



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN  
LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE GERIÁTRICO.**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**CIRUJANA DENTISTA**

**P R E S E N T A:**

**MARÍA DEL ROSARIO PÉREZ ROMO**

**TUTORA: C.D. MARÍA CONCEPCIÓN ALVAREZ GARCÍA**

**MÉXICO, D. F.**

**2008**



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.



---

A mis padres por darme la vida y enseñarme a salir adelante, a saber valorar las cosas importantes, fomentarme buenos principios y darme las bases para lograr mis propios éxitos durante mi vida, los cuales se los dedico con mucho cariño y amor.

A mis hermanos por la paciencia y sobre todo los sacrificios que tuvieron que hacer para que saliéramos adelante como familia, se que tengo todo sus apoyo y también saben que tienen el mío, con el tiempo espero poder recompensar todos sus esfuerzos realizados.

Un especial agradecimiento a la doctora Concepción Alvarez García, gracias por el tiempo, la paciencia y el apoyo que me brindó en la realización de este trabajo.

Al Lic. Luís Alberto Jiménez por estar conmigo en los momentos difíciles, la motivación, paciencia y el apoyo que me brindas en todo momento. Gracias por todos esos recuerdos y experiencias compartidas que formaran parte de mi vida.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología estoy orgullosa de pertenecer a esta escuela, formar parte de esta comunidad universitaria.

A mis amigas, compañeros y profesores por compartir su tiempo y conocimientos, siempre estarán presentes en mis recuerdos.

“Por mi raza hablara el espíritu”.



---

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I. GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA.

II. CALIDAD DE VIDA.

III. PERIODONTO DEL PACIENTE GERIÁTRICO.

IV. INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN  
LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE GERIÁTRICO.

V. TRATAMIENTO PERIODONTAL EN EL PACIENTE  
GERIÁTRICO.

CONCLUSIONES.

FUENTES DE INFORMACIÓN.



---

## INTRODUCCIÓN

Al igual que el resto de los seres vivos, los humanos nos desarrollamos en un proceso cuya etapa final, la vejez, se caracteriza por su progresivo desgaste orgánico y funcional. Dicho desgaste suele expresarse en una variada sintomatología que con el tiempo, es muy probable que alcance magnitudes considerables que provoquen molestias, desequilibrios somáticos y psicológicos en los individuos que resultan abrumadores.

El envejecimiento por sí mismo no causa enfermedad, pero con la edad pueden presentarse múltiples patologías sistémicas que podrían repercutir en el estado de la salud general y bucal.

El adulto mayor puede presentar muchas enfermedades bucales entre las cuales se destaca la caries, la enfermedad periodontal, la candidiasis y cáncer oral. Las caries y la pérdida de los dientes tienen consecuencias en la apariencia y en la función de la boca, provocan dolor y dificultades para la alimentación. Cuando existe pérdida total de la dentadura es frecuente que el adulto mayor deje de ingerir una alimentación balanceada, por lo cual su calidad de vida se ve afectada. Cuando un individuo pierde totalmente los dientes es necesaria la colocación de una prótesis dental la cual tiene que tener un adecuado cuidado por parte del paciente.

Para prevenir estas enfermedades es necesaria una serie de cuidados que incluyen desde un cambio de hábitos, un correcto cepillado hasta revisiones periódicas para el mantenimiento de su salud bucal.



---

Como profesionales de la salud se debe tener una responsabilidad hacia el paciente geriatra para ayudarlo a que lleve una vida socialmente activa, elevando su calidad de vida, retardando su decadencia y promoviendo su autoestima.

La percepción de la salud bucal guarda relación con la calidad de vida y con la salud en general, debido a que se ha estudiado que las alteraciones que se presentan en la boca como la enfermedad periodontal comprometen el bienestar funcional, social y psicológico de los adultos mayores, lo que tiene un efecto en su calidad de vida.

La salud bucal y calidad de vida de los adultos mayores puede mejorar con la evaluación oportuna y la prevención. De acuerdo con datos recientes, 80% de la población mexicana no se cepilla los dientes tres veces al día y 95% no utiliza el hilo dental. Tampoco se toman en cuenta los primeros síntomas silenciosos de una enfermedad periodontal, como el sangrado e inflamación de encías, lo cual conlleva a dificultades más graves.

La salud bucal, especialmente en el periodonto, es crucial para no convertir la boca en un factor de riesgo que aumente las complicaciones de un paciente comprometido en el aspecto sistémico.

Los pacientes geriátricos presentan condiciones de salud general y bucal especiales, las enfermedades y afecciones sistémicas que son frecuentes con la edad pueden requerir la modificación de las herramientas preventivas periodontales, así como la del plan de tratamiento y las fases de la atención periodontal.



---

## I. GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA.

### 1.1 Envejecimiento

Se consideran viejos, y se les dice viejos a los sujetos de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados (acuerdo en Kiev, 1979, OMS).<sup>1</sup>

Durante el envejecimiento, el organismo sufre una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en diversos órganos y tejidos, caracterizadas por tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional. El envejecimiento del ser humano se presenta en general de forma gradual y durante toda su existencia, sin embargo, la forma de presentarse es muy variable de un individuo a otro, en el mismo individuo sus órganos con sus tejidos, sus aparatos y sistemas, también tienen ritmos diferentes de envejecimiento. Sobre estas consideraciones, no se puede tratar el envejecimiento como enfermedad.<sup>2</sup>

### 1.2 Edades de interés geriátrico

En el estudio de la geriatría y la gerontología, se necesita establecer una definición de anciano y en general, de las edades que interesan a estas disciplinas después de la infancia, adolescencia y edad adulta.

**EDAD INTERMEDIA:** abarca aproximadamente de los 45 a los 60 años y también se denomina preseñil, primer envejecimiento o crítica. Aparecen los primeros signos de envejecimiento, que presentan muy a menudo una



---

tendencia a desarrollar varias enfermedades que requieren sobre todo de medidas preventivas.

**SENECTUD GRADUAL:** es el periodo de los 60 a 70 años y se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada, que requieren diagnósticos y tratamientos oportunos.

**SENILIDAD O VEJEZ DECLARADA:** esta fase se inicia alrededor de los 70 años e incluye en sentido estricto al anciano, con una importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico, social y sobre todo, de rehabilitación por los estados de minusvalidez provocados por las enfermedades y su cronicidad. A los mayores de 90 años suele llamárseles longevos, refiriéndose también a algunas características fisiopatológicas generales de esta edad.<sup>1</sup>

### 1.3 Definición de geriatría

Geriatría, proviene del griego *geron* "vejez" y *tria* "curación". Rama de la medicina que estudia la vejez y sus enfermedades, la asistencia médica; es decir prevención y tratamiento de enfermedades de la vejez.

Gerontología, del griego *geronto* "anciano", y *logos* "tratado", estudia el fenómeno de la vejez en toda su universalidad, pues abarca las características biológicas y socioeconómicas del ser humano.

La geriatría nace como una respuesta al abandono de pacientes ancianos, la mayoría reclusos, postergados y olvidados en las cama de hospitales para enfermos crónicos; a pesar de que muchos de estos pacientes ancianos tienen muchas posibilidades de tratamiento y por lo tanto de curación.<sup>2</sup>



---

La geriatría como especialidad médica se apoya y tiene como base los siguientes principios:

- ◆ La vejez no es una enfermedad, ningún anciano está enfermo sin causa justificada.
- ◆ Cada individuo debe ser considerado en relación con el medio en el que se desenvuelve, en el caso de un anciano enfermo, las circunstancias socioeconómicas influyen poderosamente en su salud.
- ◆ El anciano enfermo presenta patología múltiple, la que hay que saber valorar; la elección y estudio de sus necesidades será la base de su recuperación.
- ◆ El anciano tiene gran capacidad de recuperación, pero ésta va en función del interés que se le ponga para lograrla.
- ◆ El proceso de envejecimiento condiciona constantemente episodios de supuestas enfermedades, lo que le ocasionan sintomatologías atípicas a la vez sus sintomatologías siguen una evolución muy diferente a las de una persona joven.
- ◆ El anciano enfermo necesita un trato específico y solamente puede dársele en un medio adecuado para tal fin (figura 1.).
- ◆ Deben mantenerse con una vida digna, para que sean seres humanos socialmente independientes:

- a) Con un nivel de vida económicamente suficiente.
- b) Con una vivienda adecuada.
- c) Con un estado físico satisfactorio. <sup>2</sup>



Figura 1. Paciente geriátrico.<sup>3</sup>

## 1.4 Teorías del envejecimiento

### 1.4.1 Teoría de las mutaciones

Durante el envejecimiento se producen cambios celulares espontáneos con modificaciones morfológicas y funcionales que determinan las funciones de las células y por tanto de todo el organismo.

Suele llamarse teoría clonal ó mutacional, las clonas son familias celulares que se forman después de las mutaciones pueden tener desventajas respecto a las células originales, cuando aparecen condiciones poco favorables a la homeostasis y supervivencia del organismo.<sup>1</sup>

### 1.4.2 Teoría autoinmunitaria.

Sostiene que durante el envejecimiento las células producen sustancias anormales que no son reconocidas por las células inmunocompetentes, sobre todo los linfocitos células plasmáticas y cebadas. Ya que se forman



---

anticuerpos contra esas células alteradas que serían destruidas ó sufrirían lesiones irreversibles con deterioro de las funciones orgánicas, como se observa en el organismo senil.<sup>1</sup>

### 1.4.3 Teoría nerviosa

Las células nerviosas sufren destrucción lenta y progresiva en el curso de su existencia pero, al contrario de otras no se renuevan ni son sustituidas por otras nuevas. En todos los órganos llega a desaparecer la acción reguladora del sistema nervioso sobre la hemostasia y ello explicaría también las alteraciones morfológicas y funcionales que caracterizan al envejecimiento.<sup>1</sup>

### 1.4.4 Teoría de los radicales libres

Esta teoría propuesta en 1956, postula que el envejecimiento resulta de los efectos perjudiciales causados a tejidos por reacciones de radicales libres. Estas reacciones pueden estar implicadas en la producción de los cambios del envejecimiento asociados con el medio ambiente, la enfermedad y su proceso intrínseco.

