



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROPUESTA DE UN FORMATO DE HISTORIA
CLÍNICA EN ODONTOGERIATRÍA COMO
SOPORTE LEGAL

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

JAVIER ALEJANDRO LLANOS GALINDO

TUTOR: Mtro. ALBERTO ZELOCUATECATL AGUILAR

ASESORA: Mtra. ERIKA HEREDIA PONCE

MÉXICO, D.F.

2012



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.

GRATITUDES:

- A MI MAMÁ ANGELES, QUE SIEMPRE ESTA AL PENDIENTE, PERO MÁS AUN EN MIS MOMENTOS DÍFICILES EN QUE ME CUIDO, DE LOS CUALES SALI ADELANTE, Y SIEMPRE TENGO SU MANO AMIGA INCONDICIONALMENTE.
- A MI PADRE JAVIER, QUE CON CARÁCTER ME HA MARCADO EL CAMINO DEL BIEN Y DE LA PERSEVERANCIA.
- A MI HERMANA ARIANA, QUE ME ESCUCHA CUANDO MÁS LO NECESITO.
- A MI SOBRINO LEO, POR SER MI SANGRE Y LA ALEGRIA DE VIVIR COMO UNA FAMILIA UNIDA.
- A MI TIO ANTONIO POR SU DISPONIBILIDAD Y CARIÑO.
- A LA MEMORIA DE MIS ABUELITOS CATALINA, ROMAN Y JOSÉ.
- A MI ABUELA ABIGAIL BELMONT V.
- A MIS AMIGAS Y COMPAÑERAS QUE CON SU APOYO, COMPRENSIÓN Y SOBRE TODO POR DARME SU VALIOSO TIEMPO.
- .DANIELA DAMAS GÁRCES
- .ANGELES ZARATE HERNÁNDEZ
- .KAREN CEDILLO
- A MIS PROFESORES, QUE ME GUIARON CON SUS CONOCIMIENTOS, EXPERIENCIA, E INESTIMABLE COLABORACIÓN EN LA ELABORACIÓN DE MI TESINA.
- .MAESTRO: ALBERTO ZELOCUATECATL AGUILAR
- C.D. JUAN MEDRANO MORALES
- .- DR. ANTONIO OCAMPO
- A TODOS MIS PROFESORES Y ALUMNOS, COMPAÑEROS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNAM
- A MIS PACIENTES QUE SON Y SERAN PARTE FUNDAMENTAL EN MI DESARROLLO PROFESIONAL Y A LOS CUALES ME DEBO.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
3. JUSTIFICACIÓN.....	3
4. PROPÓSITO.....	3
5. OBJETIVO GENERAL.....	4
5.1 ESPECÍFICOS.....	4
CAPÍTULO 1. Historia Clínica para la Atención Estomatológica.....	4
1. Concepto.....	4
2. Bases legales.....	5
3. Normas básicas.....	5
4. Manual de uso de la Historia Clínica Estomatológica en el Adulto Mayor.....	7
CAPÍTULO 2. Situación Demográfica en México.....	23
1. Antecedentes en México.....	23
2. Salud bucal del Adulto Mayor en México.....	24
CAPÍTULO 3. Biología de la senectud.....	25
1. Teorías acerca de envejecimiento.....	26
1.1 Cambios físicos.....	27
1.1.1 Procesos Sensitivos.....	27
Sistema Visual.....	27
Audición.....	28
Tacto.....	28
Olfato.....	29
Gusto.....	29
1.1.2 Estructuras de la cavidad oral.....	30
- Mucosa bucal.....	30
- Lengua.....	30
- Saliva.....	31
- Hueso.....	32

- Dientes.....	33
- Función masticatoria.....	35
- Articulación Temporomandibular.....	36
1.2 Cambios psicológicos.....	37
Trastornos psíquicos.....	37
CAPÍTULO 4. Diversas enfermedades en el Adulto Mayor y su relación con la atención estomatológica.....	37
1. Hipertensión arterial.....	38
2. Diabetes Mellitus.....	43
3. Anemia.....	47
4. Artritis.....	51
5. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.....	53
6. Enfermedades neuropsiquiátricas.....	54
6.1 Enfermedad de Alzheimer	54
6.2 Parálisis Agitante.....	56
6.3 Corea de Huntington.....	58
7. Síndrome Menopáusico.....	58
8. Diversos Síndromes propios del Adulto Mayor.....	60
6. CONCLUSIONES.....	62
ANEXO.....	63
APÉNDICE A. Manual de uso de la Historia Clínica Estomatológica en el Adulto Mayor.....	63
7. REFERENCIAS.....	79
8. GLOSARIO.....	81



1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad se considera que en países de desarrollo biotecnológico o en vías de este, no satisfacen totalmente las necesidades en los cuidados de salud, bienestar, recreación, exigencias socioculturales, ocupación y empleo del tiempo libre del adulto mayor.

Koller y Hunt afirman que el tratamiento de los problemas bucales de los ancianos no depende del desarrollo de nuevas técnicas, sino del conocimiento de aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vejez.^{6,7}

Como se ha mencionado reiteradamente, que el incremento de años de vida en una persona, no necesariamente va acompañado por la calidad de su existencia, para lograr esta última se requiere que en etapas tempranas de vida, se lleven a cabo, actividades de preventivas de educación para la salud, en el adulto mayor y evitar en lo posible el deterioro del organismo humano, logrando se mantenga lo más saludable posible.

Una forma de brindar una mejor atención odontológica al adulto mayor sería la creación de una especialidad propia para su atención, lo que conllevaría a crear una historia clínica específica para esta parte de la población.



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se conoce que la población de adultos mayores va en aumento con el paso de los años y con base al desarrollo del país. Desafortunadamente no se le ha tomado la importancia que requiere éste grupo etario. Al crear una especialidad propia de dicha población se requerirá de una historia clínica específica que sea eficiente de acuerdo a las características fisiológicas del adulto mayor así como las patologías y tratamientos polifarmacia que se presentan en ellos.

La creación de una Historia Clínica Estomatológica en el Adulto Mayor toma importancia debido a que el expediente clínico es la base para un adecuado diagnóstico, así como para llevar a cabo el tratamiento requerido. La valoración del paciente geriátrico debe de incluir 5 aspectos fundamentales: salud física, salud mental, nivel socioeconómico, circunstancia del ambiente y estado funcional, por lo que se requiere de un documento específico para ésta Especialidad.



3. JUSTIFICACIÓN

La importancia de tener una historia clínica especializada en el adulto mayor nos permitirá tener mayor conocimiento del paciente geriátrico, para poder realizar diagnósticos más asertivos y proponer tratamientos que consideren las enfermedades sistémicas así como la polifarmacia en el algunos de ellos es frecuente.

Es importante hacer énfasis en la historia clínica como un documento legal que debe estar apegado a cierta normatividad, además de considerar que en algunos años los adultos mayores ocuparan una gran proporción de la población y por lo tanto solicitaran atención odontológica.

4. PROPÓSITO

El proceso de envejecimiento ha sido siempre un reto y una preocupación para la humanidad. En realidad, comenzamos a envejecer en el momento mismo de nacer. Nuestro organismo pasa por diversos y complicados procesos bioquímicos y metabólicos.

La cavidad bucal del adulto mayor es con frecuencia el sitio de manifestaciones fisiopatológicas, que representan trastornos de orden general en su estado de salud, que corresponde al Cirujano Dentista observar, diagnosticar y tratar.

Por lo tanto, es importante el brindar una atención especializada a esta parte de la población la cual se ha incrementado con el paso de los años y así como en otros países del mundo, en México debe ser instrumentarse esta



propuesta a través de la elaboración de una adecuada historia clínica para llegar a la base del diagnóstico y a su vez al mejor tratamiento disponible.

5. OBJETIVO GENERAL

Propuesta de una Historia Clínica Estomatológica en Odontogeriatría como Soporte Legal de acuerdo a las necesidades de atención de los adultos mayores.

5.1 ESPECIFICOS

1. Diseñar una Historia Clínica Estomatológica en Odontogeriatría como Soporte Legal de acuerdo a las necesidades de atención actualizada en los adultos mayores.
2. Identificar las patologías comunes en los adultos mayores de acuerdo a la literatura actualizada.
3. Identificar características psicosociales del adulto mayor.
4. Características bucodentales del adulto mayor

CAPÍTULO 1. HISTORIA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

1. Concepto

La historia clínica es un documento escrito que contiene todos los datos investigados acerca de la enfermedad de una persona. Constituye una narración y exposición verdadera de acontecimientos pasados y presentes del individuo, a partir de los cuales es posible elaborar un diagnóstico,



deducir un pronóstico e instituir un tratamiento.³

Éste documento se considera central en el expediente del enfermo. De su buena elaboración depende el éxito o el fracaso del médico en conseguir el mayor provecho para su paciente.⁴

2. Bases legales

- Proyecto de Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, para quedar como PROY-NOM-004-SSA3-2009, Del expediente clínico.
- NOM-013-SSA2-2006 para la prevención y control de enfermedades bucales.
- Ley General de Salud.
- Encuesta de la Organización Panamericana de Salud en la atención odontológica.
- Manual operativo para el llenado de formatos del expediente clínico. Para unidades médicas de segundo nivel de atención.

3. Normas básicas

De acuerdo a las bases legales empleadas, se elaboraron las siguientes normas para el correcto llenado de la Historia Clínica Estomatológica en el Adulto Mayor.

- El Expediente Clínico deberá elaborarse para todos los pacientes desde la primera vez que acuden a consulta.
- El Expediente Clínico debe ser llenado por el Cirujano Dentista



SEMINARIO DE LEGISLACIÓN EN ODONTOLOGÍA.
PROPUESTA DE UN FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA
EN ODONTOGERIATRÍA COMO SOPORTE LEGAL.

Especialista en Gerodontología.

- El Expediente Clínico deberá actualizarse en los siguientes casos:
 - Cuando el paciente fue dado de alta y se presenta por cualquier nueva causa al servicio.
 - Cuando el paciente abandone el tratamiento y regrese después de un mes.
 - Cuando el paciente reporte haber recibido un nuevo diagnóstico de alguna enfermedad.
- El Expediente Clínico es propiedad del Instituto, y deberá de conservarse por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la última fecha del acto médico registrado.
- El Expediente Clínico deberá quedar conformado con apego estricto a la normativa actual con la documentación siguiente:
 - Carta de Consentimiento Informado.
 - Historia clínica Odontológica y por especialidades.
 - Hoja de Evolución.
 - Hoja de Interconsulta.
 - Receta médica.
 - Solicitud de estudios de laboratorio y de gabinete.
 - Solicitud de estudios radiográficos.
 - Nota clínica de urgencia.
- El formato del consentimiento informado como mínimo, debe contener los siguientes datos:
 - Nombre de la institución o datos del consultorio estomatólogo.
 - Título del documento.
 - Descripción del consentimiento.



SEMINARIO DE LEGISLACIÓN EN ODONTOLOGÍA.
PROPUESTA DE UN FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA
EN ODONTOGERIATRÍA COMO SOPORTE LEGAL.

- Lugar y fecha.
 - Nombre y firma de la persona que otorga el consentimiento informado.
-
- Las notas médicas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.
 - La información contenida en el Expediente Clínico será manejada con discreción y confidencialidad.
 - El empleo de medios magnéticos, electromagnéticos, de telecomunicaciones será exclusivamente de carácter auxiliar.
 - El Consentimiento Informado deberá estar firmado por la persona responsable que autoriza el tratamiento, en caso de que no sepa escribir deberá colocar su huella digital y el responsable del servicio registrará el nombre de la persona que autoriza el tratamiento o responsable legal.
 - La información contenida en los Expedientes Clínicos es clasificada como confidencial.⁵
 - El Expediente Clínico debe estar firmado por el estomatólogo que la elaboró, ya que se considera un documento legal y fundamental para la atención estomatológica.

