



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

VALORACIÓN DEL ADULTO MAYOR
EN LA CONSULTA DENTAL
PARA PREVENIR UNA EMERGENCIA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

ALFREDO MERINO CRUZ
DIRECTOR: C.D. RAMÓN RODRÍGUEZ JUÁREZ

MÉXICO, D.F.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Para lograr la culminación de esta tesis mi más profundo agradecimiento a:

Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida.

Mi esposa Patricia, por que sin ti este sueño no se hubiera hecho realidad, gracias por todo el amor, y dedicación hacia mi persona, te amo.

Mi Madre y a mi abuela por haberme educado y soportar mis errores, por sus consejos y por el amor que siempre me han brindado.

La familia Martínez Ramos, por brindarme su cariño y apoyarme incondicionalmente.

Mis hijos Alfredo, Mónica y Evan, por ser mi inspiración cada mañana los amo.

Todos mis amigos sin excluir a ninguno, por todos los momentos que hemos pasado juntos, y porque siempre están conmigo.

Mis maestros, Dr. Víctor Moreno Maldonado y la Maestra Patricia Díaz Coppe por infundirme el sentido de la responsabilidad, respeto y el amor a mi profesión.

Mi director de tesis C.D. Ramón Rodríguez Juárez por su paciencia y apoyo académico en los últimos años.

La C.D. Irma Villalpando Galindo por su valiosa colaboración en la realización de este trabajo.

*La Universidad Nacional Autónoma de México, en especial a la Facultad de Odontología por brindarme la oportunidad de realizarme como profesional.
Gracias.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

	pág.
1. OBJETIVOS-----	2
2. GENERALIDADES-----	3
3. TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO-----	4
4. CAMBIOS FUNCIONALES DE LOS ORGANOS Y SISTEMAS DEL ADULTO MAYOR-----	7
5. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL.-----	20
6. ENFERMEDADES SISTÉMICAS MÁS COMUNES DEL ADULTO MAYOR.-----	36
7. CONCLUSIÓN.-----	44
8. GLOSARIO-----	45
9. BIBLIOGRAFÍA-----	48

INTRODUCCIÓN

Esta tesina esta encaminada en darle la debida importancia a un grupo de nuestra sociedad que se encuentra muy olvidado, como son los adultos mayores, ya que se encuentran descuidados en todos los aspectos básicos para tener una calidad de vida adecuada.

El cirujano dentista debe estar preparado para atender la creciente demanda de atención dental por parte del adulto mayor, ya que año con año aumenta el porcentaje de crecimiento de esta población, y conforme existen avances en la medicina las personas se han vuelto más longevas, pero esto no quiere decir que sean más sanas.

El adulto mayor tiene características muy particulares, debido a su estilo de vida, pues puede tener enfermedades sistémicas crónicas y por ende tratamientos farmacológicos permanentes. Probablemente nos encontremos con un paciente que tenga alguna deficiencia nutricional o algún tipo de hábito que resulte dañino hacia su salud.

No seria raro que debido al envejecimiento encontráramos algún desorden psicológico o emocional en estos pacientes y que probablemente se encuentren bajo tratamiento médico para su control.

Si relacionamos todos estos aspectos nos daremos cuenta que el adulto mayor es sin duda uno de los pacientes que con más probabilidad puede desencadenar algún tipo de emergencia en el consultorio dental, debido a todos los factores de riesgo que puede tener en conjunto.

1. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Reunir conocimientos básicos relacionados con los diferentes cambios fisiológicos y patológicos de la tercera edad, para prevenir emergencias en el consultorio dental

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Valorar la información obtenida en la historia clínica, para tomar las medidas pertinentes y tratar de prevenir cualquier emergencia.

Identificar cambios fisiológicos y morfológicos que sufren los adultos mayores, debido al proceso de envejecimiento y que son importantes para la prevención de emergencias en el consultorio dental.

2. GENERALIDADES

Es fundamental tener claros los conceptos de lo que es una emergencia y una urgencia, y la diferencia entre geriatría y gerontología.

Urgencia: Algo que debe resolverse de forma inmediata.

Emergencia: Padecimiento que pone en peligro inminente la vida del paciente y que requiere tratamiento inmediato en el sitio donde esta se presenta.

Geriatría: Estudia las enfermedades en las personas mayores y su tratamiento específico, ya que estas se manifiestan de forma diferente a los adultos más jóvenes y su tratamiento debe de adaptarse a sus necesidades¹³.

Gerontología: Es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en todos sus aspectos: biológicos, funcionales, psicológicos y sociales⁷.

El envejecimiento es un proceso natural que sucede en todos los seres vivos y se manifiesta de una forma inevitable e irreversible en la función de cada uno de los órganos¹⁰.

Cada individuo envejece de manera diferente, mientras algunos lo hacen prematuramente, en otros los procesos degenerativos se llevan a cabo de una manera más tardía.

3. TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO CELULAR

Se han formulado varias teorías sobre el envejecimiento; ya que no se sabe a ciencia cierta cual es el mecanismo de envejecimiento celular; se mencionaran las más importantes a continuación.

- **DE LA MUTACIÓN**

Menciona que el envejecimiento ocurre como un resultado de la acumulación de mutaciones en el ADN nuclear de las células somáticas.

La causa fundamental de la degeneración celular sería la inestabilidad del genoma mitocondrial, por una falta de equilibrio entre la reparación mitocondrial y el efecto adverso de los radicales de oxígeno. De este modo, las células no tienen la capacidad de regenerar sus mitocondrias y tendrán una disminución irreversible en su capacidad para sintetizar ATP, con la consecuencia de la disminución paulatina del funcionamiento fisiológico y como resultado la muerte al final.

- **INMUNOLÓGICA**

En el envejecimiento se produce una disminución significativa de este sistema. Los cambios más conocidos son los siguientes:

- Pérdidas cualitativas de los linfocitos.
- Menor capacidad de los linfocitos B para producir anticuerpos.
- Aumento en la producción de auto-anticuerpos.

Dando como resultado una menor capacidad de defensa del organismo ante cualquier tipo de agresión y limitando la capacidad para diferenciar lo propio de lo extraño, facilitando la aparición de un mayor número de enfermedades, especialmente de tipo autoinmune e infeccioso¹².

- **RADICAL LIBRE**

Postula que los radicales libres formados durante el proceso oxidativo del metabolismo normal reaccionan con los componentes celulares, originando la muerte de células vitales y, finalmente, el envejecimiento y la muerte del organismo¹⁷.

- **DEL ESLABONAMIENTO CRUZADO**

Sugiere que con la edad, las proteínas, el ADN y otras estructuras moleculares desarrollan entre sí uniones incorrectas, estas uniones erróneas disminuyen la movilidad y elasticidad de las proteínas.

De forma normal, las proteínas dañadas son desdobladas por proteasas, pero la presencia de las uniones cruzadas inhibe la actividad de las mismas, por lo que estas proteínas dañadas e innecesarias no son descompuestas y pueden producir importantes alteraciones².

- **ACUMULACIÓN DE PRODUCTOS DE DESECHO**

Propone que las células originan productos de desecho que son perjudiciales para su reproducción y que no pueden destruirse o transportarse a través de las membranas más externas de las células¹⁷.

- **DE LA COLÁGENA**

Atribuye el envejecimiento a la formación de enlaces cruzados entre las fibras de colágeno, afectando la función del tejido conectivo. Explica también la precipitación del colágeno con acúmulos de calcio y colessterina, formando una membrana que impide el transporte de nutrientes y provocando la atrofia gradual de los órganos⁷.

- **DE LA MUERTE CELULAR PROGRAMADA**

Hace mención a que existen células que parecen tener un mecanismo intrínseco para provocar su muerte, como si tuvieran un lapso finito de vida.

Los procesos degenerativos e irreversibles que comienzan a nivel celular posteriormente se harán evidentes a nivel de sistemas y órganos, disminuyendo o alterando su función, provocando éstos proceso en su conjunto el deterioro en la salud del individuo².

