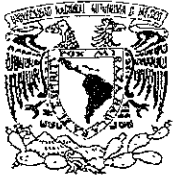


53



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

RELACIÓN DEL PACIENTE GERIATRA
CON EL CIRUJANO DENTISTA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

JOSÉ LUIS BERNAL FLORES

DIRECTOR. C.D. JUAN MEDRANO MORALES



MÉXICO, D.F.

2001



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.

Dedico esta tesina:

Al gran ser humano que me dio la vida, mi madre.

"Gracias mamá por comprenderme y enseñarme que para estar en esta vida y conseguir las metas que uno se propone es a base de esfuerzo, trabajo y dedicación.

Tú fuiste uno de los pilares importantes para mi formación profesional. Sólo quiero decirte que te quiero mucho.

Al gansito

"que es una persona que da todo sin esperar nada a cambio. A ti hermano te agradezco tu confianza y preocupación por mi.

A Vicente Carrión Miranda

"porque al permitirme convivir con él
conocí lo que el ser humano tiene que
hacer en esta vida: estudiar,
trabajar para aportar a la sociedad
lo que me corresponde".

A Francisca Velázquez Gálvez

"por todo lo que comparte conmigo y
verme como hijo. Para mí eres mi
segunda madre.

Al corazón de oso, piel de búfalo y astucia
de zorro

"con el cual he compartido un sin
número de intercambios de ideas,
aventuras y sueños"

A todos y todas las personas

"que me apoyaron y convivieron
conmigo en el andar de mi trayecto
estudiantil. Especialmente a mi
amiga, confidente y directora, María
Magdalena Chávez

ÍNDICE

Introducción.....	1
-------------------	---

CAPÍTULO 1

Construyendo el esqueleto de la tesina.

Justificación.....	2
Planteamiento de problema.....	3
Hipótesis.....	3
Objetivo general.....	3
Objetivos particulares.....	3

CAPÍTULO 2

Problemas que enfrenta el paciente geriatra a nivel social por la pérdida total o parcial de los órganos dentales.....	4
--	---

CAPÍTULO 3

Problemas que causan la pérdida de los dientes en el paciente geriatra llegando éste a consulta dental en la Facultad de Odontología.

1.- Caries.	
1.1 Factores que contribuyen a la formación de la caries.....	8
1.2 Malformaciones (anomalías dentarias).....	10
1.3 Complicaciones por infecciones.....	11
2.Problemas en el periodonto.	
2.1 Enfermedades y trastornos gingivales en el periodonto.....	14
2.2 Padecimientos y otras anomalías en los tejidos periodontales.....	19
2.3 Enfermedades y trastornos periodontales.....	22
3. Paciente Edéntulo	
3.1 Biomecánica del estado edéntulo.....	25

CAPÍTULO 4

Relación que existe entre paciente geriatra y el cirujano dentista al llegar éste a consulta dental en la Facultad de Odontología por la pérdida parcial o total de los órganos dentales.

1 Relación que existe entre el profesional y el paciente en la consulta dental.

1.1 La primera entrevista.....	28
1.2 Comportamiento del paciente.....	29
1.3 El paciente y el miedo.....	30

2 La historia clínica como medio de relación entre el paciente y el cirujano dentista.....31

3.- Modelos de relación existentes en la rama de la medicina que nos permite entender más la relación paciente geriatra-dentista.

3.1 Modelos de relación médico-paciente (RMP).....	38
3.1.1 Tipos de relación médico-paciente.....	41
3.1.2 Obstáculos en la relación médico-paciente.....	41
3.1.3 Problemas en la relación médico-paciente.....	42
3.1.4 Finalización de la relación médico-paciente.....	43
3.1.5 Mejoramiento de la relación médico-paciente.....	43

CAPÍTULO 5

Conclusiones o reflexiones.....	45
Aportaciones.....	48
Glosario.....	49
Bibliografía.....	51

INTRODUCCIÓN

El seminario denominado *Odontogeriatría* que estoy tomando en la actualidad en la Facultad de Odontología me ha permitido visualizar algunos aspectos importantes **sobre la relación que existe entre el profesional de la odontología y el paciente geriatra**. Por tal motivo me he dado a la tarea de desarrollar este tema, **poniendo énfasis y agrandando la lupa en la falta del órgano dental total o parcial que afecta al paciente geriatra psicosocialmente y fisiológicamente en su vida cotidiana**.

La tesina se divide en 5 capítulos. Si hacemos una analogía con el cuerpo humano, el *primer capítulo* consiste en la columna vertebral puesto que es el que va dando pie desde dónde se está trabajando la tesina. Éste, contempla: la justificación, planteamiento del problema, hipótesis, objetivo general y objetivos particulares. El *segundo capítulo* desarrolla la problemática que se enfrenta el paciente geriatra a nivel social por la pérdida total o parcial de los órganos dentales. El *tercer capítulo*, expone los problemas que causan la pérdida de los dientes en el paciente geriatra llegando éste a consulta a la Facultad de Odontología. El *capítulo cuarto* explica la relación que existe entre el paciente geriatra-cirujano dentista. Para finalizar, el *quinto capítulo* retoma los cuatro capítulos anteriores desde las conclusiones, reflexiones y aportaciones que he analizado a partir de la realización de esta tesina y los conocimientos que pude adquirir en el seminario anteriormente mencionado.

CAPÍTULO 1

Construyendo la columna vertebral.

JUSTIFICACIÓN

Adentrarme a un campo que quizá a nivel de tesina en nuestra facultad no se ha explotado es indispensable, puesto que toma en cuenta muy detalladamente al paciente geriatra, que por aras del destino llega a la clínica de odontología de la UNAM.

Podemos visualizar las razones más explícitas pero no por ello menos importantes en la incursión del paciente a la clínica: lo económico, lo profesional de su planta docente, el estatus de la Facultad, la necesidad que tiene el alumno por acreditar la materia, y/o por una ausencia de los órganos dentales totales o parciales.

El hecho de reflexionar en este trabajo sobre la relación que existe entre paciente geriatra-dentista abre una veta indispensable para la formación de los alumnos de la Facultad de Odontología, ya que permite pensar el quehacer profesional y la ética que el odontólogo debería tener al trabajar con un paciente geriatra. Tomar en cuenta su entorno familiar y social ayuda en el buen diagnóstico y en la relación que se pueda tener con él. Por tal motivo es importante desarrollar a modo de tesina este tema.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo es la relación que se establece entre el paciente geriatra y el cirujano dentista, acudiendo éste a consulta por una mutilación dental, afectándole en su vida cotidiana?

HIPÓTESIS

Sí la relación que se establece entre el paciente geriatra y cirujano dentista está permeado por el desplazamiento que siente éste en su vida cotidiana, entonces una de las causas de este sentimiento de desplazamiento es la ausencia total o parcial de los órganos dentales.

OBJETIVO GENERAL

Reflexionar en la relación entre el cirujano dentista y el paciente geriatra en la consulta estomatológica o odontoestomatológica.

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Emitir un juicio ético sobre la atención que se le brinda al paciente geriatra cuando llega a éste a consulta por una pérdida total o parcial de los órganos dentales.
2. Reconocer la responsabilidad profesional del cirujano dentista cuando se enfrente a un paciente geriatra en la consulta dental.
3. Analizar la brecha generacional que existe entre el paciente geriatra y el cirujano dentista en formación en la Facultad de Odontología de la UNAM para una mejor atención.
4. Analizar la brecha generacional que existe entre el paciente geriatra y el cirujano dentista en formación en la Facultad de Odontología de la UNAM para una mejor atención.
5. Conscientizar y fomentar al paciente geriatra la importancia de una adecuada selección de la prótesis para su bienestar bio-psico-social en su persona.

Capítulo 2

Problemas que se enfrenta el paciente geriatra a nivel social por la pérdida total o parcial de los órganos dentales.

En la conferencia realizada por la Dra Tello(1998¹) se menciona que un viejo para la “Organización Mundial de la Salud “es aquél en el cual se presentan la mayoría de las enfermedades dichas “propias” de la vejez, a que no son propias ya que se pueden presentar en otras edades, sólo que en los viejos tienen una expresión muy particular y una evolución muy en especial; en el curso de estos padecimientos puede modificarse en forma favorable con tratamientos y cuidados adecuados.

Al hablar de viejos, debemos considerar que sus condiciones son diferentes, lo que determina calidad de vida distinta, pudiéndolos agrupar de la siguiente manera.

A) Según su estado físico: sanos

Enfermos: Crónicos

Inválidos

B) Según su estado mental: Lúcido

Confuso

Demente

C) Respecto a la familia Integrado

No integrado

D) Respecto a la economía: Dependiente

Independiente.

