

01421
304



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HISTORIA CLINICA EN
ODONTOGERIATRIA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

FRANCISCA SÁNCHEZ APARICIO

DIRECTOR: C.D. CONRADO LUPERCIO CHAVEZ



MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MAYO 2003

1



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Les doy las gracias a mis padres por haberme
dado la vida y enseñarme el valor de ella;
a mis hermanos por apoyarme en el
momento que los necesite.

A mi esposo por apoyarme y comprenderme;
a mis hijos yo les agradezco por dejarme
robarles su precioso tiempo.

Les doy las gracias a todas las personas que
me apoyaron para la realización de este
trabajo por su tiempo y orientación en
especial a la Dra. Patricia M. López
y Dra. Irma Aguilar.

También al Dr. Conrado Lupercio Chávez
por su orientación y ayuda en el
propósito de este trabajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

CAPITULO I

HISTORIA CLÍNICA ATRAVES DEL TIEMPO

CAPITULO II

VALORACIÓN DEL PACIENTE GERIATRICO
VALORACIÓN SOCIAL
VALORACIÓN PSICOLÓGICA
VALORACIÓN FUNCIONAL

CAPITULO III

3. VALORACIÓN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO
3.1 EXPLORACIÓN EXTRABUCAL
3.2 EXPLORACIÓN INTRABUCAL

CAPITULO IV

4. NUTRICIÓN

CAPITULO V

5. ANALISIS DE LA HISTORIA CLÍNICA

CAPITULO VI

6.1 MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN PACIENTE ODOTOGERIATRICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO VII

7. PROPUESTA DE HISTORIA CLÍNICA EN ODONTOGERIATÍA PARA LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA PARA LA U.N.A.M.

CONCLUSIONES

GLOSARIO

BIBLIOGRAFÍA

PAGINA WEB

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

La odontología geriátrica nace con el objetivo de cuidar la salud oral de los adultos mayores y conoce los factores relacionados con el envejecimiento oral. Su desarrollo como disciplina se debe incluir en la formación pre y posgraduada del odonto-estomatólogo. Así mismo la gerodontología supone una nueva filosofía de tratamiento oral en la prestación de cuidados odontológicos a los pacientes ancianos, especialmente los frágiles, limitados a su hogar e institucionalizados.

La odontología geriátrica se define como la prestación de cuidados buco-dentales para los adultos mayores con uno o más padecimientos crónicos, debilitantes físicos o mentales con medicamentos asociados y problemas psicosociales.

Los odontólogos y demás profesionales del área no tienen la suficiente formación gerodontológica. Por tanto se debe recomendar la adquisición de los conocimientos suficientes teóricos y prácticos de los aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales y nutricionales del envejecimiento, así como el estado de salud general a fin de tomar las decisiones personales que cada paciente dental senecto necesita.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACIÓN

La historia clínica en la actualidad constituye un documento ético, moral y legal; en odontogeriatría.

Adquiere una mayor cognotación al integrarse como una valoración holística. Que permita no solo una mejor calidad de vida, sino autoestima, determinando la funcionalidad del Adulto Mayor, como objetivo principal los países involucrados en la atención de estos pacientes, sugieren diferentes formas de valoración, teniendo siempre fundamentos básicos que determinan la individualidad del paciente si no su problemática de salud así como sus experiencias,

El siguiente trabajo, tiene como objetivo proponer una Historia Clínica propia que nos permita obtener el máximo de calidad diagnóstica, tratamientos con flexibilidad, integrados a una actitud humanista y holística.

CAPITULO I

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. LA HISTORIA CLÍNICA ATRAVES DEL TIEMPO

La historia clínica es un documento donde se describe la valoración y exploración del paciente.

Si la historia clínica fuera sólo un relato, no tendría trascendencia en el desarrollo de la medicina; su importancia reside en el resultado de la relación del profesional con el paciente.

Por esta razón encontramos que, mientras la medicina no fue una ciencia, la historia clínica era superflua e innecesaria, ni siquiera se sospechó su existencia, lo que explica claramente por que apareció con Hipócrates, cuando la medicina deja de ser empírica, mágica y religiosa para convertirse en científica y experimental.

La justificación de la historia clínica fue de gran significado para el progreso de la medicina, para el conocimiento de la naturaleza de la enfermedad, de sus causas y de la manera de evitarla o curarla. Las historias de Hipócrates fueron relatos minuciosos y objetivos, éstos solo se limitaban a describir las enfermedades sin comentarios, se interesaba por la localización del enfermo y la época del año

Las historias Hipocráticas presentaban las modificaciones de la enfermedad y las alteraciones de la "physis" o naturaleza producidas en el paciente sin distinguir lo subjetivo de lo objetivo.

Ni en los Bizantinos ni en los Árabes se encuentran tampoco historias clínicas aunque parezca inexplicable, hasta diez siglos después encontramos de nuevo estos documentos.

TESIS CON
FALLA DE OP:GEN

Durante este tiempo, la medicina, sin distinción de autores ni lugares, vivió una influencia Galénico-Arabista donde se interesó más la teoría.

En los últimos siglos de la Edad Media hubo de nuevo la necesidad de escribir historias clínicas, pero no pueden relacionarse con las de la antigüedad clásica, pues no siguen la forma, el contenido ni el objeto. Durante el Renacimiento del siglo XII, los médicos experimentados escribieron con ayuda de los novatos, una serie de notas que normaban sus acciones. Estas recomendaciones se iniciaban casi siempre con las palabras: Concilium pro (consejo para), de aquí que en general esas historias clínicas se les conocía con el nombre genérico de Concilia. La colección de Concilia más antigua es la que hizo Tadeo Albertine en el siglo XIII.

Otras colecciones del siglo XIV, más o menos extensas pertenecen a Arnaldo de Villanova; Pero las más conocidas por sus continuas ediciones hasta el siglo XVII fueron las Concilias de Bartolomé Montagnana escritos en 1435.

La evolución de la historia clínica durante el siglo XVIII fue importante. Desde fines del siglo XVII hasta principios del siglo XIX, hubieron dos tendencias: la historia organicista morfológica y la de interés sintomático clasificador, ambos evolucionaron y progresaron para unirse y completarse.