4. CAMBIOS FUNCIONALES DE LOS ORGANOS Y SISTEMAS EN EL ADULTO MAYOR

A continuación se explicara brevemente los cambios generados por la edad en los sistemas y órganos del individuo.

TEJIDO CONJUNTIVO

El componente celular de este tejido disminuye con la edad, mientras el número de fibras aumenta debido a una acumulación anormal de colágeno, ya que disminuye la reabsorción de este compuesto

Los cambios en la piel son uno de los primeros efectos externos del envejecimiento, con la aparición de arrugas, manchas y flacidez, así como la aparición de las canas.

Los motivos de estos signos son: disminución de la grasa subcutánea y del colágeno de la dermis y la epidermis, que produce flacidez y una menor elasticidad.

La piel toma un aspecto más fino y delicado y aparecen las arrugas. Se observa una mayor fragilidad de las capas superficiales cutáneas, en especial entre epidermis y dermis existe una gran facilidad para la formación de derrames y hematomas superficiales debido al aumento en la fragilidad capilar.

Los cambios en la circulación de la sangre en la dermis y disminución del paso de nutrientes de la dermis a la epidermis (que no tiene capilares y se nutre por difusión), causa un retraso en la curación de lesiones epidérmicas. Existe una mayor dificultad para la eliminación de células muertas, lo que aumenta la capa de queratina residual, que es necesaria para la protección ante los estímulos mecánicos, pero el aumento de su

grosor produce una mayor rigidez de la piel, lo que provoca la aparición de fisuras¹⁰.

Una disminución y alteración en la forma de los melanocitos provoca manchas claras y oscuras, así mismo de la aparición de las canas.

Al haber una menor actividad de las glándulas sebáceas disminuye la hidratación y la protección de la piel.

La degeneración de las glándulas sudoríparas, da como resultado una mayor dificultad para regular la temperatura corporal.

Aumenta el grosor de las uñas, con una disminución de su elasticidad y resistencia a causa del aumento de la queratina y una circulación sanguínea disminuida a nivel de la raíz ungueal.

SISTEMA CARDIOCIRCULATORIO

Las arterias, venas y el corazón presentan cambios morfológicos, como funcionales, debido al deterioro natural provocado por el envejecimiento.

En el adulto mayor es común padecer arterioesclerosis, proceso en que las arterias se tornan rígidas ya que existe un aumento en el grosor de la pared media muscular lo que provoca un estrechamiento en la luz del vaso; que sumado al depósito de grasas en la intima provocan un aumento en la presión arterial¹².

Las venas presentan escasos cambios, los más notorios se dan en las extremidades inferiores donde se forman las llamadas varices, provocadas por el adelgazamiento de la capa muscular de las venas, que sumado al aumento de peso y la falta de movilidad del individuo dificultan el flujo sanguíneo de retorno, causando dichas dilataciones venosas.

En el corazón existen alteraciones en su función, ya que no tiene la misma resistencia al esfuerzo que antes, pueden existir alteraciones en la apertura o cierre de las válvulas cardíacas, así como irregularidad en el llenado y vaciado de las cámaras cardíacas, provocando cierto grado de insuficiencia cardíaca.

SISTEMA RESPIRATORIO

Los cambios debidos al paso del tiempo en el sistema respiratorio son de aparición mas prematura que los cambios que se dan en los otros sistemas.

Existe una disminución en la elasticidad de los bronquios, así como una reducción en la expansión del tórax por las alteraciones esqueléticas y musculares; esto hace que el volumen de aire inhalado por respiración sea menor¹⁶.

Se da un aumento del tejido fibroso entre los alveolos, lo que dificulta el paso del oxígeno a la sangre y del dióxido de carbono al aire espirado. También se produce una disminución de los cilios del árbol bronquial y aumento de la secreción de moco, lo que puede llegar a obstruir el paso del aire hacia los alveolos.

Estos cambios fisiológicos pueden no ser patológicos y provocar que la función respiratoria de las personas mayores disminuya.

El volumen de aire inspirado es menor y el intercambio de gases es menos eficiente, esto implica una menor resistencia y tolerancia al ejercicio que a su vez dificulta la recuperación después de la actividad.

Estos cambios son independientes a los hábitos de vida del paciente, pero es evidente que la adicción al tabaco, la contaminación, el medio

ambiente, así como enfermedades crónicas empeoran y aceleran dichos cambios.

SISTEMA DIGESTIVO

En el adulto mayor se presentan alteraciones en todos los tejidos y órganos del aparato digestivo, desde la boca hasta el intestino grueso, modificando su función y esto repercute en su salud.

Al paso de los años los cambios mas significativos en la cavidad oral son: el adelgazamiento de las encías, disminución del número de papilas gustativas y de la producción de saliva, lo que puede alterar la percepción del sabor de los alimentos y una disminución en la sensación de sed.

Debido a la disminución de masa muscular, la pérdida de órganos dentarios y la disminución de la salivación, puede haber dificultad en la masticación y la deglución, lo que en ocasiones puede producir atragantamientos con los alimentos.

A nivel del esófago puede haber una disminución de la motilidad y existir alguna alteración en los esfínteres esofágicos provocando el reflujo, con paso de los ácidos estomacales hacia el esófago, incluso llegando a la faringe.

En el estómago también se da un descenso de la motilidad y una menor secreción ácida, lo que causa digestiones más lentas y por consecuencia retraso en el vaciado gástrico.

Los cambios en la mucosa interna del estómago combinados con una alimentación inadecuada aumentan la probabilidad de sufrir úlcera gástrica.

El hígado con el tiempo, presenta dificultad para metabolizar sustancias, y disminuye la producción de la bilis.

La vesícula biliar tarda más en vaciarse y aumenta la posibilidad de que se formen cálculos biliares en su interior.

Parece que la función exocrina del páncreas, en la que segrega enzimas digestivas se mantiene relativamente intacta.

El intestino delgado recibe un menor riego sanguíneo y también disminuye su motilidad y se produce cierta atrofia de la mucosa, lo cual puede provocar, una mala absorción de nutrientes resultando en una desnutrición¹².

En el colon se afecta el peristaltismo, la mucosa se atrofia, con lo que se altera la absorción de agua de las heces presentándose el estreñimiento.

SISTEMA ENDÓCRINO

Los cambios en la secreción y función de las hormonas a lo largo de los años son sutiles. Lo más notorio es la disminución de la sensibilidad a la acción de la insulina, a pesar de una normal secreción por parte del páncreas, por resistencia de los receptores celulares de la insulina, lo que ocasiona intolerancia a la glucosa y en casos más avanzados, diabetes²².

Los cambios en las hormonas sexuales son más notorios en la mujer que en el hombre, ya que iniciada la menopausia viene acompañada de bochornos, depresión, dolor en el coito, pérdida de la libido, disminución de los estrógenos y la progesterona. La mujer se vuelve infértil y se deterioran los caracteres sexuales secundarios (se produce una disminución del vello en las zonas sexuales, se da un cierto grado atrofia genital, así como del tejido mamario glandular, que es sustituido por grasa)¹⁰.

En los hombres se da una disminución de la secreción de testosterona, pero es mucho más lenta y progresiva, que resulta en una atrofia gradual de los genitales y dificultad para conseguir y mantener una erección satisfactoria.

En las personas mayores es frecuente encontrar una disminución de la función de la glándula tiroides, así que al organismo le es más difícil compensar las necesidades metabólicas. En ocasiones estas alteraciones son tan intensas que pueden ocasionar un hipotiroidismo.

Las glándulas suprarrenales disminuyen la secreción de los corticoesteroides, debido a esto se va perdiendo la capacidad de tolerar la resistencia al estrés.

SISTEMA GENITOURINARIO

Con los años la capacidad y eficacia de este sistema disminuyen haciéndose presentes cambios en alguno de sus órganos o funciones.