E) Respecto a la productividad: Productivo

¹ Tello Peón Nelía Elena (1998). “Entrenamiento para los Trabajadores sociales encaminados a la atención bucal del anciano en América Latina”. En Pág 70

Improductivo.

F) Respecto a la sociedad: Asimilado

Desasimilado.

Para los fines de estudio la Organización Mundial de la Salud, acepta la edad de 60 años para delimitar la vejez o también llamada "Tercera edad", que es la etapa donde la experiencia y los años de toda la vida pueden llevar a la realización personal o a la marginación, desesperanza y a la decepción².

El tipo de agrupación que hace la Dra. Tello abre una serie de interrogantes importantes a analizar. En primer lugar menciona una diferenciación y una calidad de vida diferente. ¿Calidad de vida diferente respecto a quién? ¿Cómo debería ser tratado el anciano específicamente en la relación con el cirujano dentista cuando éste llega a consulta por una mutilación del aparato odontoestomatológico?

En décadas anteriores el anciano era visto con todo el respeto y la admiración simplemente por su edad. La edad representaba el saber, la experiencia. Era un sujeto social que podía ofrecer mucho a su entorno social. Ahora en nuestros *tiempos muchas veces* el anciano es excluido, lo importante es buscar un rincón en donde ubicarlo, o en el mejor de los casos un lugar en donde pueda pasar sus últimos días sin "estorbar" tanto: un asilo.

Los problemas que vienen con el pasar del tiempo: no oír bien, no poder tener buena visibilidad, ir perdiendo poco a poco la funcionalidad de los órganos, lo van desplazando poco a poco de una vida social, convirtiéndolo ante la mirada de los demás en un objeto, dejando de ser poco a poco sujeto para convertirse en objeto. El

² Los párrafos fueron escritos en cursivas y en negro por el autor de este trabajo para resaltarlos más.

anciano por su parte, vive, siente, experimenta situaciones que lo llevan al aislamiento.

Tello menciona que: "...desgraciadamente en América latina, el viejo, por su pérdida de productividad, ha sido derivado hacia la marginación y desasimilación social; lo que acepta resignadamente debido a que los factores negativos que más predominan en el anciano, es la pérdida (pérdida de capacidades físicas, de trabajo, de relaciones sociales, de intereses del cónyuge, de familiares, de aspecto físico, psicológico y social).

Las personas mayores se vuelven intolerantes, autoritarias, desconfiadas con tendencia a excluir estímulos que no le interesan y a concentrarse en unos cuantos intereses que si les importa...³

Si este tipo de problemática los empezamos a relacionar con la odontología, podemos encontrar, lo antes dicho ilustrado, con lo que menciona la misma autora en su conferencia

"En 1989. Se llevó a cabo en una casa hogar privada, una investigación sobre las causas de aparente rechazo del anciano hacia la convivencia familiar, hacia la comunidad y viceversa.

Después de una serie de controversias con ancianos con sus familiares y con sus compañeros aislados se llegó a la conclusión de que una de las principales causas de este rechazo era el problema dental el cual ocasionaba que el anciano no quisiera convivir con sus familia, pues al salir con ellos se encontraba con alimentos que no podía masticar por falta de piezas en su dentadura o por la ausencia total de ella, dolor al masticar, incomodidad al hablar etc. Los

³ Ib 1. Pág. 72

familiares expusieron que les era muy molesto presenciar los puntos antes señalados, aunando dentaduras desagradables, falta de higiene, etc. A nivel comunidad son rechazados por sus propios compañeros no permitiendo que se sienten en la misma mesa, ya sea para comer, hacer alguna labor manual , jugar, conversar, etc...^{4.n}

Este tipo de situaciones que vive el anciano en sus relaciones familiares, o sociales en cierta manera también está permeando al cirujano dentista, puesto que éste es parte de la sociedad. Tomar en cuenta este entre cruzamiento es importante para la relación que se entabla entre el paciente geriatra que llega a consulta dental y el cirujano dentista.

⁴ Ib.1, pág. 70

Capítulo 3

Problemas que causan la pérdida de los dientes en el paciente geriatra llegando éste a consulta dental en la Facultad de Odontología.

1 CARIES

Influyen varios factores en la vida de un paciente para que este llegue a la pérdida total o parcial de la dentadura, podemos decir que en un inicio, una de las circunstancias primordiales que afectan al diente es la enfermedad conocida como *caries*.

García Rioboo R. (1995) comenta que "...la caries se define como una enfermedad infecciosa que comienza atacando la superficie del diente (corona raíz) y que es de etiología multifactorial, lo cual implica que los factores que la determinan deben actuar de forma conjunta en un lugar determinado y coincidentes en el tiempo.

La caries comienza con una desmineralización superficial de los dientes, lesión conocida con el nombre de mancha blanca y a partir de ahí episodios sucesivos de desmineralización pueden llevar al desarrollo de la lesión establecida de caries⁵

⁵ García Rioboo R.(1995) "*Etiopatogenia de la caries y bases científicas para su prevención.*" En El Manual de Odontología. Masoon Salvat. España Barcelona. Pág. 31.

1.1 Factores que contribuyen a la formación de la caries.

Shafer (1986)⁶ describe en forma de síntesis los factores que contribuyen al desarrollo de la caries dental:

FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA CARIES	
A.	Diente
1.-	Composición
2.-	Características morfológicas
3.-	Posición
B.-	Saliva
1-	Composición
a)	Inorgánica
b)	Orgánica
2.-	Ph
3.-	Cantidad
4.-	Viscosidad
5.-	Factores Antibacterianos
C.-	Dieta
1.-	Factores físicos
a)	Calidad de la dieta
2.-	Factores locales
a)	Contenido de carbohidratos
b)	Contenido de vitaminas
c)	Contenido de fluor.

⁶ Shafer William G . (1986) "Caries Dental". En Tratado de patología bucal. Interamericana. México. Cuarta Edición. Pág. 428.

1.2 Malformaciones (anomalías dentarias)

Otros factores que contribuyen a la realización de las pérdidas dentales son la malformaciones, denominadas como anomalías dentarias.

Barrancos Money (1991) expone las anomalías dentales que pueden llegar a ser generacionales, afectándole directamente al diente en tamaño, forma, espesor del esmalte, color, textura, calcificación, implantación.

ANOMALÍAS⁷
1. Anomalías de número
. Anodoncia-
- Verdadera
- falsa
- parcial
. dientes supernumerarios
2. Anomalías de implantación
.retención
.malposición
3. Anomalías de erupción
.dentición precoz
.dentición retrasada
4. Anomalías de tamaño
.gigantismo
.enanismo
5. Anomalías de forma
.dens in dente

⁷ Barrancos Money Julio.(1991) "Estudio de la cavidad bucal en relación con la operatoria dental" En Operatoria Dental. Médica Panamericana Argentina Tercera edición. Pág.81

.tubérculos y surcos supernumerarios

.raíces supernumerarias

.geminación y fusión

6. Anomalías de estructura

.esmalte

-hipomineralización

-hipoplasia

-diente veteadado

.dentina

-dentinogénesis imperfecta

-diente en cáscara

-displasia dentinaria

Lesiones adquiridas

1. Fracturas

2. Atrición

3. Abrasión

4. Erosión

5. Reabsorciones dentarias

.cementaria

.dentinaria

.adamantina

6. Decoloraciones y pigmentaciones

7. Anquilosis y cementosis

8. Caries

Otro tipo de alteración que puede afectar al diente es el uso inadecuado de la ingesta de medicamentos en niños a temprana edad y a mujeres embarazadas. .

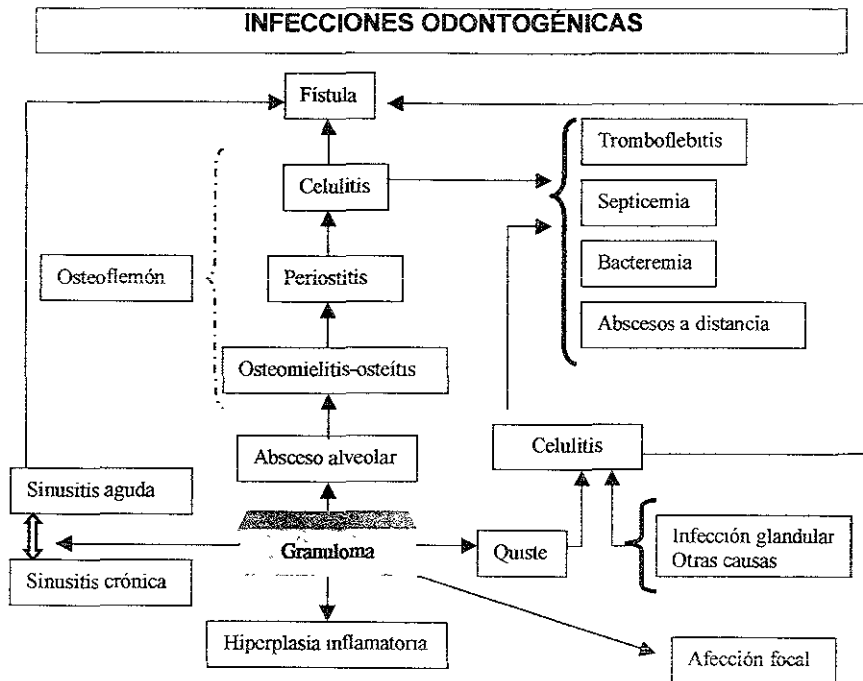
Los Traumatismos físicos que presentan algunos infantes por la falta de cuidado de la madre es otro tipo de alteración.