4. Manual de uso de la Historia Clínica Estomatológica en el Adulto Mayor

A continuación se describe la forma de realización de la Historia Clínica Propuesta.



Ficha de identificación.

Incluye los datos del paciente: nombre, edad, sexo, religión, estado civil, lugar de nacimiento y fecha, dirección habitual. Se deben registrar el número telefónico, así como el nombre del pariente más cercano y la forma de contactarlo; escolaridad, donde se registra el grado máximo de estudios. Interrogar lugar de origen.

Justificación:

- Dará idea de sus costumbres y tradiciones; ocupación pasada y si es jubilado(a), su actividad y domicilio actual (ya que algunas veces cambian de lugar porque están con diferentes familiares).
- Es importante conocer la manera de contactar a algún familiar responsable en caso de accidente.
- Ayudará a elegir la forma de explicar el plan de tratamiento.

Se preguntará sobre su situación familiar, si tiene hijos (número y género) y su relación con ellos; si vive solo o acompañado y, en tal caso, las personas con las que cohabita y mantiene comunicación, su dinámica familiar (funcional, disfuncional, así como los casos de abuso o negligencia).

Justificación:

- Conocer su historia familiar nos permite identificar situaciones que pueden influir en su estado emocional actual; estado civil (viudez reciente nos orienta a duelo en proceso o duelo no resuelto).



En los adultos mayores, la anamnesis tiene una mayor complejidad, por la dificultad que para algunos representa recordar varios hechos relacionados con su salud e, incluso, por la presencia de déficit sensoriales o limitaciones; en estos casos, para completar la información es imprescindible la colaboración de un familiar o un conocido. Es conveniente que quien proporcione la información sea una persona que habitualmente conviva con el paciente y conozca los síntomas, fármacos que consume y hábitos alimenticios.⁶

También se anota la información sobre el apoyo económico con el que se cuenta y de dónde proviene este apoyo. Además, se pregunta si la vivienda es propia o rentada.

Justificación:

- Permite establecer si es dependiente económicamente de alguna(s) persona(s);

Por otra parte, se registrará si es derechohabiente de alguna institución de salud y en caso de recibir atención particular se pondrán los datos del médico para su localización.

Justificación:

- En caso de que se necesite la elaboración de una carta de interconsulta para conocer el estado de salud del adulto mayor.

Motivo de consulta.

Aquí se indica el motivo o queja por la que el adulto mayor consulta al



estomatólogo.⁶

Justificación:

- Nos indicará las necesidades prioritarias del paciente.

Enfermedad actual.

Se describe con mayor detalle la historia de la condición o enfermedad actual indicando desde cuándo se presenta y cómo ha evolucionado; también se debe interrogar acerca si se ha recibido algún tratamiento para esa condición.

Justificación:

- Es necesario conocer su estado de salud así como el tratamiento llevado a cabo.

Redes de apoyo social.

Se debe interrogar acerca de familiares, amigos y apoyo institucionales.

Justificación:

- Permiten identificar si el adulto mayor cuenta con algunas personas que lo apoyen en los aspectos materiales, emocionales, instrumentales y cognitivos.



Antecedentes hereditarios y familiares.

Se refiere a los antecedentes familiares de interés; se debe interrogar sobre la causa de muerte de los padres, hermanos y acerca de sus enfermedades.

Justificación:

- Conocer posibles enfermedades hereditarias en nuestro paciente.

Antecedentes personales no patológicos.

Se preguntará sobre higiene personal y aspectos nutricionales en su alimentación. Debemos solicitar información sobre casa-habitación, servicios intradomiciliarios, barreras arquitectónicas, si se desplaza en casa de manera independiente o con ayuda de algún familiar o algún aditamento e inmunizaciones.⁶

Justificación:

- Se deben investigar los datos que determinan algunas condiciones de vida del adulto mayor.

Antecedentes personales patológicos.



Historia médica. Se refiere los antecedentes en cuanto a las diversas enfermedades, alergias, traumatismos, intervenciones quirúrgicas y uso de anestesia, pérdida de conocimiento y transfusiones, sobre la última vez que se recibió atención médica y cuál fue la causa. También se interroga sobre adicciones.

Justificación:

- Nos brindará información acerca de todas aquellas enfermedades que ha padecido desde la niñez hasta el momento de acudir a consulta médica, así como su tratamiento y nos sentará una base del estado actual de salud.

Interrogatorio por aparatos sistemas.

Se debe realizar preguntas dirigidas a identificar las enfermedades, signos y síntomas por las funciones anormales en los aparatos y sistemas del organismo, en los órganos de todos los sentidos y las posibilidades de enfermedades psicológicas.

Justificación:

- Con frecuencia, los adultos mayores presentan pluripatología, por lo que en interrogatorios anteriores puede que hayan omitido datos importantes, además de que al conocer los diferentes signos y síntomas nos podrá dar información para sospechar de alguna enfermedad no detectada.



Síndromes geriátricos.

Algunos de los síndromes sobre los cuales se debe interrogar pacientes son las siguientes:

- Síndrome de caídas.
- Síndrome de inmovilidad.
- Síndrome de abatimiento funcional.
- Incontinencia urinaria.
- Síndrome depresivo.

Justificación:

- El estomatólogo debe incluir los diagnósticos sobre algunos de los síndromes frecuentes en el adulto mayor, ya que esto tendrá repercusión en la atención histopatológica.

Exploración física.

Observar en el paciente la marcha, sus facies, el color, integridad e hidratación de piel, cualquier cambio como aumento de volumen, lesiones ulceradas y manchas.⁶

Justificación:

- Nos brinda información que nos puede hacer sospechar de enfermedades no diagnosticadas.



Signos vitales y somatometría.

Registrar los signos vitales (presión arterial, pulso, temperatura, frecuencia respiratoria y cardiaca), el peso y estatura.

Método:

Tensión arterial. Tomar en estado de reposo. Antes de determinarla es conveniente esperar 10 minutos después de que el paciente se haya sentado. Se consideran cifras normales de presión sistólica en el adulto mayor de 110 a 140 mm Hg, y de presión diastólica entre 70 y 90 mm Hg.

Frecuencia cardiaca (pulso). En un adulto normal, la frecuencia media del pulso oscila entre 70 y 90 latidos por minuto. Por lo general, el sitio donde se mide es la arteria radial.

Frecuencia respiratoria. La frecuencia normal. Es aproximadamente de 16 a 24 respiraciones por minuto. Si el valor se eleva por arriba de 25 respiraciones por minuto es conveniente considerar la presencia de enfermedades cardiopulmonares o respiratorias.

Temperatura. La temperatura corporal es el nivel de calor que mantiene el organismo para realizar funciones; para tomar la temperatura de los adultos mayores se utiliza, con mayor frecuencia, la región axilar. La temperatura normal corporal varía entre 36 y 37 grados centígrados.⁶

Justificación:

- Es necesario llevar un control de los signos vitales de nuestro paciente.
- En algunas ocasiones nos puede proporcionar información sobre enfermedades no diagnosticadas.



- En algunos padecimientos nos ayuda a registrar el estado de salud y si se está llevando a cabo un buen tratamiento.

Exploración de cabeza y cuello.

La exploración de cabeza y cuello debe iniciarse con una evaluación de las facies, determinar cambios de la simetría, malformaciones congénitas o infecciones. El cuello debe palparse bilateralmente para investigar el estado de ganglios linfáticos, quistes u otras masas tumorales. Revisar la articulación temporomandibular (ATM), observando los movimientos de apertura y cierre de la boca, y examinar si existen desviación mandibular, chasquido o crepitación y dolor; además, medir la apertura máxima; también se palpan los músculos de la masticación para registrar si presenta dolor o alguna alteración.

Justificación:

- Nos puede proporcionar más información acerca de ciertas patologías que no son detectables por otros métodos de diagnóstico.
- El palpar ganglios es de vital importancia para el diagnóstico de ciertas patologías de carácter infeccioso o neoplásico.

Exploración intrabucal.

La exploración intrabucal incluirá la revisión de tejidos duros y blandos de la boca.

La inspección sistémica de todos los tejidos bucales, incluye:



- Labios.
- Carrillos.
- Lengua (dorso, cara ventral y bordes).
- Paladar (duro y blando).
- Encía (superior, inferior, vestibular, lingual/palatina).
- Reborde alveolar.
- Piso de boca.
- Orofaringe.
- Rebordes alveolares.

Por último, se debe practicar el examen dental y hacer un registro en el odontograma.

Justificación:

- Es necesario para llevar a cabo el diagnóstico principal y conocer el motivo de la consulta.
- Nos muestra el número de dientes que conserva y la condición de cada uno, si tienen caries, con obturación, con movilidad dental, ausentes, con atrición, abrasión, erosión, o si está indicada la extracción dental.⁶

Uso de prótesis dental.

Registrar uso de prótesis dental, tiempo de uso, estado, ajustada o



desajustada, y funcionalidad.

Justificación:

- Nos presenta el estado de las prótesis dentales y si es necesario reemplazarlas.
- Puede contribuir al diagnóstico de algún padecimiento en la ATM.

Higiene bucal.

De manera general, se señala si es buena, regular o mala, lo cual dependerá de la presencia de placa dentobacteriana o cálculo dental.

Justificación:

- Nos dará una idea de la higiene e interés del paciente.

Estado Periodontal.

La valoración se realiza considerando el estado del periodonto: sano, gingivitis, periodontitis o alguna otra condición que se debe especificarse.

Justificación:

- Nos brindará las pautas para el tratamiento periodontal, si es necesario.



Auxiliares de diagnóstico.

Dentro de los auxiliares para el diagnóstico encontramos los diversos exámenes de laboratorio, gabinete y los estudios micro biológicos que el estomatólogo podrá indicar cuando sospeche que existe alguna enfermedad sistémica o bucal, recordando que sólo se solicitarán aquellos que resulten indispensables. A continuación se señalan los principales.⁶

Exámenes de laboratorio:

- Biometría hemática.
- Química sanguínea.
- Examen general de orina.
- Cultivo de exudado faríngeo.
- Tiempo de protrombina.
- Tiempo parcial de tromboplastina.
- Tipo sanguíneo.
- Pruebas rápidas de glucosa.
- Exámenes radiográficos:
 - Radiografía periapical.
 - Radiografía oclusal.
 - Ortopantomografía.



- Estudios microbiológicos.
- Cultivos.
- Estudio histopatológico:
- Biopsia.

Justificación:

- Contribuyen de manera significativa a confirmar ciertos diagnósticos.

Diagnóstico.

Con todos los datos recabados en la historia clínica se procede a elaborar el diagnóstico integral que considere los aspectos médicos, estomatológicos, y geriátricos.

Justificación:

- Es necesario el presentar de manera escrita el diagnóstico del paciente, para el caso de que se requiera alguna aclaración o modificación.

Plan de tratamiento.

La planificación del tratamiento se realiza una vez que se han considerado todas las variables médicas, psicológicas, estomatológicas, gerontológicas y geriátricas del paciente. Para el tratamiento del paciente adulto mayor se deben considerar los siguientes aspectos:



- El deseo y expectativas del paciente frente al tratamiento.
- Tipo y severidad de las necesidades de tratamiento.
- Capacidad del paciente para tolerar el estrés.
- Capacidad para la higiene bucal.
- Estado socioeconómico del paciente.
- Posibilidad de realizar tratamientos preventivos y conservadores.
- Competencias y actualización del estomatólogo.
- Impacto sobre la calidad de vida del paciente.

Justificación:

- Es necesario el presentar de manera escrita el plan de tratamiento del paciente, para el caso de que se requiera alguna aclaración o modificación.

Pronóstico.

El pronóstico puede ser favorable, reservado o desfavorable, dependiendo de diversos factores, entre los que se encuentran las condiciones del paciente, su apego al tratamiento, el tipo de enfermedad (es), su evolución y si el diagnóstico se realizó oportunamente, al igual que el tratamiento.

Es necesario recordar que la atención integral del adulto mayor es multidisciplinaria e interdisciplinaria por lo que, en algunos pacientes, es



necesario realizar interconsultas.