Los radicales libres reactivos formados dentro de las células pueden oxidar biomoléculas, conducir a muerte celular y daño tisular. Las reacciones perjudiciales de los radicales libres se producen sobre todo en los lípidos, los cuales son los más susceptibles.

Las reacciones de los radicales libres contribuyen considerablemente al desarrollo de desórdenes observados durante el envejecimiento. Los radicales libres además están implicados en enfermedades degenerativas



---

como arteriosclerosis, demencia senil tipo Alzheimer y enfermedades autoinmunes.

### 1.5 Causas del envejecimiento poblacional

En México dichas causas han cambiado en los últimos 25 años debido al descenso de las tasas mortalidad y de fecundidad. Por lo tanto hay un incremento de la población de 60 años y más, que en 1970 representó 3.7% de la población y en 1990, ascendió a 4.2%. Las proyecciones indican que para el año 2010 este grupo representará 7.7% de la población total y se estima que para el 2030 la población de la tercera edad alcanzará la cifra de 17 millones de personas.

Esto se debe a los exitosos avances en la tecnología preventiva y curativa de muchas enfermedades, así como la menor exposición a factores de riesgo, lo que ha aumentado las expectativas cada vez mayores de llegar a la tercera edad en mejores condiciones de salud.<sup>4</sup>

### 1.6 Enfermedades del envejecimiento

Las enfermedades crónico-degenerativas de nuestros tiempos constituyen las principales causas de muerte en la población adulta y anciana. El proceso de cambio está marcado por la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas, que pasó de 7.71 defunciones por 1 000 habitantes en 1950 a 0.75 en 1990 y por el incremento de la tasa de mortalidad por las enfermedades crónico-degenerativas, que ascendió de una tasa de 1.04 a otra de 2.15 en el mismo periodo.<sup>4</sup>



---

Las enfermedades de la tercera edad se pueden dividir en dos grupos: las dependientes de la edad y las relacionadas con la edad. Las primeras son aquellas cuya patogénesis está directamente relacionada con el proceso de envejecimiento; destacan entre ellas las cerebrovasculares, la enfermedad de Alzheimer, el Parkinson y la osteoporosis, entre otras. El riesgo de padecerlas se incrementa directamente con la edad. Dentro de las enfermedades relacionadas con la edad están las neurológicas, la esclerosis múltiple, la esquizofrenia y otras como la úlcera péptica, la gota, la colitis ulcerativa y las hemorroides.

Las causas de muerte más frecuentes en este grupo poblacional son: enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus, influenza, neumonía y accidentes. El curso y la severidad de ambos grupos de padecimientos están vinculados con algunas condicionantes sociales como la viudez, el aislamiento social y la carencia de servicios de salud para algunos estratos socioeconómicos de la población anciana.

Durante 1980 las principales causas de muerte en la población masculina de 60 años y más fueron: infarto al miocardio, con una tasa de 2.95 por 1 000 habitantes; arritmia cardiaca, 2.69; neumonía, 2.63; enfermedad de la circulación pulmonar 2.58 y diabetes, con 2.31. Para 1990 la tasa de mortalidad por infarto agudo al miocardio había aumentado en un tercio, 4.16 respecto al periodo anterior y ocupaba el primer lugar; la diabetes mellitus la seguía en segundo lugar con un valor de 3.17, y la enfermedad de la circulación pulmonar con 2.01.<sup>4</sup>

En la década de los ochenta la diabetes mellitus fue la segunda causa de mortalidad para las mujeres, con una tasa de 3.01; en 1990 ocupó el primer



---

lugar con una tasa de 4.13. En 1990 las enfermedades del corazón estuvieron entre las principales causas de muerte de las mujeres así, el infarto agudo al miocardio tuvo una tasa de 2.92; la enfermedad de la circulación y pulmonar y otras del corazón presentaron una tasa de 2.36 y la enfermedad isquémica del corazón una de 1.24. En 1993 las enfermedades del corazón, la diabetes y las enfermedades cerebrovasculares siguieron siendo las principales causas de muerte entre las personas de 65 años y más, constituyendo 47% del total de defunciones (85 810 muertes). Para ese año hubo 46 159 casos de diabetes mellitus y 69 159 de hipertensión arterial.<sup>4</sup>

Una de las características de la transición epidemiológica es la sustitución de las enfermedades transmisibles por las crónicas. En este fenómeno destacan tres aspectos: el primero es que el ritmo del descenso de los problemas infecciosos es más rápido y el impacto de las intervenciones es casi inmediato, mientras que el ascenso de las enfermedades crónicas es lento pero constante. El segundo es que la protección y las intervenciones dirigidas al control de las enfermedades infecciosas benefician sobre todo a la población infantil, mientras que en el caso de las enfermedades crónicas existe un común denominador de riesgos al que toda la población se ve expuesta en tanto aumenta su edad. El tercero y último es que mientras en los problemas transmisibles la curación es inmediata y casi siempre se acompaña de inmunidad permanente, en las enfermedades crónico-degenerativas el proceso es lento, no hay inmunidad, su severidad va en aumento y es discapacitante.

Todo esto ha colocado en un primer plano problemas como: las necesidades de prevención, los costos de la atención de estas enfermedades, las necesidades de rehabilitación y la planeación de los servicios de salud que



deben atender una demanda creciente de servicios médicos especializados, de alto costo, dependientes de la tecnología.<sup>4</sup>

## 1.7 Manifestaciones sistémicas y físicas del envejecimiento

En el envejecimiento hay menor rendimiento físico junto con declinaciones sensoriales que llevan al paciente geriatra a una pérdida de autonomía por lo que se vuelve económicamente dependiente de su familia, y de la comunidad. Las figuras 2 y 3 muestran algunos de los cambios que se presentan en el envejecimiento.<sup>1</sup>

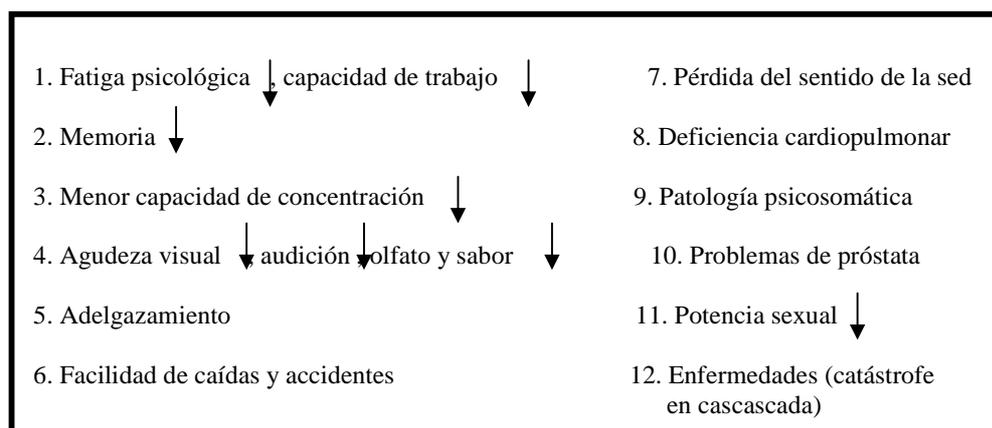


Figura 2. Signos de Envejecimiento.<sup>1</sup>

El *inmovilismo* es uno de los grandes síndromes geriátricos; debe ser considerado como un problema médico independiente y requiere diagnóstico, una valoración y un tratamiento específicos. Se define como el descenso de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras.



---

En cuanto a la prevalencia, se estima que por encima de los 65 años el 18 % de las personas tiene problemas para movilizarse sin ayuda y a partir de los 75 años son más.

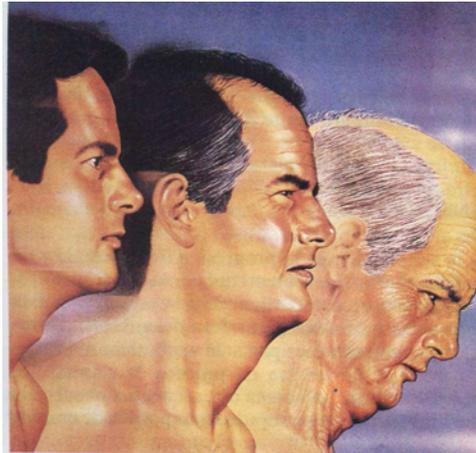


Figura 3. Cambios físicos en el envejecimiento.<sup>3</sup>

Los cambios que se presentan con el envejecimiento, en los aparatos y sistemas (figura 4) permitan notar los diversos problemas que en algún momento deben tomarse en cuenta para un buen manejo clínico-terapéutico del paciente adulto mayor.<sup>5</sup>