Por una parte, Morgani publicó en su libro más de quinientas historias clínicas con diagnóstico necrótico. Por otro lado, Boerhaave fue minucioso en la descripción del síntoma y sistemático en la clasificación del diagnóstico determinado así como normas precisas para uniformar el relato en la historia clínica. De la unión de ambas obras, Francisco de Bichat, estableció las bases de lo que sería la medicina anatomoclínica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hasta principios del siglo XIX, la historia clínica fue el producto de la percepción sensorial del médico, se describió lo visible, lo que el paciente relataba y lo que podía observarse en la necropsia. 1

La historia clínica a finales del siglo pasado no difería sustancialmente del modelo clásico que se venía utilizando desde Hipócrates. Los datos se ordenaban de forma cronológica se partía desde antecedentes, hábitos, antecedentes patológicos y no patológicos, enfermedad actual y exploración física.

En 1907 la historia clínica única para cada paciente fue realizada por los hermanos Mayo (del Hospital SST. Masry's) fueron pioneros en la introducción de esta historia clínica ya que este sistema mejoraba la continuidad que permitía a los diferentes profesionales conocer la valoración y actuaciones de sus colegas.

La reforma de la historia clínica se produjo en los años 20 en medio de grandes discusiones, los hospitales norteamericanos decidieron que para no omitir datos clínicos básicos, se debía unificar la recopilación de información. Los profesionales se negaron, pero aceptaron que los médicos de cada hospital consensuaran su conjunto mínimo de datos básicos.

A mediados de los 60 Lawrence Weed, introdujo la historia clínica orientada a los problemas donde el médico debe extraer una lista de datos básico de cada paciente, registrando las evidencia de la historia, la exploración y las pruebas de diagnóstico.

La informática parecía una herramienta imprescindible para solventar las dificultades de almacenamiento y extracción de la información. Sin embargo las

experiencias de captación completa de los registros médicos realizadas en los 70, no tuvieron éxito.

Tras muchos años de permanecer apartada la historia clínica de las consultas de la Atención Primaria Pública de nuestro país, el movimiento iniciado a principios de los ochenta, ha devuelto a la historia clínica la importancia que merece, convirtiéndola en el instrumento básico, para garantizar la calidad de la asistencia. La historia clínica es una parte de los sistemas de registro, y su misión fundamental es ordenar la información para facilitar y mejorar la atención a la persona; también puede contribuir a aportar datos para la investigación. ,,

CAPITULO II

2. Valoración del Paciente Geriátrico.

No hemos de caer en la simplicidad de pensar que todo aquel individuo que presenta una situación de enfermedad y tenga más de 65 años debe ser considerado paciente geriátrico.

Se sabe que el envejecimiento se debe, por una parte, a las características genéticas del ser humano en sí y a la de cada individuo de modo diferente.

El envejecimiento se ve muy influido por el medio externo, pues aún los organismos más resistentes, en ambientes adversos se vuelven más vulnerables y los más frágiles sucumben con facilidad.

Por otro lado, cada persona hace uso, abuso y desuso de sus capacidades de modo totalmente individual y esto influye de manera importante en proceso del envejecimiento.

La vejez está caracterizada por una serie de cambios que ocurren en diferente dimensiones, formas y ritmos. Diversos factores culturales, educativos, socioeconómicos, así como su relación con la edad cronológica y reserva biológica hacen en su conjunto esta gran diversidad en el proceso del envejecimiento; las actividades, experiencias y expectativas para las situaciones que enfrenta el adulto mayor en su diario vivir son diferentes y únicas.

El adulto mayor es una persona que posee características propias de su edad como la declinación de su capacidad y resistencia física, muscular, ósea e intelectual; Sin embargo, gracias a la medicina y la odontología moderna muchas personas llegan a la tercera edad con mínimas enfermedades y conservando una salud adecuada.

Desde el punto de vista psicológico la personalidad también sufre modificaciones, cambios emocionales que afectan al adulto mayor como: depresión, angustia, temores, miedos, fobias, ansiedad, irritabilidad, insomnio, alcoholismo y tabaquismo, dichas modificaciones afectan al individuo, su relación familiar de pareja, social, laboral, etc.

El adulto mayor es una persona que acumuló durante su vida experiencias, que lo llevaron a ser como es. Un individuo con características propias de la edad que se relacionan en mayor o menor grado entre sí, pudiéndose mencionar como principales las sistemáticas, psicológicas, odontológicas nutricionales, farmacológicas; a los que se agregan problemas económicos y sociales

Todo esto contribuye, a formar un individuo con características emocionales que obligan al odontólogo a formarse en aspectos médicos, gerontológicos y psicológicos, para poder llegar a un grado de comprensión indispensable para mejorar la atención del adulto mayor.

En las edades del interés geriátrico se necesita establecer una definición del Adulto Mayor.

Edad intermedia abarca aproximadamente de los 45 a 60 años y también se denomina presenil, primer envejecimiento o crítica. En efecto en esta edad aparecen los primeros signos de envejecimiento, que representa a menudo una tendencia al desarrollo de varias enfermedades que requieren sobre todo de medidas preventivas.

Senectud gradual es el periodo de los 60 a 70 años y se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada, que requieren diagnóstico y tratamiento oportuno.

Senilidad o vejez declarada, esta se inicia al rededor de los 70 años incluye una importante creciente de problemas asistenciales en el ámbito médico, social, y sobre todo de rehabilitación. A los mayores de 90 años suelen llamárseles longevos.⁽⁶⁾

Se encuentra una revisión de 40,642 expedientes de consulta externa, las 10 principales causas de morbilidad, llamando la atención que la hipertensión arterial incide en el 28% de los casos, seguido de la cardiopatía isquémica y la diabetes que comparte un 26%, en tanto que la osteoartritis ocupa el cuarto lugar, seguida de la depresión y las demencias ocupando solo el 8%. Sin embargo la morbilidad se ha mantenido en una forma estable siendo las tres primeras causas de ingreso, la cardiopatía hipertensiva, la diabetes mellitus y sus complicaciones, la cardiopatía isquémica, la neumonía y la depresión, observando incremento en el abuso del anciano (Síndrome del maltrato), en la fragilidad y las caídas.

Con relación a la mortalidad encontramos que ésta también se mantiene en forma muy similar en el período observando siendo la primera causa de muerte la

tromboembolia pulmonar, seguida de las complicaciones de diabetes y la deshidratación, insuficiencia cardíaca en la fase terminal y neumonías ocupan el cuarto lugar como causa de muerte y en quinto lugar encontramos problemas de fragilidad y deslizamiento como causa de muerte

2.1 La Valoración Social

El proceso del envejecimiento y la vejez, desde el punto de vista sociológico, lleva a considerar cuyo centro de interés al hombre y su relación con los demás. La gerontociología mira lo que el hombre hace y cómo lo hace como ser social.

La cultura es un término conceptuado como el conjunto de conocimientos que el hombre adquiere durante su existencia, y que pueden ser creencias, costumbres, en especial las normas de conducta.