Justificación:

- Es imprescindible el presentar de manera escrita el pronóstico del paciente, para el caso de que se requiera alguna aclaración o modificación.

Control de procedimientos.

Consiste en registrar en cada en cada una de las secciones, los procedimientos realizados. Al término de cada sesión el paciente deberá firmar de conformidad.

Justificación:

- Forma parte indispensable del expediente clínico.
- Es necesario el presentar de manera escrita un control de procedimientos, para el caso de que se requiera alguna aclaración o modificación y con el fin de que se lleve un orden en el tratamiento.

Notas de evolución.

Se refiere al registro de proceso evolutivo de la(s) enfermedad(es) del paciente al recibir la atención estomatológica; deben estar bien organizadas y llevar un orden cronológico y con lenguaje médico-estomatólogo.⁶



Fecha, hora, signos vitales, etcétera.

Justificación:

- Es necesario el presentar de manera escrita notas de evolución, para el caso de que se requiera alguna aclaración o modificación.
- Contribuye a llevar un orden de los procedimientos realizados.

Consentimiento informado.

Consiste en que el paciente puede decidir libremente si desea someterse a un tratamiento una vez que ha recibido la información suficiente, clara, corporativa y veraz sobre su situación de salud/enfermedad, los riesgos y beneficios declara realización del tratamiento, las consecuencias de su no realización y los costos del tratamiento. Asimismo el paciente se compromete a colaborar en el tratamiento, siguiendo las instrucciones y recomendaciones del estomatólogo.

Éste documento debe estar presente antes de iniciar el tratamiento estomatológico.

Justificación:

- Es un derecho del paciente.
- Representa una obligación legal del estomatólogo.
- El paciente aplicará su principio de autonomía.



CAPÍTULO 2. Situación Demográfica en México

1. Antecedentes en México

El desarrollo de la gerontología en nuestro país es muy reciente. Existen antecedentes de asistencia a la vejez desde 1861, año en que se crea la Dirección General de Fondo de Beneficencia, que manejaba los hospicios y establecimientos de beneficencia del gobierno de México.⁶

Actualmente, el número de adultos mayores en el mundo es de 600 millones; el porcentaje promedio es de 12% de la población total de cinco mil millones de habitantes del planeta. La división de población de las Naciones Unidas en 1950 informó que había alrededor de 200 millones de personas de 60 años o más en el mundo. En 1975, este número había aumentado a 350 millones y las proyecciones demográficas para el año 2000 indican que se incrementará a 950 millones y que para el año 2025 será de más de 1100 millones.⁶

En términos de la población total, las personas mayores de 60 años han conservado un porcentaje relativo de alrededor del 5.5%. En el año 2000, se calculaba un total de 100 039 016 de habitantes, 7 183 952 de los cuales correspondían a este grupo etario, es decir, el 7.18% de adultos mayores.

Esta población de adultos mayores, que aumenta sensiblemente merece mayor atención y comprensión, lo cual implica otorgarle un



significado existencial pleno, para el resto de sus días. ⁶

El Distrito Federal es inexplicablemente un sitio en donde se alarga cada vez más las expectativas de vida para sus habitantes con todo y la problemática de urbanidad y ecología presentes. ⁶

2. Salud bucal del Adulto Mayor en México.

Las condiciones de salud oral en los adultos mayores en México no son distintas a las condiciones en otros países. Dos estudios transversales realizados en México en población abierta (Borges, 1999; Irigoyen et al., 1999) reportan una prevalencia de edentulismo similar (26% y 23.8%, respectivamente), una media de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) de 16.5% y 16.3%, respectivamente; en ambos el componente principal del CPOD fue el de dientes perdidos. La prevalencia de caries radicular fue de 40.2% y del 50% de la población presentaba bolsas periodontales. Otras investigaciones en el Distrito Federal mostraron que la prevalencia de edentulismo en pacientes de 60 años y más que solicitaban atención dental en una escuela de Odontología fue 7.5% (Borges-Yáñez, 1991; Soto et al., 1998). Datos de un estudio realizado en tres localidades geográficas diferentes indicaron una prevalencia general de edentulismo de 19%, siendo menor entre los adultos mayores de la zona rural. (Borges-Yáñez et al., 2004). Por último, en una encuesta reciente en el 2008, realizada en una población en la Delegación Coyoacán, Distrito Federal, se encontró una prevalencia de edentulismo de 21%. Se observó que 22.4% de las personas tenían de 1 a 9 dientes presentes en boca, 28% de 10-19



dientes y 28% 20 a 32 dientes. ⁶

Un estudio realizado en tres localidades mayores (media edad 73 +- 8 años) en México encontró una prevalencia de periodontitis moderada y severa de 73% en la zona urbana marginal, 57% en la zona urbana media y 29% en zona rural. ⁶

CAPÍTULO 3. Biología de la senectud.

El envejecimiento es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Ésta definición debe incluir la suma de todos los cambios morfológicos y funcionales que suceden en un organismo y que producen un deterioro de función y disminución en la capacidad para sobrevivir al estrés y la muerte.

La vejez es una etapa de la vida que comienza alrededor de los 65 años y termina con la muerte, hay que distinguir tipos y edades del envejecimiento:

- El envejecimiento cronológico se define con las medidas de las constantes físicas que nos provee nuestro propio planeta.
- La edad fisiológica denota el nivel de función biológica persistente y su grado de efectividad.



- El envejecimiento patológico se debe a una aceleración del fenómeno normal en un organismo o tejido.
- El envejecimiento psicológico se refiere al deterioro progresivo de los procesos mentales que ocurre como consecuencia del envejecimiento de la corteza cerebral. ⁶

1. Teorías acerca del envejecimiento.

Helbruna en su obra “Fisiología de la edad”, manifestó que los seres vivientes envejecen porque no tienen capacidad para eliminar completamente los residuos intercelulares.

Cowndrey, Delage y Jennings sostienen que la edad es el resultado de la diferenciación celular (las células han perdido su facultad de regenerarse).

Payno y colaboradores han detectado que durante el envejecimiento se produce una deshidratación que dificulta los intercambios inter y extracelulares, y que manteniendo una rehidratación con equilibrio de los electrolitos se puede retardar el proceso de envejecimiento celular.

Félix Estrada sostiene que la formación espontánea o provocada de radicales libres reduce la duración de la vida, mientras que los antioxidantes la prolongan. ⁶



1.1 Cambios Físicos.

Las alteraciones físicas durante el envejecimiento se deben a cambios en los tejidos conjuntivos. Se puede afirmar que el componente celular de dichos tejidos disminuye con la edad, mientras que el contenido fibrilar aumenta.

1.1.1 Procesos Sensitivos

Se entiende por sensación, la experiencia de los sentidos, con referencia a todos los sentidos del cuerpo: visión, audición, tacto, equilibrio, olfato y gusto.⁶ Los órganos se deterioran y los sentidos pierden su primitiva agudeza de percepción de estímulos exteriores, aislando al adulto mayor del mundo circundante. En estos casos se habla de procesos degenerativos que merman la función sensorial derivada de la vejez.⁷

Sistema Visual. Son frecuentes las consultas por pérdida de la agudeza visual y por molestias oculares. A causa del envejecimiento funcional se presentan problemas de presbicia (vista cansada) y dificultades para adaptarse a la oscuridad. Estructuralmente se observa la formación de un anillo corneal senil (aro blanquecino en la periferia de la córnea) debido a depósitos de fosfolípidos, la presencia de pinguécula conjuntival (nódulos amarillentos en conjuntiva nasal y temporal), condensaciones fibrilares, arterioesclerosis de vasos retinianos y blefarocalasia (pliegues que se presentan en los párpados).⁷ (Figura 1).



Figura 1. Fotografía clínica de Anillo corneal senil. Tomado de <http://www.fotogeriatría.net/index.htm> Fotogeriatría. Base de imágenes en Medicina Geriátrica.

Sentido de la audición. Los estímulos físicos de este sentido son las ondas sonoras. Al envejecer perdemos algo de nuestra capacidad para escuchar los sonidos de baja intensidad. Sin embargo, podemos oír sonidos de alta intensidad .⁶

Clínicamente, el paciente puede no comprender el lenguaje, debido a que se presenta un déficit de la discriminación de la frecuencia, es cuando se menciona el típico “yo oigo pero no entiendo”.⁷

El adulto mayor que es portador reciente de dentaduras completas, en muchas de las ocasiones presenta dificultad para hablar después de transcurrido un lapso razonable, pudiendo estar en relación con la posibilidad de una pérdida auditiva.

Sentido del tacto. El tacto representa un medio no verbal de comunicación; el afecto puede comunicarse a través del tacto. Aunque sea un sentido ignorado, éste influye en la calidad de vida, ya que también estimula y mejora las experiencias sensitivas en los individuos que han perdido o han sufrido la disminución de la vista y el oído.

Estudios recientes indican que este sentido se mantiene preservado a lo largo



de la vida. Por ello, las personas mayores son capaces de sentir y disfrutar los contactos diarios.⁸

Sentido del olfato. Los receptores del olfato se renuevan aproximadamente cada 30 días y así conservan el sentido agudo del olfato en los jóvenes. El envejecimiento disminuye este proceso de renovación e inclusive en los adultos mayores este proceso puede llegar a detenerse. Esto da como resultado la anosmia, es decir, la pérdida del sentido del olfato.

Nuestro sentido del olfato “prueba” los alimentos antes de que lleguen a la boca, lo cual, estimula o elimina el apetito. El sentido del olfato disminuye notoriamente con la edad avanzada, incluso más rápido que el sentido del gusto.⁶

Sentido del gusto. Las células receptoras para el sentido del gusto se encuentran dentro de los botones gustativos. Un adulto tiene cerca de 10 000 botones gustativos, estos disminuyen con la edad avanzada.

Las papilas gustativas son estructuras especializadas que tienen una vida corta, y en los jóvenes y las personas de edad madura se renuevan aproximadamente cada 10 días. Sin embargo, en el adulto mayor esta renovación es lenta, especialmente en la mujer posmenopáusica que sufre una depresión severa de estrógeno. El estrógeno y las proteínas son esenciales para la renovación de las papilas del gusto y la deficiencia de cinc, que es muy común en los adultos mayores, también es fundamental para la renovación de las papilas del gusto.

El gusto por la sal desaparece relativamente a edad temprana de la vida; por el contrario, el gusto por los sabores dulces tarda más tiempo. Se



mantiene solamente los receptores de los sabores amargos.

1.1.2 Estructuras de la cavidad oral

La salud oral, a pesar de ser parte de la salud general de los individuos y de haberse demostrado que tiene impacto en su calidad de vida, frecuentemente es excluida por las mismas personas.

La salud bucal deficiente de los adultos mayores generalmente está acompañada por una mala salud general, reconociendo que la salud bucal entre las personas mayores es esencial para su calidad de vida. 1

Mucosa bucal. Experimenta cambios relacionados con factores locales adquiridos a lo largo de la vida como la dieta, el hábito de fumar, el alcoholismo y la prótesis, volviéndose más delgada, lisa y seca, tornándose permeable a sustancias nocivas y más propensas a daños mecánicos.^{9,10}; a la palpación digital o instrumentada se pone de manifiesto su gran movilidad y desplazamiento. Los músculos cutáneos de la mímica facial se presentan con signos de atrofia variable, que se va acentuando a medida que avanza la edad; el tejido muscular laxo casi ha desaparecido por debajo de la mucosa. Otras alteraciones del proceso de envejecimiento que se presentan en la mucosa bucal son los gránulos o condición de Fordyce y las pigmentaciones por melanina.⁶

Lengua. En el adulto mayor totalmente desdentado la lengua asume una función importante durante la formación del bolo alimenticio, y llega a adquirir gran fuerza y movilidad que le permiten desmenuzar muchos de los



componentes elaborados de la dieta moderna, al friccionarlos vigorosamente contra el paladar.