En cuanto a los riñones, la función decrece debido a la disminución de la filtración glomerular, se reduce el número de nefronas, existe un menor flujo sanguíneo, así que hay más esfuerzo para realizar su función de depurar la sangre para eliminar los productos de desecho y mantener el equilibrio de los líquidos corporales¹⁵.

Se da una disminución de la producción de las hormonas que secreta el riñón y que son importantes para el control de la producción de glóbulos rojos y la regulación de los líquidos en la sangre, lo cual es un factor que controla la presión arterial.

Estos cambios en conjunto provocan que la función renal sea inestable y que pueda verse alterada fácilmente ante cualquier agresión, de manera que la excreción de fármacos por esta vía sea más complicada.

De los componentes de la vía urinaria, la vejiga es la que presenta mayores cambios ya que pierde elasticidad y su musculatura se debilita haciendo más difícil su control, dando problemas de incontinencia urinaria²¹.

SISTEMA MUCULOESQUELÉTICO

El envejecimiento también afecta en los huesos y las articulaciones, con el tiempo se producen limitaciones en el movimiento y una fragilidad muy propia de los adultos mayores.

El sistema esquelético lo componen los huesos, que brindan un punto de apoyo a los músculos, así como protección a órganos vitales.

Las articulaciones móviles son estructuras complejas, ya que para realizar el movimiento que producen los músculos son necesarios los ligamentos para dar estabilidad, el líquido articular para lubricar las estructuras, y los cartílagos que recubran el hueso articular para dar resistencia y flexibilidad.

Conforme pasa el tiempo hay una disminución de la densidad del hueso a causa de una pérdida del calcio óseo, que es mucho más evidente en las mujeres tras la menopausia, pero también se produce en los varones. Este proceso es determinado en gran medida por factores genéticos pero empeora con la disminución de la actividad física y un estilo de vida poco saludable (tabaquismo, consumo excesivo de alcohol ingesta pobre de calcio y otros nutrientes, así como el uso de ciertos fármacos).

Esta pérdida de masa ósea hace que el hueso sea más frágil, con un mayor riesgo de fractura ante traumatismos mínimos.

Es muy frecuente la aparición de desgaste articular (artrosis), este desgaste se inicia con la deshidratación del cartílago articular, que pierde

sus propiedades elásticas y de absorción de los traumatismos. De esta manera el cartílago se va desgarrando llegando a desaparecer, esto provoca que el hueso articular se engrose y deforme para soportar las cargas que debieran soportar los cartílagos; debido a esto se produce dolor al realizar algún movimiento, produciendo con el tiempo la pérdida de la función articular¹⁶.

Las articulaciones afectadas dependerán de la actividad que se haya tenido a lo largo de la vida o de la aparición de sobrecargas y lesiones, aunque la herencia tiene algo que ver con algunos tipos de artritis.

Los músculos son estructuras formadas por fibras cuya función es dar, estabilidad a la postura, son los que otorgan la fuerza y los movimientos; además de ser una de las mayores reservas de proteínas del organismo.

En el adulto mayor puede existir una pérdida de masa muscular que puede llegar a ser de hasta el 40% a comparación de cuando era joven; generando una mayor dificultad en la realización de las funciones motoras, menor resistencia al ejercicio y es sin duda uno de los factores determinantes en codependencia de las personas mayores.

Entre las causas que provocan la disfunción de los músculos tenemos la pobre ingesta de proteínas, la desnutrición, la vida sedentaria, enfermedades crónico-degenerativas, el uso de ciertos fármacos, así como traumatismos y caídas.

SISTEMA NERVIOSO

En relación al sistema nervioso del adulto mayor existen cambios que pueden ser de menor o mayor intensidad, como son alteraciones en su función y en la anatomía de sus componentes debido al envejecimiento.

Con el paso del tiempo, disminuye el número de neuronas y aumentan las células de soporte y conectivas, que no tienen actividad neuronal, de igual

manera se da un descenso de la producción de neurotransmisores y de sus receptores en todo el sistema nervioso central y en las zonas de transferencia del impulso nervioso, desde los órganos de los sentidos hacia los músculos y otros órganos.

Se van acumulando productos de desecho del metabolismo de las neuronas, ya que cada vez se eliminan más lentamente y dificultan su función. Debido a estas causas puede existir una disminución de la memoria y la capacidad de aprendizaje se ve disminuida²².

Existen dificultades en la psicomotricidad debido a una disminución del control muscular y si sumamos la pérdida de masa muscular, el resultado son problemas en la coordinación de los movimientos.

Se pueden presentar incluso dificultades en el control de los mecanismos de regulación autónoma, con lo que se produce una disminución de los reflejos y la aparición de problemas en el control de la tensión arterial y del equilibrio con los cambios posturales.

Estos cambios son distintos en cada uno de los individuos, no son iguales en todos los sistemas de una misma persona. Así que existen adultos mayores con sus capacidades intelectuales intactas pero con problemas en el control del movimiento, e individuos con dificultades en el aprendizaje de nuevas habilidades con una movilidad perfectamente conservada.

ORGANOS DE LOS SENTIDOS

La percepción de los sentidos (gusto, olfato, tacto, vista y oído) resulta afectada por la vejez, ya que estos se vuelven menos finos y se perciben menos los detalles.

Estos cambios sensoriales tienen efectos negativos en el estilo de vida, la comunicación y las relaciones sociales del individuo, que pueden crear la sensación de aislamiento.

Todos los sentidos reciben información del entorno (luz, vibraciones sonoras, etc.) que se convierte en un impulso nervioso y es llevada al cerebro, donde se interpreta y se produce una respuesta. En el adulto mayor aumenta el umbral para percibir las sensaciones, ya que el estímulo debe ser mayor para generar una respuesta. Los cambios visuales y auditivos son los más notorios, pero todos los sentidos pueden resultar afectados por la edad.

AUDICIÓN

Los oídos tienen dos funciones, escuchar y la otra mantener el equilibrio corporal.

La audición se presenta después de que las vibraciones cruzan el tímpano hacia el oído interno, luego son convertidas en impulsos nerviosos y transportadas al cerebro por medio del nervio auditivo.

El equilibrio se controla en el oído interno donde el líquido y las pequeñas vellosidades del conducto semicircular óseo (laberinto) estimulan a él nervio vestibulococlear responsable de mantener el equilibrio²³.

A medida que uno envejece, las estructuras auditivas se deterioran. El tímpano con frecuencia se hace más grueso y los huesecillos del oído medio y otras estructuras se afectan y, con frecuencia, se hace cada vez más difícil mantener el equilibrio².

La audición puede disminuir, en especial la de los sonidos de alta frecuencia, esta pérdida de audición relacionada con la edad se

denomina presbiacusia. Se considera que el 30% de todas las personas de más de 65 años tienen disminución en la audición.

VISIÓN

Todas las estructuras del ojo cambian en el adulto mayor provocando una disminución gradual de la agudeza visual.

La córnea se vuelve menos sensible, las pupilas disminuyen de tamaño, además reaccionan más lentamente en respuesta a la oscuridad o a la luz brillante. El cristalino se vuelve amarillento, menos flexible y ligeramente opaco.

Las almohadillas de grasa que brindan soporte al ojo se reducen y el ojo se hunde en la órbita. Los músculos oculares son incapaces de rotar completamente el ojo.

A medida que el individuo envejece tiene más dificultad para adaptarse a la oscuridad o a la luz brillante, el resplandor en interiores puede dificultar la movilización.

Los movimientos del ojo pueden estar limitados y el campo visual puede encontrarse disminuido significativamente produciendo visión de túnel.

GUSTO Y OLFATO

El envejecimiento provoca alteraciones en la percepción de los aromas y los sabores.

El número de papilas gustativas disminuye, a partir de los 40 a los 50 años de edad en las mujeres y de los 50 a los 60 años de edad en los hombres. Cada papila gustativa comienza a atrofiarse.

La sensibilidad a las cuatro sensaciones gustativas puede disminuir después de la edad de 60 años. En caso de perderse la sensibilidad gustativa, generalmente se pierden primero los sabores salado y dulce y los sabores amargo y ácido permanecen un poco más de tiempo.

