



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

HISTORIA CLÍNICA EN
ODONTOGERIATRÍA, UNA PROPUESTA
HOLÍSTICA

TESINA

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

SALOMÓN MACOTELA CAMPUZANO

DIRECTOR: C.D. CONRADO LUPERÓN CHÁVEZ

MÉXICO, D. F.

2005

m. 343257

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS, por haberme cumplido mi sueño, y el de mi familia

A ti, Papà en tu memoria, gracias a tu esfuerzo lleguè a la culminaciòn de una etapa tan importante para mi.

A ti Mamà, que con tu cariño siempre me motivaste para seguir adelante.

A mis Hermanos que con su ejemplo de lucha en la vida, han sido y seguiràn siendo mi modelo a seguir.

A Mary y Marita que son bendiciones de Dios en mi vida y me motivan a seguir adelante

A mi tia Tere, Sara y tío Adriàn, que con su ayuda, amor y cariño en los momentos difìciles he logrado salir adelante

A mi nueva familia Mara, Jorge Mario, Gaby, Viridiana y Jaime gracias por todo el aprecio y ayuda.

ÍNDICE

Introducción.	2
Objetivos.	3
1. Antecedentes históricos de la historia clínica.	5
2. Importancia de la historia clínica.	10
3. Factores que integran una historia clínica odontogerítrica con enfoque holístico.	14
3.1 Factor biológico	14
3.2 Factor psicológico	15
3.3 Factor social	16
3.4 Factor económico	17
3.5 Factor funcional	17
4. Importancia de la historia clínica en odontogeriatría con enfoque holístico.	19
5. Síndromes geriátricos.	23
5.1 Síndrome de caídas	23
5.2 Síndrome de inmovilidad	24
5.3 Síndrome de regresión psicomotora	24
5.4 Síndrome de incontinencia urinaria	25
5.5 Falla cerebral	25
5.6 Depresión	26
5.7 Síndrome de polifarmacia	26
5.8 Colapso del cuidador	27
5.9 Abuso y victimización	28
6. Historias clínicas odontogerítricas en otros países	29
6.1 Historia clínica odontogerítrica en Argentina	29
6.2 Historia clínica odontogerítrica en Chile	30
6.3 Historia clínica odontogerítrica en Colombia	31
6.4 Historia clínica odontogerítrica en España	32
6.5 Historia clínica odontogerítrica en EUA	33
6.6 Historia clínica odontogerítrica en Brasil	34

6.7	Historia clínica odontogerítrica en México	35
6.8	Historia clínica odontogerítrica en Italia	36
7.	Problemas especiales de la entrevista en el adulto mayor.	38
7.1	Pacientes que muestran silencio	38
7.2	Pacientes que hablan demasiado	39
7.3	Pacientes con trastornos auditivos	39
7.4	Pacientes ciegos o con alteraciones visuales	40
7.5	Pacientes con disminución de la energía vital	40
8.	Métodos de apoyo a la historia clínica odontogerítrica.	41
8.1	Índice de evaluación de la salud oral geriátrica (GOHA)	41
8.2	Valoración geriátrica integral (VGI)	42
8.3	Valoración clínica y social	43
8.4	Valoración funcional	45
8.5	Valoración mental	46
8.6	Valoración del nivel de estrés	46
8.7	Miniexamen cognoscitivo de Folstein	48
8.8	Escala de depresión de Yesavage	49
9.	Requisitos que debe contener el expediente clínico según la Secretaría de Salud.	50
10.	Historia Clínica en Odontogeriatría una Propuesta Holística	54
11.	Consentimiento informado	67
	Conclusiones	68
	Bibliografía	70

INTRODUCCIÓN

La presentación clínica de las enfermedades en los ancianos tiene con frecuencia características únicas y habitualmente diferentes de las que presentan los trastornos similares en los pacientes más jóvenes. Junto al hecho de que los ancianos también presentan alteraciones propias del envejecimiento y de los cuadros patológicos múltiples, este hecho hace que el estudio clínico sea en ocasiones complicado.

El objetivo de este trabajo es proveer un esquema, para elaborar una historia clínica en odontogeriatría mediante una propuesta holística (entiendase por "holístico", la doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que la componen¹), ya que las diferentes especialidades médicas ponen mayor énfasis en distintos aspectos de la historia clínica y el examen. Se pretende que constituya un esqueleto sobre el cual construir. Siendo documento base para la odontogeriatría apoyada por distintas ramas de la medicina y cuestionamientos claves de cada especialidad de acuerdo a nuestro interés.

La importancia de la historia clínica en odontogeriatría es obtener un panorama completo de la situación actual del paciente geriátrico, la cual es interpretada a lo largo de su vida, su historia familiar, ocupación, costumbres circunstancias sociales, consecuencias, realidades y experiencias.

La historia clínica desde la antigüedad hasta nuestra época moderna se ha reforzado de valores como el ético, moral y legal.

Para realizar este trabajo se analizaron diversos formatos de historias clínicas odontogeríatricas ya establecidas, de diversos países del mundo, como Chile, Argentina, Brasil, Colombia, Estados Unidos de Norteamérica, España y México.

Por medio de esta recopilación se pudo establecer un nuevo formato que intenta hacer una evaluación integral del paciente geriátrico, la cual promete ser más completa y eficaz.

Después de la recopilación bibliográfica que se realizó, se cree necesario el establecer un formato en México, ya que a través de este trabajo se pudieron observar ciertas necesidades y carencias que tiene nuestro país con respecto a la historia clínica odontogeriátrica.

OBJETIVOS

Después de analizar la alta prevalencia de enfermedades en el anciano, los diferentes patrones de presentación, su tendencia a la incapacidad, su difícil respuesta al tratamiento y sus frecuentes requerimientos de soporte social, es evidente la necesidad de una preparación profesional con una historia clínica odontogeriatrica específica, por lo cual se establecen los siguientes objetivos.

- Analizar diferentes historias clínicas ya establecidas a nivel mundial con el fin de hacer una propuesta más integral sobre la misma.
- Dirigir a una formación que contemple al paciente geriátrico, en su completo entorno bio-psico-social, a lo largo de una cadena que comienza en los cambios (morfológicos, psicológicos, funcionales y sociales) que origina el proceso de envejecimiento individual, continúa con la prevención y el manejo de las diferentes situaciones en enfermedad e incapacidad y culmina con la actuación interdisciplinaria conjunta en los distintos niveles gracias al interrogatorio clínico oportuno de la odontogeriatrica.
- Conocer al paciente integralmente, no solo su boca. Recabar datos sobre su salud en general y sobre sus aspectos psicológicos y sociales.
- Identificar pacientes con patología previa que suponga un serio problema para su vida o que pueda complicar el tratamiento dental, o a los que se hallen bajo una medicación que pueda resultar potenciada o interferida por los fármacos a prescribir, que pueda complicar el plan de tratamiento o que sirva de clave para descubrir una patología existente no referida por el paciente
- Mejorar la comunicación efectiva del odontólogo con el médico acerca

de la patología asociada que presente su paciente.

- Ayudar a establecer una buena relación odontólogo-paciente, demostrándole que se le atiende integralmente.
- Proteger al odontólogo desde el punto de vista legal.
- Promover una cultura gerontológico
- Fortalecer su autoevaluación

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica registra la actividad que se efectúa, cuando un médico y un paciente en colaboración voluntaria o forzosa establecen contacto, lo que de manera genérica se ha llamado "acto médico". La expresión gráfica del padecimiento de una persona es un hecho que puede estar acompañado de otros muchos, secundarios y relacionados con el y así, la historia clínica tiene las más diversas modificaciones y aspectos según el tiempo o la situación en que se producen.

La historia clínica siempre es un documento en el cual se describe la enfermedad de un paciente. Mientras la medicina no fue una ciencia, la historia clínica era superflua e innecesaria, ni siquiera se sospecho su existencia, lo que explica claramente por qué apareció con Hipócrates cuando la medicina dejó de ser tan empírica, mágica y religiosa para convertirse en científica y experimental.

La justificación de la historia clínica esta en su gran significancia 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.

La historia clínica empezó con Hipócrates; en el *Corpus Hipocraticum*, entre las obras indiscutiblemente escritas por el mismo, están los libros de *epidemias I y III*, en los que, para ilustrar el texto, aparecen reunidas 42 historias clínicas.

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

En los últimos siglos de la edad media hubo de nuevo la necesidad de escribir historias clínicas, pero no se pueden relacionar con las de la antigüedad clásica, pues no siguen la forma, el contenido ni el objeto.

Durante el renacimiento del siglo XII el médico medieval salió de las aulas con gran preparación teórica, pero sin haber atendido pacientes; en esas condiciones tuvo que iniciar su ejercicio de la medicina, lo que motivó que los médicos experimentados escribieran, para ayuda de los novatos, una serie de notas que normaban sus acciones. Se emplearon relatos de enfermedades padecidas por sus enfermos y la actitud que tuvieron con ellos. La colección de *Consilia* más antigua es la que hizo Tadeo Albertini en el siglo XIII compuesta por 107 casos y conservada en la biblioteca Vaticana.

Los *consilia* no pueden considerarse como historias clínicas personales, sino como ejemplos específicos de afecciones relatadas para la enseñanza y "consejo" en la manera de proceder.

Simultáneamente Sydenham, aportó un nuevo interés por la historia clínica usada para fundamentar las "especies morbosas", la identidad de las enfermedades y la teoría como en épocas galénicas, sino la clasificación de los diferentes cuadros patológicos establecidos a partir de los datos que la misma historia suministraba.

Trató de aplicar en la "especie morbosa", la observación y sistematización de los síntomas, hizo descripciones patológicas idóneas, fundadas en síntomas "específicos".

La evolución de la historia clínica durante el siglo XVIII fue importante. Desde fines del XVII hasta principios del XIX, hubo dos tendencias: la historia organicista morfológica y la de interés sintomático clasificador.

Por una parte Morgagni publicó en su libro *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, más de quinientas historias clínicas con diagnóstico necrópsico. Por otra Boerhaave fue minucioso en la descripción del síntoma y sistemático en la clasificación del diagnóstico, determinando así normas precisas para uniformar el relato en la historia clínica.

En el siglo XIX, a partir de Bichat se desechó la tendencia clasificadora para relacionar al síntoma con la lesión. Pero esto fue posible con algunos métodos de exploración física; Augenbrugger difundió el uso de la percusión y Laennec el de la auscultación. Más tarde quien relacionó la historia clínica con la exploración del enfermo, fue Corvisart.

La mentalidad anatomoclínica evolucionó hasta Virchow, quien cambió la localización patológica del tejido descrito por Bichat, a la célula que pocos años antes fue declarada por Scheleiden y Schwann como la unidad biológica de todos los seres.

A principios del siglo XIX la historia clínica tuvo predominio anatomoclínico. Pasada la mitad del siglo y a consecuencia de los progresos en fisiología por los trabajos de Muller, Magendie, y sobre todo de Claudio

Los análisis clínicos se ampliaron con el laboratorio, se comenzó a cuantificar glucosa y urea en la sangre; mediante el microscopio se pudieron conocer las variaciones de los glóbulos; los aparatos de registro gráfico que

inventó Marey pasaron a usarse en la clínica, así apareció el esfigmograma, antecesor del electrocardiograma.