Podemos encontrar también agrandamiento varicoso nodular de venas en la superficie ventral de la lengua.¹¹ Se produce con frecuencia una hipertrofia relacionada generalmente con el grado de desdentamiento en el paciente. La presencia de fisuras también es un acontecimiento frecuente, pudiendo estar relacionadas ambas manifestaciones con estados carenciales y enfermedades sistémicas.¹²

Saliva. La secreción de las glándulas salivales es predominantemente mucosa, lo que dificulta la etapa bucal del metabolismo y digestión de los azúcares (figura 2).⁶

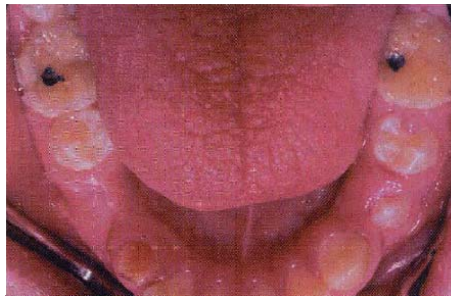


Figura 2. Fotografía clínica de Xerostomía. Nótese la sequedad en lengua. Tomado de Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral - Maxilofacial Pathology. 2a ed. Saunders, Philadelphia, 2002. Pp 399.

En cuanto a la función salival, en las mujeres se nota más el cambio de la reducción de la velocidad del flujo salival después de la menopausia. La disminución del flujo salival no se reduce hasta aproximadamente los 60 años. Ésta reducción salival afecta fonéticamente y puede hacer difícil la deglución de grandes porciones de alimentos. Para algunos investigadores, es producto de el envejecimiento o por medicamentos (antihipertensivos, anticolinérgicos, antiparkinsonianos, psicotrópicos y sedantes). Otros autores



como Scott han descrito la existencia de cambios morfológicos glandulares, cuyo tejido es remplazado por tejido adiposo o conectivo. En conclusión, si el flujo salival se reduce con la edad, esto puede ser escaso y de insignificancia clínica, por lo que cuando un paciente geriátrico presenta síntomas de xerostomía, no debe considerarse consecuencia del proceso de envejecimiento, sino que es necesario valorar su estado general, oral y farmacológico para diagnosticar la causa de la hipofunción salival.^{13,14}

Hueso. Cuando se pierden las piezas dentarias, el órgano alveolar que forma parte del sistema anatomofisiológico conocido como odontón pierde su función y se va resorbiendo lenta y gradualmente. Por otra parte, las células formadoras de hueso (osteoblastos) van disminuyendo de número. Cuando la resorción alveolar se ha producido de forma acelerada durante la menopausia, se acompaña de osteoporosis a la ancianidad. (Figura 3).

Además, se ha comprobado el proceso de resorción de los rebordes residuales ocasionado por el exceso o falta de estímulos funcionales protésicos.

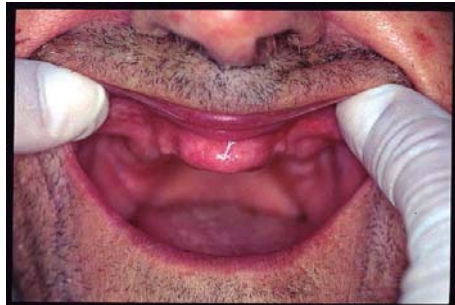


Figura 3. Fotografía clínica de Reabsorción ósea posterior por pérdida prematura de órganos dentarios. Tomada de

<http://www.fotogeriatría.net/images/odontologia/Image904.JPG>.

Fotogeriatría. Base de imágenes en Medicina Geriátrica.



Albright ha atribuido la osteoporosis que se ha producido durante la menopausia al cambio de las hormonas, y especialmente a la reducción de las hormonas sexuales.

Dientes. Thoma (1944) y Gustafson (1947 y 1950) realizaron estudios acerca de los cambios que sufren los dientes del individuo, con lo que introdujeron cierta exactitud en la apreciación de la edad después de que la erupción permanente está completa. Este estudio se fundamenta en los datos que se presentan a continuación.

- Atrición. La que sufren las superficies incisales y oclusales debido a la función masticatoria. Por la masticación, el esmalte va desgastándose llegando a la dentina; este proceso normal ha sido utilizado en antropología forense como un parámetro para estimar la edad de una persona, pero debe diferenciarse del desgaste patológico asociado principalmente a bruxismo.
- Periodontitis. Es decir, la movilidad del diente, erupción continua caracterizada por cambios en el sistema de inserción del mismo. Se han reportado prevalencias entre 25% y 48% de pérdida de nivel de inserción de 6 mm o más entre los adultos mayores.
- Dentina secundaria. Puede aparecer dentro de la cavidad pulpar, en parte como consecuencia de la edad y en parte como reacción a condiciones patológicas como caries y periodontitis.
- Cementosis. Puede abarcar sólo la zona apical o toda la zona radicular.
- Reabsorción radicular. Puede involucrar cemento y dentina.



- Transparencia radicular. Aumenta con la edad y las causas que la producen no están muy claras.
- Obturación del orificio apical. Durante la etapa del desarrollo, el ancho de este orificio está en relación directa con la edad del individuo, y en las personas jóvenes casi siempre es posible hacer una exacta determinación de la edad valiéndose solamente de este signo.⁶

Otros hallazgos de cambios en la estructura dental encontrados son:

- Caries radicular: La prevalencia de caries radicular en las personas adultas es mayor que en las personas más jóvenes, varía entre 13% y 89% y está asociado con las superficies en riesgo.
- Pérdida de sustancia en el esmalte (Figura 4).
- Cambios de color en el esmalte. Ello se debe al oscurecimiento del color de la dentina, que se observa a través del esmalte ligeramente translúcido, pero es posible que el esmalte en sí mismo se vuelva más translúcido y más oscuro con la edad.
- Sensibilidad dental. Se presenta debido a la disminución de los vasos sanguíneos y de las terminaciones nerviosas, con aumento en la proporción de fibras.⁶



Figura 4. Fotografía clínica de desgaste por bruxismo. Obsérvese también los cambios de color en el esmalte. Tomada de <http://www.fotogeriatría.net/images/odontologia/Image1103.JPG>. Fotogeriatría. Base de imágenes en Medicina Geriátrica.

Función masticatoria. Generalmente, la persona de edad avanzada tiene problemas de insuficiencia masticatoria que inciden en la normalidad de sus procesos digestivos posteriores. A este respecto son interesantes los trabajos efectuados por Farrel, quien realizó varios cientos de experimentos con 29 alimentos que se ingieren comúnmente. En cada experimento una muestra pesada del alimento era masticada y otra se dejaba sin masticar. Los residuos de las muestras masticadas, si los había, eran escasos, pero en cambio quedaban grandes residuos de las muestras no masticadas de 18 alimentos, incluyendo carne de res, cerdo, cordero y varias verduras. Estos experimentos demostraron de forma concluyente que la masticación es esencial para la digestión completa de muchos alimentos.

La mayoría de los seres humanos no llegan a la edad senil con la dentición natural intacta (Figura 5). Otro interesante estudio es el que Froimovich realizó de la dentadura de 300 hombres y 300 mujeres de más de 50 años de edad y del cual surgió la clasificación de:

- a) Dentición normal completa.



- b) Dentición normal parcial.
- c) Edentación total.



Figura 5. Fotografía clínica donde podemos observar enfermedad periodontal y caries cervical como consecuencia de una higiene deficiente. Tomada de <http://www.fotogeriatría.net/images/boca/edentulismo%20parcial.JPG>. Fotogeriatría. Base de imágenes en Medicina Geriátrica.

La investigación reveló que en hombres había 83% de dentación normal parcial, 14% de dentación total y 3% con dentación normal completa. Las cifras en el sexo femenino eran ligeramente menores. El mismo autor comprobó que en edades que fluctuaban entre los 60 y 100 años de edad, el 45.2% padecían edentulismo, lo que demuestra que a medida de que van aumentando los años progresan los casos desdentados.

Articulación Temporomandibular. Se presenta tendencia al aplanamiento del cóndilo mandibular, si el paciente presenta osteoporosis hay disminución de la densidad ósea.⁶ Son frecuentes los trastornos internos, hipomovilidad o dislocación, alteraciones en las superficies articulares. La enfermedad de la ATM más conocida es la osteoartrosis u osteoartritis.¹⁵



1.2 Cambios Psicológicos.

En la vejez se producen modificaciones psicológicas que tienen componentes cognoscitivos, afectivos y psicomotores. Sin embargo, el envejecimiento biológico, psicológico y social no necesariamente ocurre de manera simultánea, puesto que los cambios psicológicos pueden preceder a las modificaciones biológicas y sociales.⁶

La función cognoscitiva se refiere a la capacidad de orientación del individuo hacia las personas, lugares o periodos, es decir, a la adquisición de informaciones que, a su vez, regularán el comportamiento o la conducta. Las funciones cognitivas tienden a disminuir con el paso de los años.⁶

Trastornos Psíquicos. La morbilidad psiquiátrica es elevada en geriatría: se calcula que alrededor de un tercio de la población mayor de 65 años padece algún tipo de trastorno psiquiátrico. De éstos, algunos cuadros como las demencias seniles y los estados confusionales aparecen como procesos íntimamente ligados al envejecimiento cerebral.

CAPÍTULO 4. Diversas enfermedades en el Adulto Mayor y su Relación con la Atención Estomatológica.

En el adulto mayor con mayor frecuencia que en otras etapas de la vida, la patología produce repercusiones funcionales, psíquicas y sociales en



el enfermo y su entorno.

La prevalencia de enfermedades es muy alta (entre 50% y 80% de los adultos mayores padecen o padecieron distintas enfermedades). De hecho, se presenta una gran incidencia de pacientes con pluripatologías: entre tres y cuatro en los pacientes ambulatorios, entre cinco y seis en los internados y hasta 10 patologías diferentes, según datos obtenidos de necropsias.

Existen múltiples anomalías de la homeostasis que amenazan el éxito del tratamiento en los sujetos de edad avanzada, por lo que ante pequeños cambios por el tratamiento se pueden lograr grandes beneficios en las condiciones de salud integral en el paciente adulto mayor; este es el secreto de la atención geriátrica.⁶

La Organización de la Salud y el Banco Mundial desarrollaron un indicador integral para medir el peso de la enfermedad, el cual considera tanto las pérdidas de salud debidas a muerte prematura como la discapacidad, y se denomina Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA). Se determinó que la principal causa de AVISA son las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovasculares y demencias, porque disminuyen la capacidad física y mental del paciente.⁶

1. Hipertensión Arterial.

La hipertensión arterial (HTA) se define como el aumento sostenido de



la presión arterial por arriba de 140 mmHg para la presión sistólica, y superior a 90 mmHg para la diastólica.⁸

Etiología. La hipertensión arterial se clasifica en:

- Primaria. En este intervienen dos tipos de factores: los ambientales (estrés, depresión, vida sedentaria, obesidad, etc), y los factores genéticos.
- Secundaria. Posterior a algún trastorno renal o endocrino, como el hipertiroidismo y la diabetes mellitus, por algún problema vascular y por fármacos.

Prevalencia. Es una de las enfermedades más frecuentes en los adultos mayores, y representa la enfermedad crónica esencial (ECE) de mayor prevalencia a nivel mundial. La prevalencia hipertensión arterial en la población mexicana es de 30.5%; sin embargo, las cifras aumentan con la edad, después de los 50 años la prevalencia es de 50%.⁶

Diagnóstico. Se requiere de 3 o más lecturas mayores a 140/90.⁸ Es importante diferenciar la hipertensión arterial esencial de la hipertensión sistólica aislada (cifras sistólicas de 240 mm Hg o más y con una diastólica igual o menor a 90 mm Hg), ya que ésta última aumenta con la edad, y después de los 50 años, en ambos sexos. Para personas mayores de 50 años, la OMS establece como cifras de hipertensión las que rebasan 140 mm Hg en la sistólica y 90 mm Hg en la diastólica; y para personas mayores de 60 años, 100 mm Hg en la presión sistólica.⁶



Tratamiento. Es de 2 tipos, no farmacológico y farmacológico.