Además existen otras afecciones como neoplasias, infecciones generales, trastornos nutritivos, alteraciones ocasionadas por el nacimiento, efectos de los antibióticos, problemas glandulares, defectos congénitos etcétera.

1.3 Complicaciones por infecciones.

En los anteriores cuadros, pudimos darnos cuenta cómo es que la evolución de una pérdida dental comienza por las caries ya sea por la falta de un sin número de alteraciones, por la desatención de la higiene o de alteraciones en la genética del individuo por mencionar sólo algunas características.

En el siguiente cuadro trataremos de dar a conocer un panorama de una de las causas de las pérdidas dentarias; cómo es que a la ausencia de atención de una pieza dental en estado dañado puede llegar a evolucionar primeramente a un absceso alveolar desencadenando en algunas ocasiones en un granuloma y cómo éste a la falta del debido tratamiento ocasiona varias enfermedades periodontales hasta complicarse con el mismo hueso, afectando así a los sistemas de funcionalidad del organismo.



2.-Problemas en el periodonto.

2.1 Enfermedades y trastornos gingivales en el periodonto.

Genco Robert J (1993, pág 66) describe por medio de un cuadro las enfermedades, trastornos gingivales y periodontales que a través del tiempo han cambiado de nombre pero siempre han existido.

ENFERMEDADES Y TRASTORNOS GINGIVALES.	
A-	GINGIVITIS.
1.-	Gingivitis marginal.
2.-	Gingivitis ulcero necrosante.
B-	Gingivitis y otras alteraciones gingivales con complicaciones sistémicas.
1.-	Alteraciones gingivales relacionadas con hormonas sexuales.
a.	Gingivitis del embarazo.
b.	Gingivitis relacionadas con anticonceptivos bucales.
c.	Gingivitis relacionada con otras alteraciones hormonales (ovarios poliquísticos, pubertad y menopausia)
2.-	Alteraciones gingivales relacionadas con enfermedades de la piel y membranas mucosas.
a.	Pénfigo
b.	Penfigoide cicatrizal
c.	Pénfigo buloso
d.	Liquen plano
e.	Psoriasis
f.	Gingivitis descamativa
g.	Lupus eritematoso
h.	Eritema multiforme
i.	Fibromatosis gingival

j. Estomatitis aftosa recurrente

3.- Gingivitis en padecimientos sistémicos generalizados

- a. Leucemia aguda
- b. Trombocitopenia
- c. Hemofilia
- d. Síndrome Sturge-Weber
- e. Granulomatosis de Wegener
- f. Esclerosis
- g. Hipoadrenocorticismo
- h. Deficiencia de vitamina
- i.-Sida
- j. Sarcoidosis

4. Gingivostomatitis infecciosa

- a. Gingivostomatitis herpéticas
- b. Herpes zoster
- c. Herpangina
- d. Sífilis
- e. Candidiasis
- f. Actinomicosis
- g. Histoplasmosis

5.- Alteraciones gingivales relacionadas con el consumo de fármacos.

a.- Tratamientos sistémicos

- i. Fenitoína (dilatán)
- ii. Valproato sódico
- iii. Ciclospórina
- iv. Dehidropiridinas: nifedipina (procardia) nitrendipina

- b.- Compuestos con efectos locales
 - i. Compuestos cáusticos
 - ii.- Metales pesados
- c.- Trastornos gingivales diversos
 - 1. Quistes gingivales
 - 2. Fístulas gingivales
 - 3. Neoplasias
 - 4. Hendiduras gingivales
 - 5. Recesión gingivales
 - 6. Frenillo atípico o ligamentos musculares
 - 7. Epulis o granuloma piógeno gingival
 - 8. Abscesos gingivales⁸

Genco Robert J (1993, pág 66) Explica a partir del cuadro que: "A través de los años se crearon diferentes sistemas de clasificación para organizar y dar nombre a los diversos y trastornos y entidades patológicas periodontales. A pesar de que las clasificaciones vigentes revelan información y conocimientos actuales, que describen la respuesta sistémica, microbiológica, radiográfica y clínica del huésped respecto a la enfermedad, otras más definitivas las remplazarán, una vez que comprenda por completo la etiología de las alteraciones y padecimientos diversos, por ejemplo: la periodontitis juvenil localizada puede denominarse "periodontitis actinobacilar" debido a la bacteria patógena principal de la enfermedad: *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. Con el tiempo algunos tipos de periodontitis del adulto relacionados con los bacteroides melaninogenicus: *Bacteroides gingivalis* o bacteroides

⁸ Ib.9 Pág 66.

intermedius, podrían calificarse como “periodontitis” bacteroide”. Esta nomenclatura para padecimientos periodontales infecciosos, se compara con la que se emplea en infecciones que se clasifican de acuerdo con el agente causal (p. Ej, neumonía estreptocócica, neumocócica, o faringitis estreptocócica). No obstante en la actualidad resulta útil un sistema de clasificación de enfermedades periodontales, que se base, en la mayor parte, en sus características clínicas y radiográficas, así como en el estado de salud o enfermedad sistémica del paciente.

La gingivitis y la periodontitis son enfermedades que pueden contraer personas aparentemente sanas; son los trastornos periodontales más frecuentes. La primera es un proceso inflamatorio de la encía, en el cual, el epitelio de unión, aunque modificado por la enfermedad, se une al diente en su nivel original, la porción más apical del epitelio de unión se localiza en el esmalte, en o acerca de la unión cemento esmalte (CEJ). Se habla de periodontitis cuando se pierden tanto la inserción del ligamento periodontal, como el soporte óseo alveolar. A esto se vincula la migración apical del epitelio de unión sobre la superficie radicular. La periodontitis se define como la migración del epitelio de unión hacia apical de la CEJ.

La gingivitis es el padecimiento periodontal más frecuente y puede presentarse en cualquier sujeto debida a la excesiva acumulación de placa en el margen gingival. Esta enfermedad es la inflamación de la encía que se caracteriza por:

- 1) Cambios en color, de rosa coral a rojo y a rojo azulado;
- 2) Cambios en forma, que en condiciones normales es delgada y con un borde afilado, a edematosa en ocasiones con papilas interdentes abultadas;

- 3) Cambios en la posición gingival, con el margen gingival abultado cerca o en la protuberancia de la corona;
- 4) Cambios en la textura superficial, en ocasiones presenta una superficie satinada y la pérdida o reducción del puntilleo gingival y pérdida de las hendiduras interdenciales y marginales libres,
- 5) Hemorragia espontánea, o bajo una leve presión, o bien, existencia de exudado purulento proveniente del surco gingival, casi nunca causa dolor. Aunque con frecuencia, el paciente está consciente de la tumefacción, enrojecimiento y hemorragia de la encía⁹.

⁹ Genco, Robert J. (1993) "Clasificación y características clínicas y radiográficas de la enfermedad periodontal" En Periodoncia. Interamericana McGraw-Hill. México. Pág. 66.

2.2 Padecimientos y otras anomalías en los tejidos periodontales.

Genco (1993, pág.66) nuevamente hace mención de las diferentes formas de manifestación de las alteraciones gingivales en el periodonto por medio de un sin número de padecimientos o causas.

PADECIMIENTOS Y OTRAS ANORMALIDADES EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES

I.- Enfermedades y trastornos gingivales

- A.- Gingivitis (sin complicaciones sistémicas)
- B.- Gingivitis y alteraciones gingivales con complicaciones sistémicas
- C.- Alteraciones gingivales diversas

II.- Enfermedades y trastornos periodontales

- A.- Periodontitis del adulto sin complicaciones sistémicas
- B.- Periodontitis juvenil
- C.- Periodontitis con complicaciones sistémicas
- D.- Trastornos diversos que afectan al periodonto

III.- Cambios periodontales relacionados con traumatismo oclusal.