Durante los últimos años existe la tendencia de elaborar un expediente clínico integrado exclusivamente por problemas del paciente. Un expediente orientado por problemas que en el aspecto administrativo facilita su evaluación. El expediente reúne la actividad realizada cuando un médico y un paciente establecen contacto para llevar a cabo el "acto médico".²

Los ancianos tienen: *a)* algunas enfermedades específicas de su edad, muy raras o inexistentes en edades anteriores (p. ej., amiloidosis cardíaca, carcinoma prostático, incontinencia urinaria, etc.); *b)* otras con una incidencia mucho más alta que la que se encuentra en periodos previos de la vida (infecciones, tumores malignos, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, diabetes, vasculopatías periféricas, etc.), facilitadas por los cambios que han ocurrido en su organismo, pero que no se comportan igual que a otras edades; *c)* las mismas enfermedades que a cualquier otra edad pero con peculiaridades específicas semiológicas, diagnósticas y terapéuticas que es necesario conocer, y *d)* con mucha más frecuencia compromiso de otros órganos y sistemas en el curso de sus enfermedades y concurrencia de más de un proceso morboso (pluripatología).

Además, en mayor medida que en otras edades, hay que tener en cuenta que todos estos procesos se hallan modulados por problemas sociales (económicos, de soledad, de incapacidades, etc.), psicológicos, de comportamiento (actitud ante la vida, deterioro mental, etc.) y por la mayor necesidad de considerar factores como la rehabilitación, reinserción social, etc. En resumen, el paciente anciano padece más enfermedades, es mucho más vulnerable a todo tipo de agresión, sus mecanismos de defensa son más limitados, en él es menor la reserva fisiológica, las patologías se

imbrican unas sobre otras en mayor medida que en otras edades, se manifiestan, diagnostican y tratan en muchos casos de otra forma, y tienen una mayor implicación social. Todo ello confiere una especificidad al paciente geriátrico que el clínico que atiende ancianos, sea o no geriatra, debe conocer. Obliga a que deba ser contemplado de una manera integral, en la medida de lo posible por un equipo interdisciplinario constituido por médicos, técnicos de enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, dietistas, rehabilitadores y psicólogos psicogeriatras.³

Por estos factores de gran importancia previamente mencionados es preciso elaborar una historia clínica integral, que soporte los datos médicos, sociales, psicológicos, funcionales, económicos, etc., del paciente adulto mayor.

2. IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

Generalmente el desarrollo de un sistema que pueda capturar toda la información sobre el estado de salud de nuestro paciente, mejorará la eficacia en la atención dental y lo más importante evitará un daño no deseado. Esto generará a futuro una mayor confianza del paciente y aumentará nuestro prestigio en la zona o región dónde realizamos nuestra tarea cotidiana.

VALOR ÉTICO trata esencialmente de conseguir una correcta elaboración de diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

La historia clínica de acuerdo con las normas generales de la ciencia de la salud, es el resultado del trabajo médico en el paciente, la realización de la fase cognoscitiva de la relación médico – paciente.⁴

VALOR LEGAL : Para la evaluación de la actuación odontológica, la justicia recurre a evaluar la pericia, prudencia y diligencia del profesional actuante. La cual queda plasmada en la historia clínica dental confeccionada.⁵

La historia clínica es un instrumento médico – legal, de gran utilidad para el personal del área de la salud. Su importancia radica en el simple hecho de que es una herramienta útil en el centro de salud donde se labora (público o privado); como de orden judicial tanto para el reconocimiento forense o arbitrajes penales. El cual tendrán un análisis o síntesis que será conocido como diagnóstico y tratamiento.⁶

VALOR MORAL: La HISTORIA CLÍNICA debe llenar ciertos requisitos para hacerla práctica, útil y actual. Uno de ellos es el de tomar en cuenta los

padecimientos frecuentes del medio. Las circunstancias ya sean positivas o negativas, pero que tengan relación con el padecimiento actual o bien con el terreno en que se desarrolla la enfermedad, deben ser consideradas siempre y recordando que al paciente adulto se le debe otorgar un trato especial.

Se necesita pues, actualizar datos y enfermedades, hábitos y costumbres; así, por años se han anotado en antecedentes personales *no patológicos* los datos como el tabáquico y el alcohólico.

La historia clínica debe comprender un *interrogatorio* de datos, tanto próximos como remotos, con preguntas generales que orienten o detecten algún padecimiento, y ya en un problema determinado, se harán las preguntas dirigidas tanto en antecedentes como en el aparato o sistema que pudiera estar comprometido, y los datos mínimos, pero completos de la exploración somática general, que den idea al terreno en que se desarrolla un padecimiento y la descripción precisa y clara de las alteraciones físicas encontradas.

El estilo concebirá una historia precisa, clara y fácil de comprender, ya sea para un auditorio o para el lector que la consulta, y debe estar relatada como si este fuera el propio explorador o interrogador.

De acuerdo con el momento clínico y en beneficio de la calidad del documento, la extensión quedará a criterio del médico.

La técnica de redacción variará de acuerdo con las finalidades de una historia clínica, a saber:

- Para conocimiento del paciente, de la evolución del padecimiento, pronóstico y curación.

- Como registro de consulta personal.
- Como registro hospitalario.
- Para fines estadísticos.
- Para aplicación de sistemas de evaluación del expediente clínico.
- Para material de publicación.

Con este objeto se deben valorar las tres formas posibles de un esquema-formato de Historia Clínica General, pues cada especialidad hace referencia a determinados datos en particular:

- En forma de capítulos con su correspondiente espacio en blanco.
- En forma de capítulos con los distintos incisos a interrogar o explorar, que sirven como recordatorio al médico que la elabora.
- Formato resumido en: ficha de identificación, antecedentes, padecimiento actual, interrogatorio por aparatos y sistemas, exploración somática.²

La historia clínica es el documento 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.

Aún cuando no sea posible establecer en general la disposición en que ha de encauzarse el estudio clínico del enfermo, si es posible analizar los diferentes capítulos que lo comprenden en un determinado orden que está sancionado por la lógica y la costumbre: *Interrogatorio, Exploración física y Estudios complementarios.*

Además de tener conocimientos se requiere estar familiarizado con las manifestaciones semiológicas de las enfermedades, y el profesional debe ser capaz de establecer una buena relación con el paciente que le permita

obtener el máximo de información útil. Requiere de paciencia, empatía para "ganarse" al paciente, y experiencia.²

3. FACTORES QUE INTEGRAN UNA HISTORIA CLÍNICA ODONTOGERIÁTRICA CON ENFOQUE HOLÍSTICO.

En el caso de la odontogeriatría las especiales características del paciente adulto mayor (AM) hacen necesaria una sustancial modificación de los modelos de valoración clínica o biológica utilizados tradicionalmente. En el paciente AM confluyen, por un lado, los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico, con un declinar paulatino de la funcionalidad de los órganos y sistemas, disminución de la reserva funcional y alteración de la homeostasia del organismo, aumentando su vulnerabilidad ante situaciones de estrés o enfermedad, mientras que por otro está la especial forma de presentación de la enfermedad en este grupo etario.⁷

Dentro de los factores que se consideran en este trabajo, se encuentran los siguientes.

3.1 FACTOR BIOLÓGICO

El organismo sufre una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en diversos órganos y tejidos caracterizadas por tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional. Hay en especial pérdida de peso y volumen de los órganos parenquimatosos, reducción de la vascularización capilar, aumento de tejido conjuntivo, disminución del contenido hídrico con pérdida de la turgencia tisular y tendencia a la resequedad. Esta última es notable sobre todo en la piel, que en ancianos es típicamente seca sin elasticidad. El proceso normal de envejecimiento puede verse alterado por

multitud de factores, tanto endógenos –que responden a una causa biológica- como exógenos, es decir, los que se producen por el ambiente.^{8,9}

3.2 FACTOR PSICOLÓGICO

Los aspectos que el médico que trata pacientes viejos debe contemplar son el estado cognitivo y el afectivo. El primero abarca el conocimiento y la identificación de los cambios mentales asociados al envejecimiento, los estados confusionales y la demencia. En la valoración del estado afectivo deben evaluarse la depresión y la ansiedad.

El factor psicológico: Abarca la función intelectual, la afectiva y la perceptiva.

Función intelectual: Es la función superior del individuo gracias a la cual genera ideas y juicios, resulta de diferentes capacidades como recordar, entender, abstraerse, orientarse en tiempo y espacio, calcular, comunicarse, resolver problemas. Se exploran mediante pruebas sencillas: la orientación, averiguar el día de la semana, fecha, mes, año, estación del año, lugar donde vive y donde se encuentra durante el momento del examen.

La memoria reciente: repetición de tres palabras. Memoria tardía: interrogación sobre hechos o personas del pasado alejado. Repetición de tres palabras que ya hubiera dicho minutos antes. Concentración y cálculo. Cálculos matemáticos simples. Repetición de tres dígitos siguiendo un orden determinado y luego en orden inverso. Mostrar un objeto y preguntar qué es. Escribir una oración, copiar un dibujo (lenguaje).

Función afectiva: Es el estado del humor. Interesa averiguar dos alteraciones frecuentes en los ancianos, la depresión y la ansiedad. Estas pueden aparecer primariamente constituyendo toda la enfermedad, o, secundariamente a diversas afecciones somáticas o psíquicas.

Algunas preguntas para investigar estas dos alteraciones son: ¿se siente decaído? ¿se siente atemorizado? ¿se siente intranquilo y se muestra inquieto? ¿tiene ganas de llorar? ¿es muy impaciente y se irrita fácilmente? ¿puede dormir de noche? ¿cómo se siente al despertarse? ¿se siente mejor a la mañana o transcurrido el día? ¿tiene el mismo apetito que antes? ¿aún mantiene el mismo peso que habitualmente? ¿tiene palpitaciones, ahogos o transpira sin causa evidente? ¿se cansa con las tareas habituales? ¿mantiene la misma lucidez mental habitual? ¿hace las tareas con la misma facilidad que antes? ¿confía en el futuro? ¿tiene dificultad para tomar decisiones? ¿se siente útil y necesario para su familia y la sociedad? ¿le resulta agradable vivir? ¿le gustan las mismas cosas que antes? ¿cree que sería mejor para los demás si desapareciera?

Función perceptiva: Estudia dos de las funciones más frecuentemente alteradas en los viejos, la visión y la audición, ya que pueden ir declinando durante la vejez. Ocasiona importante discapacidad y repercuten marcadamente sobre la esfera psíquica y social. La audición se explora en forma gruesa durante la anamnesis y la visión con el examen de la parte anterior de los ojos en el estado actual y luego haciendo leer un texto al paciente. En caso necesario, se solicita la consulta con los especialistas.^{11,12}

En general el factor psicológico debe dar prioridad a estrés, depresión, ansiedad, dolor (agudo y crónico), cansancio, manía, paranoia y trastornos situacionales.³

3.3 FACTOR SOCIAL

Se pretende estudiar la relación entre el anciano y el entorno o estructura social que le rodea. La importancia de los aspectos sociales en el estado funcional e independencia y su contribución a la salud y bienestar del anciano es indudable.¹³

Cambio de Rol individual :
Los cambios de rol individual se plantean desde tres dimensiones :
El anciano como individuo, el anciano como integrante del grupo familiar,
el anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas.¹⁴

El aislamiento social se considera un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad y de incapacidad secundaria, así como de mortalidad. El entorno no familiar en su vida diaria, crea una falta de sentido en el medio ambiente.⁵

3.4 FACTOR ECONÓMICO

Explora las actividades que desarrolla y las relaciones con que cuenta el paciente, sus recursos y vivienda. La carga que representa para sus familiares. Si requieren en el caso de discapacitados, individualizar una persona responsable que pueda colaborar con su atención. En el caso de los pacientes jubilados constituye un acontecimiento importante en la vida y aparece una crisis, cuyas consecuencias en muchas ocasiones son desfavorables para la salud física y mental de los individuos, y a su vez pueden ser generadores de ansiedad o depresión.⁹

Por desgracia en la sociedad mexicana el factor nutricional depende en la mayoría de las ocasiones, en gran medida del factor económico; siendo una determinante grave, para el estado de salud del adulto mayor.