Existe menos producción de saliva a medida que se envejece, esto causa resequedad lo cual dificulta más la deglución y puede provocar una digestión menos eficiente.

El sentido del olfato puede disminuir, especialmente después de la edad de 70 años y esto puede estar relacionado con la pérdida de terminaciones nerviosas en la nariz y la atrofia del nervio olfatorio.

TACTO, VIBRACIÓN Y DOLOR

El sentido del tacto también incluye la percepción de vibraciones, dolor y la posición del cuerpo. La piel, los músculos, los tendones, las articulaciones y los órganos internos tienen receptores que detectan el tacto, la temperatura o el dolor.

El cerebro interpreta el tipo y cantidad de sensación táctil y también interpreta la sensación. Algunos de los receptores le dan al cerebro información acerca de la posición y condición de los órganos internos.

Con el envejecimiento, uno puede presentar una reducción en las sensaciones de dolor, vibración, frío, calor, presión y tacto. Es difícil saber si estos cambios están relacionados con el envejecimiento en sí o con los trastornos que se presentan con más frecuencia en los ancianos¹⁰.

Es posible que algunos de los cambios normales del envejecimiento sean producidos por la desnutrición y la disminución del flujo sanguíneo hacia el cerebro y la médula espinal.

La disminución en la capacidad para percibir con el tacto la vibración, la presión y la temperatura aumenta el riesgo de lesiones.

Después de la edad de 50 años, muchas personas presentan una reducción de la sensibilidad al dolor.

El adulto mayor puede tener dificultad para caminar debido a la reducción de la capacidad para percibir dónde está el cuerpo en relación con el suelo, aumentando el riesgo a algún traumatismo¹².

5. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

La valoración del adulto mayor sufre algunas modificaciones con respecto a los demás pacientes, debido a las múltiples problemáticas que tiene que sobrellevar.

Además de la disminución en la capacidad física, debemos de tomar en cuenta otros aspectos que tienen bastante relevancia en el interrogatorio como son: el emocional, el cognitivo y el social.

Dicha valoración nos ayudara a identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el adulto mayor, y nos será de gran ayuda para desarrollar un plan de tratamiento y minimizar los riesgos de una emergencia en el consultorio dental.

Para lograr una correcta valoración de nuestro paciente, utilizaremos la historia clínica, la exploración física e instrumentos más específicos denominados “escalas de valoración”, que nos ayudaran a detectar problemas específicos.

HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es fundamental como en el adulto, pero en la mayoría de los casos la dificultad y laboriosidad de la anamnesis va a ser mucho mayor en el adulto mayor, la problemática fundamental esta basada en los déficits sensoriales que con frecuencia presentan estos pacientes, tales como déficits auditivos, visuales, alteraciones en la comprensión, dificultad en la expresión, afasia, disartria y alteraciones cognitivas. Estas limitaciones, hacen necesaria, la colaboración de la persona que acompaña a él paciente, para completar la información.

Lo más conveniente es que el acompañante que colabore en el interrogatorio indirecto sea el que habitualmente convive con el paciente y por lo tanto tenga conocimiento de sus hábitos y costumbres, de las

enfermedades y fármacos que consume, así como de los antecedentes a ingresos hospitalarios y sus probables causas. Es muy útil así mismo, contar con informes médicos previos que nos aclaren los antecedentes médicos.

En el interrogatorio directo debemos expresarnos de una forma sencilla pero coherente, para facilitar la comunicación y ganar la confianza del paciente en un entorno de silencio e iluminación adecuada, expresándonos claramente y con terminología comprensible.

ANTECEDENTES PERSONALES

El adulto mayor por lo general tiene antecedentes de numerosas enfermedades, probablemente intervenciones quirúrgicas, traumatismos, alergias, que pueden influir en el padecimiento actual²².

ANTECEDENTES FAMILIARES

Dichos antecedentes no son de gran relevancia, pues los factores hereditarios ya se habrán puesto de manifiesto en las enfermedades previamente diagnosticadas.

HISTORIA FARMACOLÓGICA

Este apartado es de gran importancia, ya que la inmensa mayoría de adultos mayores son consumidores de una variedad muy extensa de medicamentos, por las enfermedades que padecen.

Los efectos secundarios o las interacciones entre medicamentos son respuestas indeseables que puede tener cualquier individuo, pero se tiene mayor probabilidad de presentarse en el adulto mayor, debido a las variaciones en la farmacocinética y farmacodinamia causadas por la edad, así como a déficits en el metabolismo hepático y la eliminación renal¹⁶.

Prácticamente todos los medicamentos pueden producir efectos secundarios, a continuación se menciona a los grupos de fármacos que son mas consumidos por el adulto mayor, con sus posibles efectos adversos¹⁰.

DIURÉTICOS: deshidratación, incontinencia, hipopotasemia, hiponatremia, hiperglucemia, hiperuricemia, hipotensión.

ANTIHIPERTENSIVOS: hipotensión ortostática, síncope, depresión, insuficiencia cardiaca.

DIGITÁLICOS: alteraciones gastrointestinales, arritmias, síndrome confusional.

ANTIDEPRESIVOS: Efectos anticolinérgicos, confusión, insuficiencia cardiaca.

NEUROLÉPTICOS Y SEDANTES: depresión respiratoria, caídas, hipotensión, síndromes disquinéticos, delirium, inmovilidad.

ANAMNESIS POR APARATOS Y SISTEMAS

Al realizar el interrogatorio debemos de tomar en cuenta que pueden existir variaciones en la sintomatología del adulto mayor, ya que puede referir varios síntomas y no darles la debida importancia, pues piensan que son achaques de la vejez.

Como estos pacientes no brindan información fidedigna, tendremos que realizar un interrogatorio que nos ayude a identificar sintomatología que pudiera orientarnos sobre alguna alteración que no tenga diagnosticada y que pudiera darnos algún inconveniente en el consultorio.

Interrogaremos sobre los órganos que con más frecuencia están afectados en el adulto mayor, tratando de encontrar sintomatología que nos oriente sobre probables patologías preexistentes que no estén diagnosticadas².

- Órganos de los sentidos: Interrogar sobre molestias en la visión y audición.
- Cardiovascular: disnea, disnea súbita, síncope, mareos, parestesias, edemas, dolor u opresión precordial, palpitaciones.
- Gastrointestinal: disfagia, atragantamientos, dolor abdominal, pirosis, regurgitación, color y consistencia de las heces.
- Genitourinario: frecuencia miccional, polaquiuria, disuria, dificultad para la micción, hematuria. En la mujer tumoraciones mamarias, prolapsos, exudados vaginales.
- Músculo-esquelético: debilidad proximal, mialgias, rigidez matinal, fracturas recientes, caídas, dolores articulares, alteraciones de la marcha, dolores dorsales.
- Extremidades. Situación muscular y vascular, presencia de pulsos periféricos, existencia de edemas, signos de insuficiencia venosa y síndrome posflebéticos, valorar las deformidades y limitaciones articulares.
- Neurológico: pérdida de conciencia, mareos, confusión, rigidez, temblor, alteraciones de la memoria y función cognitiva, déficit motor reciente. Presencia de afasia o disartria o déficit motor dado la gran prevalencia de patologías cerebrovasculares agudas o crónicas.
- Endocrinológico: sed, diuresis, palpitaciones, frío, cambios de peso.
- General: anorexia, astenia, situación anímica y pérdida de familiares reciente.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Al complementar el interrogatorio con la exploración física y la toma de signos vitales, obtendremos información valiosa para disminuir la posibilidad de un evento de emergencia en el consultorio.

Se procederá inicialmente a una inspección general del paciente donde podremos apreciar aspecto general, cuidado, aseo, así mismo esa inspección nos dará una idea de la colaboración que el paciente nos

pueda prestar y la ayuda que necesitaremos para la realización de la misma.

