

870122
79
24

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela de Odontología



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

“El Aspecto Dental en la Senectud”

Tesis Profesional

que para obtener el título de:

Cirujano Dentista

presenta:

Lourdes Gladys Sayira Rodríguez Zavala

ASESOR: Dra. Rosa Irma Guadalupe Betancourt Rosales



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 está 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.

EL ASPECTO DENTAL EN LA SENECTUD

CAPITULO I.- ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN EL PACIENTE SENECTO

| | |
|-----------------------|----|
| A) Hipertensión..... | 7 |
| B) Diabetes | 9 |
| C) Artritis | 12 |
| D) Menopausia..... | 14 |
| E) Osteoporosis | 16 |
| F) Nutrición | 18 |

CAPITULO II.- ACTITUD PSICOLOGICA DEL PACIENTE SENECTO

| | |
|-----------------------------|----|
| A) Demencia pre senil | 22 |
| B) Demencia | 23 |
| C) Psicosis senil | 24 |
| D) Ansiedades | 25 |

CAPITULO III.- MANEJO DEL PACIENTE SENECTO DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL (tratamientos más frecuentes)

| | |
|--|----|
| A) Premedicación | 30 |
| 1.- Toxicidad y Efectos Secundarios..... | 32 |
| 2.- Reacciones Adversas | 33 |
| 3.- Historia Clínica..... | 36 |
| B) Periodonto senil | 38 |
| C) Prostodoncia Total | 40 |
| D) Cirugia Bucal | 42 |
| E) Precauciones en el paciente senecto | 43 |

| | |
|-------------------|----|
| CONCLUSIONES..... | 48 |
|-------------------|----|

| | |
|--------------------|----|
| BIBLIOGRAFIA | 50 |
|--------------------|----|

INTRODUCCION

En esta tesis uno de los objetivos principales es el de entender un poco el proceso de envejecimiento del individuo, ya que vivimos dentro de una sociedad que envejece; es nuestro deber tratar de entenderla para cuando nosotros llegemos a esa etapa, podamos entendernos también.

Desafortunadamente aún no existe mucha información acerca de la senectud, y como podemos observar actualmente, se nos educa para la realización de sinfín de actividades, pero nunca se nos ha preparado para envejecer, por consiguiente se puede deslindar el porque es tan restringido el estudio de la senectud en nuestro campo.

Existe además la creencia de que el anciano porque es viejo no necesita ya mucha atención especializada en el campo de la odontología, ya que según algunos compañeros consideran que es muy restringido el tipo de tratamientos que en ellos se puede realizar, sin tomar en cuenta que en este tipo de pacientes como en cualquier otro se pueden presentar diversidad de opciones en los planes de tratamiento, pudiendo ser en un momento dado un reto para nuestras habilidades.

Pensamos que es necesario buscar nuevas alternativas y contar con la cooperación del paciente, que muchas veces se torna difícil al notar inseguridad en nuestro trato.

Creemos también que es necesario que exista una atención dental al anciano, individualizada y especializada, por lo que en esta tesis se pretende proporcionar una mínima educación al odontólogo acerca del envejecimiento y prepararlo en el manejo del paciente senecto dentro del consultorio dental, no porque el odontólogo no sepa como atenderlo sino para que -

no deje pasar desapercibidos algunos detalles que son muchas veces la clave para el buen funcionamiento de nuestra relación médico paciente y quizás el buen desenlace del tratamiento.

Trataremos de dar en esta tesis una panorámica de -- los problemas más comunes a los que nos podemos enfrentar y recordaremos también que los problemas del anciano son tanto médicos, psicológicos, así como dentales también.

Esperamos que en esta tesis encuentren aquellos detalles de los cuales hablabamos anteriormente para que de alguna forma contribuya a su preparación profesional.

CAPITULO I

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN EL PACIENTE SENECTO.

En este capítulo nos abocaremos únicamente a las enfermedades que ocurren con mayor frecuencia en los ancianos; - sin que esto quiera decir que estén exentos de algunas otras - sino que por la experiencia dentro de la atención dental en el Centro Jalisciense de Atención Integral al Anciano (C J A I A) dependiente del DIF Jalisco, las estadísticas nos han mostrado la mayor incidencia de las enfermedades que a continuación mencionaremos.

HIPERTENSION

Los criterios para el diagnóstico de la hipertensión son arbitrarios ya que la presión sanguínea aumenta con la edad y varían de una determinación a otra, aunque la mayoría de los autores define a la hipertensión como a la elevación persistente de la presión diastólica por arriba de 100 mm hg en personas de más de 60 años de edad y por arriba de 90 mm hg en personas menores de 50 años de edad.

(1) (3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa los límites de la presión normal en 160/ 95. (1)

La hipertensión es más frecuente en un 10% de la población, pero se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, aunque los efectos tardíos son mucho más graves y complicados en los varones. (2)

Se clasifica en primaria y secundaria; la primaria o idiopática es aquella que ocurre con mayor frecuencia que la secundaria, ya que de cada 10 pacientes 9 la padecen.

La secundaria es la que tiene múltiples causas, algunas de ellas son de origen neurogénico, de la acromegalia o de enfermedades renales principalmente glomerulonefritis y pielonefritis. (2)

Se considera que las complicaciones vasculares de la hipertensión son consecuencia de la elevación de la presión sanguínea y de la arterioesclerosis de los circuitos arteriales mayores.

No se conoce la causa específica de la hipertensión pero según las evidencias clínicas muestran que el riñón es un

órgano que está altamente comprometido en su patogenia. (2) (3)

La elevación transitoria de la presión arterial que se observa con la excitación, inquietud o ejercicio y la elevación sistólica de la presión arterial en personas de edad avanzada por la pérdida de la elasticidad de las grandes arterias, no se considera enfermedad hipertensiva. (1)

SIGNOS Y SINTOMAS:

Los grados ligeros y moderados de hipertensión esencial son compatibles con bienestar y salud normal durante muchos años. Cuando el paciente se entera que tiene alta presión aparecen síntomas vagos, frecuentemente:

Cefaleas (aún similar a la migraña)

Fatigabilidad

Debilidad

Palpitaciones

Estos síntomas son consecuencia de la angustia que provoca el saberse hipertenso o pueden deberse a las alteraciones psicológicas concomitantes a la enfermedad. (1)

DIABETES

El diabetes es un trastorno crónico del metabolismo de los hidratos de carbono producido por una deficiencia relativa y absoluta de insulina. (2)

Es más frecuente en personas obesas pero no se sabe si esta es una relación de causa a efecto ya que es posible que la obesidad anteceda realmente al diabetes o bien sea una manifestación de ella en un estado preclínico.