El envejecimiento corresponde a un periodo vulnerable de la vida. El adulto mayor constituye el grupo de edad expuestos a mayor riesgo. El enfrentamiento con un medio hostil durante toda la vida, y el ritmo más lento del "reloj biológico" hacen al adulto mayor más frágil, razón por la cual requiere una amplia gama de cuidados preventivos, curativos y de rehabilitación, además de presentar necesidades especiales en materia de nutrición, higiene, ejercicio físico e inmunizaciones. Esto incluye también adaptar sus propias necesidades de vivienda y los medios de transporte, así como proporcionarles mayor protección personal.

La valoración social es la más determinante. Es aquella que la comunidad cree que el anciano tiene y la cual adoptan sus comportamientos hacia él, la sociedad ha sido históricamente injusta con el anciano, manteniéndolo al margen como si fuera un extraño, con grandes riesgos para el mismo, desperdicia sus experiencias y relega su actividad creadora. Por su parte, al verse privado de esos recursos, el adulto mayor se sumerge en un sentimiento de amargura e inutilidad, por eso la reforma de su imagen en la sociedad es indispensable. (2)

Se cree que la mayor contribución de los ancianos se sitúa en el plano humano, la aportación que pueden hacer a cuantos les rodea con su presencia y su experiencia de la vida. Estas personas están en condiciones de hacer una contribución importante a la sociedad, permaneciendo integradas, productivas y creativas en su comodidad de muchos años después de la edad reglamentaria de jubilación. (6)

A medida que avanzamos son cada vez más numerosos los seres humanos que tienen ante sí una mayor esperanza de vida. Sin embargo, la vejez tiende a ser un período estéril de soledad y pobreza, en lugar de la época de plenitud serena que representa el ocaso de una vida.

2.2 Valoración Psicológica

La personalidad se define como el conjunto de rasgos que permiten el ajuste adecuado y específico del individuo al medio ambiente en situaciones diversas, el vocablo incluye aspectos múltiples como actitudes, gustos modo de enfocar los problemas o de hacer las cosas, la personalidad puede tener diferentes formas de

expresión que están determinadas por muchas experiencias obtenidas en el transcurso de la vida y que determinan las vivencias de la vejez.

El descubrimiento, confirmado actualmente, de que el envejecimiento psicológico se determina de modo biológico o por el estado de salud sólo en una pequeña parte, y en que el cambio está fuertemente influido por factores sociales; Sin embargo, el envejecimiento biológico psicológico y social no necesariamente ocurre de manera simultánea, puesto que los cambios psicológicos pueden preceder a modificaciones, biológicas y sociales. Todo esto se conoce por la aportación de las ciencias sociales, así como la psicología que tienen componentes cognoscitivos, efectivos y psicomotoras.

La valoración cognoscitiva se refiere a la capacidad de orientación del individuo hacia las personas, lugares o períodos, es decir, a la adquisición de información que, a su vez, regularán el comportamiento o la conducta.

Las funciones cognoscitivas tienden a disminuir con el paso de los años, y su afección se ha resumido en esta frase, "no se conoce, no se recuerda, hay confusión.

Los cambios psicológicos ejercen gran influencia en la forma en que el individuo se percibe así mismo. Además de los cambios, el envejecimiento implica un estado mental percibido internamente por el individuo de edad avanzada.

Este se defiende contra la inseguridad que experimenta ante la transformación de su cuerpo mediante reacciones psicológicas, hipocondría, desconfianza, ideas paranoideas, irritación, agresividad, rigidez y amnesia.

La base frágil e inmadura de la personalidad estará predispuesta a soportar las pérdidas asociadas a la edad. Al adaptarse a su nuevo género de vida el anciano ha de tener en cuenta su estado orgánico, su capacidad mental y las posibilidades que le ofrecen la sociedad, esforzándose en colaborar en las nuevas generaciones. La capacidad de adaptación a estos cambios es una característica de la senectud de la vejes normal. La falta de adaptación lleva a la senilidad, al deterioro biológico progresivo y desintegración de la personalidad del Adulto Mayor.

El tiempo de vida del adulto mayor generalmente en situación social del jubilado o pensionado, que denominamos actualmente (tercera edad), es cada vez más larga, con creciente esperanza de prolongar más la senectud. Es por ello que las situaciones psicosociales y la propia personalidad del adulto mayor puede cambiar desde que entra en la tercera edad hasta que alcanza la vejez avanzada, según su estado de salud, autonomía y crisis que pueden afectarle.

Es muy probable que una buena parte de los falsos conceptos y del malos entendido acerca de la vejez prevenga discrepancias que, con respecto al envejecimiento, tienen los jóvenes y los viejos.

2.3 Valoración Funcional.

El término funcionalidad se usa en geriatría para definir la capacidad de independencia con que el individuo realiza las actividades, tanto de la vida diaria, como cual quiera otra que sea necesaria para sobrevivir, o simplemente satisfacer necesidades, gusto y placer en la vida. Desde despertar por la mañana,

orientarse, levantarse y asearse, salir de casa, comunicarse con los demás, transportarse, desempeñar trabajos, divertirse, hasta lo más complejo tanto físico como mental. La independencia denota de manera indirecta la salud del paciente y sus recursos para poder afrontar retos. Por lo anterior, es de gran interés conocer de cada persona los hábitos o capacidades previas según sus habilidades, su medio social y su profesión, para poder tener en mente la magnitud del daño que pudo haber ocurrido durante el proceso de envejecimiento y la repercusión que tenga en la calidad de vida.

La situación particular de cada paciente determina el momento del día más oportuno para examinarlo, así como el número de veces que haga falta para la entrevista para asegurar resultados correctos.

La valoración funcional es muy importante pero no reemplaza la evaluación médica tradicional, ambas se contemplan para lograr una mejor atención integral al adulto mayor. Las fallas funcionales son un marcador de que algo le está pasando, similar a la fiebre o irritabilidad por lo que se merece una evaluación. Se debe observar como camina y se sienta. Muchas veces se confunde los cambios producidos por enfermedades con el proceso de envejecimiento normal.

La evaluación sistemática de la funcionalidad global es una poderosa herramienta para la identificación de problemas y enfermedades específicas; sabiendo que un buen número de padecimientos en el Adulto Mayor se comporta de manera atípica.

La información obtenida del proceso de evaluación puede dividirse en tres grandes áreas dentro del modelo biopsicosocial (biomédica, psicológica y

social). La mayoría de los trabajos de evaluación funcional coincide en general con siete aspectos que debe incluir la evaluación global del anciano enfermo:

Actividades de la vida diaria, estado mental, salud física, salud social, situación económica, funcionamiento psicosocial o bienestar emocional y recursos ambientales.