ÓRGANO O SISTEMA	CAMBIOS CON LA EDAD	RESPUESTAS CLÍNICAS
Piel	Atrofia, disminución de la grasa subcutánea, glándulas sudoríparas, las uñas y pelo. Fragilidad vascular.	Arrugas, resequedad, susceptibilidad a los traumas, úlceras, prurito y caída de pelo.
Ojos	Opacificación del cristalino, cambios en vítreo y retina.	Cataratas, glaucoma, degeneración macular senil, ceguera.
Oídos	Cambios en las células vellosas.	Disminución de la audición para las frecuencias y la falta para distinguir gama de sonidos.
Nariz	Atrofia de la mucosa.	Disminución del sentido del olfato.
Aparato Respiratorio	Disminución de la elasticidad pulmonar y ciliar bronquial.	Reducción de la capacidad respiratoria máxima, volumen respiratorio fijo y de la capacidad de difusión máxima, disminución del reflejo tusígeno.
Aparato Cardiovascular	Pérdida de las células miocárdicas, aumento de la rigidez arterial y valvular.	Disminución de gastos cardíaco, pobre respuesta al estrés, aumento de presión arterial máxima.
Aparato Gastrointestinal	Pérdida de dientes, disminución de las papilas gustativas, flujo salival y de secreción de pepsina, tripsina, aclorhidria, poca motilidad, cambios en las enzimas hepáticas, disminución de la absorción del calcio.	Mala nutrición, constipación, diverticulosis, intoxicaciones y Osteoporosis.
Aparato Genitourinario	Hipogonadismo, atrofia y resequedad de la mucosa vaginal, disminución del tono y de la capacidad vesical, crecimiento de la próstata, disminución del número de glomérulos, disminución del flujo sanguíneo renal y de la osmolaridad máxima de la orina.	Respuesta sexual lenta, atrofia de mamas, vagina, etc., dificultades a la micción, disminución de la filtración y reabsorción tubular.
Sistema Endocrino	Intolerancia a la glucosa, disminución de la actividad tiroidea y suprarrenal, aumento de la respuesta ADH, disminución de la secreción de estrógenos y de la respuesta de aldosterona y renina.	Aumento de la glucosa posprandial a las dos horas. Disminución del metabolismo basal y menor expuesta al estrés.
Sistema nervioso	Disminución del tamaño y peso del cerebro, pérdida de neuronas de la corteza cerebral, cambios de los ganglios basales. Alteraciones el reflejo de incorporación.	Actividad psicomotora más lenta, reducción de los reflejos de escritura, alteraciones en los ritmos de sueño con menos horas, movimientos oculares rápidos. Alteraciones en la memoria y caídas.
Sistema Musculoesquelético.	Disminución de la masa muscular y ósea, disminución del calcio óseo y el osteoide.	Disminución de la estatura y de la fuerza, aumento de la vulnerabilidad a las fracturas.

En la figura 4. Se presenta sintetizado lo que sería la “biología del envejecimiento”<sup>1</sup>



---

## 1.8 Psicología del envejecimiento

En el envejecimiento se produce una serie de modificaciones orgánicas, que van a condicionar cambios en la percepción del entorno, por consiguiente, de la integridad psíquica. De tal modo, se observa una disminución de la sensibilidad, se afecta especialmente la información procedente de ojos, oídos, nariz, lengua y piel. Además de estas alteraciones correspondientes al sistema nervioso central, a nivel periférico se encuentran disminuciones de la sensibilidad vibratoria. A nivel motor se altera fundamentalmente la capacidad de coordinación y el control muscular, dando lugar a una disminución de la capacidad psicomotora.<sup>6</sup>

Junto a los cambios «somáticos», se produce una serie de alteraciones de las funciones cognitivas, entre las que cabe resaltar un enlentecimiento global de los procesos mentales. Todos estos cambios, sean cuales fueren la causa o la explicación que puedan darse, colocan al anciano en una situación de fragilidad frente a la enfermedad<sup>2</sup>

No hay que sorprenderse, por tanto, de que el anciano prefiera ser visto como un «enfermo» y no como afectado simplemente por las consecuencias de su edad. Hay que admitir que el *status* de enfermo genera en nuestra sociedad más beneficios secundarios que la edad. El reconocimiento de la enfermedad es el derecho a los cuidados y la atención de los demás (la familia y la sociedad). Cuando un anciano no está enfermo no tiene derecho a la consideración de los demás más que en la medida en que se comporta como si fuese «siempre joven», es decir, como si pudiese negar su edad.<sup>6</sup>



---

### 1.8.1 Depresión en el envejecimiento

Los síndromes depresivos representan la expresión más frecuente de la psicopatología de la senectud. Si su prevalencia es de 3.5% en la población general; la mayor parte de las personas afectadas son individuos con más de 65 años, en los cuales el riesgo de depresión es de cuatro veces más elevado que en la población general. Se admite que entre el 15 y el 20% de las personas envejecidas están afectadas por trastornos del humor.<sup>6</sup>

Se tiende a asociar envejecimiento y depresión, pues incluso Kraepelin describía la melancolía como propia del sujeto envejecido. La depresión es la patología psíquica más frecuente en los ancianos, con múltiples formas de expresión y diversidad de causas y en un mismo paciente, pueden combinarse diferentes etiologías y factores desencadenantes o mantenedores de ella.

Son numerosas las teorías y estudios de investigación que intentan responder a la etiología exacta del envejecimiento. Por ello, se considera consecuencia de un conjunto de causas y factores que actúan de manera indiscriminada en tiempo y acción: etiopatogenia morfológica, genética celular, molecular, endocrinológica, neurológica, bioquímica, etc. Una muy importante es la teoría neuroquímica, que origina disminución de las facultades psíquicas, parcial o totalmente. En ocasiones motiva un estado psicopatológico en el anciano. La depresión crea disminución de las facultades mentales, acompañada de tristeza, mal humor, inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión.<sup>7</sup>

Se envejece tal como se ha vivido y el rencor, la melancolía o la avaricia de las personas de edad no son más que exacerbaciones de rasgos previos.



---

Cicerón negaba la asociación inevitable entre vejez y deterioro intelectual, proclamando que el ejercicio mental bastaba para conservar un psiquísmo en forma. El anciano es un ser juicioso, experimentado y sabio al que la edad ha liberado de las pasiones humanas. Cicerón describe la vejez como un estado al que se desearía llegar. Todos estos cambios, sean cuales fueren las causas o la explicaciones que puedan darse, colocan al anciano en una situación de fragilidad frente a la enfermedad.<sup>2</sup>

---



---

## II. CALIDAD DE VIDA

### 2.1 Concepto

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien." En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud. La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades.<sup>8</sup>

### 2.2 Salud

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo bienestar físico, mental, social y no sólo la ausencia de enfermedad. Este término ha evolucionado desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de la salud. Tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, se dejan influir por las experiencias personales y por las expectativas de una persona. Considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud.<sup>8,9</sup>



---

Se ha reconocido que se busca un incremento “en años de vida saludable” mediante la promoción de la salud y el consecuente impacto en la calidad de vida como componentes del bienestar humano.<sup>10</sup>

### 2.3 Deficiencia, discapacidad y minusvalía.

La etiología de la discapacidad puede ser congénita o adquirida. La OMS emplea los siguientes términos para describir sus consecuencias: a) *deficiencia*, es la pérdida de la función psicológica, fisiológica o de una estructura anatómica (en los niveles de órgano y función), como podría ser la ausencia de un miembro, la sordera o el retraso mental; b) *discapacidad*, es toda restricción (resultado de una deficiencia) de la habilidad para desarrollar una actividad considerada normal para un individuo y que se manifiesta por dificultad para caminar, hablar, vestirse o comprender (figura 5); y c) *minusvalía*, es la desventaja de una persona como resultado de una deficiencia o discapacidad que impide el total desarrollo de su funcionamiento normal.<sup>8,9</sup>



Figura 5. Deficiencia al caminar.<sup>11</sup>



---

## 2.4 Salud bucal

De acuerdo a las estadísticas, en México no hay una cultura de la salud bucal, lo cual es grave teniendo en cuenta que ella es parte importante de la salud integral. De acuerdo con datos recientes, 80% de la población mexicana no se cepilla los dientes tres veces al día y 95% no utiliza el hilo dental.<sup>9</sup>

Tampoco se toman en cuenta los primeros síntomas silenciosos de una enfermedad periodontal, como el sangrado e inflamación de encías, lo cual conlleva a dificultades mas graves.

El concepto de la relación entre la salud bucal y sistémica consiste en el mantenimiento de una buena salud bucal como factor para prevenir la presencia de inflamaciones e infecciones bucales, y así tener una boca y cuerpo sanos y por ende, evitar complicaciones en la salud, principalmente si padece enfermedades cardiovasculares y diabetes. Bajo este panorama, mantener una buena salud bucal, mediante acciones como la higiene bucal de forma periódica, es un factor vital para mantener una buena salud general y disminuir los factores de riesgo que inciden negativamente en las enfermedades sistémicas.

En la boca se encuentran alrededor de 700 tipos de bacterias; por ello cepillarse impide que las bacterias proliferen y se organicen formando la placa dentobacteriana. Estudios recientes han comprobado que el proceso inflamatorio influye de manera negativa en el organismo, y de no ser atendido de forma correcta, puede influir en el desarrollo de enfermedades



---

como la endocarditis bacteriana, las enfermedades coronarias, la neumonía y la osteomielitis entre otras.<sup>9</sup>

Algunas investigaciones informan que las bacterias en la boca penetran el flujo sanguíneo, pueden viajar a diferentes órganos y generar complicaciones para la salud tales como:

- ◆ Contribuir al desarrollo de problemas cardiovasculares.
- ◆ Aumentar el riesgo de apoplejía.
- ◆ Ser un factor de riesgo para personas que sufren de diabetes, enfermedades respiratorias y osteoporosis.

La falta de dientes en boca provoca:

- ◆ Dificultad al comer, sonreír y al hablar.
- ◆ Estreñimiento.
- ◆ Problemas gastrointestinales.
- ◆ Problemas en la articulación temporomandibular.
- ◆ Baja autoestima.

La salud bucal se ha convertido en un aspecto crítico de atención pública en los países latinoamericanos, pues los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención son bastante elevados.<sup>12</sup>

De acuerdo con el Programa Nacional de Salud Bucal, el problema odontológico en México es grave, pues al menos 6 de cada 10 niños menores de seis años tienen caries; 95% de los jóvenes de 15 años tienen



---

más de tres caries y prácticamente 100% de la población mayor sufre de afectaciones en las encías por las que perderán uno ó varios dientes.