- A.- Traumatismo oclusal primario: movilidad y otras alteraciones periodontales relacionadas con bruxismo y otros hábitos parafuncionales
- B.- Traumatismo oclusal secundario: movilidad y otras alteraciones periodontales relacionadas con fuerzas normales en un periodonto gravemente dañado.

A modo de explicación del cuadro anterior podemos decir que: las complicaciones sistémicas no son imperativas para la presencia de gingivitis o periodontitis. En la mayoría de los pacientes, los padecimientos periodontales inflamatorios tienen origen local, pero las condiciones sistémicas del sujeto las modifican de manera notable. No existe ningún ejemplo definido de periodontitis causada por efecto sistémico exclusivo. Por otra parte y debido a que los efectos de fármacos y anomalías genéticas puedan atacar la encía, las enfermedades de este órgano probablemente tengan relación con las condiciones sistémicas. Por lo anterior, se hacen indispensables tanto una minuciosa historia clínica como la revisión sistémica del paciente. No sólo el curso y naturaleza del padecimiento periodontal resultan afectados por complicaciones sistémicas, sino también una enfermedad sistémica o el consumo de fármacos, alteran el curso terapéutico.

Es necesario que el dentista comience la revisión del paciente por la cavidad bucal en su totalidad y revise cabeza, cuello y cara. El odontólogo tiene la oportunidad inmejorable de detectar enfermedades que atentan contra la vida del paciente, como pueden ser: cáncer intrabucal y facial, carcinomas de células basales o tumefacciones en el área del cuello.

Durante la revisión periodontal también se evalúa el aparato de inserción y la encía, así como la cavidad bucal, y se efectúa la exploración de todos los dientes, incluyendo en ocasiones las superficies múltiples de cada diente y los tejidos periodontales adyacentes a fin de;

1. Detectar signos de inflamación gingival con hemorragia espontánea, tumefacciones, pérdida o separación de

papilas, enrojecimiento y cambios en el contorno de la encía y evidencia de exudado gingival.

2. Efectuar sondeos periodontales con medición milimétrica de la oportunidad de las bolsas y grados de inserción.
3. Evaluar la hemorragia gingival 30-60 seg. después del sondeo.
4. Valorar afecciones en la furcación de dientes multirradiculares al efectuar pruebas de sondeo periodontales y mediante evaluación visual directa y radiografías.
5. Buscar trastornos mucogingivales, hendiduras gingivales, pérdida de encía insertada o frenillo atípico capaz de retraer o transformar los bordes gingivales
6. Medir la movilidad del diente y del frémto (movilidad durante la oclusión).
7. Valorar alteraciones interproximales, interradiculares y otros cambios del hueso alveolar mediante el análisis radiográfico
8. "Sondeo óseo" en caso de ser necesario, o exploración del hueso sometiendo al paciente a anestesia local, con el propósito de determinar, con mayor exactitud, alteraciones en la estructura ósea (p. ej. la extensión y número de paredes óseas de alguna bolsa infraósea).
9. Valorar la microflora bucal y subgingival para detectar la existencia de microorganismos patógenos.

2.3 Enfermedades y trastornos periodontales.

A continuación se desarrollará a partir primeramente de un cuadro cómo es que los trastornos pueden desencadenar los diferentes grados de periodontitis y cómo la enfermedad puede contribuir a ésto con mayor rapidez.

ENFERMEDADES Y TRASTORNOS PERIODONTALES

A - Periodontitis del adulto

- 1.- Clasificación I, II, III, IV de la AAP
- 2.- Epidemiología: periodontitis de evolución moderada y rápida
- 3.- Clínica basada en tratamiento: refractaria y recurrente
- 4.- Clínica basada en historia: periodontitis ulcerosa necrosante aguda recurrente y periodontitis juvenil poslocalizada

B.- Periodontitis juvenil

- 1.- Periodontitis localizada juvenil (periodontosis)
- 2.- Periodontitis generalizada juvenil

C.- Periodontitis con complicaciones sistémicas

- 1.- Periodontitis con alteraciones primarias de neutrófilos
 - a.- Agranulocitosis
 - b.- Neutropenia cíclica
 - c.- Síndrome chédiak-higachi
 - d.- Anormalidades en la adherencia de neutrófilos
 - e.- Síndrome de job
 - f.- Síndrome del "leucocito perezoso"
 - g.- Anormalidades en la función de neutrófilos
- 2.- Periodontitis en padecimientos sistémicos con deterioro de neutrófilos secundarios o relacionado.

- a.- Diabetes sacarina tipo I
 - b.- Diabetes sacarina tipo II
 - c.- Síndrome de papillón-LeFèvre
 - d.- Síndrome de Down
 - e.- Enfermedades inflamatorias del intestino: enfermedad de Crohn
 - f.- Síndrome preleucémico
 - g.- Enfermedad de Addison
 - h.- Sida
- 3.- Otros padecimientos sistémicos relacionados con alteraciones en la estructura del aparato de inserción periodontal.
- a.- Síndrome Ehlers-Danlos (VIII)
 - b.- Histiocitosis (granulomaeosiofilico)
 - c.- Sarcoidosis
 - d.- Escleroderma
 - e.- Hipofosfatasa
 - f.- Hipoadrenocorticismo
 - g.- Hipertiroidismo
- D.- Trastornos diversos que afectan al priodonto
- 1.- Abscesos periodontales
 - 2.- Quistes periodontales
 - 3.- Anquilosis
 - 4.- Resorción radicular
 - 5.- Lesiones por comunicación periodonto-pulpa
 - 6.- Abscesos pericoronales
 - 7.- Hipersensibilidad dental
 - 8.- Raíces retenidas
 - 9.- Secuestro óseo
 - 10.- Infecciones relacionadas con raíces fracturas o defectos

anatómicos.

11.- Neoplasias del aparato de inserción periodontal

La lista anteriormente descrita, menciona los padecimientos y enfermedades que atacan el aparato de inserción periodontal, incluyendo el proceso alveolar, ligamento del tejido conectivo que une al diente al hueso y cemento.

El padecimiento periodontal más usual es la periodontitis o periodontosis del adulto aunque también puede presentarse en adolescentes. La periodontosis o periodontitis juvenil localizada es una entidad clínica precisa que padecen adolescentes y adultos jóvenes. A menudo la periodontitis es grave y ataca de manera prematura a la mayor parte de los individuos con trastornos neutrofilicos secundarios o primarios y otros padecimientos con anomalías en la función de los neutrófilos; en sujetos con diabetes sacarina es más grave, se presenta con mayor frecuencia y es probable que existan complicaciones infecciosas de esta última. La periodontitis también se puede presentar en personas que padezcan otras enfermedades sistémicas: síndrome de Ehlers- Danlos, síndrome de Dawn, histiocitosis y sarcoidosis.

Asimismo, la hipofosfatasa, el hipoadrenocorticismo y el hipertiroidismo, son padecimientos que pueden alterar el aparato de inserción periodontal aunque estas enfermedades periodontales por lo general no revelan una periodontitis infecciosa real.

Algunos padecimientos como los abscesos y quistes periodontales, resorción radicular, anquilosis, lesiones comunicantes periodontopulpaes e infecciones asociadas con traumatismos, pueden afectar al periodonto.

3 El paciente edéntulo

3.1 Biomecánica del estado edéntulo.

Sería inexacto afirmar que enfermedades tales como la caries o la enfermedad periodontal son las únicas causas de que un paciente se convierta en edéntulo. En la actualidad, algunos autores arguyen que la pérdida de dientes no tiene ni siquiera una estrecha relación con la *prevalencia de la enfermedad dental*.

Es probable que éste último punto de vista sea igualmente inexacto, pero las investigaciones han demostrado que muchos factores no relacionados con la enfermedad, como actitud, conducta, atención dental y características del sistema de atención a la salud, representan una función importante en la decisión de convertirse en edéntulo. Además existen una importante relación entre el estado edéntulo y los niveles ocupacionales bajos. Por tanto, es razonable concluir que el edentulismo obedece a diferentes combinaciones de determinantes culturales y conductuales, así como el tratamiento recibido a lo largo de muchos años.

La profesión dental aborda desde muchos puntos de vista la etiología heterogénea del edentulismo, con lo que se ha logrado una disminución en las cifras informadas sobre personas edéntulas.