Puede deberse también a la herencia y es más frecuente en aquellos individuos que sobrepasen los 50 años de edad. (2)

En un niño puede deberse a un déficit en el suministro de insulina, mientras que las concentraciones de insulina en pacientes de edad avanzada son mayores que en un individuo normal. (1) (4)

El diabetes tiene consecuencias inmediatas o tardías las inmediatas se encuentran representadas por el coma o la infección, el coma diabético generalmente se desencadena como resultado del tratamiento insuficiente de insulina, por infección o por algún trastorno gastro intestinal que provoque vómitos o diarrea, se caracteriza por su desarrollo lento o por su presencia lenta, o puede presentarse acidosis la cual produce hiperventilación o respiración tipo Krussmaul, el alieno cetónico y las infecciones locales son muy frecuentes. (2)

Las consecuencias tardías son vasculares, renales, retinianas, nerviosas; aunque la patología de la diabetes se ha modificado ya que los enfermos diabéticos sobreviven más tiempo, estos pacientes presentan arterioesclerosis con mayor

frecuencia que en un individuo no diabético, es mayor la muerte por enfermedades vasculares en un 80% en los diabéticos que en un individuo no diabético mayor de 50 años de edad. (2)

SIGNOS Y SINTOMAS:

En general se presenta:

Poliuria y sed

Disminución de peso a pesar de su excelente apetito

Debilidad muscular

Disminución en la resistencia a la infección

Puede sufrir acidosis que origina el coma diabético si la enfermedad no es corregida prontamente. (4)

MANIFESTACIONES BUCALES:

Las siguientes manifestaciones bucales son causadas por la diabetes o ser concomitantes a la enfermedad.

Boca seca

Eritema de la mucosa bucal

Lengua saburral

Enrojecimiento de la lengua

Tendencia a la formación de abscesos

Pólipos gingivales y enfermedad parodontal destructiva con aflojamiento de las piezas dentales (3)

Mucosa bucal ardiente

Desintegración rápida y progresiva que no responde al tratamiento parodontal

Supuración constante en surcos o bolsas gingivales

Abscesos periodontales o gingivales que ocurren en grupos

La enfermedad periodontal está estrechamente relacionada con el diabetes; típicamente las lesiones parecen ---

ocurrir en la lámina propia de las mucosas alveolares, antes que en las encías. Esto también puede ocurrir en el prediabético antes de que aparezcan signos clínicos o químicos del -- diabetes. (4)

Al valorar las enfermedades bucales en los diabéticos debe tomarse en cuenta la mayor susceptibilidad a infecciones, aunque microscópicamente no existe distinción de una gingivitis en un diabético que en un no diabético.

Algunos autores consideran en especial Robbins que si el paciente diabético lleva una higiene bucal adecuada y a su vez elimina los irritantes locales, puede de alguna forma evitarse la enfermedad parodontal. (3)

RESPIRACION DE KRUSSMAUL:

Forma de disnea observada algunas veces en el coma diabético, en la que una inspiración profunda va seguida de una corta pausa en inspiración forzada y luego una espiración breve y quejumbrosa, seguida a su vez de una nueva pausa. (25)

ARTRITIS

El artritis es una enfermedad migratoria de comienzo insidioso o brusco que afecta a grandes y pequeñas articulaciones en una sucesión ordenada, mientras que en una articulación existe tumefacción, enrojecimiento, sensibilidad exquisita y aumento de la temperatura corporal local, en la otra previamente afectada, la inflamación disminuye o puede existir pérdida de la función.

El artritis constituye una complicación común de la colitis ulcerativa, de la enteritis regional o puede presentarse en su forma reumatoide y osteoartritis juntas y puede también la llamada intestinal amalgamarse a ellas distinguiéndose esta última porque corre paralela en la evolución de la enfermedad intestinal y rara vez resulta en deformidad residual si se presenta sola. (1)

La articulación temporomandibular puede presentar los mismos procesos patológicos que cualquier otra articulación del organismo, modificado en cierta medida por sus características anatómicas y fisiológicas peculiares. (3)

Cabe mencionar en especial que la mala oclusión y los trastornos funcionales de la dentición son causas frecuentes de traumatismo articular que pueden conducir al estiramiento capsular, modificando sus relaciones en el menisco articular produciendo osteoartritis, subluxación y dificultad en los movimientos de apertura y lateralidad.

Este tipo de alteraciones son frecuentes en el paciente senecto siendo mas común una alteración concomitante a los trastornos de la articulación temporomandibular que es el bruxismo.

SIGNOS Y SINTOMAS:

El dolor localizado que se irradia a la región occi
pital, músculo temporal o garganta, ruidos de chasquido o cre-
pitación al abrir o cerrar la boca, son algunos de los síntomas
concomitantes a las alteraciones de la articulación temporoman
dibular. (3)

MENOPAUSIA

El término menopausia se emplea para indicar la cesación permanente o final de la función menstrual, bien sea como un suceso fisiológico normal o como consecuencia de la cirugía o de la irradiación ovárica. (5)

Cuando la menopausia es fisiológica se presenta generalmente de los 45 a los 50 años de edad y cuando es precoz se presenta antes de los 30 años de edad la cuál es común en aquellas pacientes que han padecido de alguna infección o afección quirúrgica. (5)

El diagnóstico de la menopausia es a veces difícil puesto que los factores psicológicos a veces oscurecen los síntomas debidos a la insuficiencia hormonal, como la osteoporosis; cabe mencionar que en algunas mujeres nunca se presentan evidencias de menopausia mientras que en otras se presentan los síntomas intensamente y además sufren psicosis.

El tratamiento debe dirigirse a los síntomas inmediatos pero puede presentarse la osteoporosis postmenopáusicas, aunque la función reproductora cesa, la menopausia no debilita la actividad sexual, a no ser que por factores psicóticos o ignorancia ésta se vea afectada. (5)

SIGNOS Y SINTOMAS:

Existe queja de tensión y de sensación de plenitud en la cabeza

Aumento de peso con frecuencia

Inestabilidad nerviosa, depresión

Dolores reumatoídes

Irritación de vejiga y mamas dolorosas

(3)

MANIFESTACIONES BUCALES:

Gingivoestomatitis menopáusica, puede aparecer en la menopausia o postmenopáusica; aunque no es un estado común se le asocia con la menopausia ya que las alteraciones no son características

Mucosa bucal ardiente

Frecuentes ulceraciones en el pliegue mucoso vestibular, que hace intolerable el uso de las prótesis (6)

OSTEOPOROSIS

La osteoporosis es de las enfermedades de hueso más frecuentes, se caracteriza por una disminución del hueso frecuente hasta un nivel del cual ya no es capaz de mantener la integridad estructural del esqueleto. (4) (5)

Los huesos en la osteoporosis se tornan excesivamente frágiles, radiolúdicos y delicados, se deduce que existe un trastorno de la matriz ósea. Existe mas reabsorción ósea - que neoformación de hueso, suele ser primaria aunque a veces se torna secundaria, esta se observa en la vejez, menopausia y postmenopausia, síndrome de Cushing, diabetes, en la administración de cortisona y de ACTH, inmovilización duradera y en la carencia de vitamina C. (2) (3)