- ◆ Cabeza. Observar forma y volumen del cráneo, se buscaran probables deformaciones del cráneo (hundimientos y exostosis).
- ◆ Ojos. Percibir la simetría, los movimientos, el grado de humedad, el estado conjuntival, córnea, iris, pupilas y tono ocular.
- ◆ Oídos. Notar posibles lesiones cutáneas en el conducto auditivo externo y probablemente cerumen acumulado. Mencionar en voz baja preguntas, a sus costados, para verificar si nos escucha.
- ◆ Nariz. Se observara la forma, volumen y estado de la superficie, así como la exploración de las fosas nasales para comprobar la permeabilidad de las vías aéreas superiores, estado de la mucosa, presencia de secreciones anormales o la presencia de ulceraciones o lesiones sangrantes, pólipos, etc.
- ◆ Articulación Temporomandibular. Realizar una inspección facial en búsqueda de alguna asimetría, palpar ambas articulaciones en movimiento y en descanso, observando posibles desviaciones, crepitaciones y probables molestias o dolores.
- ◆ Labios. Poner especial atención a la consistencia, volumen, color y textura. El color puede variar por procesos locales o generales que aumentan o disminuyen los pigmentos de la sangre, de las vías biliares y de sustancias tóxicas.
Coloración pálida se observa en desnutrición, anémia y en mixedema.
Coloración amarillenta se observa en ictericia hepatocelular.
Coloración violácea en insuficiencia respiratoria aguda o crónica, insuficiencia cardíaca y síndrome de Addison.
Coloración rojiza existe en traumatismos, infecciones locales y poliglobulias.
- ◆ Encías y carrillos. Revisar en carrillos y encías la consistencia, color, continuidad, inserción, posible aparición de exudados.

El sangrado de la encía puede ser debido a gingivitis crónica, deficiencias vitamínicas, discrasias sanguíneas y leucemias. Puede existir secreción gingival purulenta como sucede en la parodontitis.

◆ Órganos dentarios

Debemos valorar la movilidad dentaria, el número de piezas y su localización.

Evaluar la existencia de caries y de probables infecciones de origen dental que puedan convertirse en focos activos de padecimientos infecciosos del tipo de la fiebre reumática

◆ Lengua. Observar su superficie, movilidad, presencia de placas o lesiones.

La presencia de lesiones blanquecinas son infecciones por *cándida albicans*. La lengua deshidratada es propia de la desnutrición, mientras que la lengua saburral es característica en enfermedades gastrointestinales.

▪ Amígdalas. Sufren alteraciones en su forma, color y tamaño por infecciones, supuraciones; se pueden convertir en focos de infección crónica.

◆ Cuello. Valorar la aparición de Bocio, adenopatías, ingurgitación yugular, limitación o rigidez de los movimientos.

◆ Tórax. Observar la forma, volumen y movimientos.

Tipos de tórax más frecuentes:

-Tórax enfisematoso. Conocido también como tórax en tonel, globoso, en barril o tórax en inspiración permanente.

-Tórax paralítico. Llamado también como tórax aplanado, tísico o tórax en espiración permanente. Se observa en desnutrición avanzada.

-Tórax raquíptico. Se hacen muy notorios los cartílagos condrocostales formando el rosario raquíptico, las costillas se hacen prominentes en las

regiones anteriores y laterales del tórax, las que pueden proyectar el esternón hacia adelante. Se observa en la desnutrición grave¹.

-Tórax cifoesciolítico. La exageración de la curvatura a concavidad anterior en la columna vertebral (cifosis) habitualmente se combina con la desviación lateral de la misma (escoliosis). Puede ser de origen congénito o por traumatismos en la columna vertebral.

- ◆ Abdomen. Debemos observar la simetría, forma y volumen. Existen tres diferentes tipos patológicos del abdomen:

Abdomen globoso, abdomen en batracio y abdomen en batea.

-Abdomen globoso. Se presenta si existe una causa que provoque un aumento de la presión intraabdominal.

Esta variedad de abdomen se observa en el embarazo, en tumoraciones intraabdominales, quistes gigantes del ovario, ascitis y tumoraciones retroabdominales¹.

-Abdomen en batracio. Se observa cuando se pierde el tono de los músculos antero laterales del vientre y la presión intraabdominal o de las vísceras vence la resistencia. Este tipo de abdomen se observa en los ancianos, obesos, embarazo a término, tumoraciones intraabdominales y en casos de pacientes cirróticos con ascitis.

-Abdomen en batea. Se da por pérdida del tejido celular y de las masas musculares.

Las salientes óseas se acentúan, la piel se torna seca y lisa y los pliegues cutáneos se hacen más acentuados; la cicatriz umbilical se encuentra retraída. Este tipo de abdomen se observa en la desnutrición grave, neoplasias avanzadas, infecciones crónicas y procesos degenerativos.

- Extremidades. Observar el tono muscular y vascular, presencia de pulsos periféricos, existencia de edemas, signos de insuficiencia venosa, valorar las deformidades y limitaciones articulares.

- ◆ Neurológico. Valoración del temblor, acinesia, rigidez, equilibrio, dinámica de la marcha, coordinación de movimientos, tono muscular, sensibilidad, descartar la afasia o la disartria.
- ◆ Piel. Observar probables lesiones, úlceras, tumoraciones, signos de isquemia, verrugas, infecciones, micosis, vitíligo, etc.

SIGNOS VITALES

TEMPERATURA. En el adulto mayor se considera normal una temperatura de 36°C, debemos poner especial atención si sobrepasa los 37°C, pues puede ser indicio de alguna infección.

TENSIÓN ARTERIAL: Con los datos aportados en el interrogatorio, sabremos los niveles de la presión arterial que maneja nuestro paciente, es conveniente realizar en cada cita la toma de la presión arterial, de preferencia 10 minutos después de la llegada del paciente, para permitir la relajación y tener una lectura confiable. Puede existir una pseudohipertensión debido a la rigidez de la pared arterial, para corroborar nuestra sospecha debemos observar si es posible palpar la arteria radial, tras insuflar el manguito del esfigmomanómetro por encima de la presión sistólica (signo de Osler).

FRECUENCIA CARDIACA: Aunque no existen grandes variaciones en relación con la edad, debemos tomarla en cuenta, ya que podremos sospechar arritmias, insuficiencia cardiaca, o síncope.

En el adulto mayor se considerara normal un valor de 50 latidos por minuto, llegando a ser entre 60 y 90 latidos por minuto en un adulto joven.

FRECUENCIA RESPIRATORIA: Es un dato valioso, pues cuando se eleva por encima de 25 respiraciones por minuto podemos suponer

afecciones de las vías respiratorias, infarto al miocardio y embolismos pulmonares.

ESCALAS DE VALORACIÓN

El objetivo de las escalas de valoración funcional es determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades en la vida diaria de forma independiente.

A continuación se describen las escalas que nos pueden sugerir datos de interés, que nos ayuden a evaluar en todos los aspectos al adulto mayor y así poder brindarle un tratamiento de acuerdo a sus características específicas.

ÍNDICE DE KATZ

Evalúa el nivel de autonomía o dependencia del adulto mayor para la realización de actividades básicas de la vida diaria: baño, vestido, uso de retrete, movilización, incontinencia y alimentación¹².

LAVADO

- No recibe ayuda (entra y sale solo de la bañera)
- Recibe ayuda en la limpieza de una sola parte de su cuerpo.
- Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo para entrar o salir de la bañera.

VESTIDO

- Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda
- Se viste sin ayuda excepto para atarse los zapatos
- Recibe ayuda para coger la ropa y ponérsela o permanece parcialmente vestido

USO DE RETRETE

- Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o silla de ruedas).
- Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal
- No va al retrete

MOVILIZACIÓN

- Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador)
- Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta con ayuda
- No se levanta de la cama

CONTINENCIA

- Control completo de ambos esfínteres
- Incontinencia ocasional
- Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente

ALIMENTACION

- Sin ayuda
- Ayuda solo para cortar la carne o untar el pan
- Necesita ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos

- INDEPENDIENTE
- DEPENDIENTE

VALORACIÓN

A Independiente en todas las funciones

B Independiente en todas salvo en una de ellas

C Independiente en todas salvo lavado y otra más

D Independiente en todas salvo lavado, vestido y otra más

- E Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete y otra más
- F Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete, movilización y otra más
- G Dependiente en las seis funciones

ESCALA DE TINETTI

Es la escala más utilizada para valorar la movilidad de un individuo a través de la marcha y el equilibrio. Su principal finalidad es la prevención de caídas.