Hay revisiones más recientes de la pérdida de los dientes y el edentulismo en diferentes partes de Estados Unidos y países europeos, los cuales predicen que el tratamiento de pacientes con dentaduras completas seguirá declinando en el futuro mientras que en el corto plazo, probablemente aumentarán las necesidades de reemplazo, dental parcial. En tanto que estas observaciones podrían sugerir poca educación dental con respecto al tratamiento de pacientes edéntulos, al mismo tiempo se debe hacer hincapié en algunos puntos obligatorios:

1. Las pruebas documentales fundamentan la idea de que no obstante las proyecciones en la disminución del edentulismo, persistirá un

alto nivel de demanda insatisfecha para tratamiento de dentadura completa.

2. Las predicciones de muchos estudios con respecto a la población sana de edad avanzada indican que un alto porcentaje de ancianos será edéntulo. Por lo tanto es probable que aumente la demanda efectiva para la atención protética de esta población.
3. Aún no se ha comprobado del todo el efecto de la longevidad sobre el edentulismo. La experiencia clínica indica que las experiencias acumulativas del envejecimiento, biológico y cronológico, tal vez coloquen a los dentistas ante un aumento importante en el número de bocas edéntulas difíciles que requerirán tratamiento.

No importa cuáles sean las necesidades precisas de la población futura, jamás se deberán pasar por alto los efectos psicológicos y biomecánicos de la pérdida de dientes.

La mayoría de los pacientes considera que la pérdida de dientes es mutilante y, por tanto, tal posibilidad les motiva mucho a buscar atención dental para la preservación de una dentición sana y una apariencia socialmente aceptable.

Por otra parte los dentistas ven la pérdida de dientes como riesgo de una mutilación aún mayor. La destrucción parcial del esqueleto facial y la distorsión morfológica del tejido blando y de la función.

El estado edéntulo representa una afcción a la integridad del sistema masticatorio que muchas veces tiene secuelas estéticas y funcionales adversas, que el paciente afectado percibe de diferentes maneras, las cuales pueden variar desde sentimientos de inferioridad o invalidez.

Cuando se aprecia que la pérdida total de los dientes equivale a perder una parte del cuerpo, su tratamiento se dirige a diversos

problemas biomecánicos que abarcan una amplia gama de tolerancia y percepciones individuales¹⁰

¹⁰ Boucher O. Carl (1994) "*Biomecánica del estado edéntulo*" En *Prostodoncia total*. Interamericana. México. Décima edición. Pág. 3

Capítulo 4

Relación que existe entre el paciente geriatra y el cirujano dentista al llegar éste a consulta dental en la Facultad de Odontología por la pérdida parcial o total de los órganos dentales.

1 Relación entre el profesional y el paciente en la consulta dental.

Antes de enfocarse a este tipo de relación es indispensable exponer a nivel general la relación que se da entre profesional y paciente en la consulta dental.

1.1 La primera entrevista.

Mendéz (1987 p. 63) explica que “**La primera entrevista** con el paciente que viene a solicitar nuestros servicios odontológicos es de fundamental importancia. En ella se comienza con una charla a fin de recabar datos acerca de qué expectativas trae a su atención odontológica y que espera de ella. Esto permite también saber con qué tipo de ser humano se está tratando. Todo esto debe ser encarado en forma de conversación, y de ninguna manera darle sentido de interrogación.

Hay que tener en cuenta un conjunto de factores tales como:

- a) Se trata de dos personas diferentes –odontólogo, paciente- cada cual con su historia personal.
- b) Las reacciones del entrevistado son imprevisibles, por más que se organicen y planee cómo proceder.
- c) No siempre el entrevistado (paciente) dirá la verdad, o bien omitirá determinadas cosas, dándolas por sabidas por el entrevistador (odontólogo).
- d) Las condiciones internas del paciente influyen en la entrevista y, por qué no, también en el odontólogo.

El autor sigue mencionando que: “El tipo de entrevista que brinda resultados positivos es el propuesto por Rogers: la entrevista (no dirigida). El odontólogo formula la primera pregunta, por ejemplo: ¿Cuál es el motivo de su visita? Y, de ahí en más, se limita a escuchar atentamente todo lo que el paciente quiera contarle. A lo sumo, lo estimula con frases tales como “muy bien”, “sí”, “de acuerdo” etcétera.

Obtendrá de esta manera, la mayor cantidad de información necesaria a efectos de proponer un plan de tratamiento adecuado para el paciente en cuestión. Si quedan datos o informaciones que no se han obtenido, tratará, de dirigir la conversación hacia su obtención.

La otra técnica habitual es la de la entrevista dirigida: Formular preguntas y que el paciente las conteste. Este interrogatorio no es el más adecuado porque interfiere en el proceso de comunicación de persona a persona.

1.2 Comportamiento del paciente.

Es bastante frecuente que el paciente que llega a la consulta asuma una actitud pasiva hacia ésta, así como también hacia su posterior tratamiento.

Esta actitud pasiva se traduce en un dejar hacer al odontólogo sin participar, es como si los procedimientos técnicos asumieran un papel protagónico, dejando de lado la educación para la salud y la participación activa del paciente, en cuanto a la conservación de su salud y al éxito del tratamiento realizado. Es por eso que se le da especial importancia al vínculo que se establece entre el binomio odontólogo –paciente para que el primero pueda transmitir algunas informaciones básicas de las dos enfermedades

odontológicas prevalentes en nuestra población, y que el segundo comprenda por qué se produce la enfermedad, cómo se pueden poner barreras a su avance, y cómo se puede mantener en salud¹¹

1.3 El paciente y el miedo

Méndez (1987, pág 64) se hace la siguiente pregunta ¿Por qué viene el paciente a la consulta odontológica?

El miedo consciente puede estar determinado por una experiencia negativa anterior. Por ejemplo el paciente X fue tratado con anterioridad para realizar una amalgama, en el primer molar inferior derecho. El acto operatorio fue doloroso y por cualquier motivo tuvo dolor pos operatorios. Vuelve a la consulta y finalmente pierde la pieza tratada. Es lógico que frente a un tratamiento posterior, X manifieste temor y se resista hacer tratado.

El miedo inconsciente tiene raíces mucho más profundas que en muchos casos excede el marco odontológico. Pero el paciente necesita y debe ser tratado¹².

Hacer una historia clínica detallada nos permite realizar un buen diagnóstico, y un buen plan de tratamiento, sin embargo sería importante que la misma nos hubiera otra línea de exploración. Por tal motivo es una veta a explorar será la influencia que tiene ésta en la relación paciente- dentista.

¹¹ MÉNDEZ, Ali, Roberto. (1991). *Cap Relación paciente profesional En Operatoria dental Panamericana. México. Pág. 63*

2.-La historia clínica como medio de relación entre el paciente y el cirujano dentista.

El Dr. Gerardo Maupome Cervantes (1998), ejemplifica la información que debe de llevar una historia Clínica.

1. Número de identificación, fecha, estatus de riesgo.
2. Datos demográficos.
3. Razones para acudir a la clínica.
4. Antecedentes patológicos familiares
5. Características de la habitación y de las personas con las cuales el paciente compartía su residencia, incluyendo la disponibilidad de sus servicios públicos.
6. Ingestión de alimentos y patrón de comidas.
7. Tabaquismo, alcoholismo, tiempo de ocio, higiene personal.
8. Antecedentes personales de enfermedades y tratamiento (infecciosos, quirúrgicos, alérgicos, sistémicos, gineco-obstétricos).
9. Antecedentes de lesiones y condiciones bucodentales.
10. Índice CPOD y lesiones cariosas radiculares
11. Tratamiento dental previo.
12. Presencia de signos de atrición, abración, gingivitis, retracción gingival y cálculo¹³.

Tomando en cuenta lo anterior me pregunto ¿Cómo se establece la relación dentista-paciente, cuando éste último llega a consulta a la Facultad de Odontología? Podemos decir que primeramente es por medio de la historia clínica tomando en cuenta para realizarla los puntos anteriores. Regularmente el paciente acude al odontoestomatólogo por dolencia, por estética, por una restauración de amalgama, etcétera.

¹² Ib. 9 pág. 64

¹³ Maupome Cervantes Gerardo, et al . (1998) Relación entre estatus de salud oral y ciertos indicadores socio-demográficos en una población anciana demandando servicios en una clínica dental universitaria.

En caso del paciente geriatra existen también otro tipo de factores que si bien son parte de la consulta odontológica están relacionados con su entorno familiar y social. Al paso del tiempo las personas vamos perdiendo visibilidad, escucha o parte de nuestros órganos esenciales. En relación al tema odontológico la población de edad avanzada va perdiendo sus órganos vitales dentales por diferentes razones (falta de prevención, accidentes, falta de higiene etcétera), esto con lleva un sin fin de problemas bio-psico-sociales. El anciano tiene la necesidad de ponerse una prótesis dentaria para tener una buena presentación, poder masticar y así ser aceptado en su entorno familiar y social como fueron explicados en capítulos anteriores.