No farmacológico:

- Concientización y educación del paciente y su familia.
- Dieta: Disminuir la ingesta de sal, harinas refinadas y grasas saturadas
- Bajar de peso.
- Ejercicio moderado en forma regular, en cuanto a los hábitos, se deben eliminar el tabaquismo y el alcoholismo.

Farmacológico:

- Diuréticos, como tiazidas.
- Bloqueadores β adrenérgicos, como el metoprolol y el propanolol.
- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, como el captopril y el enalapril.
- Bloqueadores de los canales de calcio, como el verapamil y la mifedipina.⁸

Manifestaciones bucales. Generalmente el paciente hipertenso no presenta manifestaciones bucales propias de la enfermedad; sin embargo, en algunas ocasiones, ante cifras altas de presión arterial, puede presentar odontalgias sin causa aparente, cuyo posible origen puede ser hiperemia



pulpar por aumento de la presión sanguínea; también se han observado petequias.

Un aspecto muy importante son las manifestaciones secundarias por el uso de fármacos para tratar la hipertensión; las más frecuentes son:

- Reacciones liquenoides. Se presentan cuando se administra metildopa o propranolol. Son manchas o placas blancas en mucosa bucal, que clínicamente son semejantes al liquen plano (Figura 6).



Figura 6. Fotografía clínica de reacción medicamentosa al Captopril. Tomada de Regezi, JA & Sciubba, J, eds. Oral Pathology. Clinical Pathological Correlation. Philadelphia: Saunders., 1993. Pp. 48.

- Hiperplasia gingival. Se presenta con la administración de nifedipino. Se puede presentar en pacientes que tomen el medicamento y tengan mala higiene bucal, con presencia de placa dentobacteriana. Clínicamente, se observa un aumento de volumen de color semejante a la mucosa normal, asintomáticos; en este caso, se recomienda solicitar al medico el cambio de antihipertensivo por otro que no ocasione esa reacción.⁶



- Hiposalivación y xerostomía. La hiposalivación (disminución del flujo salival) y la xerostomía (sensación de sequedad en la boca) se presentan cuando se administran diuréticos. La disminución del flujo salival puede ser la causa de incremento en caries radicular, enfermedad periodontal y candidiasis bucal. También puede ocasionar mayor dificultad para la adaptación de prótesis dentales.

Manejo estomatológico. En el paciente adulto mayor controlado es importante:

- La toma de signos vitales en casa sesión, ya que los valores pueden modificarse por diversas causas, y entre las más importantes se encuentra el estrés.
- Preguntar al paciente sobre todo el tipo de fármacos y dosis prescritas para el control de la hipertensión y si los ha tomado de manera regular, si responde afirmativamente, y si las cifras de los signos vitales encuentran en rangos normales para el paciente, el estomatólogo puede realizar sus actividades bajo condiciones seguridad.
- Atender en sesiones cortas, con la finalidad de evitar el cansancio que pueda ocasionar la posición en el sillón dental.
- Se recomienda que las citas sean por la mañana porque todavía no se encuentran estresados con sus actividades cotidianas.
- En algunos casos se debe valorar el uso de ansiolíticos 30 minutos antes de la cita.⁸
- Para evitarle hipotensión arterial ortostática es necesario cambiar la posición del sillón dental lentamente y tener sesiones de trabajo cortas.



- Si el paciente muestra datos de hipertensión, se debe suspender el tratamiento, colocar al paciente en reposo y tranquilizarlo.

En el paciente no controlado (también en este rubro se encuentra el paciente hipertenso que conoce su diagnóstico y no lleva adecuadamente el tratamiento) puede presentar datos clínicos que muestran sospecha de enfermedad hipertensiva y/o cifras altas de presión arterial.

- Remitirlo al médico para su control y posteriormente realizar el tratamiento estomatológico.
- En caso de que el paciente presente algún dolor intenso por infección dental, la conducta del estomatólogo será indicar la terapia farmacológica para el control del dolor y la infección, ésta consiste en el empleo de analgésico y antibiótico para disminuir la sintomatología y, posteriormente una vez que ha cedido el cuadro agudo, se realizara el procedimiento estomatológico adecuado.⁸

2. Diabetes mellitus.

Es un trastorno clínico causado por desorganización del metabolismo de los hidratos de carbono, debido a inadecuada producción o asimilación endógena de la insulina, y caracterizado por hipoglucemia y glucosuria.⁶

Al faltar la insulina hay un trastorno en la utilización de los carbohidratos y una alteración en el metabolismo de lípidos y prótidos; estos últimos pueden originar acidosis, coma y muerte.



Etiología. Según la clasificación de Cudwoth, esta enfermedad se divide en diabetes mellitus tipo 1 (DID) y tipo 2 (DNID).

- Diabetes tipo I (DID): Insulinodependiente. Enfermedad autoinmune en la que tiene lugar una destrucción extensa de las células beta-pancreáticas.
- Diabetes tipo II (DNID): No insulinodependiente. La carga genética es más intensa. Relacionada con la presencia de obesidad y resistencia tisular a la insulina.

Prevalencia. Del 1 al 6% de la población general es diabética. La diabetes mellitus tipo II afecta al 75-90% de los diabéticos. El 40% de los diabéticos tipo II tienen más de 65 años de edad. Los adultos mayores diabéticos son obesos en un 80%.⁶

A la diabetes mellitus se le considera una enfermedad geriátrica debido a la alta frecuencia con que se presenta a la edad avanzada: Una de cada seis personas de 65 años de edad tienen diabetes a los 85 años, uno de cada cuatro adultos mayores la presentan.

Signos y síntomas. Se sugiere que el paciente que presente un nivel de glucosa en ayunas mayor o igual a 110 sea remitido al médico. Los signos clínicos o síntomas comunes que pueden presentar éstos pacientes son: poliuria, nicturia, polidipsia, polifagia, debilidad y pérdida de peso sin dieta, infecciones cutáneas repetidas, ulceraciones de las extremidades (especialmente la superficie plantar), pérdida gradual de la visión, hematomas frecuentes, etc.⁸



Tratamiento.

- En el tipo I
 - Insulina.
 - Dieta.
 - Ejercicio físico.
- En el tipo 2
 - Metformina.
 - Glibenclamida.
 - Dieta.
 - Ejercicio físico.

Manifestaciones bucales. Actualmente, se acepta que existe una relación directa entre la diabetes mellitus y la cavidad oral; esto significa que el odontólogo debe participar íntegramente en reconocer la enfermedad y remitir al médico.

Algunos signos y síntomas que presentan en cavidad oral son:

- Xerostomía.
- Inflamación bilateral asintomática de la glándula parótida con aumento en la viscosidad salival.
- Frecuencia de caries especialmente en la región cervical.
- Odontalgia sin explicación y sensibilidad a la percusión (pulpitis aguda).
- Erosión lingual de los dientes anteriores.
- Enfermedad periodontal.
- Cálculo blando amarillo y deformación rápida.
- Pólipos subgingivales.
- Lenta cicatrización de las heridas (incluyendo las lesiones periapicales después de la endodoncia) y aumento de la susceptibilidad a las infecciones.⁶



- Úlceras orales refractarias a la terapia, especialmente a las relacionadas con prótesis.
- Aumento de la incidencia y cicatrización de la alveolitis.
- Glosodinea.
- Lengua con bordes laterales indentados.
- Candidiasis (por ejemplo: Glositis media romboidea).
- Neuropatías que llevan a una disminución del tono muscular.
- Mucormicosis.
- Respiración acetónica o diabética (detectadas en los pacientes próximos a coma diabético).
- Aumento de la incidencia de liquen plano (en un 30%).¹⁴

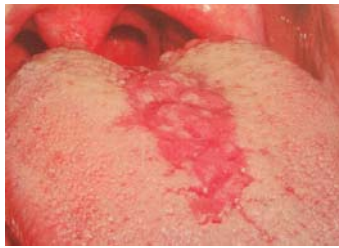


Figura 7. Fotografía clínica de Glositis Romboidea Media. Tomada de Bagán, JV. Medicina Bucal. 2008. Ed. Medicina Oral, S.L. Valencia, España. Pp 41.

Manejo estomatológico.

- Todo proceso infeccioso o inflamatorio influye en el equilibrio glicémico del diabético, por lo que cualquier foco dentario puede modificar su glicemia.
- Toda intervención bucal en estos enfermos debe ser efectuada observando las siguientes reglas:
- Prevenir una posible infección.
- Evitar una posible infección.



- Tener presente el riesgo de una hiperglicemia.⁸
- El uso excesivo de antibióticos innecesarios puede ocasionar infecciones orales o sistémicas por hongos.
- La epinefrina, la cual tiene una acción opuesta a la insulina, sube la glucosa estimulando la glucogenolisis y también sube los ácidos grasos libres promoviendo la lipólisis. Sin embargo la cantidad mínima de epinefrina incluida en el vasoconstrictor del analgésico local o regional representa sólo una quinta parte del tratamiento de rutina en el coma hipoglucémico, y esta cantidad mayor sólo eleva el nivel de 30 a 40mg. Las consecuencias de la epinefrina endógena estimulada por la tensión son de mayor riesgo que las pequeñas cantidades administradas en el anestésico local.
- En caso de presentar hiperglicemia, los pacientes deben hospitalizarse para tratar las complicaciones.
- Si el odontólogo no sabe que el ataque de híper o hipoglicemia está presente, debe dársele al paciente azúcar nunca insulina. Mientras una pequeña cantidad de azúcar es insignificante en la hiperglicemia, ésta puede salvar la vida en la hipoglicemia mientras que en la dosis de insulina produciría un efecto adverso.⁶

3. Anemia

Etiología. La anemia se caracteriza por una reducción del número de hematíes y hemoglobina. Reviste gran importancia el mantener cifras adecuadas de eritrocitos y hemoglobina en el adulto mayor, ya que la disminución de éstos y otros parámetros puede generar, por descuido, un cuadro de anemia.¹⁵



Prevalencia. La anemia es siempre un signo de un proceso patológico subyacente y no constituye por sí misma un diagnóstico específico. Es un hallazgo común en el paciente geriátrico y es más frecuente en este tipo de población por la cantidad de trastornos subordinados.

Diagnóstico. Las cifras que más se acercan a la realidad de nuestro medio para definir si un adulto mayor se encuentra o no en estado anémico son las mismas que refiere M. Ehtisham y Cape, de donde se toma como parámetro:

- Hb: para hombres, de 11 g/100 ml y para mujeres; 10 g/100 ml, con la cuenta eritrocitaria de 4 000 000/mm³ y 3 500 000/mm³ respectivamente.
- En la ciudad de México, cifras inferiores 13g/ 100 ml y 12g/ 100 ml para hombres y mujeres se consideran anemia.
- En un adulto mayor en el que se sospeche anemia, se debe estudiar la masa celular roja y el volumen hematocrito, hemoglobina, índices eritrocitarios, células blancas con diferencial, cuenta de plaquetas y reticulocitos, además, mediante un frotis de sangre periférica se puede llegar a clasificar a las anemias en su morfología.
- Existen otros estudios más específicos; así en las anemias microcíticas hipocrómicas, la determinación del hierro sérico, la capacidad de captación del hierro y el porcentaje de saturación son pruebas importantes. En las macrocíticas son útiles la medición de los niveles séricos B12 y ácido Fólico, así como la biopsia de médula ósea.⁶



Tratamiento. Antes de iniciar el tratamiento de cualquier enfermedad en los adultos mayores es conveniente hacer profilaxis, es decir, desde el cuidado de los hábitos dietéticos y la ingesta de nutrimentos, procurar que sea adecuada y balanceada a su estado fisiológico, verificar que la masticación sea eficiente, etcétera.⁸

Para tratar la anemia se utiliza gran variedad de preparados así como la administración de sangre, plasma y plaquetas, entre otros. Entre las drogas antianémicas se encuentra:

- El hierro.
- La vitamina B12.
- El ácido fólico.
- Y quizá también el ácido ascórbico y la piridoxina.