3.5 FACTOR FUNCIONAL

Según la publicación de la OMS, "Aspecto de la Salud Pública en los ancianos y en la población" del año 1959, como mejor se mide la salud en los ancianos es en términos de función.

Es la aptitud del anciano para realizar las actividades de la vida diaria en forma independiente.¹⁰

Los programas de valoración geriátrica determinan el estado funcional del paciente antes y después del tratamiento, que suele incluir diferentes técnicas de rehabilitación. Las medidas del estado funcional incluyen siempre la determinación de las actividades de la vida diaria para comprobar los cambios que se presentan con el paso del tiempo, y se ha podido confirmar que la mayor parte de los pacientes mejoran de este estado funcional durante su estancia en los diferentes niveles hospitalarios geriátricos.

Comprende varios actos: higienizarse, vestirse, moverse en el hogar, controlar los esfínteres, alimentarse, usar escaleras. Si estas funciones básicas están conservadas, se explora otras más complejas como el tomar medicamentos, telefonar, manejar dinero, atender el hogar, usar medios de transporte.

Unos de los objetivos primordiales en el cuidado del anciano es, por medio de la valoración funcional, prevenir la incapacidad y fomentar su independencia que es tan importante como prevenir y tratar su enfermedad.

La metodología de la valoración funcional se realiza a través de diversas medidas y escalas.³

4. IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA EN ODONTOGERIATRÍA CON ENFOQUE HOLÍSTICO.

El paciente geriátrico se define como una persona mayor de 60 años, que puede o no presentar polipatologías, con gran fragilidad, dependiente, que consume más recursos económicos, con mayor riesgo y mayor morbimortalidad, así como posible polifarmacia, tendencia a la incapacidad, con condicionantes sociales y mentales (demencias, depresión y delirio); por lo tanto con mayor necesidad de rehabilitación.¹⁵

Al aumentar la edad y con los avances de la medicina actual, hay un aumento gradual de la esperanza de vida del individuo. Con esto hay aumento de varias enfermedades.¹⁶

Las personas adultas pierden fuerza y resistencia en aspectos relacionados a su salud. El estado funcional de los tejidos de una persona anciana es muy diferente al de una persona joven. Esto provoca demandas específicas en el cambio del tratamiento, sobre la técnica y extensión de las citas e intervenciones, sobre materiales y medicamentos empleados.¹⁷

La incidencia de enfermedades crónicas aumenta con la edad y el cirujano dentista puede ser el espectador de un largo número de problemas en el anciano, como son: enfermedades respiratorias y cardiovasculares, cáncer, artritis y demencia. Todos estos pacientes requerirán mayor tiempo y atención por parte del cirujano dentista.¹⁸

Los ancianos forman un grupo heterogéneo pero específico debido a la índole única de sus problemas de salud que incluyen las siguientes características:

- A menudo sus problemas médicos son múltiples.
- Sus problemas se presentan con frecuencia de manera atípica.
- Muchas veces su movilidad puede resultar perjudicada.
- El deterioro del estado físico ocurre con rapidez en los ancianos enfermos y en ellos los ritmos de curación son más lentos.
- Se puede provocar con más facilidad iatrogenia, en las personas de edad avanzada.¹⁹

Muchas enfermedades en este grupo de personas, son atípicas, por lo tanto de difícil diagnóstico; aunado a que muchos médicos no tienden a evaluar cuidadosamente al anciano.

Debemos reflexionar acerca de la importancia que para el cirujano dentista, de práctica general o especializado, reviste la odontogeriatría o estomatología geriátrica, debido a que las enfermedades dentales y orales son una condición crónica que afecta a la mayoría de los ancianos.

La boca es el monitor inicial del sistema digestivo y se encuentra además íntimamente relacionada con las funciones de lenguaje, trastornos emocionales y la estructura del ego en las personas de edad avanzada; de manera que las enfermedades que la afectan pueden exacerbar deficiencias nutricionales, contribuir a los trastornos metabólicos, desempeñar un papel oculto en la génesis de las depresiones y contribuir significativamente al deterioro progresivo y a la caquexia. En aquellos individuos con enfermedades cardíacas, la sepsis oral puede conducir a la septicemia y a la endocarditis bacteriana subaguda.

En los casos de enfermedades cerebrovasculares que afectan la boca, es posible observar disfunciones del habla en varios grados. La

incidencia de cáncer oral es más alta en los ancianos y es la causa de casi 8,000 muertes anuales.

La interacción de estos problemas nos conduce a una revisión exhaustiva de conocimientos para diagnosticar, identificar y tratar los cambios; y estudiar los efectos normales y patológicos que el envejecimiento tiene en la boca.⁹

Por tales motivos, es imprescindible contar con una historia clínica holística, es decir compuesta por diversas especialidades de la odontología y la medicina geriátrica, el modelo modificable de historia clínica debe contener apartados de nuestro específico interés de acuerdo a su estado bucal, físico, mental, social, nutricional, etc.

El tratamiento odontológico del anciano es un desafío, por que aumentan considerablemente las patologías sistémicas.²⁰

La historia clínica en odontogeriatría, es la biografía del individuo en relación a sus padecimientos físicos y mentales con mayor énfasis en el estado de salud bucal del paciente geriátrico, incluye todos los datos antecedentes y actuales que puedan estar vinculados con ellos: su medio ambiente, sus hábitos costumbres, sus características antropológicas y los factores concernientes a su herencia. De su exactitud e integración dependen no solo el diagnóstico, el pronóstico y la terapéutica del enfermo, sino también el conocimiento del ambiente en que se desenvuelve, de su pensamiento, de sus alegrías y angustias, en fin de todo aquello que permite al Cirujano Dentista ayudarlo más y participar con mejores armas en las actividades de la comunidad.²

La "muerte natural" no accidental (o sea, debida "a la edad") por lo común se debe a inanición secundaria a la pérdida dental.²⁹

Tras una primera incursión en cual es su problema oral, debemos centrarnos en su historia médica. La elevada morbilidad de estos pacientes y el consumo de gran cantidad de fármacos nos obliga a detenernos en la elaboración de un historial médico. Numerosos estudios han evidenciado el aumento de patologías sistémicas y polifarmacoterapia en las personas mayores que requieren tratamiento dental.

La incapacidad para masticar junto con las variaciones de las funciones gastrointestinales provocan un apetito caprichoso que a veces conlleva malnutrición y adelgazamiento.²²

Con frecuencia los antecedentes dentales son de considerable significado. Por ejemplo, un paciente geriátrico con dientes naturales, pero que no ha visitado al odontólogo durante años, es probable que tenga resistencia a la caries y a la enfermedad periodontal, lo que debe considerarse al decidir el plan de tratamiento.¹⁶

5. SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Un síndrome es un complejo de signos y síntomas provocados por una causa común o que aparecen, en combinación, para presentar el cuadro clínico de una enfermedad o anomalía hereditaria.

Se llega a los síndromes como consecuencia de enfermedades de alta prevalencia en los ancianos; a veces con manifestaciones atípicas o inadecuadamente controladas y en avanzado estado de evolución y que conllevan una notable pérdida de la autonomía personal y de la calidad de vida, asociándose frecuentemente a problemas sociales.

Cada uno de ellos puede ser originado por una extensa lista de causas diferentes que, por otra parte, suelen presentarse de forma conjunta en los ancianos, resultando a menudo en una etiología multifactorial.¹⁹

Entre los síndromes más representativos en la vejez encontramos los siguientes:

5.1 SÍNDROME DE CAÍDAS

Las caídas son un problema clínico entre la población anciana, debido a su alta frecuencia y sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Las caídas son una causa importante de mortalidad, inmovilidad e institucionalización prematura, además de ser un importante marcador de fragilidad en la edad avanzada, así como un factor de riesgo de deterioro y de mal pronóstico.

La meta en el tratamiento del síndrome de caídas es mantener al anciano en un estado óptimo, con una funcionalidad independiente el mayor tiempo posible y con la mayor seguridad en su lugar de residencia. Esto se logra al revisar y modificar los factores de riesgo crónicos y agudos, incrementar las actividades de la vida diaria, modificar el entorno de la persona, proporcionándole mayor seguridad, confianza y apoyo psicológico.

5.2 SÍNDROME DE INMOVILIDAD

Se define como el conjunto de síntomas físicos, psíquicos y metabólicos, los cuales resultan de la descompensación del precario equilibrio del anciano, por el hecho de haber interrumpido o disminuido sus actividades de la vida diaria.

La inmovilidad afecta a los diferentes órganos y sistemas (aparato cardiovascular, respiratorio, músculo, osteoarticular, urinario, digestivo, piel y privación sensorial) en un grado variable, y en muchas ocasiones pueden originar trastornos letales (p. ej., una bronconeumonía y las úlceras por presión infectadas) pero pueden y deben ser prevenidos.

5.3 REGRESIÓN PSICOMOTORA

Es la pérdida de autonomía motora; es un problema que se presenta en los viejos y es de característica global, es decir, abarca las esferas motora, intelectual y psicoafectiva.

Se puede mencionar que el componente motor y psicológico de la regresión psicomotora, se caracteriza por la hipertonia de oposición, astasia-abasia, bradicinesia, alteración del equilibrio, reacciones de adaptación postural, desinterés y falta de motivación.

La regresión psicomotora constituye el extremo del abatimiento funcional, donde se afectan en todas sus esferas la independencia y vitalidad del individuo.

5.4 SÍNDROME DE INCONTINENCIA URINARIA

Se define como un trastorno mediante el cual se produce la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable y que produce problemas sociales, psicológicos y de higiene para el individuo.

La incontinencia urinaria se puede clasificar con respecto al sitio de origen en urológica, neurológica y funcional, y desde un punto de vista clínico se puede clasificar en transitoria y permanente; que a su vez esta última puede clasificarse fisiopatológicamente en incontinencia de urgencia (inestabilidad del detrusor), incontinencia por rebosamiento, incontinencia de esfuerzo (estrés), incontinencia funcional.

Cerca de la mitad de los pacientes incontinentes puede presentar recuperación espontánea en unas cuantas semanas, y en la incontinencia transitoria debe tratarse la situación causal. El tratamiento de la incontinencia establecida es un verdadero reto, por lo cual un diagnóstico preciso mejora las posibilidades de tratamiento eficaz.