A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación para la escala de marcha es 12, para la de equilibrio 16. La suma de ambas puntuaciones da la puntuación para el riesgo de caídas.

VALORACIÓN

A mayor puntuación menor riesgo de caída.

<19: Riesgo alto de caídas.

19-24: Riesgo de caídas.

VALORACIÓN DE LA MARCHA

Instrucciones: El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a paso normal, luego regresa a paso rápido pero seguro.

- Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande)
 - Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar..... =0
 - No vacila =1
- Longitud y altura de paso
- a) Movimiento del pie derecho:
 - No sobrepasa al pie izquierdo con el paso.....=0
 - Sobrepasa al pie izquierdo=1

- b) Movimiento del pie izdo.
 - No sobrepasa al pie derecho..... =0
 - Sobrepasa al pie dcho..... =1
 - El pie izdo., no se separa completamente del suelo con el peso . =1
 - El pie izdo., se separa completamente del suelo =1
- Simetría del paso
 - La longitud de los pasos con los pies izdo. y dcho., no es igual... =0
 - La longitud parece igual =1
- Fluidez del paso
 - Pausas entre los pasos =0
 - Los pasos parecen continuos =1
- Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)
 - Desviación grave de la trayectoria =0
 - Desviación moderada o usa apoyos..... =1
 - Sin desviación o apoyos =2
- Tronco
 - Balanceo marcado o usa ayudas =0
 - No balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar.....=1
 - No se balancea, no reflexiona, ni otras ayuda..... =2
- Postura al caminar
 - Talones separados =0
 - Talones casi juntos al caminar =1

PUNTUACIÓN MARCHA: 12

EQUILIBRIO

Instrucciones: El paciente está sentado en una silla dura sin apoyabrazos.

Se realizan las siguientes maniobras:

- Equilibrio sentado
 - Se inclina o se desliza en la silla..... =0
 - Se mantiene seguro..... =1
- Levantarse
 - Imposible sin ayuda..... =0
 - Capaz, pero usa los brazos para ayudarse..... =1
 - Capaz sin usar los brazos..... =2
- Intentos para levantarse
 - Incapaz sin ayuda..... =0
 - Capaz, pero necesita más de un intento..... =1
 - Capaz de levantarse con sólo un intento..... =2
- Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos)
 - Inestable (se tambalea), marcado balanceo del tronco..... =0
 - Estable pero usa un apoyo para no caer..... =1
 - Estable sin andador, bastón u otros soportes..... =2
- Equilibrio en bipedestación
 - Inestable.....=0
 - Estable, con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm)... =1
 - Apoyo de bastón u otro soporte..... =2
- Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.
 - Empieza a caerse..... =0
 - Se tambalea, se agarra, pero se mantiene..... =1
 - Estable..... =2
- Ojos cerrados.
 - Inestable..... =0
 - Estable..... =1

- Vuelta de 360 grados
 - Pasos discontinuos..... =0
 - Continuos..... =1
 - Inestable (se tambalea, se agarra)..... =0
 - Estable..... =1
- Sentarse
 - Inseguro, calcula mal la distancia y cae en la silla..... =0
 - Usa los brazos o el movimiento es brusco..... =1
 - Seguro, movimiento suave..... =2

PUNTUACIÓN EQUILIBRIO: 16

PUNTUACIÓN TOTAL: 28

ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE

Valora la depresión en adultos mayores, basándose solo en los aspectos relacionados con el estado de ánimo.

	SI	NO
1.- ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6.- ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7.- ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8.- ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9.- ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10.- ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12.- ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13.- ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14.- ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15.- ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0

INTERPRETACIÓN

0– 5: Normal

6 – 9: Depresión leve

10 o más: Depresión severa

CUESTIONARIO DE BARBER

Dicho cuestionario se realiza para diagnosticar al adulto mayor probablemente como frágil. Se le denomina frágil cuando existe una disminución de la habilidad para desarrollar actividades prácticas y sociales importantes de la vida diaria, que lo vuelven vulnerable y dependiente.

Los factores de riesgo de la fragilidad son los problemas derivados de:

- El envejecimiento biológico. Alteraciones del equilibrio y marcha por múltiples discapacidades (sistemas sensoriales, respuesta muscular, equilibrio).
- Enfermedades agudas o crónicas
- Factores de riesgo en cuanto a los estilos de vida, factores sociales y factores económicos.
- Factores de riesgo en cuanto a la inactividad, pueden ser por desnutrición, traumatismos o enfermedades.

Cada respuesta positiva equivale a uno, y cada negativa a cero.

¿Vive sólo/a?

¿Le falta alguien que le pueda ayudar si lo necesita?

¿Depende de alguien para sus necesidades diarias?

¿Hay días en que no consigue comer algo caliente?

¿No puede salir de casa por alguna enfermedad?

¿Tiene mala salud?

¿Tiene problemas de visión?

¿Tiene problemas de oído?

¿Ha estado hospitalizado este último año?

RESULTADO

0 No sugiere dependencia.

1 o más sugiere riesgo de dependencia.

6. ENFERMEDADES SISTÉMICAS MÁS COMUNES DEL ADULTO MAYOR

Las enfermedades degenerativas son las más comunes en el adulto mayor y son las que causan mayores riesgos de una emergencia en el consultorio dental, así que debemos de saber interpretar los signos y síntomas que nos refiera nuestro paciente; de esta manera decidiremos las medidas necesarias para minimizar el riesgo de alguna complicación.

A continuación se describe brevemente la sintomatología característica que presentan las enfermedades mas comunes del adulto mayor, así como las consideraciones que debemos tener en la consulta dental para prevenir una urgencia y/o emergencia.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Se define como la elevación de la presión arterial media, resultante del incremento de la resistencia arterial periférica.

Provoca complicaciones cardíacas, renales, retinianas y cerebrovasculares. Su etiología es el estrés y la arteriosclerosis.

Se considera una presión arterial media normal: 120/80mm Hg, con un límite de 140/90mm Hg, y hablamos de una hipertensión cuando existe una presión arterial mayor a 160/95 por 15 días estando reposo¹⁴.

- Signos y síntomas.

Dolor de cabeza intenso, náuseas o vómitos, confusión, cambios en la visión o sangrado nasal pueden ser señales de hipertensión¹.

- Consideraciones en la consulta dental.

Es necesario realizar una adecuada historia clínica, tomar en cuenta desde cuando fue diagnosticado como hipertenso, que medicamentos toma y en que dosis y si cumple con su tratamiento.

Se sugiere citar a los pacientes preferentemente en la mañana, ya que los niveles de estrés son menores, y registrar la presión arterial en reposo antes de iniciar la consulta.

Si el paciente está siendo tratado con vasodilatadores, puede sufrir hipotensión postural, por lo que se debe cambiar lentamente de posición, para evitar la lipotimia.

Para asegurar una actividad anestésica para evitar el dolor, se recomienda usar anestesia local con epinefrina 1:100.000.

Los hilos retractores con vasoconstrictor, pueden elevar la presión arterial.

INFARTO AL MIOCARDIO

Es la necrosis irreversible de un área del tejido miocárdico, debido a una isquemia por la reducción del flujo de las arterias coronarias al corazón¹⁸.

- Signos y síntomas.

Opresión en el pecho, que se puede irradiar al estómago, espalda, cuello, maxilar inferior y a uno o ambos brazos. El dolor es incapacitante la mayoría de las veces, se presenta disnea, náuseas, vómitos, vértigo, mareos, sudoración profusa⁸.