Entre los preparados inespecíficos se encuentran:

- La testosterona
- Otros anabólicos proteicos.

Una vez establecido el diagnóstico se administran dosis iniciales de 30 a 1 000 microgramos de vitamina B12, por vía parenteral durante una a dos semanas, con el objeto de compensar los depósitos orgánicos. Después se indica la terapia de sostén durante el resto de la vida del paciente, en dosis de 50 a 1 000 microgramos de vitamina B12, por vía intramuscular una vez por mes.⁸

Manifestaciones bucales. En la mucosa oral en donde se observa más fácilmente y se reflejan con más fidelidad estos síntomas.

En todas.



- Palidez de piel y mucosas.

Por carencia de hierro.

- Fisuras dolorosas en ambas comisuras labiales
- Lengua lisa, brillante y ardorosa
- Dificultad para la deglución debido a la falta de hierro (disfagia sideropénica).

Anemia perniciosa por carencia de vitamina B12.

- Ardor en toda la boca y la lengua (glositis de Hunter).
- Lengua aparece inflamada (papilitis), con ardor, dolores, de color rojo granate, y las papilas turgentes en los bordes y punta.
- Alteraciones del gusto (sabor metálico).
- Ulceraciones.
- En un segundo estado de atrofia, la lengua es chica, lisa y brillante.⁸

Manejo Estomatológico. En los pacientes con cualquier tipo de anemia en estado agudo o no diagnosticado, cualquier procedimiento dental debería postergarse y remitir al médico. Se sugiere en caso de que el paciente no esté diagnosticado o bajo tratamiento:

- Dar tratamiento paliativo.
- Se pueden practicar tratamientos no invasivos de operatoria, ortodoncia o prótesis.
- Todos los pacientes con antecedentes de anemia o en tratamiento deben atenderse de preferencia por la mañana.
- En algunas circunstancias si ya está diagnosticado y la anemia es secundaria a algún proceso patológico, se deberá de realizar una profilaxis con antibióticos y pedir una carta de interconsulta.⁸



4. Artritis

El dolor articular representa una de las quejas más frecuentes en la consulta geriátrica, porque limita la movilidad y en casos severos ocasiona discapacidad y aislamiento social.⁶

Etiología. Se desconoce su factor etiológico, pero se sabe que está asociado a factores como la edad avanzada, la genética, predilección por el sexo femenino y en pacientes obesos.

Prevalencia. Se considera que el 75% de las personas mayores de 65 años presentan afección articular.

Diagnóstico. El comienzo suele ser gradual y localizado en una o pocas articulaciones. El dolor que se presenta es máximo después del ejercicio, pero suele ser de corta duración. En algunos casos el movimiento está limitado. Hay dolor a la presión y crepitación. Hay aumento del volumen articular, por ejemplo los presentados en las articulaciones interfalángicas (nódulos de Heberden). Las deformidades y subluxaciones son fenómenos tardíos.¹⁶

Tratamiento. A éstos pacientes se les indica el uso de analgésicos y antiinflamatorios, incluso glucocorticoides.⁸

Manifestaciones bucales. Los pacientes pueden tener afectada la Articulación Temporomandibular:



- Dolor a nivel del cóndilo articular.
- Limitación de la apertura bucal.
- Dolor e inflamación de los ligamentos periodontales
- Chasquido y crepitación a los movimientos mandibulares.⁶
- Radiográficamente se puede observar aplanamiento del cóndilo articular y del temporal (Figura 10).



Figura 10. Alteraciones osteoartríticas importantes. En la Fotografía se observa el aplanamiento de la superficie articular del cóndilo. Además, el disco presenta una luxación anterior. Tomada de Okeson J. Tratamiento de Oclusion y Afecciones Temporomandibulares.5 ed. Mosby. Mexico. 2002. Pp. 356

Si el paciente está bajo tratamiento con AINES o glucocorticoides, también podrá manifestar:

- Estomatitis.
- Gingivitis.
- Ulceraciones.
- Hipertrofia gingival.
- Gingivorragia.
- Aumento de caries dental.
- Xerostomía.
- Halitosis.¹⁴



Manejo estomatológico.

- Preguntar tipo de fármacos que utiliza el paciente.
- Se recomiendan citas de corta duración.
- Realizar rehabilitación protésica para lograr una mayor distribución de las fuerzas de masticación.⁸

5. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Comprende el enfisema pulmonar y la bronquitis crónica.

Etiología. Se asocia principalmente al tabaquismo, a exposición ocupacional con aerosoles contaminantes y a lugares con aire contaminado.

Diagnóstico. Se requiere un examen radiográfico y pruebas de funcionamiento pulmonar. Clínicamente podemos observar:

- Disnea.
- Tos persistente (que puede ser o no productiva).

Tratamiento. Estará enfocado a controlar la enfermedad, tratando de disminuir las complicaciones. Comprende un tratamiento farmacológico y uno no farmacológico.

Farmacológico.

- Broncodilatadores.
- Mucolíticos.
- En ocasiones se utilizan inmunorreguladores.
- Administración de oxígeno.

No farmacológico.



- Eliminar el tabaquismo.
- Ejercicio moderado.
- Dieta específica para éste tipo de padecimientos.

Manifestaciones bucales. Generalmente se puede observar un aumento en la incidencia de caries y aumento de la placa dentobacteriana.

Manejo estomatológico. En caso de que el paciente presente disnea en reposo, se deberá remitir a atención de nivel hospitalario.⁶

Si éste no es el caso, se recomienda:

- Realizar sesiones cortas.
- Colocar al paciente semisentado para facilitar su ventilación.
- Pausas durante el tratamiento.
- Control de placa dentobacteriana.
- Evitar el dique de hule.
- Tener cuidado durante la toma de impresiones.
- Realizar eliminación del cálculo dental manualmente.
- En algunos casos valorar el uso profiláctico de antibióticos.
- Pedir carta de interconsulta.⁶

6. Enfermedades neuropsiquiátricas

6.1 Enfermedad de Alzheimer

Alzheimer (1906) describió a ésta enfermedad como una forma de demencia presenil, en la cual se suscita una falla de la memoria de corto plazo en la que los pacientes cursaban con un deterioro conductual progresivo.¹⁵



CLASIFICACIÓN DE LA DEMENCIA SENIL

La clasificación de la demencia senil es la siguiente:

- a) Demencia primaria degenerativa
- b) Alzheimer (mayoría)
- c) Enfermedad de Pick
- d) Demencia por infarto múltiple
- e) Demencia total o parcialmente reversible
- f) Seudodemencia depresiva
- g) Trastornos metabólicos endocrinos
- h) Enfermedades sistémicas
- i) Deficiencia vitamínica, desnutrición, anemia
- j) Masa ocupativa intracraneal
- k) Infección del sistema nervioso central (SNC)
- l) Otros trastornos
- m) Malignidad en el SNC (primaria o metastásica)
- n) Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
- ñ) Abuso crónico de drogas
- o) Enfermedad de Parkinson
- p) Daño cerebral posinfeccioso
- q) Daño cerebral postraumático

Etiología. Se ha asociado a cambios neuropatológicos de las arrugas corticales, pérdida neuronal, placas seniles y terminaciones neurofibrilares.

Prevalencia. Se presenta con frecuencia durante la quinta década de la vida. La enfermedad de Alzheimer se reconoce como una causa mayor de debilidad y muerte prematura que afecta a una de cada seis personas mayores de 65 años. Afecta por igual a hombres y mujeres y tiene una evolución progresiva de entre 5 y 10 años.



Diagnóstico: Los síntomas cardinales son demencia progresiva y los trastornos del lenguaje. Se presenta:

- Conducta repetitiva, con perseverancia
- Puede terminar como un sujeto maniaco e hiperactivo o bien taciturno e inmóvil.
- Temblor.
- Espasticidad.
- Crisis convulsivas.

Manifestaciones bucales. Se puede observar una deficiencia en la higiene bucal, sialorrea, trastornos del lenguaje y ciertas conductas repetitivas.

Manejo estomatológico. Se recomienda educar al portador en el uso correcto de la dentadura completa o prótesis parciales y extremar la higiene bucal; se puede permitir el uso controlado de adhesivos para dentaduras.¹⁵

6.2 PARÁLISIS AGITANTE

Conocida como Enfermedad de Parkinson, afecta los ganglios basales del SNC y se caracteriza por temblores musculares rítmicos y grados variables de rigidez.¹⁵

Etiología. La etiología de la parálisis agitante es desconocida. Se ha sugerido que este padecimiento pertenece a la categoría de enfermedades resultantes de una degeneración presenil del núcleo local y del sistema de fibras.



Prevalencia. Es la enfermedad extrapiramidal más frecuente. Los síntomas aparecen después de los 40 años de edad y la mayoría de las veces entre los 50 y 60 años; afecta más al sexo masculino.

Diagnóstico. Para formular el diagnóstico, los tres síntomas cardinales son los siguientes:

- a) Rigidez
- b) Acinesia
- c) Temblor

En ésta enfermedad se conserva la capacidad para efectuar contracciones musculares voluntarias y hay una aparición involuntaria de hipercinesias (sin finalidad útil) o hipocinesias con variaciones del tono muscular (disonías, hipertónías o hipotónías) y pérdida de la motilidad y mímica automáticas.

En general, los movimientos realizados por los músculos pequeños son más deficientes que los efectuados por los largos de las extremidades.

Manifestaciones bucales. El temblor típico se localiza en los músculos masticadores y en ocasiones es más pronunciado en la lengua; el lenguaje es lento y la secreción salival se encuentra aumentada. Los movimientos que realizan los pequeños músculos de la cara y fauces son defectuosos y, por lo mismo, la masticación, deglución, fonación, etc., se alteran. Al cerrar los párpados se nota temblor palpebral, y al sacar la lengua ésta les tiembla al igual que los labios.

Manejo estomatológico. Se recomienda educar al portador en el uso correcto de la dentadura completa o prótesis parciales y extremar la higiene bucal; se puede permitir el uso controlado de adhesivos para dentaduras.¹⁵



6.3 Corea de Huntington

Enfermedad que se caracteriza por movimientos coreicos y deterioro mental.

Etiología. Es una enfermedad de carácter autosómico dominante.

Prevalencia. Ataca principalmente a los adultos, entre los 20 y 60 años de edad.

Diagnóstico. Se caracteriza fundamentalmente por trastornos motores y psíquicos (se presentan alteraciones de la personalidad y conducta inapropiada). De carácter degenerativo, crónico, progresivo y hereditario. Hay debilidad intelectual creciente hasta llegar a demencia.

Manifestaciones bucales. Puede haber problema para deglutir.

Manejo estomatológico. Se recomienda educar al portador en el uso correcto de la dentadura completa o prótesis parciales y extremar la higiene bucal; se puede permitir el uso controlado de adhesivos para dentaduras. 15

7. Síndrome menopáusico

Es la transición de la edad reproductiva a la posreproductiva en la mujer. Es un estado fisiológico, no una patología.

Etiología. Se caracteriza por cambios endocrinos progresivos que conducen a la menopausia, el fin de la menstruación señala la terminación de la función ovárica cíclica.⁸



Diagnóstico. Los cambios fisiológicos debidos a falta posmenopáusica de estrógenos incluyen atrofia de genitales, sistema urinario y glándulas mamarias, así como desarrollo de osteoporosis. En tanto que los problemas extragenitales son:

- Fatiga.
- Nerviosismo.
- Bochornos.
- Cefaleas.
- Insomnio.
- Depresión.
- Dolor articular y muscular.
- Palpitaciones.
- Osteoporosis.