Con excepción afecta todo el esqueleto: sólo puede ocurrir en zonas inmovilizadas como en fracturas o parálisis aunque por causas desconocidas el cráneo es relativamente respetado. (3)

Algunos estudios histológicos revelan que la resorción de hueso puede aumentar con la edad y después de alcanzada la madurez. (5)

El cuadro clínico puede ser asintomático, ocasionalmente el pacientes se queja de neuralgia ósea o de dolor en las estructuras que sostienen el peso del cuerpo. (5)

Anatómicamente en la osteoporosis los huesos muestran pocas deformidades y con regularidad se observan fracturas sobre todo en las vértebras, posiblemente intervienen factores adicionales en los distintos tipos de osteoporosis ya que en algunos afecta más a unos huesos que a otros, en la menopausia

afecta con mayor frecuencia las vértebras, en el síndrome de Cushing se observan las trabéculas óseas muy delgadas. (2)

SIGNOS Y SINTOMAS:

Mayor pérdida de hueso trabecular que de hueso compacto

Es más frecuente en mujeres que en hombres

Se le atribuye a la herencia de masa esquelética escasa en la vida adulta joven y la pérdida de hormonas sexuales en la menopausia, efecto de envejecimiento, falta de actividad e ingestión insuficiente de calcio

RADIOGRAFICAMENTE:

Se observa radiotransparencia difusa del maxilar superior e inferior

Se observan imágenes sugerentes de una exposición o revelado excesivo

Los espacios de médula ósea se encuentran más prominentemente que lo normal

Las corticales se observan más delgadas y menos densas que lo usual

La lámina dura está intacta y su aspecto es normal

Los dientes no se encuentran afectados (4)

NUTRICION

En la nutrición del anciano, una masticación eficaz constituye un factor de importancia, este hecho subraya la -- conveniencia de conservar la dentadura natural, ya que a veces la adaptación psicológica del paciente a la prótesis total es un serio problema.

Los cambios dentales fisiológicos abarcan la desaparición total o parcial de las cúspides y la modificación de la cara oclusiva así como el borde incisal, engrosamiento de la dentina y del cemento y una ligera desviación gradual y continua hacia adelante. Junto con los cambios fisiológicos en los dientes mismas otras estructuras bucales sufren también -- ciertas modificaciones, existe una disminución gradual a la -- resistencia de los tejidos, puede presentarse intolerancia -- transitoria o progresiva de la mucosa bucal a los alimentos -- muy condimentados, muy calientes, al tabaco o alcohol; esto -- puede agravarse si disminuye la secreción de la saliva.

Los cambios que se presentan en los dientes, lengua, mucosas y demás estructuras bucales, provocarán cambios importantes en los hábitos alimenticios, el apetito y la ingestión de sustancias nutritivas. Cuando existen cambios en el tipo -- de comida que se ingiere, estos pueden deberse a ciertos trastornos relacionados con la dentición o a alguna alteración en el gusto, provocando así trastornos en la alimentación. (7)

La anemia es un hallazgo importante y común en el -- paciente senecto y es más frecuente en este tipo de pacientes por la gran cantidad de patologías subordinadas.

Ehtishan y Cope en su estudio del protocolo del --- diagnóstico de anemias en la vejez, reportan que la anemia no

necesariamente es concomitante a la vejez y no forma parte del proceso integral del envejecimiento; pero es más común en estos pacientes que en otro grupo de edades, se ha visto que su frecuencia aumenta en aquellos pacientes que por algún motivo requieren de tratamiento intrahospitalario.

La presencia de anemia debe alertar al odontólogo de la posible presencia de ciertos desórdenes, por lo que deberá tener cuidado en realizar un examen físico adecuado así como mandar realizar los estudios de laboratorio pertinentes, para saber qué tipo de anemia es y la causa que la está produciendo.

Siempre ha existido una controversia en que si el paciente es mayor de 60 años tiene o no disminución en la producción de las células rojas en el organismo Freedman Marcus reporta que la producción de médula ósea se encuentra disminuida en el anciano en los primeros 30 años de su vida y en un 50% - esta producción se encuentra permanente hasta los 70 años de edad.

(8)

CAPITULO II

ACTITUD PSICOLOGICA DEL PACIENTE SENECTO.

En este capítulo trataremos de dar una visión generalizada de las diferentes situaciones en las cuales el anciano se ve comprometido y que por nuestro trato con el paciente es necesario estar informados para que en un momento dado podamos disminuir el estrés al que se ve sometido dentro del consultorio, ya que así tendremos un antecedente de lo que le ocurre y poder así tratar de entenderlo mejor y tener una buena relación médico paciente favorable.

En esta tesis pretendemos que se amalgame tanto el aspecto psicológico como el dental, ya que recordando un poco sabremos que aunque nosotros realicemos un perfecto tratamiento y hayamos utilizado todos nuestros conocimientos este tratamiento no dará el resultado deseado si el estado anímico del paciente está decaído, o atravieza un estado de ansiedad o algún problema psicológico.

A continuación mencionaremos algunos de los estereotipos a los que el anciano se enfrenta en alguna etapa de su vida.

DEMENCIA PRE SENIL

La demencia pre senil es de origen desconocido. Su aparición es frecuente entre los 40 y los 50 años de edad, aunque se puede presentar en el sexto decenio de la vida. (2) (9)

Existen cambios atróficos y degenerativos del cerebro por desintegración profunda y sistémica de la personalidad que origina la enfermedad de Alzheimer que se acompaña de alucinaciones e ilusiones con empeoramiento de la postura y del movimiento. (10)

Puede también ocurrir a una edad más temprana y también son frecuentes la desorientación, las ilusiones y en ocasiones existe tendencia familiar. (2)

DEMENCIA

Se conoce con el nombre de demencia el estado -- clínico caracterizado por trastornos de la memoria y pérdida -- de las funciones intelectuales debido a una enfermedad degenerativa y progresiva del cerebro.

Las características de la desviación mental dependen de la personalidad previa del individuo. En la mayoría de los -- casos se inicia por falta de iniciativa, desinterés e inaptitud para desarrollar la labor usual; luego se presenta la falta de concentración de atención, ideas borrosas, reducción de la comprensión y perseveración con olvido notorio de hechos recientes.

Casi todos los ancianos muestran ciertas lesiones -- inespecíficas en el sistema nervioso central, como disminución en el número de neuronas, placas seniles o degeneración de --- Alzheimer, aunque estos cambios explican la llamada demencia -- senil y/o psicosis senil. También ocurren en personas de edad avanzada que de ningún modo se les puede catalogar como --- dementes.