CAPITULO III

3. Valoración de Sistema Estomatognático

Es de gran significado antropológico la anamnesis realizada al paciente debido a su importancia técnica y práctica. Esta es la secuencia sistemática acumulativa de hechos consistentes, que se agrupan para facilitar un diagnóstico correcto y con el examen clínico bucal complementando un plan de tratamiento adecuado. „

Existe el mito que puede ser peligroso en que las enfermedades de la boca deben ser dolorosas; por lo tanto, "Si no hay dolor todo está bien". Enfermedades crónicas aunque leves permanecen latentes por muchos años y el individuo considera los síntomas sin importancia debido a que no hay dolor. Otra actitud negativa es la de pensar que los fluoruros no benefician al Adulto Mayor. Se consideran tóxicos y por lo tanto deben evitarse.

En la senectud, el individuo está más expuesto a contraer enfermedades de la boca y algunas otras, particularmente si la persona se encuentra agobiada y no cuida su salud bucal el paciente puede llegar a la desagradable situación de sufrir problemas físicos, emocionales y sociales a causa del estado de su boca. El mal olor de una boca sucia producirá vergüenza y frustración en el paciente y los demás evitarán tratar con él. „

El profesional en el área de salud odontológica, miembros de un equipo de trabajo multidisciplinario que vela por el bienestar de la comunidad, debe entender y reconocer las enfermedades del diente y sus tejidos adyacentes como enfermedades de la cavidad bucal. Todos estos se basan en la estructura de la cabeza, cara, cuello y cavidad bucal. „

Existe una serie de alteraciones que acompañan el proceso normal de envejecimiento. El metabolismo se altera y se atrofia; así mismo se pierden los nutrientes, así como piezas dentales junto con la disminución del sentido del gusto y olfato, típicos del adulto mayor, hace a la comida monótona, poco atractiva y desalentadora.

Los problemas obligan al adulto mayor a comer dietas blandas, ricas en carbohidratos y pobres en proteínas y vitaminas, están aunados a factores de escasez de recursos económicos, estados depresivos, soledad, invalidez física desnutrición algunos trastornos crónicos como diabetes, problemas digestivos, reumáticos que causan deterioro a la calidad de vida. «

Los diversos cambios bucales que sufren las personas con la edad avanzada como por ejemplo la pérdida de elasticidad de tejidos blandos y músculos, así como también de disminución de producción de saliva lo que conlleva a dificultar para masticar, irritación y disminución en la velocidad de curación de lesiones orales y caries. La xerostomía es muy frecuente en pacientes geriátricos provocando sequedad, ardor lingual, dificultad para deglutir.

Otra característica del estado bucal del adulto mayor es la aparición del chasquido en la ATM, por la pérdida de dientes posterior no reemplazados. No obstante en los portadores de prótesis totales la prevalencia es mayor.

3.1 Exploración Extrabucal

En los aspectos generales del paciente hay que estar atento, ya que desde la entrada del paciente a la consulta hasta que se ubica en el sillón dental, podemos

observar sus rasgos expresivos que se determinan como facies (febril, caquética, dolorosa, y anémica) y coloración, datos sobre su actitud, problemas físicos que son obvios a simple vista. Al observar y palpar la cara, el odontogeriatra podrá apreciar si el paciente presenta asimetría facial producto de patologías infecciosas, hiper o hipotonía muscular, traumatismos. En el caso de la cara y orejas es importante observar la presencia de úlceras, eritemas, nódulos, quistes y cicatrices.

La presencia de ganglios edematosos, es señal evidente de procesos inflamatorios, infecciosos y tumorales. En algunos casos se puede presentar de forma dolorosa o asintomático a la palpación, siendo móviles o fijos a los tejidos adyacentes.

Con respecto a la ATM. Uno ubica los dedos por delante del orificio auricular, mientras se le pide al paciente que realice apertura y cierre de manera muy lenta, de esta manera podemos identificar ruidos articulares que no son normales, y si nos ubicamos por delante del paciente pidiendo que repita los movimientos, observaremos las posibles desviaciones que el paciente posee. En algunos de estos casos son producto de disfunciones o traumatismos de la ATM.

Una de las partes anatómicas más traumatizadas por así decirlo, son los labios, en estos se busca la presencia de cicatrices; se debe observar tanto labio húmedo como seco, se debe de palpar para descartar la presencia de quistes o nódulos de implantación superficial o profunda, úlceras o aftas, costras como en el caso del Herpes simple.

Las comisuras labiales deben tener continuidad, ya que la presencia de escamas o erosiones nos evidencia la presencia de enfermedades oportunistas como candidiasis y deficiencias vitamínicas, disminución de la dimensión vertical. Los

carrillos deben de estirarse con la ayuda de un espejo bucal, se aprecia la coloración y textura de los mismos.

La mayoría de los adultos mayores padecen una o más enfermedades crónicas así como una diversidad de problemas médicos-psicológicos. La depresión es frecuente y aunada a la soledad provoca falta de higiene.

La enfermedad dental tiene una importante repercusión en la salud. La salud dental mejora la calidad de vida del adulto mayor, mejorando su estado nutricional, la capacidad de lenguaje y aumento de su autoestima. ,

3.2. EXPLORACIÓN INTRABUCAL

Es importante verificar el cambio de coloración, forma, tamaño y textura de las encías, las características no normales nos indican alteraciones en los procesos gingivales y periodontales.

Para el paladar duro y blando, con la ayuda de un espejo observamos la porción anterior, las rugas palatinas y papila incisiva. En el paladar blando se visualiza la úvula, podemos apreciar la inserción muscular de la zona.

La lengua, es vital observar todas las caras como ventral y dorsal, «

Los dientes sufren desgastes por bruxismo o por cepillado incorrecto a través del tiempo, los dientes cambian de coloración a una más oscura, presentan grietas longitudinales del esmalte y son más propensos a la caries. Con la edad, hay más pérdida de hueso alveolar; por ello, las raíces quedan expuestas al medio bucal, siendo más sensibles a la abrasión, atrición y desmineralización. ,

Las caries generalmente se presentaran a nivel radicular que es de gran medida originada por las recesiones gingivales que con frecuencia tienen estos pacientes; Igualmente se debe al excesivo consumo de azúcar.

Los dientes tienden a volverse quebradizos porque al disminuir los vasos sanguíneos y los nervios de la pulpa reciben menor aporte nutricional.