- Consideraciones en la consulta

Cualquier tratamiento odontológico estará contraindicado en los primeros seis meses después del infarto, deberemos tener la autorización de su médico tratante,

Tomaremos en cuenta que la mayoría de estos pacientes tienen terapias con anticoagulantes, motivo por el cual se debe suspender el medicamento en caso de alguna cirugía.

Se recomienda una profilaxis antibiótica para prevenir una endocarditis infecciosa con una dosis de 2 gr. de Amoxicilina, 1 hora antes de la consulta; en el caso de pacientes alérgicos a los antibióticos betalactámicos, se recomienda 600 mg. Eritromicina, 1 hora antes de la consulta.

De preferencia programar las sesiones clínicas en la mañana, evitando procedimientos prolongados, para disminuir situaciones de estrés.

Si se trata de un paciente ansioso se puede prescribir un ansiolítico, aunque es conveniente observar los signos vitales durante la sesión.

Se recomienda usar anestesia local con epinefrina 1:100.000, no más de tres cartuchos por sesión.

Nunca se debe usar hilo retractor con astringente.

Si el paciente es portador de un marcapaso, se debe evitar el uso de ultrasonido.

Pedir al paciente que lleve siempre sus medicamentos.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Se produce cuando se detiene el flujo sanguíneo hacia el cerebro, al no recibir sangre y oxígeno las células cerebrales pueden sufrir necrosis causando daño cerebral permanente¹⁵.

Existen dos tipos principales de accidente cerebrovascular: isquémico y hemorrágico.

El accidente cerebrovascular isquémico ocurre cuando un vaso sanguíneo que irriga sangre al cerebro resulta bloqueado por un trombo.

Un accidente cerebrovascular hemorrágico ocurre cuando un vaso sanguíneo en alguna parte del cerebro se debilita y se rompe, provocando que la sangre se difunda hacia el cerebro.

- Signos y síntomas

Son muy variados dependiendo del área cerebral afectada, van desde síntomas puramente sensoriales a los únicamente motores. Los más frecuentes son los siguientes:

- ✓ Hemiparesia y/o hemiplejía.
- ✓ Dificultad para expresarse, entender lo que se le dice o lenguaje ininteligible (afasia).
- ✓ Dificultad al caminar, pérdida de equilibrio o de coordinación.
- ✓ Mareos, dolor de cabeza brusco, intenso e inusual.
- ✓ Pérdida de la visión en uno o ambos ojos¹⁸.

- Consideraciones en la consulta dental.

Los medicamentos usados en el tratamiento de las secuelas del accidente cerebrovascular pueden producir diureis y xerostomía (fármacos hipotensores) y diátesis hemorrágicas (anticoagulantes).

Interconsultar al médico tratante para conocer el estado actual del paciente e intentar modificar el esquema de medicamentos que causan xerostomía.

Previo a la atención odontológica es necesario controlar el tiempo de protrombina.

Si el paciente se encuentra particularmente tenso, administrar un ansiolítico puede ser una buena alternativa.

Durante la sesión clínica se recomienda el monitoreo de los signos vitales. Idealmente, el paciente debe llevar sus medicamentos consigo por si fueran requeridos en una situación de emergencia.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Es una pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección se determina con un filtrado glomerular. En consecuencia los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre²⁰.

- Signos y síntomas.
 - ✓ Fatiga.
 - ✓ Hipo frecuente.
 - ✓ Sensación de malestar general.
 - ✓ Prurito
 - ✓ Dolor de cabeza.
 - ✓ Náuseas, vómitos.
 - ✓ Pérdida de peso involuntaria
 - ✓ Piel anormalmente oscura o clara.
 - ✓ Aliento fuerte.
 - ✓ Micción excesiva durante la noche.
 - ✓ Sed excesiva.
 - ✓ Hipertensión arterial.
 - ✓ Pérdida del apetito.

- Consideraciones en la consulta

Antes de la atención odontológica se debe conocer el tiempo de protrombina y durante la sesión clínica se recomienda controlar la presión arterial.

Es importante recordar los fármacos nefrotóxicos de uso habitual en odontología: Tetraciclinas, Aciclovir, AINE's, Aspirina, Ketoconazol, Anfotericina B y Paracetamol²⁰.

Ante cualquier duda con respecto a la prescripción de medicamentos es preferible consultar con el médico tratante.

En caso de pacientes con diálisis se recomienda organizar las citas para el día siguiente de las diálisis.

En caso de intervenciones quirúrgicas, consultar con el médico tratante la indicación de antibióticos, con el fin de controlar el riesgo de endocarditis infecciosa.

DIABETES MELLITUS

Es una enfermedad multisistémica que tiene como característica principal es la hiperglucemia, que es el resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o ambos¹⁸.

DIABETES MELLITUS TIPO 1 O INSULINODEPENDIENTE

Se debe a una carencia de insulina, debido a la destrucción de las células beta del páncreas por procesos autoinmunes o idiopáticos¹⁸.

DIABETES MELLITUS TIPO 2

Se caracteriza por la disminución de producción de insulina y una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina)¹⁸.

- Signos y síntomas.
 - ✓ Poliuria, polidipsia.
 - ✓ Aumento del apetito (polifagia).
 - ✓ Aumento de la sed
 - ✓ Aumento de la frecuencia y volumen de orina.
 - ✓ Pérdida de peso y aumento del apetito..
 - ✓ Vaginitis en las mujeres.
 - ✓ Balanitis en hombres.
 - ✓ Infecciones de la piel.
 - ✓ Visión borrosa.
 - ✓ Frecuentes infecciones de vejiga.
 - ✓ Impotencia en el hombre y desaparición de la menstruación en la mujer.
 - ✓ Dolor abdominal.
 - ✓ Fatiga

- Consideraciones en la consulta

Es importante saber si nuestro paciente esta bajo tratamiento, y si respeta las dosis y sus horarios.

Las citas en la mañana son recomendables, ya que los niveles endógenos de cortisol son más elevados en este horario.

En pacientes insulino dependientes, antes de la consulta debemos indagar si consumió alimentos, para disminuir la probabilidad de hipoglicemia, en

caso de que los niveles de glucosa en sangre se encuentren bajos (<70 mg/dl), el paciente deberá de consumir algún carbohidrato.

Existen medicamentos que pueden alterar el control de la glucosa interfiriendo en la acción de la insulina o en el metabolismo de los carbohidratos.

La acción hipoglicémica de las sulfonilureas se potencializa con medicamentos que tienen alta unión a proteínas plasmáticas, como los salicilatos, dicumarol, bloqueadores beta-adrenérgicos, inhibidores de la monoamino-oxidasa, sulfonamidas y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensinas.

Fármacos como la epinefrina, corticoesteroides, tiazidas, anticonceptivos orales, fenitoína, productos tiroideos y bloqueadores de los canales de calcio, tienen efectos hiperglicemia antes.

7. CONCLUSIÓN

Resulta muy satisfactorio comprender y entender los comportamientos del adulto mayor, pues nos encontramos ante una realidad que tarde o temprano nos alcanzara y que mas vale aprendamos a planificar en todos los aspectos de nuestra vida (salud, psicológicos, sociales y económicos).

Tratar al paciente con dignidad y respeto, otorgándole un tiempo y espacio adecuado para valorarlo y tratarlo, prevenir probables situaciones desagradables en la consulta, que van desde alguna caída, traumatismo, complicaciones relacionadas con sus enfermedades previas, que se puedan agravar y poner en riesgo la vida del paciente.

8. G L O S A R I O

Acinesia.- Ausencia de movimiento

Adenopatías. - Agrandamiento anormal de los ganglios linfáticos

Afasia.- Es la pérdida de capacidad de producir o comprender el lenguaje

Anamnesis.- Parte del examen clínico que reúne todos los datos personales, hereditarios y familiares del enfermo, anteriores a la enfermedad.

Angiotensina.- Hormona peptídica que actúa provocando una vasoconstricción general en las arteriolas, lo que a su vez provoca un aumento de la presión arterial y una mayor tasa de filtración en los glomérulos del riñón.