Tratamiento. La osteoporosis, que es en sí el principal problema durante el climaterio puede prevenirse mediante un tratamiento de reemplazo estrogénico, complemento de calcio y actividad física. De igual forma lo hacen otros tratamientos profilácticos a base de progestágenos, calcio, vitamina D, esteroides anabólicos, calcitonina y fluoruros.

Manifestaciones bucales. Puede presentarse hiposalivación, ardor en mucosa oral, mayor incidencia de caries y bruxismo.

Manejo estomatológico. Es necesario preguntarle a la paciente cuál es el tratamiento farmacológico que está llevando y tomar en cuenta otras consideraciones:

- Implementar un programa de Higiene Oral.
- Recetar una sustancia que supla a la saliva.
- Empleo de guarda oclusal si es necesario.⁸



8. Diversos Síndromes propios del Adulto Mayor

Síndrome de caídas. De importancia para el estomatólogo ya que frecuentemente se asocian a la farmacoterapia con hipotensores, sedantes, benzodiazepinas, hipnóticos, inductores del sueño, diuréticos, antiparkinsonianos, tricíclicos y fenotiazinas. Con frecuencia, estos medicamentos causan efectos adversos, uno de los principales es la hipotensión ortostática, aunado a los problemas visuales que se pueden exacerbar por la acción medicamentosa y que pueden ser la causa de caídas después de una sesión de atención dental prolongada.

El estomatólogo debe levantar el sillón lentamente, por lapsos de tiempo entre dos y tres minutos cada uno; una vez que el paciente se encuentre en posición sentado se le indicará que coloque ambos pies en el piso y, dándole el tiempo necesario para su adaptación, que se levante hasta ser capaz de caminar sin ayuda, o con ayuda mínima. En todo momento, el estomatólogo deberá vigilar al paciente.

Síndrome de inmovilidad. Son varios los factores relacionados con inmovilidad del paciente, entre los que se encuentran los psicológicos, y la falta de motivación; enfermedades musculoesqueléticas, como artritis y osteoporosis; enfermedades neurológicas, por ejemplo los accidentes cerebrovasculares y enfermedad de Parkinson; enfermedades neurosensoriales, como deficiencia auditiva o visual; y otras causas, como debilidad generalizada por anemia o procesos neoplásicos, y causas iatrogénicas, como fármacos y hospitalización prolongada.

Una vez que se conocen estas características es comprensible para el estomatólogo la dificultad que tiene el paciente por estar sentado en el sillón dental, por lo que es aconsejable hacer intervenciones de corta duración, y



asegurarse de que el paciente colabore para realizar de la mejor manera su tratamiento estomatognático.⁶

Síndrome de abatimiento funcional. En este tipo de pacientes, el eje de la patología se centra en la disminución del tono muscular y de la coordinación motora, lo que trae inestabilidad y alteraciones neurológicas ocurren de manera involuntaria. La alteración dificulta al paciente los movimientos cotidianos, como levantarse, girar, sentarse y caminar; con el paso del tiempo, genera la disminución de la masa muscular y una debilidad importante; para el odontólogo esto presenta una situación particular y, muy probablemente, la atención bucal deberá llevarse a cabo en el domicilio del paciente, con la asistencia de uno o dos operadores; se recomienda una clara comunicación con el neurólogo que atiende el caso.

Incontinencia urinaria. El estomatólogo debe dialogar con los pacientes que presenten incontinencia urinaria, con el fin de lograr una mejor comprensión del problema y poder adaptar los tiempos de tratamiento de acuerdo con las particularidades de cada uno; se trata de entender y solucionar sus necesidades.

Síndrome depresivo. El paciente con síndrome depresivo puede tener cambios de ánimo de una sesión a otra; el geriatra debe comentar con el estomatólogo las etapas más propicias para la atención del paciente. Con frecuencia, y por acción de medicamentos, el paciente depresivo puede tener complicaciones agregadas, por sequedad de las mucosas.

6. CONCLUSIONES

La Gerontología y Odontogeriatría son ciencias que aunque recientes en nuestro país, van en ascenso al igual que la población de adultos mayores



que se presentará en algunos años, por lo que es de gran relevancia el fomentar el desarrollo de una nueva Clínica de Gerontología en nuestra Universidad con su correspondiente Historia Clínica Estomatológica.

A través de ésta revisión bibliográfica logramos estudiar los diferentes aspectos de la Gerontología para así poder realizar una Historia Clínica que se adecuara a los padecimientos actuales de nuestra población mexicana en relación a los adultos mayores, enfocándonos en los cambios que se pueden observar en la mucosa senil, así como las manifestaciones bucales de las diferentes enfermedades generalizadas, incluso conocer un poco sobre nutrición para poder emitir recomendaciones de nutrición a nuestros pacientes.

La realización de ésta propuesta de un formato de Historia Clínica en Odontogeriatría como soporte legal se realizó en base al Proyecto de Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, para quedar como PROY-NOM-004-SSA3-2009, Del expediente clínico, tomando en cuenta algunos detalles de la Historia Clínica que se realiza actualmente en las Clínicas de Admisión (CRED) de nuestra Facultad, y utilizando en parte como ejemplo la que nos recomiendan Hernández, Martínez, Mendoza y Morales en su publicación.¹⁴

ANEXO

APÉNDICE A

Historia clínica estomatológica en el adulto mayor.



A continuación se presenta la propuesta de Historia Clínica para la Clínica de Gerontología:

Historia Clínica estomatológica para el adulto mayor

Ficha de identificación

Nombre (s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____
Edad: _____ Sexo: _____ Religión: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Lugar de nacimiento: _____
Estado civil: _____ Si fuese viudo(a) o separado(a), fecha: _____
Escolaridad: _____
Ocupación anterior: _____
Si se encuentra jubilado(a), fecha: _____
Actividad actual: _____
¿En qué ocupa su tiempo libre? _____
¿Con qué apoyo económico cuenta (ingreso)? _____
¿De dónde proviene este apoyo económico?
Pensión Sí () No () Otro: _____
Vivienda: Propia () Rentada ()
Domicilio: _____ Teléfono: _____
Tiempo de vivir en el domicilio actual: _____
¿Con quién vive? _____
¿Quién es su pariente más cercano? _____ Teléfono: _____
Interrogatorio: Directo () Indirecto () Mixto ()
Derechohabiente. ¿De qué institución? _____
Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____

Motivo de la consulta



Enfermedad actual

Redes de apoyo social

Cuenta con redes de apoyo:

Familiar _____ Religiosa _____ Vecinos _____

¿Dispone de algún familiar que le apoye específicamente? Sí () No ()

Especifique: _____

Dinámica familiar: Funcional () Disfuncional ()

Antecedentes hereditarios y familiares (abuelos, padres, hermanos)

Patologías	Familiar
Diabetes mellitus	
Hipertensión arterial	
Cardiopatía	
Trastornos articulares	
Obesidad	
Hipertiroidismo	
Hipotiroidismo	
Alergias	
Cáncer	
Lupus eritematoso	
Infectocontagiosas (sífilis, tuberculosis, sida, papiloma)	
Alteraciones neurológicas (epilepsia)	
Alteraciones de la coagulación (hemofilia)	



SEMINARIO DE LEGISLACIÓN EN ODONTOLOGÍA.
PROPUESTA DE UN FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA
EN ODONTOGERIATRÍA COMO SOPORTE LEGAL.

Alteraciones renales (especificar)	
Malformaciones congénitas	
Otra enfermedad (especificar)	

Antecedentes personales no patológicos

Casa-habitación

¿De qué material está hecha su casa? _____

¿Cuenta con los servicios básicos? (agua, luz, drenaje) _____

¿Cómo considera la ventilación en su casa?

Buena () Regular () Mala ()

Higiénicos

Frecuencia de baño por semana: _____

Cambio de ropa: _____

¿Cuántas veces se cepilla los dientes? _____

¿Con qué frecuencia cambia su cepillo dental? _____

¿Usa algún auxiliar para la higiene bucal? _____

Dietéticos

Número de comidas al día: _____

¿Cómo considera su dieta?

Cualitativamente: Buena () Regular () Mala ()

Cuantitativamente: Buena () Regular () Mala ()

Inmunizaciones

¿Cuenta con cartilla de vacunación del adulto mayor? Sí () No ()

Vacuna	Sí	No
BCG		
Influenza		
DPT		
Triple viral		
Sabin		



Antecedentes personales patológicos

Historia médica

¿Cuándo recibió la última atención médica? _____

¿Ha recibido anestesia? Sí () No ()

¿Ha presentado algún problema? Sí () No ()

Especifique: _____

Alergias: Sí () No () Especifique: _____

¿Alguna vez fue hospitalizado? _____

¿Por qué? _____ Indique la fecha: _____

¿Ha recibido transfusiones sanguíneas? Sí () No () Fecha: _____

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? Sí () No () Fecha: _____

¿Por qué? _____

Historia estomatológica

¿Cuándo fue la última vez que recibió atención estomatológica? _____

¿Cuál fue la causa por la que recibió atención estomatológica? _____

¿Ha recibido anestesia dental? Sí () No ()

¿Ha presentado algún problema? Sí () No ()

¿Qué experiencia tiene de tratamientos anteriores?

Toxicomanías (tabaquismo, alcoholismo)

¿Fuma? ____ ¿Cuántos cigarrillos por día? _____

¿Cuándo inició? _____

¿Ex fumador? _____ Tiempo de fumar: _____

¿Toma bebidas alcohólicas? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Número de copas: _____

¿Ex alcohólico? _____ Tiempo que tomó alcohol: _____



Otra (especifique): _____

Diagnósticos médicos	Medicamentos	Dosis	Tiempo de administración

Alternativa de medicamentos homeopáticos, plantas medicinales u otros.

Sí () No ()

Especifique:

Interrogatorio por aparatos y sistemas

¿Qué malestares presenta actualmente? Anotar tiempo de evolución.

Cardiovascular (disnea, ortopnea, dolor precordial, taquicardia, bradicardia, acúfenos, fosfenos, cefalea, desmayo, astenia, adinamia, várices, edema en tobillos).

Respiratorio (disnea, taquipnea, fatiga, odinofagia, rinorrea, tos, ronquido, epistaxis, obstrucción nasal, respirador bucal, cianosis peribucal, sibilancias).

Digestivo (disfagias, náuseas, vómito, pirosis, indigestión, dolor epigástrico, gastritis, diarrea, estreñimiento, reflujo gastroesofágico, xerostomía,



hiposialia, sialorrea, halitosis, glosodínea, glosopirosis, sangrado de encías, movilidad dental, úlceras bucales).

Hematopoyético (hemorragias, hematomas, equimosis, petequias, palidez, epistaxis, hematemesis).

Endócrino (exoftalmos, somnolencia, intolerancia al frío o calor, poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida o aumento de peso).

Nervioso (síncopes, convulsiones, temblores, irritabilidad, somnolencia, crisis nerviosas, cefaleas, migraña, vértigo, parálisis, parestesias, hemiplejias, hiperactividad, adinamia).

Musculoesquelético (mialgias, artralgias, artritis, osteoporosis, movimientos involuntarios, falta de movimiento, contracción continua de músculos).

Genitourinario (disuria, nicturia, poliuria, oliguria, enfermedades de transmisión sexual, infecciones renales).

En mujeres (menopausia, flujo, prurito vulvar).

En hombres (úlceras genitales, nicturia, escurrimiento uretral, disminución del chorro urinario).

Órganos de los sentidos

Ojos (visión borrosa, inflamación, irritación): _____



Oídos (audición, dolor, acúfenos, tinitus): _____

Nariz (inflamación, no percibe olores, congestión nasal): _____

Gusto (disminución del sentido del gusto): _____

Psicológicos (depresión, ansiedad, demencia, irritabilidad, delirium, orientación de persona, lugar, tiempo y espacio):

Síndromes geriátricos

¿Se ha caído en los últimos seis meses? _____

¿Se le sale la orina o requiere usar pañal? _____

¿Utiliza lentes, auxiliar auditivo? _____

¿Padece trastornos del sueño? _____

¿Se ha sentido triste? _____

Exploración física

Facies: _____

Color e hidratación de piel y mucosa: _____

Marcha: _____

Signos vitales y somatometría

Estos datos se registran en cada consulta, en la nota de evolución.