La enfermedad periodontal es causada por la acumulación de placa dectobacteriana que fomenta la destrucción inmunitaria de los tejidos conjuntivos con reacción inflamatoria (gingivitis) llegando a la destrucción del hueso alveolar y del ligamento (periodontitis), con pérdida de tejido de sostén.

Si el odontogeriatra observa a su alrededor, podrá percatarse que la educación actual de la población, en cuanto a salud oral, está orientada a la prevención de las caries; Sin embargo, se da escasa importancia a la salud oral de un gran número de personas que son portadores de prótesis totales. Es importante que se proporcione información visual, oral y escrita, que ayude a mejorar la comunicación con este tipo de pacientes. Durante este proceso de educación, es importante indicarle el tiempo necesario para comentar sobre las características de la nueva prótesis, el proceso de elaboración y de como puede ayudar al dentista el cumplimiento eficaz y rápido. Es importante enfatizarle al paciente, que con una prostodoncia total bien elaborada, mejorará su apariencia al modificar el perfil, la posición de los labios, la sonrisa, el habla, y la masticación. 17

La integridad del cuerpo humano es la base para que pueda existir una adecuada funcionalidad de los órganos y sistemas correspondientes; la boca no es la excepción. El contar con las piezas dentales con buena condición es importante para la masticación y nutrición, sino que juega un papel relevante en la estética de la persona. La odontogeriatría no solo pretende mantener la integridad a través de los tratamientos de reemplazo o sostén, si no que la meta es la prevención

mediante el cuidado y limpieza de toda la cavidad bucal. La boca puede ser el reflejo de la educación sanitaria, del estado nutricional, el reflejo de padecimientos sistémicos, el medio de identificar reacciones adversas de múltiples farmacoterapias

CAPITULO IV

4. Nutrición

El envejecimiento individual depende fundamentalmente de la constitución genética del estilo de vida y del ambiente; se ha demostrado que algunos hábitos alimentarios aunados a determinadas costumbres suelen retrasar la independencia y en consecuencia disminuir la morbilidad. Para evitar la aparición de enfermedades que originen incapacidad y dependencia, más que para poder vivir más allá de los 100 años. Encontrar el "sano" equilibrio entre el abuso y la desnutrición y tener en cuenta las enfermedades concomitantes.

Sólo cuando el hombre dispone de los alimentos en cantidades suficientes y de calidad apropiada es capaz de cumplir con su función creadora y de lograr para sí la salud. Sin embargo, en el proceso del envejecimiento se presentan alteraciones biológicas, ya sean fisiológicas o patológicas, y varias, de tipo social que se relacionan directa o indirectamente con la alimentación.

Dentro de todos los cambios se destaca una modificación en la composición corporal, con disminución de la masa muscular, con cierta incapacidad o incoordinación para la realización de las actividades cotidianas.

El estado nutricional de las personas mayores de 65 años es variable de persona a persona por que está influido por la herencia, el ambiente, por los años anteriores, sus hábitos y tradiciones, pero es definitivo que la mayoría tiende a la desnutrición.

Las deficiencias nutricionales producen caries dental y disminuyen la resistencia infección y a los traumatismos. Las malas condiciones de la boca reducen la indigestión de nutrimentos en cantidad y calidad de los tejidos a la

Sin embargo, existen algunos adultos mayores con incapacidades físicas que no pueden superar, fenómeno que se presenta sobre todo entre los sujetos con mayores limitaciones socioeconómicas.

No es sencillo elaborar un plan que abarque todas las metas propuestas. Hay que considerar que cambiar de hábitos dietéticos suele ser más complicado de lo que parece, ya que intervienen infinidad de circunstancias en la selección y consumo de los alimentos. ..

CAPITULO V

5 La Historias Clínicas en otros Países.

Los objetivos primordiales de los diferentes países en la atención del Adulto Mayor Son:

En Venezuela el ejercicio de la odontogeriatría es una actividad multidisciplinaria, no tratan a los pacientes en forma aislada, sino que en todas las áreas o con grupos profesionales con mayor experiencia en la atención social, psicológica, cultural del Adulto Mayor.

Ellos toman en cuenta el interrogatorio que aporta el 50% de la información referente al paciente, un examen complementario como radiografía panorámica por año, es clave en el diagnóstico de patología en tejidos duros (maxilares, dientes, ATM, senos pare nasales y frontales.

En Argentina toman en cuenta al Adulto Mayor con sus características propias de la edad, que se relacionan en mayor o menor grado entre sí, pudiéndose mencionar como principales las sistemáticas, psicológicas, odontológicas, nutricionales, farmacológicas, a las que se agregan sus problemas económicos y sociales.

En el caso concreto de la odontogeriatría no solo importa la restauración de la boca, si no crear un marco apropiado para la atención del Adulto Mayor.

En Cuba dentro de los programas prioritarios del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) se encuentra el Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor, lo cual hace evidente el interés de este Estado que brinda una atención óptima a las personas de 60 años en adelante y con la participación de la familia y la comunidad.

Este programa es aplicable en todos los niveles de atención, que incluyen no sólo en la salud, sino seguridad social, deportes, cultura y otros.

El Subprograma de Atención Comunitaria del Adulto Mayor tiene como propósito:

Contribuir a elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del Adulto Mayor, mediante acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación.

Este programa comenzó a desarrollarse en todo el país en 1997, el subprograma comunitario de atención al Adulto Mayor cuenta con el nivel primario propiamente dicho y el nivel primario especializado (EMAG). El primero tiene la función dentro del programa de realizar el Examen Periódico de Salud (EPS) con una frecuencia anual a todas las personas mayores. EL EPS incluye en sí mismo una historia clínica completa de la persona Adulta Mayor más la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF). Con el EPS el binomio médico y asistente). El EMAG después de la consulta de evaluación y selección derivará al Adulto Mayor al servicio que requiera dicha persona, el propósito es mantener a los Adultos Mayores con la mejor funcionalidad posible en el seno de la familia. El Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG): garantiza la atención integral al Adulto Mayor con riesgo, brinda asistencia médica especializada a través de un sistema de evaluación Geriátrica.

CAPITULO VI

6.-Manejo de la Historia Clínica en Paciente Odontogeriatría.

Al inicio de la entrevista deberá saludar al paciente, nombrándolo por su apellido (Sr. o Sra. x).

Presentarse con el propio (soy el Dr. o Dra.).

Evitar el tuteo.

Estrechar la mano con calidez.

La actitud del odontólogo será cordial, con interés y respeto.

Los primeros cinco minutos deberá, mantener una actitud de escucha y mirando al paciente (contacto visual).

Si es necesario, utilizar respuestas de facilitación, empatía y apoyo, evitar preguntas.