La salud bucal, especialmente en el periodonto, es crucial para no convertir la boca en un factor de riesgo que aumente las complicaciones de un paciente comprometido en el aspecto sistémico.

## 2.5 Salud bucal-calidad de vida

La salud con relación a la Calidad de Vida es un concepto multidimensional, que representa una combinación de absoluta salud, percepción actual o potencial de salud y/o incapacidad y que contempla a la Salud Bucal, por lo que debe ser examinada como parte de la salud general. El concepto de salud tiene íntima relación con el de Calidad de Vida y éste con el concepto de Salud Bucal.

En México, como consecuencia del incremento en población geriátrica, se presentan con mayor frecuencia las enfermedades crónico-degenerativas que caracterizan a la tercera edad, a lo que se denomina "transición epidemiológica". Según algunos estudios de prospección, se espera que para el tercer milenio el perfil epidemiológico bucal se caracterice por una elevada incidencia de parodontopatías y caries dental, por lo que las necesidades de atención en este grupo de personas aumentarán considerablemente. Por lo anterior, se deberán incrementar los servicios de salud, educación y mercado de servicio dental para mejorar su salud bucal y así proporcionando una calidad de vida, ya que los ancianos tienen especial interés en el valor de sus dientes y dentadura, por su efecto en la realización de funciones como comer, masticar, así como en la estética que influye su apariencia personal.<sup>8</sup>



---

La pérdida de los dientes naturales reduce sustancialmente la Calidad de Vida y genera cambios en la imagen y el funcionamiento. La pérdida de dientes es el resultado de enfermedades, principalmente caries y enfermedad periodontal. También es el reflejo de la actitud del paciente y el dentista, de la viabilidad y accesibilidad al cuidado dental y de la prevalencia de estándares de cuidado. Existe un gran porcentaje entre las personas mayores de 65 años que han perdido sus dientes (edéntulos), asociado con el bajo nivel socioeconómico, educativo y el hábito del tabaquismo, entre otros y que afecta la autopercepción de su Salud Bucal.<sup>8,10</sup>

En Latinoamérica, los individuos mayores de 60 años presentan una deficiente salud bucal, visitan con menor frecuencia al dentista y pierden los dientes por causa de enfermedades, no por la edad. También se reporta una higiene oral deficiente, por lo que los dientes se pierden por falta de interés y al llegar a este rango de edad, 60% de ellos han utilizado prótesis por más de diez años y 30% las han usado por veinte años. En edad avanzada, las personas no mantienen buena Salud Bucal por lo que es necesario realizar programas de fomento a la salud para orientar a este grupo de personas.

Un estudio realizado en Nueva Zelanda para relacionar tres dimensiones sociales de la Salud Bucal (síntomas dentales, percepción de bienestar bucal y funcionamiento) con relación a la Calidad de Vida, concluyó que la percepción general de salud es un predictor de la Calidad de Vida y que ambos conceptos (CV y SB) están asociados positivamente en niños y adultos, relacionados con las visitas asintomáticas al dentista, y negativamente relacionados con las visitas sintomáticas al dentista.<sup>13</sup>

Estos estudios reportaron que las enfermedades bucales manifiestan disfunción, falta de bienestar y discapacidad con predominante interés



---

clínico; las enfermedades periodontales, restos radiculares, caries y dientes perdidos se relacionan con impactos de tipo social, cultural y económico; se reveló un gran impacto al dolor, dificultad al comer y aislamiento.

Las personas adultas refieren la necesidad de adoptar un cuidado integral para tener buena salud, los problemas dentales en los ancianos son crónicos, no hay diferencias relevantes entre los dentados y desdentados, ni con relación al género, pero los que usan dentaduras refieren incomodidad. Los adultos mayores prefieren tener dientes porque mejora su apariencia que se relaciona con la edad y su salud.<sup>14</sup>

---



---

### III. PERIODONTO DEL PACIENTE GERIÁTRICO

El envejecimiento se manifiesta en grados distintos y en diferentes modos en diversos tejidos y órganos, aunque en todos los tejidos incluyen rasgos generales como la resequedad, menor elasticidad, una mayor capacidad de reparación y permeabilidad celular alterada. <sup>15</sup>

#### 3.1 Encía

La encía se presenta más fibrosa y gruesa, disminuye la queratinización y el puntilleo, menor cantidad de células de tejido conectivo, aumento de las sustancias intercelulares, consumo reducido de oxígeno y menor actividad metabólica. En cuanto al índice mitótico del epitelio gingival no hay un cambio significativo de una persona joven en comparación con el de un adulto mayor, sin embargo existe un aumento en la densidad celular lo que da como resultado una maduración celular más lenta.

El envejecimiento también trae consigo un incremento en la prevalencia de recesiones gingivales. Estos hallazgos parecen ser debido al cepillado vigoroso y no a la inflamación periodontal. <sup>15</sup>

#### 3.2 Ligamento periodontal

Se observan fibras más densas con haces organizados, más anchos y ondulados así como haces fibrilares de menor tamaño. También hay disminución de la sustancia fundamental de colágeno, por lo tanto disminuyen los fibroblastos y disminuye la síntesis de mucopolisacáridos .



---

Se ha establecido que el ancho del ligamento periodontal esta relacionado con las demandas funcionales de los órganos dentales presentes.

Otros fenómenos: son la menor producción de matriz orgánica, restos epiteliales y menor cantidad de fibras elástica. La anchura del ligamento disminuye si el diente no tiene antagonista (hipofunción) o aumenta si la carga oclusiva que recibe es excesiva<sup>15</sup>.

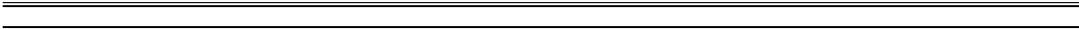
### 3.4 Hueso alveolar

Los cambios en el hueso están determinados por el estado de salud gingival, esto significa que si hay salud gingival en el adulto mayor, el cambio es mínimo, pero si por el contrario hay un estado patológico como recesiones o procesos inflamatorios el hueso presenta una absorción de la cresta. Esto en caso de que haya presencia de órganos dentales, ya que si no hay presencia de dientes éste tiende a absorberse.<sup>15</sup> La pérdida de hueso en los maxilares, con la edad puede manifestarse principalmente en pacientes edéntulos y hay una acelerada reabsorción de la cresta residual y la densidad puede estar frecuentemente relacionada con la utilización de aparatos protésicos.<sup>15</sup>

### 3.5 Cemento

El aumento de la anchura cementaria, es de 5 a 10 veces mayor a medida que la edad progresa, esto se debe a que el depósito continúa después de la erupción dentaria. El incremento de la anchura es mayor apicalmente respecto del lingual, siendo menor en la unión amelocementaria.<sup>15</sup>

---





---

#### IV. INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE GERIÁTRICO

La enfermedad periodontal y la caries son las causas principales de la pérdida de dientes, sin embargo la presencia de enfermedades crónicas y el uso de múltiples medicamentos pueden causar pérdida de dientes en el adulto mayor por lo tanto tienen problemas para masticar, dolor, dificultades para comer y problemas en sus relaciones sociales debido a las alteraciones en la boca, situación que afecta su satisfacción y calidad de la vida.<sup>16</sup>

La alimentación y nutrición constituyen factores del medio ambiente que tienen un efecto marcado en el envejecimiento. Las deficiencias nutricias comprometen fuertemente la funcionalidad, aumentan la susceptibilidad a las enfermedades e incrementan la morbilidad-mortalidad, en especial entre los adultos mayores, de tal forma que cerca de la mitad de los trastornos que se presentan en esta etapa pueden estar asociados con aspectos dietéticos y nutrimentales.

La pérdida de dientes por sí misma no causa deficiencias nutrimentales, sino cuando los dientes faltantes no son reemplazados, las prótesis no están bien ajustadas o el dolor por la movilidad dental ya se ingiere alimentos. Para que los adultos mayores mantengan un buen estado de nutrición, se requieren de aspectos fundamentales el cuidado dental que permita reemplazar los dientes perdidos, el mantenimiento y ajuste de las prótesis dentales.

La percepción de la salud bucal guarda relación con la calidad de vida y con la salud en general, debido a que se ha estudiado que las alteraciones que



---

se presentan en la boca comprometen el bienestar funcional, social y psicológico de los adultos mayores, lo que tiene un efecto en su calidad de vida. Ya que al perderse los dientes con mayor frecuencia por causa de la periodontitis presentan problemas de masticación, se alejan de su grupo social y corren el riesgo de padecer depresión.<sup>16</sup>

La salud constituye el aspecto más relevante de la calidad de vida a medida que la persona avanza en años, por lo que es conveniente mantener la independencia y vivir en un entorno social estable. La salud bucal y calidad de vida de los adultos mayores puede mejorar con la evaluación oportuna y la prevención.

Entre los adultos mayores, la falta de piezas dentales obliga al uso frecuente de prótesis dentales, que con el tiempo se van desajustando por falta de revisión y resultan poco funcionales para la masticación, limitando su utilidad al aspecto estético, para verse y sentirse bien. Esto explica que los pacientes cuyas prótesis eran funcionales y cumplen con su papel estético, así como los que cuentan con su dentadura original tienen una percepción más positiva de la calidad de vida, en las dimensiones psicológicas y de relaciones sociales. El contar con todos los dientes y no requerir de prótesis dentales permite una percepción más positiva de la calidad de vida.<sup>16</sup>

Los pacientes no acuden al servicio odontológico, aludiendo falta de dinero, lo que origina que sus prótesis no les ajusten, a tal grado que prefieren retirar sus dentaduras al ingerir alimentos para poder comer sin molestias. Esta situación nos indica la poca importancia que le atribuyen a su salud bucal, esto lleva al paciente a una depresión.