Ahora lo que nos atañe estudiar es qué sucede en la Facultad de Odontología respecto a esta relación. Desde mi experiencia como alumno me he dado cuenta de situaciones que nos van permeando en nuestro quehacer profesional. El alumno para acreditar la clínica, tener experiencia y conocimiento necesita tener a su cargo un número específico de pacientes. Al finalizar el año escolar debe de entregar los tratamientos terminados. Si lo vemos como aprendizaje es importante esta forma de trabajo, sin embargo ¿Qué pasa con la relación paciente-dentista?

El tiempo, la preocupación, la angustia de no terminar, la presión no nos permite visualizar otros problemas que están igualmente relacionados con el paciente.

Méndez citando a Rogers mencionaba que en la entrevista no dirigida, el odontólogo formulaba la primera pregunta y dejaba al paciente hablar, nuestra tarea en ese momento era escuchar. Por las condiciones de trabajo anteriormente descritas el alumno no puede llevar esta técnica.

Al realizar la historia clínica en la Facultad nos enfocamos a problemas del paciente en relación al diagnóstico. Enfocamos nuestro esfuerzo,

por las condiciones de trabajo, a diagnosticar en base a cuantas amalgamas, extracciones, dentaduras, endodoncias, necesita el paciente y dependiendo de cuantas se hagan el alumno acredita o no la materia.

Si la escucha profunda fuera una herramienta de trabajo en la historia clínica en el sentido de saber qué le pasa al paciente en su entorno familiar, qué preocupaciones les atañe en ese momento, nos abriría una veta muy importante para un mejor diagnóstico. Por ejemplo. Si llega un paciente a la clínica y tiene un olor desagradable de boca, nosotros podemos pensar que quizá sea por un mal cepillado o más bien por la falta de éste. Si el paciente se le da la *confianza y el tiempo* suficiente para hablar de su vida personal nos podría comentar que varios años atrás tuvo problemas de salud afectándole el hígado. Esto nos permitirá pensar que el mal olor de boca se está generando por este problema y no por un mal cepillado. Obviamente el diagnóstico estaría mal si no nos damos el tiempo necesario para escucharlo. Quizá el ejemplo sea muy burdo, pero con el trato de transmitir lo que creo que es necesario tomar en cuenta en la carrera.

Realizar la historia clínica no solamente como diagnóstico sino como un acercamiento con el paciente desde la escucha nos permitirá tener más confianza, siendo ésta indispensable para nuestro quehacer profesional.

También estaríamos hablando de prevención, en el sentido de que si se emplea esta herramienta adecuadamente, el paciente al sentirse tratado bien por el dentista podrá expresar sus inquietudes respecto por ejemplo a la técnica de un buen cepillado y tendrá la posibilidad de transmitir a sus familiares (hijos, sobrinos etc.) este conocimiento para que a futuro no se tenga el mismo problema.

La escucha nos permite saber más del paciente y conocer qué tipo de problemas por ejemplo de salud tienen. En algunas ocasiones me

han tocado pacientes que llegan a la consulta porque están citados para una extracción. Simplemente el saber que se les hará una extracción donde habrá de por medio instrumentos que se les introducirán en la boca, sangrado, los ponen tensos y nervioso, esto afectará en la extracción que le pueda hacer, por eso es importante escucharlos y darles el tiempo necesario para que se tranquilicen.

A nivel personal creo que esta herramienta en el paciente geriatra debe de ser más utilizada por los problemas que se enfrenta en su entorno familiar, ¿Cuántas veces llega una persona de edad avanzada al consultorio solamente para ser escuchado, aceptado y ayudado?

A la historia clínica le podemos encontrar otras formas de aplicación que nos pueden llevar a un mejor diagnóstico.

3.- Modelos de relación existentes en la rama de la medicina que nos permite entender más la relación paciente geriatra-cirujano.

Para empezar a desarrollar este tema quisiera citar a E. Velasco

Ortega, C. Subirá y Farré (1995, Pág 1395):“Los cambios demográficos actuales indican un incremento en las personas mayores de 65 años. La mayor esperanza de vida y la mejor asistencia sanitaria están contribuyendo a que la sociedad actual envejezca cada vez más. Como consecuencia de ello los sistemas de salud deben adaptarse para lograr satisfacer, en lo posible las necesidades asistenciales crecientes que nuestros ancianos requieren.

La odontología, como antes las ciencias sociales – gerontología- y la medicina geriátrica, ha reconocido este fenómeno generacional y está realizando un cambio profundo en su actitud ante la atención bucodental geriátrica, (gerontología).

Aunque los descubrimientos científicos que se han producido en los últimos años en el campo de la sanidad no han tenido precedentes, estamos lejos de conseguir los éxitos necesarios en salud oral y general de los ancianos.

La esperanza de vida ha aumentado en formas considerable, aunque la calidad de vida ni sea necesariamente mejor. Hay que readaptar las necesidades de salud de una sociedad progresivamente más vieja, ampliando los objetivos tradicionales de la salud –curar enfermedades- para incluir en particular las medidas preventivas.

Con frecuencia envejecer se asocia a la debilidad, enfermedad y pérdida de vitalidad.

A menudo se supone que los individuos de edad avanzada constituyen una carga para el estado, su familia y para ellos mismos. Sin embargo, esto no siempre es así. Cada vez es mayor el número de ancianos que lleva una vida satisfactoria y mantienen bien su salud mas allá de las expectativas sociales.

Una *mejor calidad de vida es el* objetivo de los profesionales de la salud nos debemos marcar. La salud oral contribuye al bienestar físico y mental de nuestros ancianos. Si los odontólogos no creemos que las personas de edad avanzada puedan mantener una calidad de vida aceptable, difícilmente nos esforzaremos en la posibilidad de que puedan alcanzarla.

Otras veces, la sociedad, a través de determinados estereotipos, no acepta que los individuos ancianos disfruten de una madurez satisfactoria.

Esta actitud negativa o pesimista hacia el envejecimiento tiene cierto peso en la política comercial bucodental. De

hecho, la investigación y la formación sobre salud oral debería tener en cuenta lo estimulante que resulta el contacto con las personas de mayor edad, desde el punto de vista metodológico y ético.

Resulta obvio que las personas de edad avanzada presentan más problemas de su salud oral que la población en general, pero debe existir una distinción entre el pesimismo y realismo.

Históricamente se han perseguido dos objetivos en la asistencia odontológica de nuestra población: curar- o más bien tratar- enfermedades y, posteriormente sin apenas conseguirlo-, prevenir su aparición-. En una población que envejece rápidamente se debe añadir el imperativo de promover la salud oral a lo largo de su vida y también prevenir la invalidez oral por el edentulismo, y que éste nos ocasione otras incapacidades (nutritivas, psicológicas, sociales).

En la actualidad muchos pacientes ancianos son desdentados y su principal problema oral radica en mantener adecuadamente su estado protodoncico. Sin embargo en los países industrializados los patrones de pérdida dental están evolucionando, y en un futuro cercano las necesidades de tratamiento gerodontológico será, en una en su mayoría restauradas.

Una segunda consideración importante en la atención odontológica de los pacientes ancianos consiste en la necesidad de un cambio profundo en la mentalidad profesional del odontólogo. Éste debe modificar su actitud ante el paciente geriátrico y reconocer que el tratamiento que ha ofrecido a los ancianos, muchas veces, no ha sido el más

adecuado. En este sentido, el tratamiento exodóncico y mutilante debe darse paso a una información preventiva, sesiones de higiene oral, programas de mantenimiento periodontal y dental y la valoración prostodóncica que puede estar integrada con una solución implantológica.

La última en la atención odontológica del paciente geriátrico la constituye las barreras socioeconómicas y culturales. Al llegar a la jubilación, los recursos económicos de muchos ancianos descienden lo cual pueden interferir en la satisfacción de necesidades de tratamiento dental. Constituye un verdadero reto sociosanitario para la asistencia odontológica pública y privada vencer esta barrera.

Este hecho es especialmente grave en el caso de los pacientes geriátricos institucionalizados en residencias que no cuentan con la mínima atención bucodental.

La actitud de los ancianos hacia su salud oral es a menudo negativa, ya que tienden a aceptar las enfermedades bucodentales crónicas como consecuencia del envejecimiento oral y no buscan atención odontológica porque no sienten la necesidad de tratamiento. Si en cambio acuden a consulta médica por las múltiples enfermedades generales que pueden presentar (osteoporosis, diabetes, depresión, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, etcétera) que complican el diagnóstico y el tratamiento oral¹⁴.