5.5 FALLA CEREBRAL

Se define como el conjunto de problemas físicos, cognoscitivos y de comportamiento que afectan a las funciones mentales superiores (memoria, juicio, lenguaje, abstracción, orientación, cálculo, habilidades

visuoespaciales, psicomotoras entre otras), independientemente de su causa.

Las características de la falla cerebral aguda o delirium son, alteración de la atención, inicio rápido, curso fluctuante, usualmente causado por problemas médicos agudos o del entorno psicosocial, requiere evaluación y tratamiento inmediatos, potencialmente reversible, y alta morbimortalidad.

Las características de la falla cerebral crónica o demencia son, deterioro cognoscitivo, se instala y progresa paulatinamente, afecta profundamente a la memoria, casi nunca es reversible y es consecuencia de enfermedad cerebral, no requiere intervención urgente pero sí diagnóstico preciso y temprano.

5.6 DEPRESIÓN

La depresión es uno de los ejemplos de presentación inespecífica y atípica de la enfermedad en el viejo y una encontrada frecuentemente en geriatría.

La depresión como síndrome (el síndrome depresivo) se refiere a un cortejo de signos y síntomas que acompañan al efecto depresivo. Los más frecuentes son trastornos del sueño y del apetito (incremento o disminución), ansiedad, retardo o agitación psicomotora, pérdida del interés, apatía, anhedonia, pesimismo, aislamiento, irritabilidad, deseos de muerte, sentimiento de culpa, fatiga, disminución de la energía, dificultad para tomar decisiones y alteración del funcionamiento cognoscitivo; la atención y memoria son las funciones más afectadas.

5.7 SÍNDROME DE POLIFARMACIA

El término polifarmacia se refiere al uso de numerosos medicamentos a la vez. A pesar de que ello pudiera reflejar prescripción incorrecta de los mismos, no es una medida acuciosa de la adecuada prescripción, ya que la multiplicidad de enfermedades que sufre un viejo puede requerirlo pero las prescripciones, aún en estos casos deben revisarse meticulosamente pues la probabilidad de efectos adversos aumenta con la cantidad de medicamentos que se recomienda. Escoger una sustancia que actúe sobre más de un problema o queja, procurar las menos tóxicas, apegar la dosis a los cambios fisiológicos de cada paciente, valorar los precios, procurar que las instrucciones sean claras y revisar las condiciones psicosociales de cada caso para obtener el mejor apego al tratamiento es la meta.

5.8 COLAPSO DEL CUIDADOR

Se considera el tema colapso del cuidador como un síndrome geriátrico, ya que la incapacidad y dependencia que tanto se ve en los viejos, tiene gran resonancia en el análisis biopsicosocial de la enfermedad; cuando el cuidado es inadecuado, los problemas de hospitalización, problemas agudos, inmovilidad, depresión y tantos otros se tornan inmanejables.

Los familiares no necesariamente se reconocen ni describen a sí mismos como cuidadores; son esposos, hijas, hijos o nueras que en un momento dado tienen que asumir la mayor parte de la responsabilidad.

Para un familiar, el cuidar tiene un fuerte impacto en varias esferas: impacto social, impacto económico, impacto emocional e impacto físico.

El cuidador agotado deteriora su salud y cada vez es menos capaz de cumplir con las demandas crecientes del familiar enfermo.

En conclusión si el cuidador presenta algún problema de salud debido a su agotamiento y debilidad, en el paciente geriátrico esto puede repercutir.

5.9 ABUSO Y VICTIMIZACIÓN

Tomando a la vejez como una parte del todo en la vida del ser humano y la sociedad, no sólo no se escapa de la violencia, sino que es una víctima fácil y frecuente. El abuso del viejo es una conducta destructiva que ocurre en el contexto de una relación que generalmente reviste suficiente intensidad, frecuencia y "confianza", como para producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social y económico de innecesario sufrimiento; lesión, dolor, pérdida, violación de los derechos humanos, o todos ellos, así como deterioro de la calidad de vida en las personas mayores. Se incluyen actos de comisión (abuso) y omisión (negligencia) de índole intencional o bien involuntarios. Estos actos pueden ocurrir en cualquier situación y ser cometidos por cualquier persona; son más frecuentes en el hogar con el personal de confianza o familiares que sostienen una relación significativa con la víctima, o en las instituciones para ancianos.²³

6. HISTORIAS CLÍNICAS ODONTOGERIÁTRICAS EN OTROS PAÍSES

Es importante conocer la diversidad de historias clínicas odontogeriátricas a nivel mundial ya que las necesidades poblacionales de este grupo etario pueden ser diferentes, entre un país y otro, en determinado país por las condiciones sociales, económicas y de salud puede existir mayor prevalencia de alguna enfermedad y en dicho país se intensificarán las valoraciones para tal patología, que en otros quizá no afectará significativamente a su población, y de este modo se establecen las bases de la valoración geriátrica de acuerdo a las patologías mas reconocidas en la población por cada nación.

6.1 HISTORIA CLÍNICA ODONTOGERIÁTRICA EN ARGENTINA

Los profesionales odontogeriátricos en Argentina valoran al paciente geriátrico como un conjunto de soma y psiquis y de esta forma se entiende que las enfermedades son el resultado de un desequilibrio psicossomático.

Al elaborar la historia clínica, el odontólogo no solo debe reconocer enfermedades específicas, sino el estado psicológico del enfermo, sus rasgos de personalidad, comportamientos o estados de ánimo especiales.

La historia clínica esta constituida por los datos personales del paciente, el motivo de la consulta, la anamnesis, examen clínico general, pruebas de laboratorio, examen bucal, historio clínica odontogeriátrica, antecedentes médicos familiares, evaluación dental, diagnóstico estructurado en base a los síntomas objetivos y subjetivos del paciente, pronóstico

tomando en cuenta la probabilidad de curación total, de recaída, de complicaciones, de mantener más tiempo sus dientes, de efectos estéticos deseados, de utilizar prótesis sin movilidad o sin rechazo psicológico.

Plan de tratamiento, con sus debidos cuestionamientos como son:

1. Si comprende lo que se le explica y si desea el tratamiento.
2. Si su colaboración será adecuada psicofísicamente.
3. Si está capacitado para recibirlo.
4. Su consentimiento informado.
5. Evaluar globalmente al individuo y la capacidad de longevidad de éste.
6. Circunstancias sociales, factor económico, dieta, higiene oral, y desplazamientos.²⁰

6.2 HISTORIA CLÍNICA ODONTOGERIÁTRICA EN CHILE

La valoración geriátrica integral (VGI) es un proceso diagnóstico multidisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, sociales y psíquicos que presenta el paciente geriátrico, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de los recursos necesarios para afrontarlos.

Esta herramienta o metodología es practicada por el médico, que usando escalas de valoración válidas internacionalmente, obtienen una visión integral, ya que evalúa los aspectos médico-sociales más relevantes. Además, la VGI es dinámica, ya que permite evaluar y observar los cambios del adulto mayor durante el seguimiento.

La VGI efectúa una caracterización actualizada en cuatro componentes básicos: clínica, mental, funcional y social. Con dicha información objetiva valora los déficit y las necesidades actuales del individuo y prepara un plan de tratamiento integral que incluye al cuidador.

A parte de utilizar los métodos clásicos, como la historia clínica y exploración física, la VGI emplea como instrumentos más específicos las escalas de valoración, que facilitan la detección de problemas.²⁴

6.3 HISTORIA CLÍNICA ODONTOGERIÁTRICA EN COLOMBIA

La historia clínica odontogeriatrica en Colombia, se orienta en distintas direcciones, pero a la vez relacionadas como son, alteraciones funcionales, sintomatología, patologías, estética y fármacos.

Enfatizan en la exploración radiográfica, la valoración de su función cognitiva y la valoración funcional. Se apoyan de instrumentos como el "Geriatric Oral Health Assessment Index" o el "Oral Health in act Profile", engloban las dimensiones relacionadas, a través de múltiples preguntas estructuradas o en forma de cuestionarios.

En resumen, al diagnóstico y planificación del tratamiento dental se debe llegar tras la realización de la historia clínica médica, historia clínica dental, exploración visual y radiográfica y valoración funcional del paciente.

Su propia anamnesis se basa en:

- Datos biomédicos
 - Diagnósticos actuales y pasados
 - Datos nutricionales
 - Historia farmacológica

- Datos funcionales

Función física: actividades de la vida diaria e instrumentales y movilidad

Función cognitiva: orientación, memoria, lenguaje, expresión, etc.

Función emocional: valorar presencia de depresión, paranoia y alucinaciones, personalidad y adaptación

Función perceptiva: incluye audición, habla y visión

- Datos sociales

Capacidad social del individuo: matrimonio, acepta ayuda, presencia de amigos íntimos.

Domicilio: vive solo o acompañado, características del domicilio.

Recursos económicos: sistema de apoyo, incluye cantidad y calidad y uso de soporte organizado.¹⁰

6.4 HISTORIA CLÍNICA ODONTOGERIÁTRICA EN ESPAÑA

En el Hospital de Navarra, Pamplona se analizaron las características especiales del paciente geriátrico, tomando en cuenta los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico, la disminución de la reserva funcional y la alteración de la homeostasia del organismo; llegando a la conclusión de que existe un aumento de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés o enfermedad. También se observó que existe una presentación especial de la enfermedad en este grupo etario, considerándose como necesario el hacer una modificación de los modelos de valoración clínica o biológica utilizados tradicionalmente sin distinción de edad.

Además de las citadas particularidades de la evaluación del anciano en el aspecto físico, biológico o fisiopatológico, el paciente geriátrico está expuesto a múltiples problemáticas consustanciales con el envejecimiento que van a condicionar en gran parte su independencia y que es obligatorio

conocer. Estos problemas a los que hay que conceder la misma importancia que a los puramente biomédicos derivan de los aspectos cognitivos, emocional, funcional y social que deberán ser identificados y evaluados de forma conjunta para conseguir una visión integral de toda su problemática, sopesando asimismo los posibles efectos potenciadores de la interacción de las citadas carencias que magnificarán frecuentemente sus consecuencias.

La historia clínica que se realizó en el hospital de Navarra, considera que la problemática fundamental esta basada en los déficits sensoriales, déficits auditivos, visuales, alteraciones de la comprensión, dificultad en la expresión, afasia, disartria y alteraciones cognitivas. Estas limitaciones, hacen por lo general imprescindible, la colaboración de un familiar para complementar la información y una historia clínica exhaustiva.²⁵

6.5 HISTORIA CLÍNICA ODONTOGERIÁTRICA EN ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA

Una historia odontogeriatrica incluye un historial completo pero que también incorpora la información adicional que determina ediciones específicas geriátricas en pacientes. Se considera que es de suma importancia la aplicación de cuestionarios previos a la consulta y repasar estos expedientes para una comprensión completa del paciente.

En las últimas décadas en Estados Unidos se han creado diversos programas de EG, como unidades hospitalarias de cuidado agudo, unidades de evaluación y asesoría geriátrica, unidades de asesoría geropsiquiátrica, unidades de rehabilitación geriátrica, unidades de asesoría en unidades de cuidado crónico, interconsulta externa

geriátrica, interconsulta geriátrica hospitalaria, equipos de asesoría domiciliaria y consultorios o unidades independientes. En todos se utilizan instrumentos de evaluación para cuantificar parámetros funcionales, psicológicos y sociales.