(2)

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:

Es llamada también demencia senil. Esta enfermedad se caracteriza por la desubicación en tiempo y espacio de una persona, con pérdida de la memoria a corto plazo; no registra hechos que está viviendo debido a la disminución de la actividad neuronal. (11)

Hace olvidar todo, al finalizar conduce al estado de coma y muerte en un 71% en pacientes mayores de 65 años de --- edad, aunque la mayoría no la padece. (12)

PSICOSIS

SENIL

Comúnmente se presenta entre los 60 y los 80 años -- de edad, aunque existen personas mucho mayores que no muestran déficit apreciable; algunos síntomas se muestran como una dilatación de los recursos intelectuales, en tanto que otros son regresivos; al inicio puede extenderse por meses o años presentando pérdida regresiva de la memoria, los pacientes se tornan exigentes e irritables, al mismo tiempo pierden el interés en los demás. (9)

El insomnio resulta predominante, depresión o episodios paranoides; existe también arterioesclerosis presentando patrones de conducta perturbada. (13)

Esta degeneración no es un proceso integral del envejecimiento aunque puede presentarse en personas de 45 a 50 --- años de edad. (12)

ANSIEDADES

Los problemas a los que el anciano se enfrenta nos recuerdan que son tanto sociales como personales, y nos anticipan que aún en las mejores circunstancias en que se encuentren, es muy alta la probabilidad de tener problemas de salud y la disminución de entradas económicas.

Para los ancianos su mayor preocupación es no poder externar lo que sienten, sus miedos, sus ansiedades, ilusiones y sus experiencias, ya que en la sociedad donde vivimos no les permite ningún tipo de esparcimiento, debido quizás al erróneo pensamiento de que porque están viejitos ya no tienen ningún derecho de opinión y es entonces cuando el anciano se siente reprimido, a continuación mencionaremos a las diferentes situaciones a las que muy frecuentemente el anciano se enfrenta.

SEXUALIDAD EN EL ANCIANO:

Se ha descubierto una posición generalizada de no creer que el anciano se involucre en actividades sexuales, es decir que los ancianos puedan o no tener relaciones sexuales entre sí o masturbación. Sin embargo existe información de que aunque la sexualidad decrece, ésta continúa posible físicamente a lo largo de toda la vida, situación que aún no es aceptada socialmente. (14) (19)

Se sabe que la sexualidad en el anciano es un aspecto importante en su autoestima y cuando es inhibida, puede provocar dificultades psicológicas notables y depresión o escepticismo. (14)

RELACIONES FAMILIARES:

En algunas ocasiones por no decir que en la mayoría de los casos los padres ancianos esperan recibir una gran cantidad de atenciones por parte de sus hijos, pero la experiencia nos sugiere que probablemente se sobreestimen esas suposiciones, o por el contrario la mayoría de los hijos se "desprenden" de sus padres enviándolos a los asilos, o dejándolos en el abandono total, contribuyendo así a una depresión más marcada en el anciano, o en el peor de los casos los dejan sin siquiera donde vivir obligándolos a recurrir al socorro público, ya que por su edad y falta de recursos no se les permite realizar ningún tipo de trabajo en ninguna empresa o negocio.

MUERTE DEL CONYUGE

La muerte del cónyuge es el cambio más trascendente que se produce en el anciano. Además de la pérdida del empleo y por consiguiente del ingreso regular, supone un cambio muy importante en el hombre anciano, cambio que precipita el escepticismo, desilusión, ya que lo que en un momento dado le motivaba era su esposo y/o su esposa. (14) (16)

NECESIDADES DE LOS ANCIANOS:

La mayor parte de las dolencias de los ancianos son crónicas o incapacitantes como las enfermedades cardiovasculares, renales, artritis y cáncer, por lo que necesitan de una asistencia médica casi continua y por consiguiente muchos gastos de farmacia, que hoy día por el costo elevado de la vida un anciano no puede costear. (16)

En la actualidad el cuidado del anciano constituye una nueva especialidad médica, la "GERIATRIA", aunque realmente en nuestro país no se encuentra aún bien definida, en especial la "ODONTOGERIATRIA", pero afortunadamente para los pacientes senectos el gobierno se ha preocupado por sus necesidades haciendo construir centros donde la atención que reciben cuenta con la experiencia de varios médicos, psicólogos, trabajadores sociales, rehabilitadores y odontólogos que han visto ya la necesidad imperiosa de contar con estas instituciones.

Estas instituciones se encargan de brindarle al anciano todo el apoyo que necesita y a las cuales puede acudir gratuitamente, si su condición económica así lo permite.

CAPITULO III

**MANEJO DEL PACIENTE SENECTO DENTRO DEL
CONSULTORIO DENTAL.**

(TRATAMIENTOS MAS FRECUENTES).

En este capítulo mencionaremos los tratamientos que con más frecuencia se nos presentan dentro del consultorio dental así mismo algunas pequeñas precauciones que debemos tomar en cuenta para el buen desenlace del tratamiento.

PREMEDICACION

El objeto de administrar medicamentos es el mantener el estado de la salud dental y coadyuvar al tratamiento del arreglo de piezas o prótesis, si éstas se utilizan mal tienen el potencial de decrecer la calidad de vida de los individuos, por esto es importante entender y conocer qué efectos causan algunos medicamentos en personas de edad avanzada.

A lo largo de la vida se manifiestan cambios en la estructura corporal y en las funciones de sus órganos que pueden afectar la manera donde se absorben, se distribuyen, se metabolizan y se excretan los medicamentos. (17)

Los odontólogos debemos ser responsables de cuidar las alteraciones farmacológicas que acompañan al proceso de envejecimiento.

Después del diagnóstico del problema dental y el método curativo a realizar, se deberá prescribir un agente medicinal a juicio del autor que sea más benéfico que riesgoso.

Es también indispensable concientizar la decreciente capacidad de la metabolización de los medicamentos en los ancianos, tomando en cuenta que el incremento y la incidencia de múltiples problemas de salud interaccionan a veces demasiadas terapias al mismo tiempo.

Una ingestión de la mitad o de la tercera parte de la indicada para adultos puede ser apropiada inicialmente -- para los pacientes senectos, considerando las deficiencias de las funciones hepáticas y renales que hayan sido dañados por algunas otras enfermedades. (17)

Es muy importante tener la debida complacencia para cada paciente, esta debe ser la máxima y de ella dependen varios factores:

- 1.- El enfermo debe entender la seriedad del tratamiento
- 2.- El objeto y la eficacia de la terapia que se empleará.
- 3.- Las consecuencias a las que se puede enfrentar de no seguir el tratamiento que le estamos indicando (17)

Es necesario que se comprenda que la mayoría de los pacientes senectos reciben ingresos fijos y que la adquisición de algunos de los medicamentos puede acarrear una baja considerable en su situación financiera.