La valoración del Adulto Mayor debe ser Holística, es decir: Física, Psicológica, Funcional y Social.

La entrevista deberá llevar "calidad" y buen Humor.

La entrevista deberá tomarse un tiempo amplio y de mucha atención.

Creando un ambiente de empatía.

Condicionar una entrevista relajada para escuchar y comprender sus problemas.

Dirigir la voz al oído menos afectado, hablando claro y lentamente.

Recordar que la sintomatología en el Adulto Mayor se caracteriza por ser atípica vaga y engañosa.

CAPITULO VII

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HISTORIA CLÍNICA EN ODONTOGERIATRIA

1. DATOS GENERALES.

Nombre _____	Fecha _____	Hora _____
Dirección _____	Teléfono _____	
Estado Civil _____	Edad _____	Sexo _____
Lugar de Nacimiento _____	Fecha _____	
Tiempo de vivir en el lugar actual _____	C. P. _____	Delegación _____
Ocupación _____	Grado de Escolaridad _____	
Nombre de su Médico Familiar _____	Teléfono _____	
Nombre del apoyo familiar _____		

2. PADECIMIENTO ACTUAL

¿ Motivo principal de la consulta? _____
¿Cambios de su salud en el último año? _____
¿Está usted bajo tratamiento médico? _____
¿Cuantos medicamentos toma actualmente? _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

	si	no
Hipertensión arterial	_____	_____
Diabetes mellitus	_____	_____
Obesidad	_____	_____
Infarto del miocardio	_____	_____
Enfermedad cerebral	_____	_____
Cáncer	_____	_____

4. ANTECEDENTES PERSONALES

	si	no
¿Le han diagnosticado algún problema cardiaco?	_____	_____
¿Padece de presión sanguínea alta o baja?	_____	_____
¿Sufre usted de dolores de cabeza frecuentemente?	_____	_____
¿Siente su nariz tapada frecuentemente?	_____	_____
¿Sufre usted de problemas estomacales?	_____	_____
¿Presenta sed con frecuencia?	_____	_____
¿Algún miembro de su familia padece diabetes?	_____	_____
¿Ha tenido algún problema de vesícula o hepático?	_____	_____
¿Es usted alérgico a algún medicamento en especial?	_____	_____
¿Es alérgico usted a algún otra cosa?	_____	_____
¿Ha tenido alguna transfusión sanguínea recientemente?	_____	_____
¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica recientemente?	_____	_____
¿Sufre de estreñimiento?	_____	_____
¿Ha tenido alguna caída o fractura?	_____	_____
¿Le han diagnosticado osteoporosis?	_____	_____
¿Ha tenido alguna hemorragia anormal después de una extracción dental?	_____	_____
¿Cuándo fue su último tratamiento odontológico?	_____	_____
¿Esta tomando algún (os) medicamento(s)	_____	_____
¿Padece de incontinencia urinaria?	_____	_____
¿Cuándo fue su último examen de papanicolaou?	_____	_____
¿Le han practicado alguna vez el examen de próstata?	_____	_____
¿En los últimos meses ha tenido relaciones sexuales?	_____	_____
¿Ve usted bien con ambos ojos?	_____	_____
¿Escucha bien con ambos oídos?	_____	_____
¿Alguna amputación?	_____	_____
¿Tiene cáncer?	_____	_____
¿Obesidad?	_____	_____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

5. VALORACIÓN PSICOLÓGICA

- ¿Que día es hoy? _____
- ¿En que día de la semana estamos? _____
- ¿Cómo se llama el lugar donde estamos? _____
- ¿Cuál es su número telefónico? _____
- ¿Que edad tiene? _____
- ¿En donde nació usted? _____
- ¿Quién es el Presidente de México? _____
- ¿Cuál era o es el nombre de su mamá? _____

6. VALORACIÓN SOCIAL

- ¿Cuántas personas conforman su familia? _____
 - ¿Cuántos hijos tiene, de que edad son? _____
 - ¿Cuántos de sus hijos están casados? _____
 - ¿Tiene buena relación con su esposo(a)? _____
 - ¿Que ocupación tiene? _____
 - ¿Practica algún deporte? _____
 - ¿Trabaja usted? _____
 - ¿Es jubilado? _____
 - ¿Fuma usted? _____
 - ¿Consumo bebidas alcohólicas? _____
 - ¿Ingiera alguna droga? _____
 - ¿Tiene vida independiente? _____
 - ¿Cuántas comidas hace al día? _____
 - ¿Come usted acompañado? _____
 - ¿Pertenece a algún club? _____
- Me puede describir su rutina diaria de 24 hrs. _____

7. VALORACIÓN FUNCIONAL

- ¿Se puede bañar usted solo? _____
- ¿Se viste usted solo? _____
- ¿Va al sanitario solo? _____
- ¿Sale solo a diferentes lugares? _____
- ¿Se alimenta usted solo? _____
- ¿Se rasura o se peina solo? _____
- ¿Controla usted su micción? _____
- ¿Lava usted su ropa? _____
- ¿Hace usted la comida? _____
- ¿Hace llamadas telefónicas? _____
- ¿Realiza su higiene bucal solo? _____

INDE.

DEP.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	INDE.	DEP.
¿Hace compras?	_____	_____
¿Abre o cierra puertas?	_____	_____
¿Lleva sus gastos?	_____	_____

8.-MORBILIDAD.

	Nunca	c /año	c / mes	semanal
¿Con qué frecuencia acude a consulta médica?	_____	_____	_____	_____
¿En cuántas ocasiones ha sido hospitalizado (a)?	_____	_____	_____	_____
¿Cuántos días ha estado en la cama durante El último año por motivo de salud?	_____	_____	_____	_____
¿Cuántos días estuvo hospitalizado (a) durante el último año?	_____	_____	_____	_____

9. VALORACIÓN NUTRICIONAL

¿Ha disminuido su ingesta en los últimos tres meses?	_____
¿Cree saber el motivo de la disminución de su apetito?	_____
¿Consumo diariamente, leche, queso? Yogur, crema?	_____
¿Cuántas porciones de huevo come a la semana?	_____
¿Cuántas porciones de carne, pescado, pollo come por día?	_____
¿Cuántas tazas de café, té consume por día?	_____
¿Cuántos vasos de refresco, agua, toma por día?	_____
¿Cuántas porciones de vegetales o frutas consume por día?	_____
¿Considera que tiene algún problema de desnutrición?	_____
¿Usa prótesis dentales?	_____
¿Siente que son funcionales?	_____

10. SIGNOS VITALES

Tensión Arterial _____	Pulso _____	Frecuencia Respiratoria _____
Temperatura _____	Peso _____	Estatura _____