La anamnesis resulta basada en: Identificación: nombre, edad, sexo, queja principal, fuente de la historia: paciente, familia, amigos o cuidador
Historia actual de problemas: medicaciones, reacciones de la droga (alergias, efectos adversos), etc., hábitos: tabaco, drogas, expedientes médicos anteriores, antecedentes familiares, nivel funcional: actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, conducir.

Revisión de sistemas:

General, neurológico, psiquiátrico, funciones sensoriales, funciones del sistema locomotor, dieta, piel, cabeza, ojo, oídos, nariz, boca, corazón, sistema respiratorio, sistema gastrointestinal, sistema urinario, sistema hematológico, sistema linfático, sistema endócrino, sistema músculo esquelético, historia sexual, historia ginecológica, mamas.²⁶

6.6 HISTORIA CLÍNICA ODONTOGERIÁTRICA EN BRASIL

Un problema antiguo en la odontogeriatría es que se considera la cavidad oral como aislada del resto del cuerpo.

En Brasil se consideran algunos desafíos en la odontogeriatría como son: la falta de percepción de la necesidad de un tratamiento gerodentológico en sus familias y cuidadores, el elevado costo del tratamiento gerodentológico, comprender si se están cubriendo todas las expectativas del paciente, etc.

En general el odontogeriatra necesita poseer conocimiento sobre: patofisiología de las enfermedades crónicas, farmacología de los medicamentos tomados por el adulto mayor, enfermedades sistémicas y su salud oral.

Hay que destacar en la historia clínica ciertas peculiaridades como, hipertensión, problemas cardíacos, depresión, demencia, problemas renales, angina de pecho, osteoartritis, gota, disfunción urinaria, estrés, asma, choque insulínico, epilepsia, problemas cognitivos, deficiencias auditivas, visuales, uso de fármacos, etc.

En cuanto a los problemas orales característicos en la tercera edad encontramos: caries de raíz, xerostomía, atrición, abrasión, lesiones orales, cáncer oral, extracciones dentales, problemas periodontales, dificultad en la higiene oral debido a la pérdida gradual de movimientos coordinados, etc.

Se deben considerar múltiples sesiones y de corta duración para eliminar estrés en el paciente geriátrico.²⁷

6.7 HISTORIA CLÍNICA ODONTOGERIÁTRICA EN MÉXICO

En México no existe un formato oficial de una historia clínica odontogeriatría, como tal, pero sí se realizan historias clínicas geriátricas a nivel hospitalario. Por lo cual, al referirnos a la odontogeriatría no aportan datos suficientes al aspecto odontológico, es por ello la necesidad de implementar un formato de **historia clínica odontogeriatría** en toda la extensión de su palabra.

Se encuentran estudios geriátricos y evaluaciones como evaluación del estado mental, actividades de la vida diaria básicas e instrumentales y se

señala la importancia de la aplicación de estos cuestionarios para el diagnóstico preciso.²⁸

7.7 HISTORIA CLÍNICA ODONTOGERIÁTRICA EN ITALIA

La valoración geriátrica en este país está basada en la condición clínica de paciente, el estado funcional, la capacidad cognitiva, el componente psicoafectivo y la condición económica, ambiental y social.

Señalan la importancia de que un familiar esté presente durante la entrevista, si es que el paciente no es capaz de referir sus síntomas, consideran fundamental la examinación, y que la anamnesis es la base del procedimiento diagnóstico, que se debe llevar a cabo indagando por órganos o aparatos, una profunda indagación anamnésica evidencia la presencia de alguna probable patología y entre las patologías más frecuentes del adulto mayor encontramos, patologías urinarias, ortopédicas, problemas de deambulación, déficit cognitivo y estado depresivo.

En el sujeto anciano la anamnesis es diferente a la del adulto, su propia anamnesis se basa en, altura y peso, índice de masa corporal, piel, musculatura, aparato esquelético y articulaciones, boca (condición de la dentadura, atrofia de las papilas linguales, lesiones como candida albicans, etc), oído, aparato cardiovascular, aparato respiratorio, órganos genitales, sistema nervioso, marcha, presión arterial, evaluación funcional, actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, evaluación cognitiva (examen minimal de Folstein) , y afectiva, evaluación del estado socio.económico, estado depresivo (escala de depresión geriátrica de Yesavage).

La evaluación del adulto mayor en Italia es completa al igual que el modelo brasileño o español, en general las historias clínicas citadas

muestran cierta similitud y un gran valor clínico.²⁹

7. PROBLEMAS ESPECIALES DE LA ENTREVISTA EN EL ADULTO MAYOR.

La problemática fundamental está basada en los déficits sensoriales que con frecuencia presentan estos pacientes, tales como déficits auditivos, visuales alteraciones de la comprensión, dificultad en la expresión, afasia, disartria y alteraciones cognitivas. Estas limitaciones hacen por lo general imprescindible, la colaboración de un familiar para completar la información. Siempre será conveniente que el familiar que colabore sea el que habitualmente convive con el paciente y está al tanto de los síntomas, fármacos que consume, hábitos alimenticios y de eliminación, etc. Es muy útil así mismo, contar con informes médicos previos que nos aclaren los antecedentes médicos.⁷

7.1 PACIENTES QUE MUESTRAN SILENCIO

Los silencios pueden tener sentidos diversos y varios usos. Al presentar datos de su enfermedad actual, los pacientes con frecuencia guardan silencio durante breves períodos para reunir sus pensamientos, recordar detalles o decidir si tienen o no la confianza suficiente para señalar algo. Un silencio atento de parte del entrevistador suele ser la mejor respuesta, a veces seguida de una breve recomendación para que continúe. Durante los períodos de silencio, este muy alerta a signos no verbales de inquietud o molestia. Los pacientes quizá callen por que tienen dificultad para controlar sus emociones. En tal caso, casi invariablemente hay sentimientos importantes que será mejor conseguir que los expresen.

7.2 PACIENTES QUE HABLAN DEMASIADO

Ante un tiempo limitado y la necesidad de "obtener la historia" el entrevistador quizá este impaciente e incluso exasperado. Aunque este problema no tiene soluciones perfectas, hay varias técnicas que resultan útiles. En primer lugar, pueden reducirse los objetivos y modificar la historia sin tanto detalle (dependiendo del grado de salud que apreciemos a simple vista). En segundo lugar, dar libertad al paciente para que divague los primeros cinco o diez minutos de la entrevista. Entretanto observe el tipo de lenguaje que emplea. ¿parece obsesivamente detallista o anormalmente ansioso? ¿Existe una fuga de ideas o una desorganización de los trastornos mentales que sugiere un trastorno psicótico?. En tercer lugar, intentar enfocar la situación de lo que juzgamos más importante. Demostrar interés y hacer preguntas en estos campos, facilitar la concisión.

7.3 PACIENTES CON TRASTORNOS AUDITIVOS

Son útiles los cuestionarios impresos, aunque consumen más tiempo, las preguntas escritas por el entrevistador y las contestaciones por el paciente pueden ser la única solución. Cuando los pacientes tienen trastorno parcial de la audición o pueden leer los labios, habrá que hablarles de frente con buena luz. Hablar con calma y en voz de tono relativamente bajo hacia el oído en mejor estado, no dejar que la voz disminuya de intensidad al final de las frases, evitar taparse la boca y emplear gestos para reforzar las palabras, prestar particular atención a la articulación de las consonantes, repetir las preguntas en algunas ocasiones.

7.4 PACIENTES CIEGOS O CON ALTERACIONES VISUALES

Cuando se realiza la historia de un ciego, hay que tener especial cuidado en anunciarse uno mismo y explicar quien es. Tomar de la mano al paciente en ocasiones ayuda a establecer contacto e indica donde se encuentra el clínico; y evitar elevar demasiado la voz. En el caso de pacientes con alteraciones visuales, procurar tener una luz difusa y brillante pero que no deslumbre, si el paciente es portador de gafas, que las lleve puestas.

7.5 PACIENTES CON DISMINUCIÓN DE LA ENERGÍA VITAL

Adoptar una posición confortable, que favorezca la vigilancia; hacer varias entrevistas para completar la evaluación; estar atentos a pequeños signos de cansancio, como, incapacidad para concentrarse, nivel de atención reducido, inquietud, postura; tener paciencia y establecer un ritmo lento para la entrevista.³⁰

8. MÉTODOS DE APOYO A LA HISTORIA CLÍNICA EN ODONTOGERIATRÍA

La presencia de múltiples valoraciones odontogeriátricas y geriátricas, evidencian ser el complemento de la historia clínica, para llevar a cabo un examen más minucioso y específico del paciente geriátrico. Son de vital importancia ya que favorecen al diagnóstico, a veces complicado del adulto mayor y podemos incluir algunas de ellas en nuestro formato de historia clínica odontogeriátrica según lo amerite el paciente.

8.1 ÍNDICE DE EVALUACIÓN DE LA SALUD ORAL GERIÁTRICA (GOHAI)

Algunos estudios han tratado de diseñar tipos de herramientas para valorar la salud oral del anciano en sus diversas vertientes, funcional, patológica, relaciones sociales, estética y calidad de vida, así como los cambios acontecidos en la autopercepción de la salud oral con el paso de los años. Estos instrumentos como la "VGI", el "Geriatric Oral Health Assessment Index" o el "Oral Health in act Profile", tratan de englobar las dimensiones relacionadas a través de múltiples preguntas, que pueden ser administradas a los individuos en entrevistas estructuradas o en forma de cuestionarios.

En 1990 a causa de la falta de validez confiable y comprensión de los instrumentos de asesoría para la salud oral designados para la población geriátrica, K.A.Atichson y T.A.Dolan desarrollaron un índice de evaluación para la salud oral geriátrica también conocido como GOHAI.

El GOHAI consta de 12 preguntas para designar la evaluación de los problemas en los adultos mayores.

- 1.- ¿Qué tan seguido limitó los tipos o cantidades de alimentos que comía, por problemas en sus dientes o dentaduras?
- 2.- ¿Qué tan frecuente tuvo una molestia para masticar un trocito de cualquier comida firme tal como carne o manzana?
- 3.- ¿Qué tan frecuente fue capaz de deglutir cómodamente?
- 4.- ¿Qué tan frecuente sus dientes o dentaduras han sido diseñadas para hablar de la manera que usted quisiera?
- 5.- ¿Qué tan frecuente fue posible comer cualquier cosa sin sentir molestias?
- 6.- ¿Qué tan seguido limitaste el contacto con la gente por las condiciones de tus dientes o dentadura?
- 7.- ¿Qué tan frecuente estuvo contento con la apariencia de sus dientes y encías o dentaduras?
- 8.- ¿Qué tan frecuente uso medicamento para quitar el dolor alrededor de su boca?
- 9.-¿Qué tan frecuente estuvo preocupado o consciente de sus problemas con sus dientes encías o dentaduras?
- 10.-¿Qué tan frecuente se sintió nervioso o consciente de sus problemas con sus dientes encías o dentaduras?
- 11.-¿Qué tan seguido se sintió molesto comiendo enfrente de la gente por problemas con los dientes de su dentadura?
- 12.-¿Qué tan seguido sus dientes o encías fueron sensibles al calor, frío o dulce?