La Facultad de Odontología es una Institución donde uno de los objetivos principales que tiene es asistir a personas con escasos recursos y darles un buen tratamiento a costo económico. Los estudiantes deben de tomar en cuenta lo planteado anteriormente

¹⁴ E. Velasco Ortega, C. Subirá Pifarré y J. Caballero García. 1995 "Gerodontología" En El Manual de Odontología. Masoon Salvat. España Barcelona.. Pág. 1359.

respecto al paciente geriatra para un bienestar profesional ético. Por consecuencia creo necesario relacionar lo mencionado con diferentes modelos existentes de relación médico-paciente.

3.1 Modelos de relación médico-paciente (RMP).

Cortés Gallo Gabriel (2000) comenta que “La relación entre el médico y el enfermo puede entenderse con distintos modelos, que de hecho se emplean no sólo por diferentes profesionales, sino también en diferentes momentos por un mismo médico. Fundamentalmente son los siguientes:

1. *Paternalista o activo o activo/pasivo.* El principio ético capital es el de buscar el beneficio y no dañar al paciente. Está indentificado en el juramento de Hipócrates, en el que se ha fundado la ética médica. En la literatura acerca de la sociología médica, se usa la imagen padre-hijo como una analogía para la relación médico-paciente. Es este paternalismo en su contexto de valores, el que está representado en el eslogan moral: beneficie y no haga daño a su paciente. Lo esencial de esta forma de relación es que sustrae la toma de decisiones del paciente y la deposita enteramente en manos del médico. Mientras que el grupo profesional puede afirmar lo adecuado de este principio para una ética médica, es claro que la sociedad más general, tiene un conjunto más amplio de normas éticas que incluyen la veracidad, la confidencialidad, la privacidad y la fidelidad entre otras. Si bien es cierto que en este sistema parece ser que son los médicos los que toman las decisiones, si se suplanta la autonomía del paciente, es probable que este finja adoptar la resolución propuesta; pero el trasponer el umbral del consultorio es él o ella y sólo él o ella, quien decide si seguirá o no las recomendaciones que se le han dado.

2. *Mecánico.* Uno de los efectos de la revolución biológica ha sido formar médicos científicos, y en la retórica moderna los científicos deben ser puros esto es, deben ser factuales y divorciarse de toda consideración acerca de valores. Como resultado, este profesionista puede convertirse en un mecánico y dejar al paciente las decisiones acerca de los objetivos y los valores de esta relación. El médico simplemente repararía sin preguntar, como lo hace un mecánico con un automóvil. Lo anterior dista mucho de la realidad puesto que quien practica la ciencia aplicada en el hombre, no puede sustraerse de los valores. En este modelo, el paciente se presenta con sus inquietudes y se le orienta a decidir cómo usar la ciencia médica para componer lo que él o ella perciben como un problema. Los médicos que piensan que solamente deben presentar los hechos y que deben dejar que los enfermos tomen las decisiones, se están engañando ellos mismos, aun cuando fuese moralmente aceptable y responsable buscar la objetividad cuando se tiene que tomar decisiones críticas. Los médicos que realmente creen que el aborto es un crimen y todavía así aceptan realizarlo o referirlo a otro para que lo realice, están actuando como autómatas y esperamos que ningún clínico actúe así cuando se le pida consejo acerca de matar a un ser humano. Con el modelo paternalista su autoridad moral domina la relación de tal forma que la libertad y dignidad del paciente se minimizan; con el mecánico, los médicos se vuelven técnicos sin integridad moral
3. *Modelo compartido.* Aquí se ha propuesto que ambos integrantes de la relación, deben verse como colegas que buscan el mismo fin de eliminar la enfermedad y preservar la salud del paciente. Cuando los dos están genuinamente comprometidos en un

objetivo común se justifica la confianza. Se trata de una forma placentera y armoniosa de interacción humana. Hay similitud de dignidad y respeto e igualdad de contribuciones en valores, de lo que carecen los modelos anteriores. Sin embargo, debe admitirse que las diferencias socioeconómicas y de valores hacen que la asunción de intereses comunes, indispensable para que este modelo funcione, pueda simplemente ser un sueño.

4. *De compromiso mutuo.* En este modelo dos individuos interactúan de tal manera que ambos tienen obligaciones y reciben beneficios. Los principios básicos de la autonomía, fidelidad, veracidad y justicia son esenciales. La premisa es la confianza aun cuando reconoce que no hay intereses mutuos en forma absoluta. Aquí se evita la abdicación moral por parte del médico que existe en el modelo mecánico y la renuncia moral por parte del paciente que tiene el modelo paternalista. Asimismo elude la incontrolada y falsa sensación de igualdad de modelo compartido. Es la relación de respeto mutuo y responsabilidad compartida, el médico reconoce que el paciente conserva la libertad de control sobre su propia vida cuando tenga que tomar decisiones importantes. En éste, entonces, existe una verdadera toma compartida de decisiones, de tal manera que tanto los pacientes como los médicos conservan su integridad moral .

En esta descripción se perciben las diferentes formas de establecer la relación del médico con el paciente y podría justificarse en las características educativas de nuestra sociedad el que el modelo paternalista prevalezca, sin embargo, debe siempre preguntarse por qué debe ser el médico quien impone las decisiones al paciente y no deba buscarse una interacción de más compromiso mutuo en este proceso. Considero que cada vez con más frecuencia, los pacientes

exigen el derecho de tomar sus propias decisiones. Se requiere buscar alternativas que permitan que la RMP no solamente no se deteriore, sino que se vuelva cada vez más satisfactoria para ambas partes.

3.1.1 Tipos de relación médico-paciente

En la relación médico y el paciente, el contacto inicial puede ser de dos tipos: en forma directa, cuando es el propio enfermo el que selecciona a su médico; y en forma indirecta, cuando son terceras personas las que seleccionan a los profesionistas y luego le asignan a los pacientes a su cuidado . tal es el caso de las instituciones de seguridad social de nuestro país, los seguros comerciales de gastos médicos o las corporaciones bancarias. Cada tipo de relación puede presentar ventajas para ambos elementos: en la directa, el inicio y el término del contrato depende solamente de ellos y resulta más probable que las características de benevolencia, benedictencia, beneficencia y benedictencia aparezcan; en la indirecta, los beneficios económicos son evidentes: para el médico la percepción de emolumentos fijos o variables “pero estables”, para el enfermo el financiamiento de los gastos, que en muchas ocasiones sería imposible de cubrir en forma directa, sin embargo, existen problemas particulares para cada caso .

3.1.2 Obstáculos en la relación médico-paciente

Del médico pueden identificarse algunas posibles barreras para la RMP, como son su competencia profesional, sus aranceles por consulta, sus prejuicios, su capacidad para comunicarse, su aspecto, etcétera; del paciente su nivel educativo y cultura, su capacidad económica, sus escrúpulos; del medio ambiente, el físico (iluminación, ruido, mobiliario) y el emocional que puede estructurarse asimismo, la interposición de la tecnología médica que inunda con artefactos, que si

bien hace más eficientes los procesos profesionales, forman una pantalla entre ambas personas.

3.1.3 Problemas en la relación médico-paciente.

En la vertiente del médico hacia el paciente, la más destacada es la deshumanización y la despersonalización, esto es, la pérdida de la relación con el enfermo. Se debe al aumento en el número de personas que le brindan el cuidado (especialización y grupo de médicos tratantes) y tecnologización de la medicina. Sus expresiones mayores son: su conversación en un objeto sin rasgos personales, sentimientos y valores, identificándolo como un número (de cama, de filiación), una enfermedad o un procedimiento; la ausencia de calor en la relación humana. Otros problemas son: el abuso económico, el físico o el sexual; el engaño, la indiscreción y el abandono; la desconfianza y la discriminación.

En la vertiente del paciente hacia el médico también se produce la deshumanización, ya que así como se señaló anteriormente se convierte al paciente en un objeto, también esto sucede con el médico, a quien el enfermo transforma en un número (el del consultorio) o en una especialidad (el cardiólogo), perdiendo sus cualidades personales e individuales. El abuso personal, el engaño y la indiscreción; las demandas injustificadas, la desconfianza y la discriminación, son otras formas graves de alterar esta relación.

Una forma frecuente de utilización del médico es mediante la exigencia por parte del paciente de una solución, o de realizar tratamientos que el médico no considera adecuados, o incluso inmorales. Esto pasa por considerar al médico como un prestario de servicios técnicos, trabajándolo del carácter de la persona, con creencias, al de una máquina.

3.1.4 Finalización de la relación médico-paciente.

La relación puede terminarse por falta de colaboración de los pacientes o sus familiares, por incompatibilidad de valores morales, por imposibilidad física del médico de atender a los enfermos, por falta de recursos económicos, por interferencia con otros colegas por reconocimiento de limitaciones del médico.