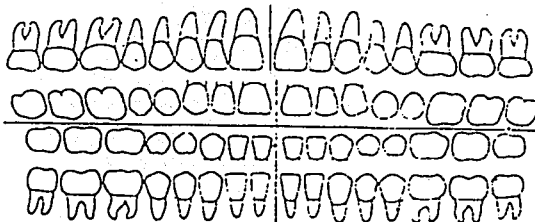
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

11. EXPLORACIÓN BUCAL

	si	no			motivo
Aspecto del paciente	_____	_____			_____
Facie Febril	_____	_____			_____
Facie Dolorosa	_____	_____			_____
Facie Caquética	_____	_____			_____
Facie Anémica	_____	_____			_____
Exploración de los ganglios _____					
Estado de la ATM.					
			si	no	
Normal			_____	_____	
Crepitación			_____	_____	
Auto corrección de la dislocación			_____	_____	
Dislocación de la ATM			_____	_____	
Dolor relacionado con la ATM			_____	_____	
Forma de los labios	_____				
Color	_____				
Textura	_____				
Alteraciones (si las hubiera)	_____				
Carillos	_____				
Paladar duro	_____				
Paladar blando	_____				
Lengua	_____				
Piso de boca	_____				
	si	no	Sup.	Inf.	Necesidad de
Edentulo	_____	_____	_____	_____	_____
Dientes Obturados	_____	_____	_____	_____	_____
Caries Radicular	_____	_____	_____	_____	_____
Caries Coronar	_____	_____	_____	_____	_____
Resto Radicular	_____	_____	_____	_____	_____
Atrición	_____	_____	_____	_____	_____
Abrasión	_____	_____	_____	_____	_____
Erosión	_____	_____	_____	_____	_____
Abscesos	_____	_____	_____	_____	_____
¿Cursa con algún dolor?	_____	_____	_____	_____	_____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

odontograma



Prostodoncia		si	no	sup.	Inf.	Necesidad de
Uso de Dentaduras		_____	_____	_____	_____	_____
Necesidades de Dentaduras		_____	_____	_____	_____	_____
Necesita Reparación		_____	_____	_____	_____	_____
Usa Prótesis Fija		_____	_____	_____	_____	_____
Usa Prótesis Removible		_____	_____	_____	_____	_____

Características Físicas

	buena	mediana	mala
Lenguaje (articulación)	_____	_____	_____
Coordinación	_____	_____	_____

Movimiento mandibular: normal _____ excesivo _____ limitado _____

Retención ósea maxilar: ninguna _____ ligera _____ requiere remoción _____

Retención ósea mandibular: ninguna _____ ligera _____ requiere remoción _____

Mucosa: sana _____ patológica _____

Saliva:

Consistencia _____

Cantidad _____ Xerostomia. _____

Actitud mental: filosófica _____ exacta _____ histórica _____ indiferente _____

Periodoncia

Encía: color _____ textura _____

¿Se cepilla los dientes? si _____ no _____

¿Conque frecuencia se cepilla usted los dientes? _____

¿Siente molestias cuando se cepilla los dientes? si _____ no _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

	si	no
¿Le sangran las encías cuando se cepilla o muerde alimentos duros?	_____	_____
¿Aparecen inflamadas sus encías a veces?	_____	_____
¿Siente los dientes flojos?	_____	_____
¿Retracción gingival?	_____	_____
Observar si tiene placa y calculo	_____	_____
¿Alguna restauración incorrecta?	_____	_____
¿Tiene problemas dentales que dificulten la alimentación diaria?	_____	_____
¿Le han hecho algún tratamiento en las encías	_____	_____
Medir bolsas periodontales	_____	_____

Endodoncia

Endodoncias predisa _____

Antecedentes de: caries _____ abrasión _____ traumatismo _____ otros _____

Obturación de: _____

Dolor: referido _____ localizado _____ fugaz _____ persistente _____
espontáneo _____

Malestar al: frío _____ calor _____ dulce _____ ácido _____ masticación _____ palpación _____
percusión _____ otro _____

Movilidad: si _____ no _____ 1° _____ 2° _____ 3°
diente(s) _____

Cámara pulpa r: normal _____ estrecha _____ calcificada _____ fractura _____ perforación _____
Otro _____

Conductos: normal _____ estrechos _____ calcificados _____ fractura _____ obstrucción _____
perforación _____ desarrollo incompleto _____ otros _____

Periodonto: normal _____ engrosado _____ resorción apical _____ lesión apical _____

Diagnóstico pulpar: pulpa sana _____ pulpitis reversible _____ pulpitis irreversible _____
Necrosis pulpar _____ pulpitis hiperplásica _____ despulpado _____

Examen Radiográfico: periapical _____ oclusal _____ pantografía _____

Observaciones:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Paciente: autónomo _____ dependiente _____ inadaptado _____

Diagnostico _____

Pronostico _____

Plan de tratamiento _____

**Autorización del tratamiento
(paciente)**

**Autorización del tratamiento
(familiar de apoyo)**

Nombre y firma

Nombre y firma

**Médico o C.D.
Tratante**

Autorización del C.D.

Nombre y firma

Nombre y firma

Fecha _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CONCLUSIÓN

En la época griega se empezó a recopilar datos basándose en síntomas y signos para diferenciar los padecimientos que después le llamaron patologías. Se empezó a mencionar en escritos acerca de la enfermedad, así se clasificaron las enfermedades y las alteraciones sin distinguir lo subjetivo de lo objetivo; Creando así la historia clínica.

Se realizó la exploración del paciente para poder valorarlo y determinar las múltiples enfermedades basándose en diferentes áreas medicas para dar un mejor diagnóstico, a través del tiempo.

El avance médico para elevar el nivel de vida ha hecho recopilación de datos en las enfermedades del Adulto Mayor, para llegar a un diagnóstico y un tratamiento eficaz.