---

La depresión constituye un trastorno que influye en la percepción de sí mismo y del entorno, ya que los individuos que la presentan perciben más negativamente su calidad de vida y salud bucal que quienes no la padecen. La práctica de actividad física incrementa los contactos sociales entre los adultos mayores y contribuye a disminuir la depresión (figura 6).

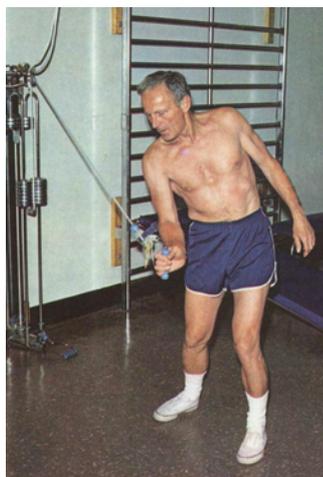


Figura 6. La actividad física contribuye a disminuir la depresión. <sup>11</sup>

El uso de prótesis funcionales, además de mejorar la imagen, contribuye a que la percepción que tienen los pacientes de su calidad de vida sea más positiva. La asistencia a centros sociales favorece las relaciones sociales y la percepción de salud física en adultos mayores. La depresión es un trastorno que afecta la percepción de salud bucal y calidad de vida de los adultos mayores que la padecen.

#### 4.1 Enfermedades sistémicas y su relación con el periodonto

Se conoce como enfermedad periodontal, a la gingivitis y periodontitis. La gingivitis es una condición inflamatoria que afecta a la encía y es una



---

respuesta inmune directa de la placa dentobacteriana acumulada en la superficie dental. La gingivitis puede ser modificada por varios factores, tales como el tabaquismo, uso de ciertos fármacos y cambios hormonales así como padecimientos sistémicos.

Mientras que la periodontitis en ocasiones es una consecuencia de la gingivitis no tratada, puede ser también causada por la respuesta inmune e inflamatoria del huésped. La diferencia principal entre la gingivitis y la periodontitis radica en que en la periodontitis hay destrucción de las estructuras óseas de soporte del diente.<sup>14</sup>

## 4.2 Periodontitis crónica

En la actualidad se ha definido la periodontitis crónica como "una enfermedad infecciosa que produce inflamación en los tejidos de soporte de los dientes, pérdida de inserción progresiva y pérdida ósea". Antes conocida como "periodontitis del adulto" o "periodontitis crónica del adulto", es la forma prevalente de periodontitis. En general, se la considera una enfermedad de avance lento. Sin embargo, ante la presencia de factores sistémicos o ambientales que pueden modificar la reacción del huésped a la acumulación de placa, como diabetes, hábito de fumar o estrés, la progresión de la periodontitis se torna más dañina. Aunque la periodontitis crónica se observa más a menudo en adultos, puede aparecer en niños y adolescentes como reacción a la acumulación crónica de placa y cálculo.<sup>17</sup>

### 4.2.1 Características clínicas de la periodontitis crónica

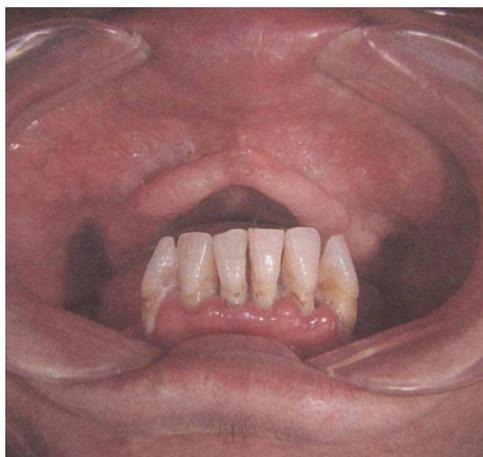
Los hallazgos clínicos típicos en pacientes con periodontitis crónica incluyen acumulación de placa supragingival y subgingival, que por lo regular se



---

relaciona con la formación de cálculo, inflamación gingival, formación de bolsas, pérdida de hueso alveolar. La encía presenta con frecuencia un aumento de volumen de leve a moderado y alteraciones de color entre rojo pálido y violeta.

La pérdida del puntilleo y los cambios de la topografía de la superficie pueden incluir márgenes gingivales redondeados o romos y papilas aplanadas o en forma de cráter (figura 7). La profundidad de bolsa es variable y es posible hallar pérdidas óseas horizontales y verticales. La movilidad dental es común en los casos avanzados cuando ha ocurrido una pérdida ósea considerable.<sup>17</sup>



Figuran 7. Características clínicas del periodonto del anciano.<sup>17</sup>

Con el tiempo, la enfermedad crónica puede causar muchos cambios en la boca y es difícil determinar qué tanto contribuye el envejecimiento fisiológico. Sin embargo, cambios como la recesión gingival, la atrición dental y la reducción de la altura ósea en el anciano son producto de la enfermedad y los factores del medio bucal, no del envejecimiento fisiológico.<sup>15</sup>



---

### 4.3 Enfermedad periodontal- endocarditis

La endocarditis bacterial es causada por bacterias que colonizan las paredes y válvulas del corazón. La incidencia es baja, es una enfermedad seria con pronóstico desfavorable, a pesar de la terapéutica moderna.

La enfermedad periodontal se relaciona con las enfermedades cardiovasculares, ya que los microorganismos del surco gingival y de las bolsas periodontales pueden agravar el inicio y curso de estas afecciones cardiovasculares.<sup>18</sup>

Un estudio realizado por Cambra Clínic & Associats indica que el 50% de la población de más de cincuenta años padece periodontitis. Según este estudio, la periodontitis tiene una relación directa con otras enfermedades generales y puede aumentar considerablemente el riesgo de accidentes cardiovasculares. Esto se debe a la presencia de bacterias, básicamente en las encías, que provocarían su infección y un engrosamiento de las arterias. Por lo tanto, mantener una boca sana es una necesidad básica para disfrutar de una buena salud general.<sup>17,18,19</sup>

El ejercicio de la periodoncia se relaciona estrechamente con la prevención de la endocarditis infecciosa. El informe de la American Heart Association, dado a conocer en 1990, afirmó que "los sujetos en riesgo de presentar endocarditis infecciosa deben conservar el grado más alto de salud bucal para reducir las fuentes potenciales de propagación bacteriana. Sin embargo en ausencia de procedimientos dentales, la higiene bucal precaria u otras enfermedades dentales como las infecciones periodontales o periapicales pueden inducir a una bacteriemia". Dicho informe recomienda la profilaxis antibiótica para todos los procedimientos dentales en probabilidades de



---

causar hemorragia gingival. Esto incluye a casi todos los procedimientos de tratamiento periodontal.<sup>20</sup>

A fin de proveer medidas preventivas adecuadas, el interés principal del odontólogo debe ser la reducción de la población microbiana en la boca a fin de abatir al mínimo la bacteriemia y la inflamación del tejido blando. Los estudios confirman que la bacteriemia ocurre más a menudo y es más grave en los pacientes con enfermedad periodontal que en las personas sin ella.<sup>15</sup>

#### 4.4 Enfermedad periodontal- diabetes

Destacar que 6 de cada 10 individuos son diabéticos confirma que esta patología es frecuente en nuestra sociedad; pero también hay que mencionar que para el año 2010 se espera que haya sido diagnosticados 220 millones de adultos con diabetes, es decir, que en muchos países esta enfermedad va a alcanzar proporciones endémicas.

En la población de la tercera edad, las cosas cambian, ya que la frecuencia con la que se manifiesta esta patología aumenta con la edad, y así, a partir de los 70 años un 15% de los individuos la presenta. La distribución por sexos, en la tercera edad, es de 45% en los varones y un 55% en las mujeres.

La diabetes que se manifiesta después de los 65 años se presenta de manera insidiosa, acompañada frecuentemente de obesidad, sedentarismo y sobrealimentación. Afecta mayoritariamente a mujeres. En este grupo de población, la manifestación de la enfermedad no va acompañada de todos los síntomas característicos propios de esta patología, como la polidipsia,



---

poliuria, polifagia, visión borrosa, pérdida de peso, sequedad e infecciones repetidas de la piel y mala cicatrización de las heridas.

En los ancianos diabéticos, la enfermedad cardiovascular es significativa y por tanto con frecuencia se instaura tratamiento vasodepresor.<sup>19</sup>

#### 4.4.1 Complicaciones de la diabetes

Con el paso del tiempo, el paciente diabético está expuesto a numerosos problemas, que van a ser más graves si no tiene un control metabólico. Debe conocer cuáles son las complicaciones ligadas a su enfermedad, para así poder evitarlas. Mantener los valores de glucosa en sangre dentro de los valores deseables el mayor tiempo posible evita que estos problemas se desencadenen.

En el anciano diabético, el desarrollo de caries y enfermedad periodontal eleva el riesgo de pérdida de piezas dentales con lo cual se desencadenan con más frecuencia brotes agudos de periodontitis. Además, como complicaciones ligadas a la diabetes, también debemos destacar la nefropatía, la neuropatía diabética y la hipertensión, que son hallazgos comunes entre los pacientes diabéticos.

Dentro de las complicaciones ligadas a la diabetes, también se presenta la hipoglucemia, que es el descenso del azúcar por debajo de 60 mg/dl. Los síntomas de la hipoglucemia son sensación de mareo, sudación, palpitaciones, hormigueo alrededor de la boca, nerviosismo y sensación de hambre. Al aparecer los primeros síntomas, se debe procurar la ingestión de



---

hidratos de carbono simples, como azúcar, miel, galletas o zumos de frutas azucarados, para evitar la aparición de alteraciones graves.<sup>19</sup>

#### 4.4.2 Consideraciones dentales

Debido a los cambios que ocurren en la diabetes, los vasos sanguíneos engrosados pueden impedir el flujo de los nutrientes y de la eliminación de los desechos de los tejidos. Este impedimento en la circulación puede debilitar las encías y los huesos, haciéndolos más susceptibles a la infección.