La depresión y la soledad vienen unidas también en el proceso del envejecimiento y pueden ser una de las causas del temor de consultar al dentista y más aún el deseo de no vivir, trayendo consigo la suspensión en la toma de los medicamentos cuando los síntomas de las molestias originales desaparecen y rechazan o evitan las visitas subsecuentes. Algunos no las conocen y las olvidan con suma facilidad, por lo que se le deberá dar al paciente una prescripción tanto verbal como escrita detallada, como una medida de protección tanto para el paciente como para nosotros. (17)

Una diversidad de reacciones como anteriormente mencionamos pueden presentarse con el empleo de medicamentos, incluyendo aquellos que resultan de la idiosincracia individual o de una sobredosis. El hacer una historia clínica detallada es de mayor importancia para revelar las reacciones previas a -

las drogas. El Diccionario de Especialidades Farmacéuticas es un índice ideal para la prescripción de drogas, especialidades farmacéuticas, comerciales, biológicas y sobre información general relacionada con las contraindicaciones, precauciones, advertencias, reacciones adversas y formas de administración (18)

Para una adecuada administración de medicamentos que pueda ser satisfactoria en los pacientes senectos, deberemos incluir varias consideraciones especiales que dicha obra recomienda, entre otras:

- 1.- Una historia clínica detallada para determinar el estado de salud general
- 2.- Consumo de nutrientes (dieta en el momento de la consulta)
- 3.- Qué medicamentos está tomando para otros efectos
- 4.- De ser posible establecer comunicación con el médico geriatra que se ocupa de atenderlos (17)

TOXICIDAD Y EFECTOS SECUNDARIOS:

Hasta este momento hemos considerado la forma en que las drogas se incorporan al organismo, llegan a su sitio de acción y son inactivadas y eliminadas del cuerpo. La intensidad y duración de la respuesta de una droga depende del balance de estos factores, pero desafortunadamente existen efectos indeseables que se les conoce con el nombre de toxicidad. (20).

En la mayoría de los casos el término de efectos secundarios o colaterales es sinónimo de toxicidad. (19)

Se dice que un efecto secundario es siempre indeseable, pero que un efecto tóxico es a veces deseable; todas las drogas son capaces de producir efectos colaterales o efectos secundarios, esto puede ser trivial, grave o fatal. Entre los efectos secundarios más graves de las drogas están los que incluyen un daño al hígado, al riñón o a la médula ósea.

El hígado y el riñón son órganos muy susceptibles ya que muchas drogas se concentran en ellos. (19)

Dependiendo de la dosis de la droga cardíaca, por ejemplo, mejorará la función en la dosis apropiada, pero cuando esta se excede habrá una disrupción del ritmo cardíaco. El efecto secundario puede eliminarse disminuyendo la dosis, pero al aumentarla nos encontraremos con la toxicidad en todos los individuos que la hayan tomado.

Independientemente de la dosis, pueden ocurrir reacciones alérgicas y respuestas farmacocinéticas en algunos individuos que pueden ocurrir aún en dosis pequeñas, y que probablemente en dosis grandes no se producirá una respuesta en individuos susceptibles.

Algunas veces una respuesta que es un efecto secundario en una situación será un efecto terapéutico en otra. (19)

REACCIONES ADVERSAS:

Aunque existe una preocupación natural por las reacciones adversas a los fármacos, en general se olvida que las enfermedades para las cuales se utilizan, son o pueden ser una mayor fuente de angustia. Es importante recordar esto sobre --

todo en el caso de los medicamentos utilizados para tratar a otras enfermedades, como las cardiovasculares. (15)

Las reacciones adversas pueden afectar al paciente - en múltiples formas:

- 1.- Reacciones adversas a fármacos que se administran con fines dentales.
- 2.- Fármacos que alteran la respuesta a las operaciones dentales
- 3.- Interacción entre fármacos que se administraron con fines médico dentales
- 4.- Reacciones bucales a los fármacos.

A continuación hablaremos de cada una de ellas:

REACCIONES ADVERSAS A FARMACOS QUE SE ADMINISTRAN CON FINES DENTALES:

Por lo general son reacciones agudas y son al mismo tiempo una de las causas de urgencia en el consultorio dental por ejemplo:

- a) Shock anafiláctico, después de la inyección de penicilina
- b) Hipertensión aguda, como resultado de la administración de concentraciones excesivas de adrenalina (19)

Las reacciones a fármacos prescritos con fines dentales, aparecen después de haber realizado alguna cirugía dental, pero pueden llegar a ser de igual gravedad, en ambos casos el odontólogo será el único responsable si no tomó una adecuada historia clínica del paciente.

FARMACOS QUE ALTERAN LA RESPUESTA A LAS OPERACIONES DENTALES:

Para la mayoría de los pacientes senectos los procedimientos odontológicos constituyen angustia por la ansiedad, el dolor y la pérdida de sangre que implican, en algunos casos los pacientes podrán soportar el estrés, pero el tratamiento farmacológico puede alterar su capacidad de resistencia de múltiples formas. (19)

INTERACCIONES DE FARMACOS QUE SE ADMINISTRAN CON FINES MEDICO DENTALES:

La posibilidad de interacciones entre los antidepresivos y las catecolaminas presoras inyectadas junto con los anestésicos locales, ha creado mucha ansiedad dentro de la odontología. La principal fuente de problemas es el uso excesivo de la noradrenalina en las soluciones anestésicas locales, reportándose casos de crisis hipertensivas en pacientes senectos e incluso en pacientes que no estaban recibiendo antidepresivos.

REACCIONES BUCALES A LOS FARMACOS:

Las reacciones bucales a los fármacos son muy variadas y en muchos casos se desconoce el mecanismo preciso de su acción, pero es muy probable que las alteraciones de la respuesta inmunológica jueguen un papel importante. (20)

Es necesario destacar que la mucosa oral no produce ningún tipo de reacción que se asemeje a la dermatitis como en la piel, por ejemplo: Si el paciente es sensible al níquel, una mezcla de él en la boca producirá en un momento dado una

erupción en la piel.

Cuando un paciente está tomando varios fármacos a la vez como frecuentemente sucede en el paciente anciano, es muy difícil saber con certeza cuál es el medicamento que está causando el problema. (20)

HISTORIA CLINICA:

Después de recordar qué son las reacciones adversas y qué efectos secundarios podremos enfrentarnos, nos detendremos a realizar una historia clínica detallada del paciente senecto para poder así brindarle un mejor servicio.

La historia clínica debe ser una parte esencial dentro del tratamiento odontológico. Es frecuente que el odontólogo complete la primera parte de la historia clínica, el problema presente o principal, sin intentar profundizar en una verdadera historia clínica. (21)

El paciente de primera vez debe ser interrogado oralmente y confirmar sus respuestas con la persona que lo acompaña ya que por la edad de algunos pacientes, muchas veces olvidan si tuvieron alguna enfermedad importante hace años o en fechas recientes. También es muy común que el paciente olvide -- con facilidad el nombre de los medicamentos que toma o los que se le han prescrito anteriormente, por lo que se tendrá que tomar la primera cita para que el paciente tome confianza con nosotros y tratar de hacerle recordar aquello que no nos ha quedado muy claro.