En este trabajo se hace una propuesta de una historia clínica para poder valorar mejor al Adulto Mayor Holísticamente, y mejorar la atención en su tratamiento odontológico geriátrico y no crear diatrogenias

BIBLIOGRAFÍA

- Velasco, E., **Odontología Geriátrica Concepto y Objetivo y Desarrollo.** Revista Europea de Odonto-Estomatología, Volumen VII- No 2, Marzo-Abril 1995, p.106-107.
- Martín, A., **Atención Primaria.** Mosby / Doyma Libros, Barcelona Madrid, 1995, p.141-142
- Roisinblit, R., **La atención Odontológica del Anciano.** Revista de Odontogeriatría, Volumen- II, Diciembre 2000, p. 98-103.
- Richard, J., **Atención Primaria en Geriatria,** segunda Edición, Madrid España, Mosby / Doyma Libros, 1995, p.66, 70.
- Rodríguez, R., **Geriatria,** México, D.F., Mac Graw Hill Interamericana, 1999, p.29-31,43-45, 50, 74, 133-134.
- Fuentes, P., **Conocimiento Integral del Paciente en Odontogeriatría,** Revista de Odontogeriatría, Vol. 21 No, México, D.F., p.6-7.
- Dominick, P., **Odontología Preventiva,** Primera Edición, Argentina 1981, Mundi, S.A.I.C y F., p. 40-42.
- Chamberlain, **Signos y Síntomas en Medicina Clínica,** Introducción al Diagnostico Médico, México, D.F., El Manual Moderno, S.A. de C.V., 1990, p.4-5.
- Longarica, R., **Gerontología y Geriatria,** Interamericana, México, D.F., p 3-5, 58-63.
- Salgado, A., **Manual de Geriatria,** México, Salvat, 1994, p.29-30, 32, 139-141.
- Giglio, M., **Semiología en la Practica de la Odontología,** Última Edición, Santiago de Chile, Mc Graw- Hill-Interamericana, p. 6-11.
- Robles, C., **El Envejecimiento y sus Repercusiones Odontológicas,** Practica Odontológica, Vol. 17- No 9, septiembre 1996, p. 20-22.

Guzmán, R., **Prótesis totales: Un tratamiento que Puede Crecer Considerablemente en Nuestro Consultorio Dental**, México, D.F., Asociación Dental Mexicana, p 1-2.

Seymour, C., **Elaboración de la Historia Clínica**, México, D.F., El Manual Moderno, S.A. de C.V., 1987, p 4-7, 13-16.

Castillo, J., **Fundamentos del Diagnóstico**, 5º Edición, México, D. F., Francisco Méndez Cervantes, 1982, p. 12- 15, 31-33.

Biblioteca Universitaria Básica, **Investigación de Salud Oral, Métodos Básicos**, Trillas, p. 62-64, 42-43.

Bernier, L., **Medidas Preventivas para mejorar la Practica Dental**, Buenos Aires Argentina, p.313-314.

Ozawa, J., **Estomatología Geriátrica**, México, D. F. , Trillas, 1994, p. 72-77.

Paginas Web

Gerodontología Una Perspectiva Clínica., Correspondencia:
rghuelga@hch.sas.cica.es

La Historia Clínica al Diagnostico, Venezuela, mailto: drlucososa@cantv.net

El Adulto Mayor en Cuba, webmaster@infomed.sld.cu

<http://www.fac.med.UNAM.mx/deptos/salud/odontogeriatría.htm>

GLOSARIO

Afección m. Afición o inclinación , alteración

Aftas f. Lesión vésicoulceroza de las mucosas y faringe de origen herpético.

Amargura adj. Que esta afligido o disgustado, de genio desabrido.

Anamnesis . Conjunto de síntomas que han existido con anterioridad al período en que se examina al paciente.

Asimetría f. Falta de simetría.

Atrofia f. Disminución de volumen de un órgano a consecuencia de la insuficiencia de su nutrición

Aunados. Asociar para un fin.

Biológico adj. Que pertenece o se relaciona a la biología.

Caquectica o caquexia. Mal estado del organismo con adelgazamiento progresivo y terminación casi fatal.

Concilium. consejo sobre o consejo para.

Declinación. Decadencia , principio de la degradación.

Depresivo adj. Que se deprime, quitar las fuerzas, debilitar, abatir.

Diagnostico adj. Investigación de los síntomas de una enfermedad para reconocerla

Difería v., Aplazar , ser diferente.

Discrepancia f. Diferencia, desigualdad, desacuerdo.

Dorsal . parte superior de la lengua.

Edematoso adj. Relativo al edema, infiltración del tejido celular subcutáneo.

Empírico adj. Experiencia, practica médica basada en la simple experiencia.

Eritema f . Dermatitis caracterizada por un color rojo de la piel que se desvanece bajo el dedo.

Erosión f. Arrancamiento traumático de la epidermis, lo más a menudo por frotamiento.

Evidencia f. Calidad de evidente la demostración.

Expectativa f. Espera de algo que va a suceder.

Exploración f. Reconocimiento, observación de una herida u órgano interno.

Febril adj. Consiguiente o relativo a la fiebre.

Frágil adj. Que se rompe o se quiebra fácilmente, que se estropea con facilidad.

Genética adj. Teoría de la herencia de los caracteres anatómicos, citológicos y funcionales.

Geriátrico adj. Parte de la medicina que estudia la enfermedad de la vejez y su tratamiento.

Gingivitis f. Med. Inflamación de las encías.

Gradual v. Que va por grados.

Hostil adj. Contrario, enemigo a .

Imprescindible adj. Indispensable, necesario.

Justificación f. Motivo que justifica una acción, conformidad con lo justo.

Ligamento m. Conjunto de haces fibrosas que une los huesos entre sí en las articulaciones o manteniendo los órganos en la debida posición.

Maníaca adj. Enajenado, que parece manía

Metabolismo m . Toda transportación fisiológica de las sustancias introducidas, en el organismo.

Morbilidad f. Porcentaje de enfermos con relación a la cifra de población.

Necrosico. Relativo a necrosis mortificación d un tejido.

Nodulos m. (Del latín nodulus nudo pequeño) Pequeña nudocidad.

Papila f. Prominencia más o menos de la piel y las membranas mucosas.

Percepción f. acción de percibir el mundo por los sentidos.

Periodontitis (del gr. peri alrededor, odous , o dontos, diente y el sufijo itis inflamación). Inflamación de los ligamentos al alvéolodentario de origen fibroso.

Plenitud f. Totalidad, abundancia fig. Completo desarrollo.

Sensorial adj. Relativo a la sensibilidad

Síntoma (del gr. syn, con y piptein, caer) m. Todo signo clínico, y todo fenómeno patológico.

Sucumben v. Ceder, rendirse, someterse: sucumbir ante la fuerza, morir, parecer.

Superflua adj. No necesario, que está más, inútil.

Típicas adj. Propio de un sitio, persona o cosa.

Úvula f. Apéndice carnoso y móvil que cuenta de la parte posterior del velo palatino.

Vulnerable adj. Que puede ser herido. Atacado, defectuoso, que puede ser perjudicado.

Xerostomía (del gr. xeros, duro y estoma. boca) f. Supresión de la secreción salival, que ocasiona sequedad de la boca con sensación de dureza.