Un alto resultado es indicativo de buena salud oral y un alto resultado poca salud oral.³¹

8.2 VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

La Valoración Geriátrica Integral, entendida como «proceso multidimensional

e interdisciplinar dirigido a identificar y cuantificar problemas, evaluar capacidades funcionales y psicosociales, proponer planes globales de tratamiento y optimizar la utilización de los recursos asistenciales». La praxis de la misma exige un muy profundo conocimiento de los recursos e instrumentos que en cada área deben ser utilizados y, por tanto, una sólida formación al respecto.

El deterioro funcional es el punto final común de muchas de las enfermedades del anciano; por ello, su valoración sistematizada debe llevarnos al conocimiento etiológico. En este sentido hay que tener en cuenta algunas consideraciones:

- No siempre hay relación directa enfermedad-función; la alteración funcional puede ser signo precoz de enfermedad.
- No existe una buena correlación entre el tipo y severidad de un problema y su impacto sobre la función.
- Una alteración funcional específica no siempre tiene origen en el órgano que controla esa función.
- La patología de un órgano no siempre origina el deterioro de función correspondiente al mismo.¹⁵

8.3 VALORACIÓN CLÍNICA Y SOCIAL

El modelo de valoración clínica tradicional es el biomédico, posteriormente se ha introducido el biopsicosocial, al demostrarse la influencia en la salud de estos dos últimos factores y desde hace unas décadas se ha comenzado a utilizar la valoración biopsicosocial funcional, especialmente en los pacientes ancianos.

No todos los datos sociales son relevantes para el médico general. Se valora el soporte humano/material para cubrir las necesidades físico-psíquicas, y la necesidad de estar el individuo en contacto con la sociedad.

Por otra parte, hay que considerar la detección de problemas sobre los que posteriormente tengamos alguna opción de intervención. La integración y soporte social son elementos claves en la recuperación de la enfermedad, y del mantenimiento de un anciano en la comunidad, sobre todo de los ancianos frágiles. Por el contrario, se ha relacionado el aislamiento social como un factor de riesgo de un incremento en la mortalidad y morbilidad.

La valoración social podría definirse como el proceso que pretende estudiar la relación entre el anciano y el entorno o estructura social que le rodea. La importancia de los aspectos sociales en el estado funcional e independencia y su contribución a la salud y bienestar del anciano es indudable.

El aislamiento social se considera un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad y de incapacidad secundaria, así como de mortalidad.

Las escalas que estudian en su totalidad la función social son complejas y extensas, por lo tanto de escasa utilidad en la práctica clínica cotidiana, y esta es la causa de que no tengan un uso tan extendido como en el resto de áreas.

Uno de los instrumentos mejor conocidos es la "escala OARS", que proporciona información sobre la estructura familiar, los patrones de amistad y de visitas sociales, y la disponibilidad de cuidador. Basándose en las respuestas se evalúan los recursos sociales del individuo según una escala

de seis puntos, que van desde "excelentes recursos sociales" hasta "relaciones sociales totalmente deterioradas".³²

8.4 VALORACIÓN FUNCIONAL

Según la publicación de la OMS, "Aspecto de la Salud Pública en los ancianos y en la población" del año 1959, como mejor se mide la salud en los ancianos es en términos de función.

Es la aptitud del anciano para realizar las actividades de la vida diaria en forma independiente.

Los programas de valoración geriátrica determinan el estado funcional del paciente antes y después del tratamiento, que suele incluir diferentes técnicas de rehabilitación. Las medidas del estado funcional incluyen siempre la determinación de las **actividades de la vida diaria** para comprobar los cambios que se presentan con el paso del tiempo, y se ha podido confirmar que la mayor parte de los pacientes mejoran de este estado funcional durante su estancia en los diferentes niveles hospitalarios geriátricos.

Comprende varios actos: higienizarse, vestirse, moverse en el hogar, controlar los esfínteres, alimentarse, usar escaleras. Si estas funciones básicas están conservadas, se explora otras más complejas como el tomar medicamentos, telefonar, manejar dinero, atender el hogar, usar medios de transporte.

Unos de los objetivos primordiales en el cuidado del anciano es, por medio de la valoración funcional, prevenir la incapacidad y fomentar su independencia que es tan importante como prevenir y tratar su enfermedad.³³

8.5 VALORACIÓN MENTAL

Los desordenes psiquiátricos con especial importancia en la edad adulta se puede dividir en tres grupos: Desordenes funcionales, Estados de confusión, Síndromes cerebrales orgánicos.³⁴

Los pacientes con trastornos mentales presentan más complicaciones postoperatorias debido a que suelen presentar una mayor demora en la asistencia y un peor cumplimiento terapéutico.

En el área de la valoración mental los aspectos que el médico que trata pacientes viejos debe contemplar son el estado cognitivo y el afectivo. El primero abarca el conocimiento y la identificación de los cambios mentales asociados al envejecimiento, los estados confusionales y la demencia. En la valoración del estado afectivo deben evaluarse la depresión y la ansiedad.

Es importante distinguir entre demencia y delirio. La demencia es un trastorno cognitivo de evolución crónica de origen multifactorial (degenerativo, vascular, etc). Si el paciente demente sufre un empeoramiento brusco de sus síntomas, debemos sospechar un cuadro confusional añadido. El delirio o síndrome confusional es un proceso de instauración aguda, desencadenado por un proceso intercurrente (fármacos, infección, trastorno metabólico, traumatismo, cirugía), que afecta globalmente a todas las funciones mentales (atención, percepción, memoria, etc).

8.6 VALORACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS


El estrés asociado a las intervenciones dentales tiene tres fuentes: estrés psicógeno (ansiedad), estrés físico (intervenciones complejas de duración prolongada), estrés farmacológico (empleo de agentes vasoconstrictores).

Es importante realizar una buena sedación y analgesia. En pacientes ancianos, los ansiolíticos de elección son las benzodiazepinas de corta duración, especialmente el lorazepam.³⁵

8.7 FUNCIÓN COGNITIVA.

Diferenciar las distintas áreas (orientación, fijación, memoria reciente, atención, lenguaje, comprensión).

MINI-EXAMEN COGNOSITIVO DE LOBO

La puntuación máxima es 35, se considera que existe deterioro cognitivo si es menor de 23 puntos		Fecha					
		BASAL		CONTROLES			
1 ORIENTACIÓN: TIEMPO Y ESPACIO	Día de la semana, día del mes, mes, estación, año, y año (1 punto por cada acierto).						
	Nombre del centro, piso, ciudad, departamento, país (1 punto por cada acierto).						
2 FIJACIÓN	Repita estas palabras: Caballo, moneda, manzana (1 punto por cada palabra que diga correctamente en el primer intento).						
3 CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	Si tiene 30 monedas y me las va dando de tres en tres ¿Cuántas le van quedando? (1 punto por cada respuesta correcta)						
	Repita 3-9-2 hasta que se lo aprenda de atrás al revés empezando por la última cifra, luego la penúltima y finalmente la primera (1 punto por cada cifra correcta y orden correcto).						
4 MEMORIA	Recuerda ud. las tres palabras que le he dicho antes? Dígalas, (1 punto por cada palabra, no interesa el orden).						
5 LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN (1 punto por cada ítem ejecutado correctamente)	¿Qué es esto? Mostrar: Un reloj y un bolígrafo.						
	Repita la siguiente frase: "En un trigal había cinco perros".						
	Si una manzana y una pera son frutas, el rojo y el verde ¿Qué son? y ¿un perro y gato?						
	Coja el papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo.						
	Lea esto y haga lo que dice: "cierre los ojos" (leer, interpretar y ejecutar)						
	Escriba una frase como si estuviera contando algo en una carta						
Copie este dibujo: 							

8.8 ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE

ESCALA DE DEPRESIÓN DE "YESAVAGE" (versión reducida)
1. ¿Está satisfecho con su vida?
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?
3. ¿Siente que su vida está vacía?
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?
6. ¿Teme que algo le pase?
7. ¿Se siente feliz muchas veces?
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?
13. ¿Se siente lleno/a de energías?
14. ¿Siente que su situación es desesperada?
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?
Puntaje Total
Interpretación:
0 a 5 puntos Normal
6 a 9 puntos Riesgo de Depresión
> -10 puntos Depresión Establecida

36

9. REQUISITOS QUE DEBE CONTENER EL EXPEDIENTE CLÍNICO SEGÚN LA SECRETARÍA DE SALUD.

Secretaría de Salud.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

INTRODUCCIÓN.-

Destaca por su importancia, el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

1. Objetivo

Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.

6. DEL EXPEDIENTE EN CONSULTA EXTERNA

Deberá contar con:

6.1. Historia Clínica.

Deberá elaborarla el médico y constará de: interrogatorio, exploración física, diagnósticos, tratamientos, en el orden siguiente:

6.1.1. Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, personales patológicos (incluido ex-fumador, ex-alcohólico y ex-adicto), y no patológicos, padecimiento actual (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) e interrogatorio por aparatos y sistemas;

6.1.2. Exploración física.- Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales;

6.1.3. Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros;

6.1.4. Terapéutica empleada y resultados obtenidos,

6.1.5. Diagnósticos o problemas clínicos.

6.2. Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:

6.2.1. Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);

6.2.2. Signos vitales;

6.2.3. Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;

6.2.4. Diagnósticos y

6.2.5. Tratamiento e Indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalando como mínimo: dosis, vía y periodicidad;

En el caso de control de embarazadas, niños sanos, diabéticos, hipertensos, entre otros, las notas deberán integrarse conforme a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas respectivas.

6.3. Nota de Interconsulta.

La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico.

La elabora el médico consultado, y deberá contar con:

6.3.1. Criterios diagnósticos;

6.3.2. Plan de estudios;

6.3.3. Sugerencias diagnósticas y tratamiento; y

6.3.4. Demás que marca el numeral 7.1.

6.4. Nota de referencia/traslado.

De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen con que se envía al paciente; constará de:

6.4.1. Establecimiento que envía;

6.4.2. Establecimiento receptor;

6.4.3. Resumen clínico, que incluirá como mínimo:

I. Motivo de envío;

II. Impresión diagnóstica (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);

III. Terapéutica empleada, si la hubo.

CONCORDANCIA CON NORMAS INTERNACIONALES Y MEXICANAS

Esta Norma Oficial Mexicana tiene concordancia parcialmente con lineamientos y recomendaciones internacionales, establecidas por la Organización Mundial de la Salud.³⁷

10. HISTORIA CLÍNICA EN ODONTOGERIATRÍA, UNA PROPUESTA HOLÍSTICA

HISTORIA CLÍNICA ODONTOGERIÁTRICA

EXPEDIENTE N°: _____ FECHA: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

HORA: _____

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre del paciente: _____ Edad: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s) Años

Domicilio: _____ Sexo: _____
Calle N° Colonia C.P. Delegación o Municipio M o F

Teléfono: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____
Viudo o separado, en que fecha Jubilado o Empleado

Escolaridad: _____ Lugar de nacimiento: _____ Religión: _____

Nombre del cuidador: _____ Teléfono: _____

Nombre del Médico particular: _____ Teléfono: _____

Interrogatorio: _____ Referido por: _____
Directo o Indirecto Médico particular, otro paciente o familiar