Por lo anterior creemos que es muy importante ----

tratar de ahondar en la historia clínica tomada oralmente, ya que así es posible explorar las respuestas positivas y las negativas con profundidad y permite también al odontólogo explicar al paciente la estrecha relación que existe entre la boca y el resto del cuerpo. (21)

Una de las primeras preguntas debe ser si el paciente está bajo tratamiento médico o si ha sido examinado en fecha reciente; otra pregunta importante se relaciona con los medicamentos que pueda estar tomando por el momento, especialmente si está utilizando esteroides, fármacos para el sistema cardiovascular y nitroglicéridos.

En caso de que el odontólogo no esté relacionado y familiarizado con algún medicamento, deberá determinar sus características antes de seguir adelante.

Los medicamentos que no requieren receta también deberán ser tomados en cuenta.

En cada historia clínica deberá incluirse preguntas relacionadas con pasadas hospitalizaciones y con enfermedades específicas, tales como fiebre reumática, soplo al corazón, diabetes, asma, epilepsia, hipertensión o artritis. Además se deberá anotar el perfil psicológico del paciente y finalmente se hará una revisión de los sistemas, lo que dará posibilidad de cruzar la información previa. (21)

La historia clínica no toma más de 20 minutos y además de brindarnos una información vital, permite que nuestro paciente se relaje en el sillón dental y estrechar así la relación médico paciente, que también nos servirá como protección legal.

PERIODONTO SENIL

Las enfermedades del periodoncio se producen en la infancia, adolescencia y edad adulta temprana, pero prevalecen con el aumento de la edad, así mismo con la pérdida de dientes y la degeneración de los tejidos.

Con el envejecimiento ocurren muchos cambios tisulares y algunos afectan a la enfermedad del periodonto.

El envejecimiento es la declinación lenta de la función natural. Existe una desintegración del control equilibrado y la organización que caracteriza al joven es un proceso de desintegración fisiológica y morfológica a diferencia de la infancia y de la adolescencia, que son procesos de integración y de coordinación.

El envejecimiento se manifiesta de diferentes maneras y grados en los diversos tejidos y órganos pero incluye cambios generales como la disecación tisular, reducción de la elasticidad, disminución del calcio y de la capacidad reparadora, alteración de la permeabilidad celular y aumento del contenido de calcio en las células de muchos órganos.

En la piel, dermis y epidermis, se observa adelgazamiento y disminución de la queratinización, disminución en la vascularización y existe degeneración, de las terminaciones nerviosas capilares más frágiles que dan como resultado grandes hematomas por traumas de poca magnitud, la anestesia de pequeñas zonas señala un deterioro del sistema nervioso central, existe reducción de la elasticidad de los tejidos, los cambios atróficos de la piel son menos notables en la mujer que en el hombre y pueden ser contrarrestados con la aplicación de estrógenos. (22)

El hueso se torna osteoporótico, existe rarefacción ósea, disminuye el trabeculado, las corticales se adelgazan, disminuye la vascularización, aumenta la resorcion y la susceptibilidad a las fracturas.

Con la edad aumenta el contenido de agua en los huesos aumentando el tamaño de los cristales minerales y el grosor de las fibras colágenas.

En la encía existe recesión, disminución de la queratinización; al igual en mujeres que enhombres disminuye el punteado, aumenta el ancho de la encía insertada, disminuye la cantidad de células del tejido conectivo y disminuye el consumo de oxígeno.

En la menopausia la encía está menos queratinizada, existe atrofia del epitelio y tejido conectivo con pérdida de la elasticidad. (22)

Hemos considerado que es necesario hacer notar que el anciano a medida que va pasando el tiempo algunas veces deja de importarle el aseo de su boca y de su cuerpo en general trayendo como consecuencia un alto índice de enfermedad parodontal en los ancianos, creemos que si podemos darle algún tipo de incentivo al anciano y que él a su vez nos de su colaboración, podemos tener un buen resultado en el tratamiento parodontal, tomando en cuenta los cambios fisiológicos que se llevan a cabo dentro del periodonto.

PROSTODONCIA TOTAL

En este apartado hablaremos de los problemas a los que nos podemos enfrentar al tratar con el paciente senecto, ya que las técnicas para la realización de las prótesis ya sea inmediata o total, las sabemos y por la experiencia que hemos tenido, podemos constatar que cada cual realiza la técnica que se le facilita más o la que mejores resultados les da.

PROTESIS INMEDIATA:

Con la prótesis inmediata nos enfrentaremos a problemas más o menos comunes. Muchos de los paciente en especial las mujeres solicitan que inmediatamente después de las extracciones o de la cirugía se les coloque una prótesis, porque alguna de sus amistades así la solicitó y le ha dado muy buen resultado y le ha durado mucho; es en esta situación en la que debemos hacer hincapié en que esa prótesis es una prótesis momentánea que no le va a durar mucho tiempo y que después tendrá que regresar a que se le coloque otra prótesis que podrá utilizar por un tiempo prolongado.

Es necesario recordar esto ya que muchas veces pasamos por alto este detalle y damos por sentado que el paciente ya lo sabe y quizás perdamos a un paciente y éste a su vez nos hará 'propaganda' con sus amistades y conocidos, trayéndonos el descrédito como profesionales.

PROTESIS TOTAL:

La mayoría de los pacientes ancianos han usado prótesis totales durante largos períodos. Esto puede producir cierto daño;posiblemente se presente hiperplasia, pero el paciente puede usar en esencia un sencillo juego de prótesis. (15)

Muchas veces el anciano se queja de que el odontólogo no ha podido copiar sus prótesis anteriores, por lo que se tratará de que las "nuevas" queden lo mejor posible y explicarle a nuestro paciente que la prótesis que le acabamos de colocar es un aparato al cual tendrá que adaptarse; cabe mencionar aquí lo importante de ver y anotar en la historia clínica qué clase de pacientes es, ya que en algunas ocasiones este paciente ha pasado a lo largo de su vida con varios dentistas y en más de dos ocasiones tratará de decirnos cómo realizar nuestro trabajo.

Reiteramos una vez más lo indispensable de realizar una buena historia clínica ya que ésta nos puede proporcionar la información necesaria de nuestro paciente y poder así anticiparnos a ciertas situaciones que si nos toman ventaja serían muy molestas y embarazosas.

CIRUGIA BUCAL

Las técnicas modernas de cirugía bucal en el paciente senecto son similares a las que se realizan en los adultos jóvenes, sólo se tomará en cuenta que deberemos tener mayor cuidado al tratar los tejidos del paciente, ya que estos se desgarran con mayor facilidad que en un adulto joven. Además tendremos -- una adecuada supervisión en el período postoperatorio; estos -- son algunos de los aspectos más importantes de la atención de los ancianos. (15) (18)

ANESTESIA:

Cuando un paciente se programa para cirugía la elección del tipo de anestesia es uno de los primeros puntos que deben tratarse. La anestesia general significa un riesgo mayor en el paciente senecto que en un adulto joven, principalmente por las alteraciones cardiovasculares, pulmonares, renales y neuronales. (15)

La anestesia local evita algunos de estos problemas, pero el estrés que causa al paciente que se somete a cirugía, se hace cada vez menos tolerable al avanzar la edad.