En la práctica institucional, así como en los convenios(seguros de gastos médicos, corporaciones bancarias), existen limitaciones para suspensión de esta relación y son la que imponen los contratos legales.

3.1.5 Mejoramiento de la relación médico-paciente.

Es necesario que se fomenten las siguientes actitudes:

1. Reconocer la dignidad intrínseca del enfermo. Admitir que no existen personas más valiosas que otras y que, por tanto, debe dárseles a todos el mismo trato, sin minar el valor que todo ser humano posee en una sociedad democrática.
2. Tratar al paciente como un individuo concreto, con su propia historia personal, con sus atributos, necesidades y deseos únicos.
3. Atender al enfermo como un todo biopsicosocial, como una persona compleja y total, eliminando actitudes reduccionistas que restringen al paciente a su dolencia o a su sintomatología.
4. Respetar la libertad del paciente, aunque requiera también limitaciones. Aceptar que es una persona autónoma que tiene un control significativo sobre su destino dentro de los límites impuestos por la situación física y cultural. Si su libertad fuese absoluta y sin restricciones, deshumanizarían a los propios profesionales.
5. Fomentar la participación del enfermo como la de sus parientes en el cuidado de su salud. De esta forma se establece un verdadero compromiso mutuo, se justiprecian las actividades de ambos y se mantiene la relación.

6. Ponerse en el lugar del otro, así tanto el médico como los pacientes o sus allegados entenderán la perspectiva de cada quién y comprenderán su propia respuesta.

El motivo de traer a este apartado del trabajo los modelos que trabajan las áreas de la salud, en específico la medicina es porque su quehacer profesional está enfocado al trabajo con seres humanos. Siguiendo esta línea la odontología tiene el mismo fin pero desde lo estomatológico.

Uno de los quehaceres del odontólogo es entender y escuchar al paciente para adquirir un mejor diagnóstico y una buena relación para el bienestar del tratamiento.

Tomar en cuenta estos modelos ayudarían a la rama que trabajamos los odontólogos en relación paciente geriatra-dentista.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES O REFLEXIONES

A modo de conclusión podemos decir que:

- El paciente geriatra por la edad que tiene necesita de un cuidado y una relación distinta puesto que su pensar, su sentir su accionar son diferentes a los demás
- El anciano llega a consulta con los problemas de prótesis porque existen factores sociales, económicos, culturas que no le permitieron prevenir su problema en el pasado. (trabajo, la cría y educación de los hijos etc.)
- El paciente geriatra llega a consulta a esa edad porque ya no tiene los problemas cuando era adulto joven y la necesidad del presente es la aceptación social y familiar.
- Los problemas odontológicos que puede traer un paciente geriatra están ligados a su entorno social, familiar, económico y cultural
- Es nuestra responsabilidad como parte de un núcleo social que trabaja con seres humanos darle la atención que se merecen como sujetos que son. Por consiguiente es fundamental que en la carrera de odontología se le dé más promoción al vínculo paciente geriatra-dentista.
- El no llevar a cabo una relación adecuada con el paciente geriatra nos puede llevar a perderlo como paciente, no tanto por que no le brindamos el tratamiento apropiado sino por no podernos ganar su confianza.
- Es indispensable tomar en cuenta la brecha generacional entre el alumno de la Facultad de Odontología y el paciente geriatra para una mejor relación.
- Es importante que el cirujano dentista tome en cuenta en consulta los problemas bio-psico-sociales que enfrenta las

personas de edad avanzada para una mejor relación y entendimiento del porqué llega este a consulta dental.

- El tener una comunicación paciente geriatra-familia-dentista ayudaría para una mejor evolución del tratamiento y una armoniosa comunicación familiar.
- El tener una comunicación familia del paciente-dentista ayudaría al bienestar emocional y odontológico del paciente de edad muy avanzada (incapacitado).
- El profesional odontólogo no solamente se tiene que enfocar a los problemas de su campo de estudio, sino tener un bagaje de conocimientos psico-sociales para que los dos puntos anteriores se puedan llevar a cabo.
- El hecho de tener una Educación de Prevención ayudaría al paciente a que cuando éste sea de edad avanzada, no tenga los problemas de marginación, no aceptación por familiares y entorno social.
- Es importante profundizar más sobre la Salud Preventiva, para anticipar las diferentes manifestaciones de enfermedad, ya que influyen en el desarrollo bio-psico-social del individuo y más en el paciente geriatra.
- Implementar a conciencia en la formación de la carrera de Odontología una buena educación ética, nos permitiría entender y practicar mucho mejor nuestro campo profesional.
- Es importante traspolar los conocimientos de la medicina en cuestión de relación médico-paciente a la odontología para tener un mejor vínculo paciente-dentista puesto que el fin de los dos es el trabajo con seres humanos y nos pueden aportar importantes conocimientos.

APORTACIONES

- Sería necesario que en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México se implementara la Materia de Deontología desde el primer año, para que los alumnos tengan mayor concientización del trabajo con seres humanos y que en su práctica odontológica no vean la cavidad bucal externa a la persona sino que la tomen en cuenta con todos los problemas que la cruzan social y familiarmente.
- Es primordial difundir en la carrera de Odontología la importancia que tiene la ética en este campo. La propuesta sería implementarla a través cursos, talleres y/o seminarios.
- Es necesario buscar alternativas en la Facultad de Odontología en el sentido de cómo se le puede transmitir al paciente la importancia que tiene la Prevención Bucal para llegar a la Tercera Edad lo mejor posiblemente saludable.
- Sería conveniente que al alumno se le dé una formación interdisciplinaria para que su bagaje de conocimientos se mayor y pueda entender mejor al paciente.

GLOSARIO.

Agranulocitosis: Enfermedad grave que afecta a los leucocitos de la sangre.

Anodoncia: Pérdida de los dientes total. Atrición es la abrasión oclusal fisiológica que varía según la edad, la potencia masticatoria.

Anquilosis: Significa abolición ó limitación de movimientos en su articulación.

Fusión: Unión de dientes normales contiguos en las primeras fases de desarrollo, que erupcionan ya fusionados y esta puede ser total o parcial.

Geminación: Unión de diente normal y uno supernumerario o de dos supernumerarios entre sí.

Hipercementosis: Cantidad excesiva de cemento secundaria sobre la superficies radiculares del diente.

Hiperplasias: Consisten en un desarrollo de las estructuras que componen el CATM la hiperplasia del cóndilo suele ser unilateral y se atribuye a la hiperactividad de los centros de crecimiento subcondrales

Hipoplasia: Pueden ser adquiridas o congénitas las adquiridas pueden ser por un traumatismo como sucede en muchas hipoplasias condíleas. Las congénitas pueden asociarse al síndrome del primero y segundo arco branquial.

Liquen: Aparición de lesiones dérmicas enfermedad más común de la piel que se manifiesta en cavidad bucal

Neutropenia: Disminución periódica de los neutrofilos

Pénfigo: Enfermedad cutánea crónica grave donde hay una aparición donde hay una aparición de vesículas y bulas ampollas pequeñas llenas de líquido.

Psoriasis: Enfermedad inflamatoria crónica de la piel.

Quiste: Cavidad patológica revestida de epitelio que por lo regular contiene material líquido o semisólido.

BIBLIOGRAFÍA

- BARRANCOS MONEY JULIO *Operatoria Dental*. Médica. Panamericana , Argentina. Tercera edición, 1991.
- BOUCHER O., CARL *Prostodoncia total*. Interamericana, México, Décima edición, 1994.
- ECHEVERRÍA GARCÍA JOSÉ ET AL. *El Manual de Odontología*, Masoon Salvat, España Barcelona, 1995.
- GENCO, ROBERT J. *Periodoncia*. Interamericana McGraw-Hill, México, 1993.
- MÉNDEZ, Ali, Roberto *Operatoria dental*. Panamericana. México, 1991.
- PORTER KUTHY ET AL. *Introducción a la Bioética*. Méndez Editores. México 2000.
- SHAFER WILLIAM G. *Tratado de patología bucal*. Interamericana, México, Cuarta Edición, 1986.

CONFERENCIAS

- Maupome Cervantes Gerardo et al, "Relación entre estatus de salud oral y ciertos indicadores socio-demográficos en una población anciana demandando servicios en una clínica dental universitaria. Dada en el Hospital siglo XXI. 1998.
- Tello Peón Nelía Elena. "Entrenamiento para los Trabajadores sociales encaminados a la atención bucal del anciano en América Latina". Dada en el Hospital Siglo XXI. 1998.