Cuenta con algún servicio médico: ___ Cual: ___ N° Afiliación: _____

2. MOTIVO DE LA CONSULTA.

Padecimiento actual: _____

Fecha de inicio: _____ Sintomatología: _____

Estudios y diagnósticos anteriores: _____

Tratamiento y respuesta anterior: _____

Fecha de la última consulta médica y motivo: _____

3. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

DIGESTIVO:

disfagia, odinofagia, hiporexia, polifagia, pirosis, regurgitación, eructos, náusea, vómito, dolor abdominal, hematemesis, melena, diarrea, estreñimiento, prurito anal, sangrado anal, tolerancia a los alimentos, ictericia, frecuencia de deposiciones, color y volumen de heces, otros. _____

RESPIRATORIO:

rinorrea, epistaxis, obstrucción o prurito nasal, estornudos, disfonía, tos, expectoración, disnea, cianosis, hemoptisis, dolor torácico, sibilancias, bronquitis, enfisema, neumonía asma, tuberculosis, última radiografía de tórax, trastornos sinusuales, otros. _____

CARDIOVASCULAR:

palpitaciones, disnea, cianosis, dolor precordial, edema, síncope o lipotimia, tolerancia al ejercicio, hipertensión, hipotensión, endocarditis, fiebre reumática, soplos cardíacos, taquicardia, parálisis en alguna zona del cuerpo, otros. _____

ENDOCRINO:

poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de vello axilar o púbico, hirsutismo, ginecomastia, cambios de voz, tolerancia a frío o calor, crecimiento estatural (facial, manos, pies) lento o rápido, variación del peso corporal, diaforesis, sequedad cutánea, nerviosismo, temblor, hiperactividad, acúmulo anormal de grasa, acné exoftalmos, libido, diabetes, problemas en tiroides, otros.

HEMOLINFÁTICO:

petequias, equimosis, hematomas, sangrado espontáneo de mucosas (epistaxis, gingivorragias, hematemesis, melena, hematuria), sangrado prolongado de heridas, edema, adenomegalia, palidez, cianosis, calambres, venas varicosas, antiguos coágulos en venas. otros. _____

GENITOURINARIO:

poliuria, hematuria, disuria, nicturia, dolor lumbar, incontinencia urinaria, urgencia urinaria, expulsión de cálculos, escurrimiento uretral, preferencia sexual, frecuencia de micciones, enfermedades venéreas, otros.

EN MUJERES:

leucorrea, dismenorrea, prurito vaginal,menarquia, fecha de la última menstruación, edad de la menopausia, síntomas menopaúsicos, amenorrea, hemorragia posmenopáusica, otros. mamas: bultos, dolor o molestia, exudación por el pezón, autoexamen.

EN HOMBRES:

hernias, exudados por el pene o úlceras en el mismo, dolor o masas testiculares, preferencia, interés, función, satisfacción y problemas sexuales (disfunción), otros. _____

NERVIOSO:

paresia, parestesia, motilidad general, temblores, cefalea, vértigo, convulsiones, diplopia, visión borrosa, escotomas, audición, tinitus, insomnio, angustia, depresión, atención, memoria, afectividad, delirios, nerviosismo, otros. _____

MÚSCULO ESQUELÉTICO:

artralgias, artritis, deformidad articular, limitación del movimiento articular, chasquidos articulares, fuerza muscular, atrofia muscular, rigidez, artritis, gota, dolor lumbar, hinchazón, enrojecimiento, hipersensibilidad, otros. _____

TEGUMENTARIO:

máculas, pápulas, vesículas, ampollas, ronchas, úlceras, prurito, diaforesis, sequedad cutánea, caída de vello o pelo, tumoración, descamación cutánea, deformidad de uñas, úlceras por decúbito, cáncer, otras. _____

4. SÍNTOMAS GENERALES.

anorexia, fiebre, astenia, adinamia, diaforesis, calosfríos, pérdida de peso corporal, fragilidad, permanece postrado en cama o silla de ruedas, úlceras por _____ presión, _____ insomnio, otros. _____

SIGNOS VITALES:

TA brazo derecho: ___ / ___ TA brazo izquierdo: ___ / ___ Pulso: ___ x'

Frec. Res.: ___ x' Temperatura: ___ °C Peso: ___ Kg

Estatura: ___ cm

5. ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES.

padres, hermanos, hijos, nietos, colaterales, cónyuge, convivientes (edad y estado de salud, o edad al morir y causas). diabetes, tuberculosis, obesidad, neoplasias, cardiopatías, hipertensión, artritis, hemofilia, alergias,

padecimientos mentales, epilepsia, alcoholismo, adicción a drogas, malformaciones congénitas. otras. _____

6. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

NEONATALES Y DE LA INFANCIA:

duración del embarazo, radiaciones, fármacos e infecciones durante el embarazo, duración del parto, atención médica del parto, condiciones al nacimiento (llanto, cianosis), otros.

sarampión, rubéola, varicela, escarlatina, tuberculosis, fiebre reumática, cardiopatías, epilepsia, hepatitis, amigdalitis, resultado análisis de colesterol, resultado de glucemia, otras. _____

ADULTOS Y ADULTOS MAYORES:

enfermedades de transmisión sexual, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, infarto del miocardio, nefropatías, úlcera péptica, otras. _____

QUIRÚRGICOS:

hemorragias, cirugía bucal, apendicectomía, amigdalectomía, histerectomía, otras. fecha, complicaciones, tipo de anestesia _____

TRAUMÁTICOS:

caídas, fracturas, heridas, quemaduras. fecha, evolución. _____

TRANSFUSIONALES:

fecha, causas, producto transfundido, reacciones, donante. _____

ALÉRGICOS:

medicamentos, alimentos, pólenes, cosméticos, productos dentales, pelo de animales, antisueros, olores, otros. _____

ADICCIONES:

alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, opioides, anfetaminas, (especificar cantidades) otros. _____

7. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

HABITACIÓN:

número de habitaciones, tipo de construcción, iluminación, ventilación, agua potable, drenaje, número de habitantes, tiempo de habitar ahí, sucesivos lugares de radicación hasta el presente. _____

ALIMENTACIÓN:

número de comidas al día, cantidad de líquidos ingeridos (tipo), frecuencia con que come: leche, carne, huevos, frutas, leguminosas, verduras, cereales, alimentos entre comidas (tipo), café, té, sodas de cola, suplementos vitamínicos, alimentación desde hace 24 horas.

HIGIENE:

baño general, cambio de ropa, lavado de manos, aseo bucal (cepillo, enjuagues, hilo dental). _____

INMUNIZACIONES:

poliomielitis, tuberculosis, dpt, triple viral, sarampión, hepatitis, otras. _____

ACTIVIDAD RECREATIVA:

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

deportes, manualidades, baile, yoga, tai-chi, otras, frecuencia y tiempo de práctica. _____

8. EXÁMENES, TERAPÉUTICA Y DIAGNÓSTICOS ANTERIORES.

anotar todos los estudios realizados, con fecha y resultados. anotar los fármacos que ha recibido o este recibiendo el paciente (tiempo de administración, dosis, resultados), otras terapéuticas empleadas (acupuntura, psicoterapia, herbolaria, otras).

anotar los diagnósticos previos, investigar que recursos auxiliares de diagnóstico se emplearon. Indagar si se realizaron en instituciones públicas o privadas. _____

9. EXPLORACIÓN FÍSICA

INSPECCIÓN GENERAL: sexo, edad aparente, marcha, actitud, constitución, conformación, complexión, movimientos anormales, estado de la conciencia, actitud psicológica, cuidado personal, cooperación. _____

CABEZA:

cráneo. forma y volumen, pelo (brillo, fragilidad, color, alopecia), exostosis, hundimientos. _____

CARA: color de la piel (ictericia, palidez, cianosis, rubicundez), nevos, Petequias, irsutismo, acné, neoformaciones, otros. _____

OJOS: pelo de cejas y pestañas, aberturas palpebrales, epicanto, ptosis, exoftalmos, conjuntivas, tamaño de pupilas, reflejos a la luz, cornea. _____

NARIZ: forma, volumen, tabique nasal, secreciones, mucosa. _____

OÍDOS: implantación, forma, volumen, conducto auditivo. _____

CUELLO: tamaño, forma, volumen, movilidad, contracturas, puntos dolorosos. ingurgitación yugular, cadenas ganglionares, posición de la traquea, movimiento traqueal a la deglución, glándula tiroides. _____

TRONCO: la exploración del tronco se hará mediante la inspección, en casos particulares se hará completa.

forma, volumen, observar la movilidad torácica y abdominal durante los ciclos respiratorios. tratar de detectar ruidos respiratorios anormales, audibles sin estetoscopio.

En abdomen observar el tamaño. _____

EXTREMIDADES:

son de especial importancia las extremidades superiores; observar sobre todo al momento de tomar la tensión arterial: color de piel, tatuajes, cicatrices, deformidad de las manos, estado de hidratación de la piel, movimientos anormales, forma y tamaño de las manos, pliegues palmares. en uñas observar engrosamientos, deformidad, estrías, color del lecho ungueal. buscar signos de inflamación articular, dolor a la palpación y atrofas musculares. _____

en extremidades inferiores (si están cubiertas en parte), observar color de la piel, úlceras, edema, deformidad articular, otros. _____

Pruebas y exámenes complementarios por practicarse. _____

10. DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN SISTÉMICO

anotar los diagnósticos de presunción o los juicios acerca del estado del paciente. _____

EXÁMENES DE LABORATORIO INDICADOS.

11. EXPLORACIÓN BUCAL DE TEJIDOS BLANDOS

LABIOS: Queilitis angular, herpes, deshidratación, úlceras, lesiones crónicas.

REBORDE ALVEOLAR: Resorción, retentivo, grueso, delgado, alto, bajo. _____

VESTÍBULOS: Epulis fisuratum. _____

LENGUA: Geográfica, romboidal, fisurada, pilosa, lisa, vórices linguales. _____

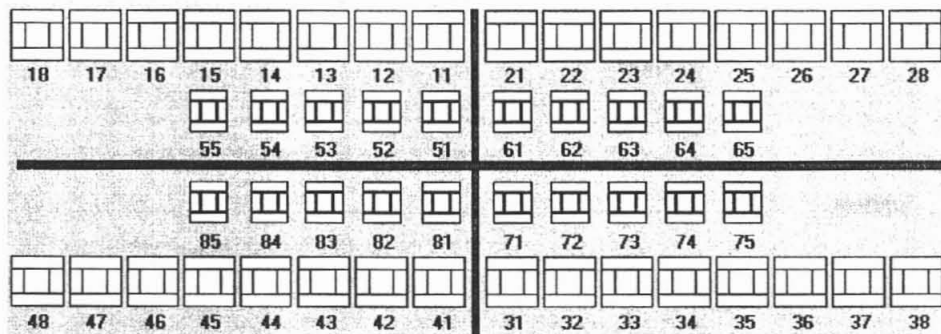
PALADAR: _____ Estomatitis _____ protésica, queratinización. _____

CARRILLOS: Leucoedema, liquen plano atrófico, gránulos de fordyce.