En estos casos el autor nos sugiere que se puede administrar diazepam bucal (5mg) una hora antes de que se realice la cirugía y tratar de aliviar la aprensión del paciente por todos los medios a nuestro alcance. (18)

PRECAUCIONES CON EL PACIENTE SENECTO
DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL

El mejoramiento de los estilos de vida y la atención médica, han aumentado la longevidad humana; también han creado una población con problemas sanitarios crónicos que pueden requerir precauciones especiales en la terapéutica dental.

Con la edad, el paciente senecto ve aumentar la posibilidad de sufrir una enfermedad subyacente, por lo que es --- nuestra responsabilidad, la identificación de los problemas médicos odontológicos para poder trazar con una mayor eficiencia un plan de tratamiento adecuado a nuestro paciente.

Una historia clínica completa es muy importante, ya que si se hacen hallazgos significativos es necesaria una -- consulta con el médico geriatra. Entonces el paciente no sólo será adecuadamente tratado, sino que el odontólogo se cubre legalmente. (22)

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES:

En pacientes con una historia de enfermedades cardiovasculares inestables y no controladas se atenderán únicamente de emergencia y en pacientes que se encuentren estables y controlados se les atenderá normalmente.

PRECAUCIONES:

- 1.- Premedicación si es necesaria
- 2.- Una adecuada anestesia (aspirar frecuentemente e inyectar lentamente)
- 3.- Utilizar anestésico sin epinefrina
- 4.- Premedicación con nitroglicerina sublingual ----
(1/200 gr) cinco minutos antes del procedimiento
en caso de que el paciente se sienta estresado.

En caso de que el paciente sufra un episodio de angina en el sillón dental, debe recibir el siguiente tratamiento médico de emergencia:

- 1.- Detener el tratamiento dental
 - 2.- Administrar una tableta de nitroglicerina sublingual (0.3 a 0.6 mg)
 - 3.- Controlar la ansiedad del paciente
 - 4.- Aflojar las ropas ceñidas
 - 5.- Administrar oxígeno al paciente, en una posición reclinada
 - 6.- Si los signos y síntomas cesan a los cinco minutos, terminar si es posible el tratamiento dental asegurándose de que el paciente este cómodo y finalizar el tratamiento en el menor tiempo posible
- (22)

Si los signos y síntomas de la angina no se resuelven con este tratamiento en dos o tres minutos, administrar otra dosis de nitroglicerina, monitorizar los signos vitales del paciente, reclamar a su médico y prepararse para acompañar al paciente a una sala de emergencias.

HIPERTENSION:

En el caso de un paciente hipertenso solo se le tratará con la consulta de su médico para trazar el plan de tratamiento y control del paciente.

No se deberá dar tratamiento dental al paciente hipertenso no controlado a menos que se trate de una emergencia.

PRECAUCIONES:

- 1.- Evitar las técnicas quirúrgicas debido a la posibilidad de una hemorragia excesiva
- 2.- Si existe hemorragia local no se utilizará vasopresor
- 3.- La anestesia local será sin epinefrina mayor de: 1:100,000
- 4.- Tratamientos cortos no más de 30 minutos
- 5.- Evitar los súbitos cambios posicionales ya que puede acrecentarse el episodio de hipertensión o caer en síncope
- 6.- El sillón debe elevarse lentamente hasta una posición erecta y permitirle al paciente se incorpore y recobre su posición
- 7.- Estar conscientes de la náusea consiguiente a la medicación antihipertensiva. (22)

DIABETES:

Solo se atenderá de emergencia al paciente diabético no controlado y al controlado normalmente.

PRECAUSIONES:

- 1.- Verificar que haya tomado la insulina prescrita y posteriormente una comida
- 2.- Verificar los niveles de glucosa y exámenes de laboratorio, así mismo estar en contacto con su médico.
- 3.- Citas matutinas, tras el desayuno son ideales debido a los niveles óptimos de insulina
- 4.- Los tejidos deben manejarse tan atraumáticamente

y tan mínimamente como sea posible (menos de - dos horas)

- 5.- Anestesia local sin epinefrina ya que puede aumentar los requerimientos de insulina
- 6.- Recomendaciones sobre la dieta para mantener - un adecuado nivel de glucosa
- 7.- Se recomienda la profilaxis antibiótica
- 8.- Citas de control subsecuentes (22)

TRASTORNOS DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR:

Los padecimientos de artritis, especialmente los - trastornos de la articulación temporomandibular, se presen- tan con una frecuencia increíble en los pacientes ancianos.

PRECAUCIONES:

- 1.- Si el paciente presenta limitación de la aper- tura se administrará sistemáticamente salicila - tos, cortisona y algunas veces la inyección lo - cal intraarticular de hidrocortisona que puede aliviar el dolor agudo permitiendo que la fun- ción continúe.
- 2.- La dieta, el calor local y el ejercicio, son - factores adicionales importantes en el régimen del tratamiento.
- 3.- Cuando existe disfunción se hará la liberación temporal de la oclusión
- 4.- Restricción voluntaria de la función dentro de los límites del dolor
- 5.- Fisioterapia controlada
- 6.- Interrupción del mioespasmo cíclico mediante el bloqueo analgésico (18)

OSTEOPOROSIS:

Pacientes senectos que sufran de osteoporosis acarrearán problemas al realizar las extracciones o la cirugía dental, como los siguientes:

- 1.- El no tener una adecuada posición médico-paciente puede ocasionar una fractura de maxilar o mandíbula.
- 2.- El no verificar la situación del diente y del área a tratar por medio de radiografías preoperatorias.
- 3.- El aplicar una fuerza excesiva puede causar fracturas ya que el hueso se torna más quebradizo.
- 4.- Al realizar extracciones del maxilar superior se debe tener en cuenta la relación de los molares con el seno maxilar ya que la relación es más estrecha en los pacientes senectos por lo que sólo puede existir una delgada capa de hueso y mucosa entre el seno y los molares (15)

MENOPAUSIA:

Algunas de las pacientes que atraviesan por esta etapa se encuentran muy susceptibles por lo que el odontólogo debe tomar en cuenta dicha situación y tratar de aliviar con paliativos los trastornos a los que se enfrentan. (18)

El odontólogo debe realizar una historia clínica detallada ya que las pacientes que atraviesan por este período o por el ciclo postmenopáusico, padecen además otras enfermedades por lo que el odontólogo deberá tomar las precauciones debidas para cada caso en particular. (23)

CONCLUSIONES

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Consideramos que el anciano suele ser un paciente difícil, pero por desgracia el odontólogo inseguro enfrentado a un anciano difícil suele transformarse en un odontólogo difícil, ya que al no saber la manera de tratarlo sobreviene muchas veces la desesperación, siendo una experiencia desastrosa, tanto para el odontólogo como para el paciente.

