo bloque de cerdas unidos al mango. Las cerdas son blandas y se adaptan a las áreas interdetales anchas para limpiar las superficies proximales y estimula el tejido interdental.

Técnica: el cepillo se manipula con una ligera rotación o movimiento de fricción y puede ser útil para pacientes con aparatos que presenten áreas difíciles de limpiar.

CONCLUSIONES

La educación para la salud, así como la educación en general, solo han conseguido sus propósitos, cuando el paciente ha recibido la información necesaria, está dispuesto a atenderla y decide cambiar su actitud y su conducta en relación con sus salud y bienestar.

La odontología, como una disciplina que se encarga de proporcionar salud, hace incapié en lo que a la prevención de la enfermedad bucodental se refiere.

Para un buen pronóstico en todos los aspectos se necesita enfatizar la importancia de conservar la salud antes y después de que se presente la enfermedad.

La importancia de conservar la salud bucal en el paciente geriátrico radica en que muchas veces no tiene las más mínimas medidas de higiene, esto a su vez, tiene como consecuencia los procesos infecciosos oportunistas que son frecuentes en la cavidad bucal del anciano. A esto hay que añadir que también hay factores externos que contribuyen a la mala salud bucodental en un paciente senecto; hábitos como el fumar, el beber, etc., repercutirá en la salud no solo bucal sino también general. Se debe recordar que el odontólogo es un promotor de salud tanto bucal como general; por lo tanto, es importante hacerle saber al paciente que ese tipo de hábitos repercutirá tarde o temprano dentro de su boca y que traerá consecuencias muy poco favorables y en casos externos, hasta radicales si no es que fatales.

Dentro de la importancia de conservar su salud bucal en el paciente geriátrico, cabe destacar el factor que precede conducir a la manifestación de cáncer en la boca. Esto, debe ser un motivo para que el paciente mantenga

una higiene bucal adecuada, ya que la mayoría de los cánceres en boca pasan desapercibidos durante mucho tiempo hasta que se encuentran en una fase muy avanzada. Así mismo, debe de enseñársele al anciano que tenga la habilidad, el autoexamen de su boca, algunas veces cualquier abultamiento, cambio de color en las mucosas, etc., puede ser la primera manifestación de un proceso peligroso dentro de la cavidad bucal; así como los factores predisponentes que pueden ser hábitos normales para el paciente como es el tabaquismo y que debe ser erradicado de su estilo de vida.

Esto es posible siempre y cuando el paciente se conscientice de lo importante que es la conservación de la salud bucodental en su persona.

GLOSARIO

AUTISMO. Trastorno mental caracterizado por una inhibición externa y una concentración en la fantasía, acompañada de ilusiones, alucinaciones e incapacidad para comunicarse o por cualquier otro medio con el ambiente externo.

CURETAJE. Retirada de material mediante raspado de la pared de una cavidad u otra superficie que se realiza para extirpar tumores u otros tejidos anormales o para obtener tejido para estudio.

GINGIVECTOMIA. Eliminación quirúrgica del tejido gingival infectado y enfermo.

CORTICOIDE. Hormona natural o sintética, relacionada con la corteza adrenal que interviene en la regulación de procesos orgánicos clave como son el metabolismo de carbohidratos y proteínas y el equilibrio hidroelectrónico, y en el funcionamiento del sistema cardiovascular, músculo esquelético, riñones y otros órganos.

CORTIZOL. Hormona esteroidea producida de forma natural en el organismo que se puede utilizar artificialmente para usarla como medicamento. Denominado también Hidrocortisona.

CRIOQUIRURGIA. Utilización de temperaturas inferiores a las de congelación para destruir diferentes tejidos, para inhibir el crecimiento de diversos tipos de metastasis cancerosas.

Se hace circular el refrigerante por un conducto, disminuyendo la temperatura a 168° C.

Los tejidos húmedos se adhieren al metal frío del instrumento y se congelan. Las células se deshidratan al romperse sus membranas son eliminadas del organismo u absorbidas por él.

ARTERIOSCLEROSIS. Denominación genérica de cierto número de enfermedades en las que se producen engrosamiento y pérdida de elasticidad de la pared arterial.

EXCISION. Eliminación completa de una lesión.

LEUCOPLASIA. Este término genérico indica la presencia de unas placas blanquecinas que a veces están ligeramente elevadas o erosionadas, y no se pueden extirpar con facilidad.

ERITROPLASIA. Estas lesiones son de color rojo vivo, planas o ligeramente elevadas, a veces erosionadas, de aspecto veloso y de límites no muy precisos.

BIBLIOGRAFIA

1. Antonio Zimbron Levy, Mirella Feingold Steiner
Odontología Preventiva Conceptos Básicos,
Editorial U.N.A.M., CRIM 1ª Edición 1993
2. Aragonés R Tabaquismo, Tesina para recepción como Especialista en
Psiquiatría, Facultad de Medicina, Departamento de Psicología y Salud
Mental, U.N.A.M., México 1981.
3. Artemisa Espinosa Olivares
Antología de Comunicación.
México, U.N.A.M., ENEO, SUA 1996.
4. Diccionario de Medicina
Grupo Editorial Océano.
5. Elaine B. Feldman
Principios de Nutrición Clínica, Editorial, El Manual Moderno, 1990.
6. Dr. Erik Martínez Ross
Dr. Rafael Loringi Rojas
Manual de Psicología para odontólogos.
Editorial Ciencia y Cultura de México, 1989.
7. F. Gerardo Rico Méndez
Luis Guillermo Ruíz Flores.
Tabaquismo su repercusión en Aparatos y Sistemas
Editorial Trillas 1ª Edición, 1990.

8. Dr. Rafael Álvarez Alva.
Educación para la Salud.
Editorial El Manual Moderno, 1995.

9. Rocío del Carmen Guillen Velasco
Adelina Montoya Martínez
Sofía Elena Pérez Zumano
Antología de Crecimiento y Desarrollo
México, U.N.A.M., ENEO, SUA, Junio 1998 Tomo 2.

10. Shafer, W. G. Hine M. K. y B. Levy. Tratado de Patología Bucal,
Editorial Interamericana, México 3ª Edición 1977.

11. Simón Katz
James L. Mc Donald
George K. Stookey
Odontología Preventiva en Acción
Editorial Médica Panamericana 3ª Edición, 1991.