ENCÍA: _____ gingivitis, _____ periodontitis, _____ hiperplasia gingival _____

OBSERVACIONES _____

12. EXPLORACIÓN DENTAL



38

rojo caries

amarillo caries cervical

verde caries radicular

azul restauraciones

restauraciones funcionales: amalgamas, resinas, incrustaciones, Prótesis
parcial fija y removible, prótesis
total. _____

NO funcionales: amalgamas, resinas, incrustaciones, Prótesis parcial fija y
removible, prótesis
total. _____

○ dientes ausentes

⊕ inclinación del diente

∞ giroversión del diente

Indicar en el odontograma la patología o cambio que presente cada órgano dentaria.

Atrición: (At), Abrasión: (Ab), Erosión: (Er), Fractura: (Fr),

Bruxismo: (Br), Abfracción (Af).

EVALUACIÓN PERIODONTAL.

Enfermedad periodontal presente () ausente ()
Bolsas periodontales: presente () ausente ()
Higiene dental: buena _____ regular _____ mala _____
Placa dentobacteriana presente () ausente ()
Calculo presente () ausente ()
Grado de movilidad dental 1° _____ 2° _____ 3° _____
Migración Gingival : presente _____ ausente _____

EVALUACIÓN ENDODÓNTICA

Exposición pulpar: presente () ausente () diente _____
Hipersensibilidad: localizada () generalizada ()
Dientes: _____
Dolor a la percusión presente () ausente ()
 Vertical () horizontal ()
Dientes: _____
Dientes con tratamiento de conductos
previo _____

EVALUACIÓN PROTÉSICA

prótesis y restauraciones mal ajustadas: _____
portador de prótesis parcial fija: _____
portador de prótesis parcial removible: _____
tipo de prótesis: metálica _____ acrílica _____ combinada _____
portador de prótesis total: _____
tipo de prótesis: _____
comodidad: _____
tiempo de la prótesis en boca: _____
prurito o ardor en mucosa: _____
¿el paciente la considera estética y funcional?: _____

EVALUACIÓN ATM

Luxación: _____

Dolor: _____

Ruidos articulares: _____

Comodidad: _____

Movimientos mandibulares: normal _____ limitado _____

13. DIAGNÓSTICO DENTAL.

EXAMEN DENTAL RADIOGRÁFICO

Obliteración del conducto apical, resorción ósea, restos radiculares, lesiones apicales. _____

VALORACIÓN RADIOGRÁFICA

14. PRONÓSTICO favorable () medio favorable () desfavorable ()

15. PLAN DE TRATAMIENTO.

FIRMA DE CONFORMIDAD
DEL PACIENTE

FIRMA DE CONFORMIDAD DEL
CUIDADOR

FIRMA DEL CIRUJANO DENTISTA

11. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El cirujano dentista deberá proporcionar al anciano una información precisa, real y adecuada, con el fin de obtener su consentimiento informado sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico a realizar. Al anciano hay que decirle “todo lo que quiera saber”, y eso sí, que todo lo que se le diga sea verdad.

Deberemos aleccionar al paciente sobre los riesgos y beneficios de la técnica, las alternativas disponibles y las consecuencias de su no realización.

El paciente: el anciano es sin duda la pieza clave de la decisión, en la medida que sea posible. Para que pueda decidir libre y adecuadamente, es ante todo necesario que tenga capacidad para otorgar su consentimiento informado. El consentimiento informado puede ser plasmado en algunos procedimientos mediante formularios escritos como la transfusión sanguínea o bien en la historia clínica. Se considera que el anciano tiene capacidad cuando cumple cuatro requisitos:

- a) Ser capaz de expresar una elección mediante lenguaje oral, escrito o con gestos.
- b) Entender y tener en cuenta todos los elementos relevantes relativos con la toma de decisión.
- c) Apreciar la importancia de la enfermedad, creyéndose la información y su trascendencia.
- d) Razonar esta decisión lógicamente.

En caso de que el paciente no pueda otorgar su consentimiento informado, éste será otorgado por algún familiar cercano al paciente.¹⁰

CONCLUSIONES

Luego de haber realizado toda una recopilación bibliográfica, es evidente la importancia de una Historia Clínica Odontogeriátrica, que abarque los diversos factores imprescindibles en la vida del paciente adulto mayor, dando como resultado una historia clínica integral, capaz de diagnosticar al individuo en forma completa, de una manera más eficaz, y exclusiva de acuerdo a las condiciones particulares de cada paciente.

El adulto mayor atraviesa por una serie de obstáculos cada vez más complicados como son las manifestaciones atípicas, enfermedades metabólicas, que en conjunción pueden provocar un característico síndrome geriátrico, con una serie de múltiples consecuencias, aunados estos factores a su fragilidad convierten al adulto mayor en un ser vulnerable. Es por ello que las evaluaciones deben ser profundas, minuciosas, y con el tiempo suficiente para diagnosticar eficientemente al adulto mayor.

Es de suma importancia que el profesional conozca a la perfección los síndromes más característicos de la vejez, lo cual le permitirá brindar al paciente una mayor calidad en su atención.

Después de comparar los formatos de diversas historias clínicas odontogeriátricas a nivel mundial, comprendemos la necesidad de realizar un formato que permita valorar al paciente de una manera más integral, considerando los factores socioeconómicos, funcionales, psicológicos y biológicos; concediéndole a este un enfoque holístico.

Dependiendo de las necesidades particulares de cada paciente, la historia clínica odontogeriátrica ofrece la ventaja de ser moldeada a las

características específicas de cada paciente, ofreciendo la posibilidad de brindar al paciente un tratamiento único según sus demandas.

Uno de los factores más importantes a considerar en cualquier tratamiento médico o dental es la cuestión psicológica del paciente, ya que de ella depende en gran parte la disposición que presenta el adulto mayor a lo largo del tratamiento, lo cual repercute en el éxito o fracaso del mismo.

La necesidad de agregar a la historia clínica odontogeriatrica un enfoque holístico, se basa en la promesa de obtener un mayor éxito en los tratamientos dentales, y en general en la atención odontológica que se le brinda al adulto mayor; lo cual depende directamente de realizar un interrogatorio más integral a nuestro paciente en particular.

Debemos considerar que independientemente de cualquier historia clínica que se aplique a un paciente adulto mayor, se le debe abordar de manera paciente, comprensiva y amable; ya que a diferencia de cualquier otro paciente, este atraviesa por un estado muy vulnerable a causa de sus múltiples enfermedades y de su estado psicológico probablemente deprimido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Equipo Didáctico Océano. Vocabulario Científico-Técnico. Editorial Océano. España. Pag.250
2. Abreu, L. Fundamentos del Diagnóstico. México. Ed. Francisco Méndez Cervantes, 1980. Pp 12-39. Pp. 29-32 Pp. 33-34
3. Lueckenotte, A. Valoración Geriátrica. México. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1992. Pp. 23-25.
4. Iruretagoyera M. <http://www.historiaclinicadental.com/objetivos.htm>
5. Sosa L. <http://www.odontologia-online.com>
6. Marin, P. Fragilidad en el Adulto Mayor y Valoración Geriátrica Integral. Pontifica Universidad Católica de Chile. Vol. 29, No. 1-2, 2000.
<http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/Geriatria/FragilidadAdulto.html>
7. Redín, J.M., Valoración Geriátrica Integral (1): Evaluación del Paciente Geriátrico y Concepto de Fragilidad. Hospital de Navarra Pamplona, Servicio de Geriátria. <http://www.geriatrianet.com>
8. De Nicola, P. Geriatría. México, Ed. Manual Moderno, 1985. Pp. 26-40.
9. Osawa D. J. Estomatología Geriátrica, México 1994, Editorial Trillas. Pág. 67 Pp. 73-74
10. <http://www.colombiamedica.univalle.edu.co/VOL31N04/geriatria.html>
<http://148.215.4.212/rev/283/28331401.pdf>
11. Villanueva V., Evaluación del paciente anciano. Revista de posgrado de la Cátedra Via Medicina, <http://med.unne.edu.ar/revista/indice.html>
12. ATHENA S. P., Geriatric dentistry aging and oral health Editorial Mosby, p14-18
13. Valoración Geriátrica Multifuncional, Pontifica Universidad de Chile
http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/Geriatria/Geriatria_Manual/Geriatria_M_38.html

14. <http://www.web.usal.es/~acardoso/temas/csociales.html>
15. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología
<http://www.segg.es/segg/index.html>
16. Bates J.F. Tratamiento odontológico del paciente geriátrico, Editorial El manual moderno, 1986 Pag. 76 Pag 77
17. Künzel W. Geriatric dentistry, Editorial Quintessence books, Chicago 1991, Pag. 97-98
18. Doris J. T., Edmond I. Dental Management of The Geriatric Patient University of Washington, 1988
19. González M. J. Grandes Síndromes Geriátricos . Concepto y Prevención de los más Importantes. MEDICINE. 6ta serie No. 42, Geriatria I. Pp. 24-28. Pp.24-35.
20. Roisinblit, Ricardo. Trabajos Publicados de la Especialidad; Diagnostico, Pronostico y Plan de Tratamiento en el Adulto Mayor. Argentina. <http://www.elabuelo.com.ar>
21. CONI N. GERIATRIA, Editorial EL MANUAL MODERNO, 1988 Pag.214
22. Walshe T. M. Manual de problemas clinicos en medicina geriátrica Editorial Interamericana México 1987 Pag5
23. Rodríguez G, R. Geriatria. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 1999. Pp187-230
24. <http://escuela.med.puc.cl/publ/bolein/Geriatria/IndiceGeriatria.html>
<http://escuela.med.puc.cl/publ/bolein/Geriatria/FragilidadAdulto.html>
25. Gómez H. R. Gerodontología: una perspectiva clinica, Hospital Carlos Haya Malaga, <http://www.geriatrianet.com>,
26. <http://cybermed.ucsd.edu/cga/index.html>
<http://cybermed.ucsd.edu/cga/History.html> Universidad de California San Diego 2001 modificado04/02
27. Alves D.J. O Atendimento ao paciente odonto-geriátrico Rio de Janeiro 1990, <http://www.odontologia.com.br/firstpag.asp?id=19>

28. Banda A.J., Salinas R. M., SALUD PUBLICA DE MÉXICO
SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 1992, VOL.34, No.5
<http://www.insp.mx/salud/34/345-9s.html>
29. "Universita "G. d'Annunzio", G. Abate, A.Di Lorio,
www.unich.it/teledidattica/geriatria/capito05.htm,
www.unich.it/teledidattica/geriatria/capito03.htm#top
30. Bates, B. Propedéutica Medica. Editorial McGraw-Hill Interamericana.
México, 1998. Pp. 3-33.
31. Atchison, K. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. Journal of Dental Education, Vol. 54, No. 11, 1990. Pp. 680-686.
32. <http://web.usal.es/~acardoso/VGG/valorac.html>
33. <http://web.usal.es/~acardoso/temario.htm>,
<http://web.usal.es/~acardoso/VGG/VGGlobal.html>
34. Poul H. Harald L. Geriatric Dentistry, 1986 Munksgaard, Editorial
Mosby Munksgaard Pp 187
35. <http://www.geriatrianet.com/index2.html>
36. Varela P. F. Geriatria-primera parte valoración geriátrica integral
Revista diagnóstico, vol 42 N2 marzo-abril 2003
37. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Secretaria de Salud
<http://www.ssa.gob.mx/nom/168ssa18.html>
38. Software de Administración Dental DENTIS