Pensamos que se debe insistir, -aunque es un hecho - que debería estar generalizado y aceptado pero que a la vez es muy olvidado, ya que nos dedicamos a vivir el presente sin detenernos a analizar los hechos del futuro- en que una persona mayor de 60 años empieza a experimentar en mayor o en menor medida las alteraciones en su funcionamiento físico y mental que lo llevan a experimentar los fenómenos referidos a su salud y a la enfermedad de una manera muy particular y con bastante -- frecuencia dramática, porque nunca pensé que sería viejo.

Una de las primeras obligaciones de un odontólogo -- que pretender tratar a un anciano es reconocer estos cambios - en la filosofía de su paciente y tomarlos en cuenta con comprensión y paciencia, sin caer en la fácil y desprendida tentación de decirle "viejo".

La segunda obligación de un odontólogo es el considerar que el paciente senecto requiere por regla general, bastante más tratamiento odontológico que en un adulto joven.

Es importante recordar que los tratamientos que efectuaremos están estrechamente relacionados con enfermedades sistémicas por lo que procuraremos tener las precauciones pertinentes al realizar cualquier tratamiento dental.

Pensamos que no necesitamos ser psicólogos o psiquiatras para otorgarle al paciente el mayor apoyo y la seguridad que necesita, basta con seguir los lineamientos que algunos -- autores mencionan y que son bastante sencillos como los siguientes:

- 1.- Obtener una historia clínica completa, incluyendo aspectos médico, sociales emocionales y otros
- 2.- Formular un diagnóstico que vaya más allá de la boca y que tenga que ver con el bienestar general del enfermo
- 3.- Estudiar la sintomatología precoz de la senilidad para estar en condiciones de aceptarla sin impaciencia cuando se presente el primer problema
- 4.- Partir de la comprensión de que gran parte de la problemática del anciano parte de una percepción de su soledad, real o imaginaria. (24)

BIBLIOGRAFIA

- (1) Marcus A. Krupp, Milton J. Chatlon, Diagnóstico y Tratamiento Clínico, 15a. edición, México 11, D.F., El Manual Moderno, 1980, Pp. 31-32, 215, 763-765, 830-831
- (2) Correa Pelayo, Arias Stella Javier, Pérez Tamayo Ruy, Carbo Luis, Texto de Patología, 1a. edición, México D.F., - La Prensa Médica Mexicana, 1970, Pp. 393-394, 396-397, -- 859-860
- (3) Robbins, Tratado de Patología Clínica, 2a. edición, México, D.F., Editorial Interamericana, 1965, Pp. 399-400, 629-630, 632-633, 635, 1,072-1,073
- (4) Zegarrelí Edwar, Kutcher Aislin H., Patología Oral, 2a. -- edición, Mallorca 41, Barcelona, España, Salvat, Editores 1982, Pp. 10-21
- (5) Marcus A. Krupp, Diagnóstico y Tratamiento Clínico, 13a. -- edición, México, D.F., El Manual Moderno, 1978, Pp.763, 764-765, 791-792
- (6) Carranza, F.A., Periodoncia Clínica de Glickman, 5a. edición, México, D.F., Editorial Interamericana, 1982, Pp.-- 515-516
- (7) Ramírez Navarro, Juan Manuel, " Aspectos Nutricionales y - Manifestaciones Estomatológicas " En: Boletín Informativo Departamento Médico, C.J.A.I.A., DIF. Jal., Diciembre de 1984, Pp. 1-3

- (8) Iturriaga Ramírez, José de Jesús, "Nutrición", En: Revista Mexicana de Gerontología, Vol. 1, No. 3, Año 1, Mayo y Junio de 1985, Pp. 5
- (9) Ozawa Deguchi, José Y., Prostodoncia Total, 5a. edición- Programa del libro de Texto Universitario, Facultad de --- Odontología UNAM, Pp. 132, 165-167
- (10) Psicología Médica, 1a. edición, México, D.F., Fondo Cultural Económico de México, 1977, Pp. 245-247
- (11) Vonn Hann, H.P., Geriatría Práctica, 1a. edición, México, D.F., Editorial interamericana, 1982, Pp. 515-516
- (12) Notisistema, Red Informativa Nacional, 16 de Junio de -- 1987, Guadalajara, Jal. En: Noticiero de las 10.00 A.M.
- (13) Rodríguez, José Manuel, " Andropausia y Menopausia", Departamento Médico, C.J.A.I.A. DIF. Jal. Pp. 5-7
- (14) Guzik Glanzstz, Noemi Ethel, Algunas Consideraciones Acerca del Manejo Psicoterapéutico en el paciente anciano, --- Tesis para el grado de Lic. en Psicología, (Universidad -- Iberoamericana), México, D.F., 1983, Pp. 19-25
- (15) Bates J.F., Adams D., Stafford G., Tratamiento Odontológico del Paciente Geriátrico, 1a edición, México, D.F., - El Manual Moderno, 1986, Pp. 22-23

- (16) Diccionario Enciclopedico Durvan, "Anciano", 1a. edición
Bilbao, España, Durvan, S.A. de C.V., 1973, Pp. 559
- (17) Obregón Sánchez, Jorge Ruardo, "Farmacología en el paciente Anciano", En: Revista Mexicana de Gerontología, Año 1
No. 4, Vol. 1, Julio y Agosto de 1985, Pp. 10-11
- (18) Waite, Daniel E., Tratado de Cirugía Bucal, 4a edición -
México, D.F., Continental, 1984, Pp. 434, 441, 509, 514
541
- (19) Ciancio Sebastian G., Bourgult Priscilla C., Farmacología
para Odontólogos, 1a. edición, México, D.F., El Manual --
Moderno, 1982, Pp. 28-29
- (20) Cawson, R.A., Spector R.G., Farmacología Odontológica, 1a.
edición, México, D.F., El Manual Moderno, 1984 Pp. 321-
324
- (21) Vanella Carlos, Lozada Patricia, Deown Hugo, "Historia
Clínica ", En: Reseña Dental, No. 4, Junio, 1983 ---
Pp. 31
- (22) Carranza, Fermin A., Periodontología Clínica de Glickman,
6a. edición, México, D.F., Nueva editorial Interamericana,
1986, Pp. 582-585, 595, 596

- (23) Menell Howard B., Beller David E., The Medical History a Vital Toll for Knowing Your Patient, In: New York State Dental Journal, Beth Israel Medical Center, New York, 1982, Pp. 47
- (24) Lowenthal Uri, Mersel Alexander, Oral Pathology, Faculty of Dental Medicine, PO Box 1172, Jerusalem 91010, Israel, 1982, Pp. 55
- (25) Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, "Respiración tipo Krussmaul", 11a. edición, México, D.F., Salvat Mexicana de Ediciones S.A. de C.V., 1978, Pp. 874