Además, si la diabetes no se controla, los altos niveles de glucosa en los fluidos de la boca favorecerán el crecimiento de la bacteria que puede causar la enfermedad periodontal.

El factor tabaco, es dañino para la salud oral aún para las personas que no tienen diabetes. Sin embargo, las personas con diabetes que fuman tienen un riesgo mucho más grande de la enfermedad de la encía que las personas que no tienen diabetes.

Junto con la carencia de higiene oral, la diabetes puede causar gingivitis y progresar a una periodontitis y así afectando la calidad de vida del paciente provocando los siguientes signos y síntomas característicos de la enfermedad periodontal y diabetes:

- ◆ Inflación y sensibilidad en encía.
- ◆ Sangrado al cepillado y con el uso del hilo dental.
- ◆ Recesiones gingivales.
- ◆ Movilidad dental.



- 
- ◆ Mal aliento persistente.
  - ◆ Abscesos periodontales recurrentes.

## 4.5 Enfermedad periodontal-osteoporosis

Es una alteración metabólica del hueso y la causa más frecuente de osteopenia en edad avanzada; representa alteración del metabolismo esquelético en la cual la formación de matriz ósea se deprime y no puede compensar la resorción excesiva. La osificación es normal, pero hay una matriz inadecuada por osificar; se sabe que la pérdida de masa ósea acompaña al envejecimiento fisiológico normal, pero en la osteoporosis la proporción de atrofia se acelera más de lo normal.<sup>22</sup>

La osteoporosis caracterizada por dolor óseo y fracturas patológicas, se desarrolla cuando se pierde 30% o más de la masa ósea. La edad en la que la enfermedad aparece de manera clínica determina la proporción de pérdida ósea.<sup>15</sup>

### 4.5.1 Osteopenia

La osteopenia, es un escalón previo a la osteoporosis, el deterioro grave de los huesos es factor de riesgo a fracturas. La padece el 15 por ciento de las mujeres de entre 30 y 40 años. Se puede prevenir con un diagnóstico precoz. Es una entre tantas enfermedades "silenciosas", que se instalan sin producir síntomas y pueden avanzar hasta niveles riesgosos si no se trata a tiempo. La osteopenia, una disminución de la masa ósea relativamente leve, es en



---

algunos casos el camino hacia la osteoporosis. Pero si se detecta en forma temprana es casi siempre controlable y muchas veces puede revertirse.<sup>22</sup>

La osteopenia, que literalmente significa "menos hueso", es más frecuente que la osteoporosis, aunque tal vez menos conocida. Según los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera osteopenia cuando la densidad del hueso es menor a lo normal entre 1 y 2,5 puntos. Cuando la diferencia es mayor a 2,5 se considera osteoporosis, que a largo plazo puede manifestarse en fracturas de distintos huesos.<sup>22</sup>

El nivel de densidad ósea se mide en un estudio llamado densitometría, ya que en las radiografías es muy difícil que llegue a detectarse la deficiencia en la mineralización del hueso, a menos que se llegue a una osteoporosis avanzada.<sup>15</sup>

De acuerdo con las cifras de la OMS, el 0,6 por ciento de la población mundial sufre osteoporosis. Y el 15 por ciento de las mujeres entre 30 y 40 años sufre osteopenia. Aunque la osteopenia puede avanzar hasta la osteoporosis, los médicos aseguran que muchas veces es posible detenerla e incluso reconstituir el hueso debilitado. Por eso, los controles son fundamentales.

"Durante un tiempo la masa ósea se mantiene en un nivel máximo y luego empieza a decaer. En las mujeres esto ocurre sobre todo durante la menopausia. En los hombres la pérdida de masa ósea es progresiva, en general a partir de los 50 años".<sup>23</sup>



---

#### 4.5.2 Consideraciones dentales

En estudios recientes se ha confirmado la relación entre osteoporosis, osteopenia y pérdida ósea a nivel oral. Ambas enfermedades tienen un denominador común, un remodelado óseo anormal que condiciona una pérdida de masa ósea, que afecta al hueso alveolar en la enfermedad periodontal y que es generalizada en el caso de la osteoporosis.<sup>21</sup>

La osteoporosis tiene una etiología multifactorial y no del todo bien conocida. En el caso de las mujeres postmenopáusicas, la causa principal de la osteoporosis sería la falta de estrógenos. De todas formas, se han descrito una serie de factores de riesgo antecedentes familiares, sedentarismo, que pueden contribuir al desarrollo de una osteoporosis.<sup>22</sup>

Los factores de riesgo asociados son el acumulo de placa bacteriana en el que juegan un papel muy importante los microorganismos (principalmente *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia* y *Bacteroides forsythus*) y una respuesta anormal por parte del huésped, como por ejemplo una alteración del sistema inmune.<sup>20</sup>

La mandíbula, además de los huesos largos y las vértebras, presenta cambios que se relacionan con la osteoporosis generalizada; aunque la mayoría de los pacientes con dicha alteración no sufren de una enfermedad subyacente, ciertos estados del padecimiento causan reducción de la densidad mineral que se manifiesta en mandíbula y hueso alveolar; por esta razón, los cambios en estas estructuras son importantes para reconocer enfermedades sistémicas. La mayor parte de las alteraciones sistémicas que causan osteoporosis secundaria producen reducción de trabeculado en mandíbula y otros huesos.<sup>22</sup>



---

La osteoporosis mandibular se manifiesta regularmente por una reducción en el trabeculado; sin embargo, se requiere un descenso en el contenido mineral de 30 a 50% antes de observar disminución de densidad ósea en las radiografías dentales. Se ha demostrado que las densidades de la mandíbula y el radio se afectan con la edad de manera similar; ambos muestran menor densidad mineral comparable a mayor edad. Las radiografías de rutina aportan elementos para comparar los cambios en la densidad de la mandíbula.<sup>15</sup>

#### 4.6 Enfermedad periodontal-deficiencias nutricionales

La alimentación y nutrición constituyen factores del medio ambiente que tienen un efecto marcado en el envejecimiento. Las deficiencias nutricionales comprometen fuertemente la funcionalidad, aumentan la susceptibilidad a las enfermedades e incrementan la morbilidad mortalidad, en especial entre los adultos mayores, de tal forma que cerca de la mitad de los trastornos que se presentan en esta etapa pueden estar asociados con aspectos dietéticos y nutrimentales.

En general, los adultos mayores consumen dietas bajas en nutrimentos, pero cuando se presentan alteraciones en la boca, en particular en lo que concierne a los dientes, el consumo de alimentos disminuye debido a que restringen la cantidad y variedad, lo que conlleva un aporte deficiente de diversos nutrimentos.<sup>22</sup>

Las alteraciones nutricionales no son únicamente el resultado de una dieta inadecuada, también se deben a alteraciones en la absorción y utilización, limitaciones económicas y educativas, restricciones de dieta autoimpuesta y aislamiento geográfico de un aporte alimenticio adecuado.<sup>15</sup>



---

#### 4.6.1 Consideraciones dentales

La relación entre los factores nutricionales y el mantenimiento de la salud periodontal o la patogénesis de la enfermedad periodontal es motivo de controversia. Aunque la placa dental se reconoce como el factor etiológico más importante en la enfermedad periodontal, una nutrición inadecuada vuelve al huésped más susceptible a ella o acelera el progreso de una alteración existente.<sup>15</sup>

Los componentes de la defensa del huésped que son de importancia particular en el mantenimiento de la salud bucal y que pueden resultar afectados de manera adversa por nutrición inadecuada incluyen:

- ◆ Respuesta inmunitaria.
- ◆ Capacidad funcional de glándulas salivales y composición de la saliva.
- ◆ Producción de líquidos gingivales.
- ◆ Respuesta del proceso de reparación.
- ◆ Integridad de la mucosa bucal.

Los tejidos epiteliales bucales pueden funcionar como protección en virtud de su capacidad para reemplazar células y actuar como barrera funcional; el revestimiento epitelial del surco gingival tiene uno de los índices más rápidos de recuperación y requiere un aporte adecuado y continuo de nutrientes. Estudios dietarios en animales de experimentación demuestran que la restricción calórica de 70 a 80% o la mala nutrición de calorías proteínicas reducen la actividad mitótica en los tejidos epiteliales, entre ellos los de la cavidad bucal.<sup>22</sup>



---

La función de barrera del epitelio bucal y su permeabilidad dependen de la integridad conjunta de una barrera "intraepitelial: la membrana basal y la plasmática de las células epiteliales. Esta barrera sirve como límite al paso de material antigénico, como por ejemplo, endotoxinas bacterianas y otros productos metabólicos secundarios, de la superficie al tejido conectivo subyacente. En animales de experimento se presenta un incremento en la permeabilidad de la mucosa con deficiencias de ácidos ascórbico, fólico y zinc.<sup>15</sup>

Las propiedades de defensa salival incluyen flujo adecuado, capacidad amortiguadora y actividad antimicrobiana; esta última se basa en los componentes inmunitarios y no inmunitarios de la saliva. Estas proteínas realizan la tarea vital de inhibir la adherencia, el crecimiento y la colonización bacteriana.