Peso: _____ ¿Se modificó en los últimos dos años? _____

Talla: _____

Exploración de cabeza y cuello

Ganglios linfáticos	Aumento de volumen	Dolor	Fijo a planos profundos	Se desplaza	Sin cambio
Submaxilares					



SEMINARIO DE LEGISLACIÓN EN ODONTOLOGÍA.
PROPUESTA DE UN FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA
EN ODONTOGERIATRÍA COMO SOPORTE LEGAL.

Sublinguales					
Submentoniano					
Retroauriculares					
Cervicales					

Articulación temporomandibular	Derecha		Izquierda	
	Con dolor	Sin dolor	Con dolor	Sin dolor
Chasquido				
Crepitación				
Desviación mandibular				

Masticación bilateral Sí () No ()

Masticación unilateral Sí () Derecha () Izquierda ()

Apertura máxima _____ mm

Dolor muscular Sí () No ()

¿Presenta rigidez de la articulación al despertarse? Sí () No ()

¿Ha presentado problemas articulares asociados al uso de una nueva prótesis? Sí () No ()

Exploración intrabucal

Mucosa bucal	Cambio color (especifique)	Aumento volumen	Úlcer a	Otra alteración (especifique)	Sin cambio
Labio superior					
Labio inferior					
Comisuras labiales					



SEMINARIO DE LEGISLACIÓN EN ODONTOLOGÍA.
 PROPUESTA DE UN FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA
 EN ODONTOGERIATRÍA COMO SOPORTE LEGAL.

Carrillo derecho / izquierdo					
Frenillos					
Lengua dorso					
Lengua ventral					
Lengua borde lateral derecho / izquierdo					
Piso de boca					
Paladar duro					
Paladar blando					
Orofaringe					
Encía					
Reborde alveolar superior / inferior					

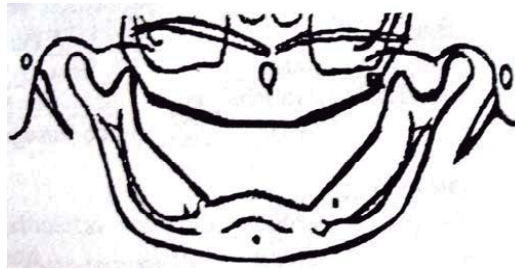
Mucosa bucal	
Alteraciones o patología bucal	Localización
Candidiasis	
Herpes simple	
Úlceras aftosas recurrentes	
Hiperplasia fibrosa	



SEMINARIO DE LEGISLACIÓN EN ODONTOLOGÍA.
 PROPUESTA DE UN FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA
 EN ODONTOGERIATRÍA COMO SOPORTE LEGAL.

Leucoplasia / eritroplasia	
Cáncer bucal	
Otros (especificar)	

Marcar con una X la localización de la lesión (si se observa radiográficamente) en el siguiente diagrama:



Odontograma Diagnóstico

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		

Simbología



SEMINARIO DE LEGISLACIÓN EN ODONTOLOGÍA.
 PROPUESTA DE UN FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA
 EN ODONTOGERIATRÍA COMO SOPORTE LEGAL.

0 Sano	0 Encía sana
1 Caries	1 Placa dentobacteriana
2 Resto radicular	2 Gingivitis
3 Fractura	3 Sarro
4 Restaurado con caries	4 Supuración
5 Restaurado sin caries	5 Movilidad (especificar grado)
6 Soporte de prótesis (pilar)	6 Extrusión
7 Implante	
8 Ausente	
9 Otro (especificar)	

Número total de dientes: _____

Higiene bucal

Buena () Regular () Mala ()

Estado periodontal

Estado periodontal	Superior	Inferior
Sano		
Gingivitis		
Periodontitis		
Otro (especifique)		

Uso de prótesis dental

Prótesis total superior: Tiempo de uso: _____ Ajuste bueno ()

Desajustada ()



Prótesis total inferior: Tiempo de uso: _____ Ajuste bueno () Desajustada ()

Prótesis removible: Superior () Ajuste bueno () Desajustada ()

Prótesis removible: Inferior () Ajuste bueno () Desajustada ()

¿Se siente cómodo(a) con sus prótesis? Sí () No ()

¿Tiene disfunción masticatoria? Sí () No ()

Auxiliares de diagnóstico

Exámenes de laboratorio

Tipo sanguíneo	
Biometría hemática	
Eritrocitos	
Leucocitos	
Plaquetas	
Hemoglobina	
Hematocrito	
Química sanguínea	
Glucosa	
Urea	
Creatinina	
Ácido úrico	
Colesterol total	
Colesterol HDL	
Triglicéridos	
Tiempo de protrombina	
Tiempo parcial de tromboplastina	



SEMINARIO DE LEGISLACIÓN EN ODONTOLOGÍA.
PROPUESTA DE UN FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA
EN ODONTOGERIATRÍA COMO SOPORTE LEGAL.

Examen general de orina	
Cultivo de exudado faríngeo	
Biopsia	
Otro (especifique)	

Examen radiográfico

Ortopantomografía _____

Periapical _____

Oclusal _____

Otro (especifique) _____

Diagnóstico

Plan de tratamiento

Pronóstico

Interconsulta



Control de procedimientos

Estos datos se registran en cada consulta, en la nota de evolución.

Fecha	Procedimiento	Firma del C.D. Esp.	Firma de Conformidad

Notas de evolución

Odontograma de Evolución

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		



Simbología

0 Sano	0 Encía sana
1 Caries	1 Placa dentobacteriana
2 Resto radicular	2 Gingivitis
3 Fractura	3 Sarro
4 Restaurado con caries	4 Supuración
5 Restaurado sin caries	5 Movilidad (especificar grado)
6 Soporte de prótesis (pilar)	6 Extrusión
7 Implante	
8 Ausente	
9 Otro (especificar)	

Carta de consentimiento informado

Hago constar que los datos proporcionados en este documento son verdaderos, haciéndome responsable en caso de omisión de cualquiera de ellos, también libre y voluntariamente autorizo al C.D. ESP. _____ para realizar el tratamiento estomatológico, que consistirá en: _____

Una vez que me ha informado de manera sencilla, clara y suficiente sobre mi diagnóstico, que es _____, su pronóstico _____ y plan de tratamiento indicado a mi caso _____,



SEMINARIO DE LEGISLACIÓN EN ODONTOLOGÍA.
PROPUESTA DE UN FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA
EN ODONTOGERIATRÍA COMO SOPORTE LEGAL.

sobre los beneficios y riesgos del tratamiento propuesto y sus consecuencias _____
así como de los costos del mismo.

Nombre: _____

México, D.F. a _____ de _____ del _____

Firma del paciente o tutor: _____

Firma del testigo: _____

Firma del estomatólogo: _____

7. REFERENCIAS

1. Hunt RJ. Edentalism and oral health problems among elderly lowans: The Iowa 65 rural health study. Am J Public Health 1998;84(11):1177-81.



2. Cardoso F. El paciente geriátrico. Rev Colomb Odontostomatol 1995;2(5-8):8,9.
Havelle CIB, Fostert TD. A cross sectional study into ages changes of the human dental arch. Arch Oral Biol 1969;632-48.
3. Abreu, L. fundamentos del Diagnóstico. México. Ed. Francisco Méndez Cervantes. 1980. Pp 12-39.
4. Gaztañaga M. Apuntes de Geriatria en Equipo. Ed. Club Universitario. 2009. Pp 197-208
5. Manual operativo para el llenado de formatos del expediente clínico. Para unidades médicas de segundo nivel de atención.
6. Ozawa J. Estomatología y Geriatria. Ed. Trillas. México. 1994. Pp 77-88.
7. Castellanos JL, Díaz LM, Gay O. Medicina en Odontología. Manejo Dental de Pacientes con Enfermedades Sistémicas. 2a Ed. El Manual Moderno. México. 2002. Pp. 399-413
8. Sáez Carriera R, Carmona M, Jiménez Quintana Z, Alfaro X. Cambios bucales en el adulto mayor. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2007[citado: 26 Sep 2010];44(4):[aprox. 15p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400011&lng=es&nrm=iso&tlng
9. Habeest LLMH, Brass J, Merkesteim JPR. Mandibular atrophy and metabolic bone loss. Histomorphometry of ilio crest biopsies in 24 patients. J Oral Maxilofac Surg 1998;17:325-9
10. Bradhey JA. Radiological investigation into age changes interior dental artery. Brit Oral Surg 1995;13:82-90.
11. Koller M. Geriatric dentistry: Medical problems as ill as disease and therapy need oral disorders. Sweis Rundsh Med Pract 1997;83(10):273-82.
12. Wolff A, et al. Mogaimin- like inmunoreactivity humans submandibular and labial salivary glords. J Histochem Cytochem 1990;38:15-31.
13. Agate J. The practice of geriatric. 2nd. ed. London: Heinemann Medical; 1995.



14. Hernández RD, Martínez IA, Mendoza VM , Morales L. Odontogeriatría y Gerodontología. Ed. Trillas. México. 2011. Pp. 77-89, 215-226.
15. Berkow R., Fletcher A., et al., El Manual Merck, 10a. Edición, Madrid, Harcourt, 1999, 1423-1433
16. Roinsinbit R. La Desnutrición en la Tercera Edad y su Repercusión en las Enfermedades de la Boca. Asociación Odontológica Argentina. 1995;85(2):143-53.
17. Medrano J. Expediente Clínico Odontológico: Cómo Elaborarlo, Interrogarlo, Manejarlo y Archivarlo conforme a la Normativa. Ed. Trillas. 2005. México. Pp. 21-31.
18. Proyecto de Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, para quedar como PROY-NOM-004-SSA3-2009, Del expediente clínico.
19. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006 Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales.
20. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010, Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.
21. Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos. Secretaría de Relaciones Exteriores. Oficialía Mayor. Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto. Dirección de Organización.

8. GLOSARIO

Adulto mayor: Persona de 65 años y más, en los países desarrollados; y a los de 60 y más, en los países en desarrollo.

Cartas de consentimiento informado: Documentos escritos, signados por el



paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

Diente: Órgano dentario.

Educación para la salud: Proceso de enseñanza aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva

Envejecimiento: Proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado.

Estomatólogo: Al Médico Odontólogo, Cirujano Dentista, Licenciado en Estomatología, Licenciado en Odontología, Licenciado en Cirugía Dental, Médico Cirujano Dentista, Cirujano Dentista Militar, profesional de la salud bucal con licenciatura.

Expediente clínico: Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento de atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en



los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

Geriatría: Especialidad médica (rama de la gerontología) dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los adultos mayores.

Gerontología: Ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en todos sus aspectos.

Gerodontología: Especialidad odontológica que busca proveer el óptimo cuidado bucodental para los adultos mayores, a través de la prevención, tratamiento y rehabilitación de las alteraciones bucodentales inherentes al envejecimiento, así como a las repercusiones odontológicas de las enfermedades crónico-degenerativas que se presentan con mayor frecuencia en la vejez.

Interconsulta: Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante.

Odontogeriatría: Especialidad odontológica, que tiene como objetivo primordial la prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud bucodental de los adultos mayores, considerando los cambios biológicos y fisiopatológicos de las alteraciones y complicaciones bucodentales vinculadas con las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la vejez.

Paciente: Todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica.



SEMINARIO DE LEGISLACIÓN EN ODONTOLOGÍA.
PROPUESTA DE UN FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA
EN ODONTOGERIATRÍA COMO SOPORTE LEGAL.

Pronóstico: Juicio médico basado en los signos, síntomas y demás datos sobre el probable curso, duración, terminación y secuelas de una enfermedad.

Resumen clínico: Documento elaborado por un médico, en el cual, se registran los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico.

Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico y estudios de laboratorio y gabinete.