Anticolinérgicos.- Bloquean el efecto de los nervios, impidiendo que los músculos se contraigan por efecto de los estímulos nerviosos, lo que permite la apertura de las vías aéreas.

Betalactámicos.- Designa toda sustancia o procedimiento que reduce la presión arterial. En particular se conocen como agentes antihipertensivos a un grupo de diversos fármacos utilizados en medicina para el tratamiento de la hipertensión.

Cifosis.- Es un trastorno caracterizado por una acentuación de la curva que presenta la columna

Colágena.- Prótido del tejido conjuntivo que se transforma en gelatina por efecto de cocción.

Colesterina.- Nombre antiguo del colesterol, sustancia lipoidea, muy difundida en los tejidos animales, que interviene en la síntesis de bilis, hormonas sexuales, corticoesteroides y la vitamina D.

Corticoesteroides.- Sustancias esteroides, naturales o sintéticas, asociadas con la corteza suprarrenal.

Diátesis.- Predisposición de un sujeto a sufrir determinadas enfermedades que se produce por la forma particular de reaccionar de cada individuo.

Disartria.- Es una alteración del lenguaje producida por una lesión cerebral. Se distingue de las afasias motrices en que no se presentan alteraciones en la prolongación ni en la secuencia del lenguaje sino dificultades asociadas es con la realización de los sonidos del lenguaje.

Discrasias.- En medicina antigua, alteración en la composición de los humores, especialmente de la sangre.

Disfagia.- Se define como dificultad en la deglución.

Disnea.- Es la dificultad respiratoria o falta de aire.

Disuria.- Es cualquier dolor molestia o sensación urente que se presenta al orinar.

Diuresis.- Proceso de secreción y eliminación de la orina del riñón.

Endocarditis.- Es una inflamación del revestimiento interno de las cámaras y válvulas cardíacas (endocardio).

Escoliosis.- La escoliosis es la curvatura anormal y progresiva de la columna vertebral, tanto de la porción torácica (central) como la lumbar (inferior).

Farmacodinamia.- Es el estudio de los efectos bioquímicos y fisiológicos de los fármacos y de sus mecanismos de acción y la relación entre la concentración del fármaco y el efecto de éste sobre un organismo.

Farmacocinética. - Estudia el paso de los medicamentos por el organismo: absorción, distribución, metabolismo, su acción sobre los órganos o tejidos y su posterior filtración y eliminación.

Hemiparesia.- Se refiere a la disminución de la fuerza motora o parálisis parcial que afecta un brazo y una pierna del mismo lado del cuerpo.

Cuando se afecta el rostro y la cabeza la debilidad motora puede o no ser fácilmente evidente.

Hemiplejia.- Es un trastorno del cuerpo del paciente en el que la mitad lateral de su cuerpo está paralizada;

Hiperuricemia.- Presencia de una concentración excesiva de ácido úrico en la sangre y los fenómenos asociados a ello, como la gota.

Hiponatremia.- Reducción de los niveles de sodio en sangre, por debajo de los 135 mmol/l.

Hipopotasemia.- Es una enfermedad que se caracteriza por el bajo nivel de potasio (hipocaliemia), se produce cuando el nivel de potasio en la sangre es inferior a lo normal.

Idiopático.- Este término se aplica generalmente cuando se quiere dar cuenta de una enfermedad cuya etiología, es desconocida hasta el momento.

Isquemia.- Disminución transitoria o permanente del riego sanguíneo de una parte del cuerpo.

Micción.- Es un proceso por el que la vejiga urinaria se vacía de orina cuando está llena.

Neurolépticos.- Tipo de medicamento que se emplea para tratar los síntomas de la psicosis, tales como las alucinaciones delirios y demencia.

Peristaltismo.- Movimiento ondulatorio de los músculos del intestino u otros órganos tubulares que se caracteriza por la contracción y relajación alternadas de los músculos que impulsan hacia adelante lo que contienen.

Pirosis.- Es una sensación de ardor que se irradia desde el estómago.

Polaquiuria.- Incremento de la frecuencia en las micciones con o sin aumento del volumen total de orina.

Polidipsia.- Necesidad de beber con frecuencia y abundantemente, que se presenta en algunos estados patológicos, en la diabetes.

Polifagia.- Necesidad excesiva de comer y ausencia de la sensación de saciedad.

Poliglobulias.- Presencia de un número anormalmente alto de eritrocitos en la sangre, sin que exista hemoconcentración.

Poliuria.- Gasto urinario excesivo es un síntoma médico que consiste en una emisión de un volumen de orina superior al esperado.

Presbiacusia.- Se debe al deterioro de las células ciliadas que cubren la cóclea en el oído interno.

Xerostomía.- Sequedad de la boca provocada en general por una secreción de saliva insuficiente de las glándulas salivales.

9. B I B L I O G R A F Í A

- 1. Bates B. Propedeútica Médica. Editorial Interamericana. México. 1984. Pp. 1-4, 91-95.**
- 2. Bates J. Tratamiento Odontológico del Paciente Geriátrico. Editorial Manual Moderno. México. 1986. Pp.1-62, 133-159.**
- 3. Bodak L, Manzione J. Medicina Bucal Evaluación y Manejo del Paciente. Editorial Limusa. México. 1987. Pp. 84-86, 141-147.**
- 4. Coni N, Davison W. Geriatria. Editorial El Manual Moderno. México. 1990. Pp. 175-183.**
- 5. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. PLM. Editorial Thomson. México. 51 ed. 2005.**
- 6. Gutiérrez P. Urgencias Médicas en Odontología. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México. 2005. Pp. 54-63.**
- 7. Franks A.S, Hedegard. B. Odontología Geriátrica. Editorial Labor. España. 1976. Pp. 3-33.**
- 8. Harrison. Principios de Medicina Interna. Editorial Interamericana Mc. Graw Hill. México. 14ª ed. 1998. Pp. 49-62.**
- 9. Kelley W. Medicina Interna. Editorial Panamericana. Argentina 1990. Pp. 2743-2749.**
- 10. Langarica R. Gerontología y Geriatria. Editorial Interamericana. México. 1990. Pp.3-8, 33-57.**

11. Little J, Falace D. Tratamiento Odontológico del Paciente Bajo Tratamiento Médico. Editorial Harcourt. España 5ª ed. 1998. Pp.260-273.
12. Lueckenotte A. Valoración Geriátrica. Editorial Interamericana Madrid España. 1992. Pp. 14-47
13. Malamed S.F. Urgencias Médicas en el Consultorio Dental. Editorial Mosby. España, 4ª ed. 1993. Pp. 211-229.
14. McCarthy F. Emergencias en Odontología. Editorial "El Ateneo", S.A. Argentina. 3ª ed. 1981. Pp. 16-58, 84-138.
15. Muñoz B, Villa L.F. Manual de Medicina Clínica. Editorial Díaz de Santos. España. 1993. Pp.5-21.
16. Nicola P. Geriatria. Editorial Manual Moderno. México. 1985, Pp. 1-10, 37-39.
17. Ozawa Y. Estomatología Geriátrica. Editorial Trillas. México. 1994. Pp. 17-83.
18. Rose L, Kaye D. Medicina Interna en Odontología. Editorial Salvat. Barcelona España. 1992. Pp.3-9.
19. Rozman C. Compendio de medicina interna. Editorial Harcourt Brace. España. 1997. Pp.130- 151.
20. Silvestre J, Plaza A. Odontología en Pacientes Especiales. Ed. Publicaciones Universidad de Valencia. 2007. Pp23-28, 177-186.

- 21. Van Der C. Manual Clínico de Geriátría. Editorial Manual Moderno. México. 1994. 1-23 pp.**
- 22. Walshe T. Manual de Problemas Clínicos en Medicina Geriátrica. Editorial Interamericana. México. 1987. Pp35-60.**
- 23. Wynguarden J. Cecil Tratado de Medicina Interna. Editorial Interamericana. México. 17ª ed. 1987, Pp.17-39.**