El líquido del surco gingival contiene muchos de los componentes celulares y humorales que se encuentran en la sangre, algunos de los más importantes son inmunoglobulinas (IgG, IgA e IgM), factores complementarios y neutrófilos capaces de proteger el surco gingival.<sup>15</sup>

El proceso de reparación gingival, está influido por factores como integridad de la respuesta inmunoinflamatoria. Es probable que concentraciones inadecuadas de nutrientes en este tejido puedan ocasionar deficiencias, lo que afecta el proceso de reparación y facilita el progreso de la enfermedad periodontal.<sup>15</sup>



---

#### 4.6.2 Disfagia

La disfagia o dificultad al deglutir; es un problema común en los adultos mayores. Se clasifica como bucofaríngea (transferencia) o esofágica (tránsito). La disfagia bucofaríngea se refiere al deterioro del movimiento de los líquidos o sólidos desde la cavidad oral hacia el esófago. Las causas comunes de disfagia de transferencia son dientes enfermos o con dolor provocado por la movilidad dental y abscesos periodontales a causa de la periodontitis, xerostomía, deficiente ajuste de prótesis dentales y destrucción mandibular. Los trastornos mandibulares que afectan, lengua, paladar blando, faringe y esfínter esofágico superior pueden ocasionar trastornos en el movimiento bucoesofágico normal. Las causas neurológicas de la disfagia bucofaríngea predominan e incluyen enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple y enfermedad de Alzheimer. Finalmente, los pacientes con antecedentes de cirugía o radiación en la cavidad bucal o en el cuello tienen riesgo de disfagia de transferencia, todo esto provoca una calidad de vida deficiente para el paciente.<sup>23</sup>

#### 4.7 Enfermedad periodontal-neumonía

La neumonía o pulmonía es la infección del parénquima pulmonar producida por un agente infeccioso. La puerta de entrada del agente infeccioso suele ser la vía aérea.

Los síntomas característicos son la tos, el dolor torácico y la fiebre, aunque no siempre aparecen.



---

Las infecciones orales y de la infección de pecho (pulmonía por aspiración) son más comunes en un paciente geriátrico por una gama de razones fisiológicas y patológicas. Se ha investigado el papel que la higiene oral y la enfermedad oral pueden desencadenar en enfermedad pulmonar infecciosa aguda en el adulto mayor. En la pulmonía por aspiración, los microorganismos de la boca y la garganta se aspiran provocando la infección (figura 8). El principal agente para la infección es la placa dental, que se acumula en los dientes y las dentaduras sucias.<sup>24.25</sup>



Figura 8. Placa Bacteriana que se encuentran en boca<sup>11</sup>

El resultado de varios estudios, indica que la higiene oral pobre y la enfermedad periodontal son factores que fomentan la colonización de la boca y de la garganta por las bacterias. La pulmonía por aspiración es la principal razón de transferencia al hospital en asilos y tiene un alto índice de mortalidad.<sup>25</sup>

Entre los individuos con infecciones respiratorias, especialmente los pacientes con algunos dientes naturales, tienen niveles visiblemente más altos de placa dental. Sus dientes y dentaduras exhiben niveles más altos de la placa que contienen colonias establecidas de las bacterias capaces de causar infecciones pulmonares.<sup>25</sup>



---

Bajo un tratamiento periodontal apropiado mejoraba la salud oral de los pacientes y da por resultado una reducida incidencia de la pulmonía por aspiración por un promedio del 40% en la población geriátrica. La retención de dientes naturales tiene ventajas potenciales en términos de la dieta, de la nutrición y de la calidad de la vida, pero es claramente importante asegurarse de que estos dientes están sanos y sobre todo limpios.<sup>25</sup>

---



---

## V. TRATAMIENTO PERIODONTAL EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

Los pacientes geriátricos presentan condiciones de salud general y bucal especiales, las enfermedades y afecciones sistémicas que son frecuentes con la edad pueden requerir la modificación de las herramientas preventivas periodontales, así como la del plan de tratamiento y las fases de la atención periodontal.

### 5.1 Historia clínica

La historia clínica es un documento central e importante en la atención de los pacientes. La realización de una “buena historia clínica geriátrica” no se logra tan fácilmente, una de las causas es la falta de memoria, por eso el clínico deberá hacer una correcta interpretación y diferenciar cuales son las manifestaciones de envejecimiento normales con los de la enfermedad real.<sup>2</sup>

Hay que tomar en cuenta la disminución de la capacidad auditiva y visual (figura 9) Para obtener una buena comunicación con el paciente a través del interrogatorio, el lenguaje será modificado, se le hablara claro, fuerte y lentamente con voz grave. Hay que darles el tiempo necesario para que contesten a las preguntas. Se les entrevista en un lugar adecuado, cómodo, sin distracciones y ruidos, no se debe intentar hacerlo en una sola cita. La entrevista debe hacerse por la mañana, ya que por la tarde o la noche el adulto mayor podrá sentirse cansado con sueño y por lo tanto poco comunicativo.



---

Muchas veces se necesitara de una tercera persona (familiar) para realizar la entrevista.

El historial clínico debe detallarse e incluir una relación sintética de las lesiones físicas, mentales, actuales y pasadas, sin olvidar alergias y procedimientos quirúrgicos. La revisión ha de centrarse en la evaluación cuidadosa de enfermedades y trastornos sistémicos, particularmente los que influyen en el tratamiento dental, como discrasias sanguíneas, uso de anticoagulantes, diabetes mellitus, problema de válvulas cardiacas, accidentes cerebro vasculares y consumo de corticoesteroides.

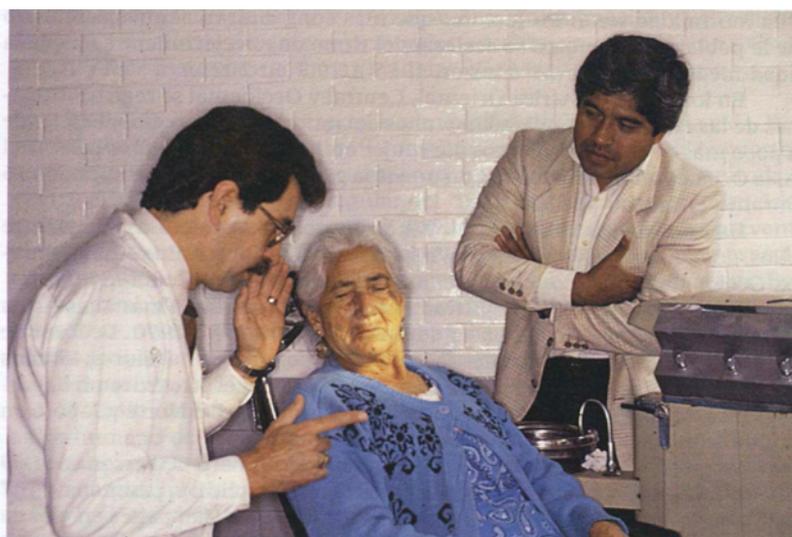


Figura9. Hablar fuerte y claro al paciente.<sup>3</sup>

Es aconsejable realizar una interconsulta con el médico tratante del paciente adulto mayor, especialmente cuando se trata de un individuo con problemas sistémicos o si se piensa realizar algún tratamiento complicado. Aunque la obtención del historial médico puede tomar mucho tiempo con los pacientes



---

geriátricos, el diálogo entre el cirujano dentista y el paciente adulto mayor suministra con frecuencia información valiosa acerca de los aspectos médicos, psicológicos y terapéuticos. La historia clínica y el examen físico son muy importantes, ya que nos ayudan a valorar el riesgo en el tratamiento como en el pronóstico.<sup>15</sup>

### 5.1.1. Polifarmacia

Los pacientes de la tercera edad generalmente consumen una variable cantidad de medicamentos, ya sea prescritos o bien de venta libre. Algunos fármacos utilizados por los ancianos pueden tener efecto negativo sobre la salud bucal. Muchas veces los pacientes no recuerdan el nombre exacto de los medicamentos, por lo tanto, es importante pedirle al paciente que lleve los frascos o las cajas de cada fármaco que ingiere al consultorio dental. Esto permite conformar una relación completa de los medicamentos y aportar mayor información a la historia clínica.

Una de las principales afecciones que presentan los adultos mayores es la xerostomía y candidiasis, como efecto secundario de algunos medicamentos que toman para controlar ciertas enfermedades y trastornos crónicos. Los fármacos que pueden causar xerostomía son los antidepresivos, antihipertensivos y diuréticos.<sup>15</sup>

### 5.1.2 Exámenes intrabucales y extrabucales

Además de evaluar el tratamiento dental, la pérdida de dientes, las restauraciones, intervenciones dentales previas, caries y estado periodontal, el examen dental general incluye la inspección completa de los tejidos



---

blandos de cabeza y cuello. El cáncer bucal y faríngeo es una enfermedad relacionada con la edad y tiene graves consecuencias.

La piel del rostro y cuello se inspecciona y palpa para detectar lesiones, ganglios linfáticos agrandados o ambas. Dentro de la boca se revisan labios, carrillos, lengua, encía, piso de la boca, paladar duro y blando, área retromolar, pilares amigdalinos y se palpan para reconocer anomalías de tejidos blandos, en particular manchas blancas o rojas, úlceras y tumefacciones.<sup>15</sup>

## 5.2 Plan de tratamiento

La enfermedad periodontal en la tercera edad no es una anomalía de avance rápido, sino que se presenta habitualmente como un trastorno crónico. Como la enfermedad periodontal tiene periodos de exacerbación y remisión, el conocimiento y la documentación de los periodos de afección activa y pasiva son esenciales para la elaboración del plan de tratamiento y el pronóstico.<sup>15</sup>

El padecimiento periodontal debe diagnosticarse sin importar cuál sea la edad. La finalidad del tratamiento periodontal tanto para los pacientes jóvenes como para los mayores es conservar la función y eliminar o impedir el avance de la enfermedad inflamatoria. Al formular el plan terapéutico de personas geriátricas hay que considerar varios factores; estado físico y mental, medicaciones, estado funcional y comportamientos del estilo de vida que modifican el tratamiento periodontal, el resultado o la progresión del trastorno.

Durante el plan de tratamiento han de valorarse y considerarse la gravedad de la enfermedad periodontal, el estado mental y físico, fármacos, función,



---

capacidad de realizar las técnicas de higiene bucal y la capacidad individual de tolerar el tratamiento. Hay que tomar en consideración los riesgos y beneficios tanto del tratamiento quirúrgico cuanto del no quirúrgico. Asimismo, es importante la cantidad de soporte periodontal remanente o destrucción periodontal pasada, tipo de diente, número de contactos oclusivos y preferencias individuales del sujeto.

En la tercera edad, los implantes dentales son sustitutos confiables de dientes ausentes. La edad por sí sola no es una contraindicación para la colocación de implantes.<sup>15</sup>

### 5.3 Odontología preventiva en el paciente geriátrico

La sociedad actual está inmersa en un claro proceso de envejecimiento. La Odontología, como la Medicina, ha reconocido este fenómeno y está realizando un cambio profundo en su actitud ante la atención bucal de nuestros ancianos. Sin embargo, los cambios espectaculares que han surgido en el saber odontológico no han conseguido aún, mejorar el grado de salud oral geriátrica. En nuestros días, el edentulismo y las enfermedades orales todavía prevalecen en los adultos de edad avanzada.

La odontología preventiva en la vejez tiene tres niveles de atención:

- ◆ Primaria: impedir la aparición de enfermedades orales. (Odontología preventiva).
- ◆ Secundaria: evitar su desarrollo y progreso. (Odontología preventiva y periodoncia).
- ◆ Terciaria: prevenir la pérdida de la función. (Periodoncia, operatoria, endodoncia).

Para quienes tienen dientes, las necesidades principales son prevenir la caries dental nueva o recurrente y evitar la pérdida de tejido periodontal.



---

Para los ancianos edéntulos, la prevención de una incapacidad oral mayor es nuestro principal objetivo, mediante un mantenimiento periódico y adecuado a su estado prostodóntico. En ambos grupos deben valorarse sus necesidades con respecto a los tejidos blandos orales y la secreción salival.<sup>11</sup>

### 5.3.1 Higiene oral

Para la caries y la enfermedad periodontal no existe una mejor prevención que una efectiva higiene oral, ya que la placa dentobacteriana es la etiología de ambas enfermedades comunes en la vejez.

Hay estudios que demuestran que el acumulo de placa en ancianos es mayor que en jóvenes, y la composición es diferente. El factor que marca la diferencia puede ser un efecto del medio social adverso o psicológico (depresión), más que descuido, al igual que los factores socioeconómicos y culturales del paciente, ya que existen pacientes que desconocen por completo su salud bucal.

Una buena técnica de cepillado proporciona salud periodontal. La remoción de placa también depende de la habilidad del paciente geriátrico; en ancianos con incapacidad manual debe modificarse a cepillos eléctricos o que sea realizado por el personal de salud o familiares.<sup>26</sup>

El control bacteriano en la cavidad oral y la higiene bucal previenen el riesgo de padecer enfermedades periodontales. La capacidad de remover la placa está directamente relacionada con la destreza y habilidad manual del adulto mayor y su estado físico en general.



---

Para un adulto mayor los procedimientos de higiene bucal no son fáciles de adoptar y mantener, debido a que a la mayoría de los pacientes geriátricos les cuesta trabajo aprender nuevas y complicadas actividades, así como aplicarlas en su rutina diaria, ya que sus formas de comportamiento están establecidas.<sup>26</sup>

La capacidad para llevar a cabo la higiene bucal en el adulto mayor se complica, debido a que su capacidad motriz y visual se ven disminuidas, lo que indirectamente pueden influir en la cronicidad de la enfermedad periodontal, además de ciertas condiciones físicas como artritis, parálisis o algún padecimiento sistémico, para ello existen diferentes aditamentos (cepillos interdentes) y cepillos eléctricos para facilitar su aseo bucal (Figura 10).



Figura 10. Cepillos interdentes y eléctricos que facilitan el aseo bucal el paciente geriátrico.<sup>27</sup>

Basado en la capacidad para efectuar los procedimientos de higiene bucal McLeran dividió al paciente geriátrico en categorías:

I.- El paciente es suficientemente hábil para ejecutar toda la técnica de cepillado, excepto para utilizar el hilo dental adecuadamente. Paciente



---

mentalmente alerta y capaz de comprender y demuestra motivación en su higiene.

II.- El mismo paciente suficientemente hábil para ejecutar la técnica de cepillado aunque sus movimientos se limitan a sus manos artríticas, requiriendo asistencia. Mentalmente alerta pero puede mostrar depresión, olvidarse de sus necesidades básicas o mostrar poco interés en su cuidado personal.

III.- Atención diaria al paciente para ejecutar la higiene bucal, con ayuda de enfermera, pero con cooperación del paciente. Paciente mentalmente incapaz para comprender o comunicarse, pero cooperativo.

IV.- Paciente comatoso, depende completamente de otros para su cuidado personal. Paciente no cooperador.<sup>26</sup>

### 5.3.2. Agentes antiplaca.

#### Clorhexidina

Los pacientes que no son capaces de eliminar la placa en forma adecuada por enfermedades o discapacidad pueden beneficiarse con el uso de sustancias antiplaca, como la clorhexidina..

La clorhexidina es un bisbiguanido catiónico empleado como antiséptico de amplio espectro en medicina desde 1950. En Europa se ha usado por años este agente, en concentraciones de 0.2%, como sustancia preventiva y terapéutica. Según sea la dosis, es bacteriostática o bactericida. Algunos



---

efectos adversos de la clorhexidina incluyen el aumento de la formación de cálculos, aparición de manchas en los dientes, disgeusia (alteración del gusto) y pigmentaciones permanentes en los dientes. La clorhexidina es un enjuague prescrito a corto plazo.

La American Dental Association Council on Dental Therapeutics aprobó la clorhexidina para ayudar a prevenir y reducir la placa supragingival y la gingivitis. La clorhexidina puede ser particularmente útil en individuos de la tercera edad con dificultades para eliminar la placa y en aquellos que toman feniloína, bloqueadores de los canales de calcio y ciclosporinas y que se hallan en riesgo de tener hiperplasia gingival.<sup>15</sup>

## Fluoruros

El fluoruro, es el anticaries de la naturaleza, es la sustancia preventiva de caries más eficaz y disponible. Los efectos del fluoruro son:

- ◆ Reducir la solubilidad del esmalte.
- ◆ Promover la remineralización de lesiones de caries incipientes.
- ◆ Afectar como bactericida el metabolismo de la placa bacteriana.<sup>15</sup>

### 5.3.3 Importancia de la salud bucal en pacientes geriátricos

La salud oral, los dientes y las estructuras asociadas como su vitalidad son un componente integral de la salud general como la salud del aparato digestivo, además corazón, riñones, pulmones o cualquier otra estructura. Los problemas de salud orales pueden tener un impacto profundo en salud general, con frecuencia también se pueden manifestar problemas de salud

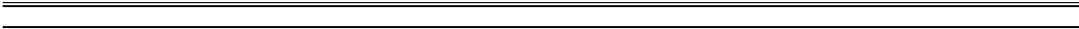


---

general en la boca. Con el aumento de la edad, los efectos acumulativos de la enfermedad oral da lugar con frecuencia a la pérdida del diente a tal nivel que afecte la función, la dieta y la calidad de vida del adulto mayor. Inversamente, una buena salud oral tiene un impacto positivo en el bienestar y la calidad de vida general de tal manera permite el disfrute del alimento y de la interacción social.<sup>28</sup>

El mantenimiento de la higiene dental y bucal es esencial a cualquier edad. Sin embargo, este hecho tiene una escasa prioridad para muchos ancianos que sufren enfermedades crónicas, impotencia funcional o confusión. La mala dentición trae consecuencias muy peligrosas para los adultos mayores. La pérdida de las piezas dentales favorece la malnutrición, puesto que limita la variedad y consistencia de los alimentos que pueden masticarse. Los alimentos poco masticados aumentan el riesgo de aspiración y asfixia. Las infecciones dentales (periodontitis y abscesos) suponen un foco potencial de bacteremia, muy peligroso para pacientes con prótesis valvulares. Los dientes son necesarios para hablar y comunicarse correctamente. Además son un componente esencial del aspecto general de la persona y repercuten en su autoestima y confianza. Ya que algunos ancianos se retraen y evitan los contactos sociales por la falta de dientes.<sup>28</sup>

---





---

## CONCLUSIONES

Es un hecho que las expectativas de vida sobre los 65 años han aumentado considerablemente y esto significa que existe cada vez un mayor número de pacientes potenciales de la tercera edad para el odontólogo quien debe estar capacitado para reconocer, prevenir las alteraciones y patologías que se pueden presentar en este grupo de pacientes.

Las personas adultas refieren la necesidad de adoptar un cuidado integral para tener buena salud, los problemas dentales en los ancianos son crónicos, los que usan dentaduras refieren incomodidad. Los adultos mayores prefieren tener dientes porque mejora su apariencia que se relaciona con la edad y su salud.

Fomentar medidas preventivas para el paciente geriátrico, pero estas deben iniciarse en etapas tempranas de la vida.

Es importante la prevención pero no solo cuando ya se es una persona geriátrica es necesario tener conciencia que si se quiere tener una buena calidad de vida es mejor empezar en etapas tempranas, desde la adolescencia e incluso desde la niñez para no padecer las consecuencias de una enfermedad crónico degenerativa como la periodontitis.

Es necesario diseñar programas de salud bucodental encaminados a preservar los dientes de los adultos mayores, así como una vigilancia de las condiciones de las prótesis para disminuir los efectos que tiene la pérdida de dientes sobre los niveles de depresión y el estado de nutrición, a fin de que los adultos mayores tengan mejor calidad de vida.



---

Si no existe una prevención ni un tratamiento periodontal adecuados, nos encontramos un alto porcentaje de adultos mayores que presentan pérdida parcial o total de piezas dentarias y enfermedad periodontal la cual mantiene una infección constante en encía, esto tiene como consecuencias que no pueden masticar bien, menos aún si se trata de alimentos duros, impidiendo la ingesta de nutrientes esenciales; no pueden relacionarse de forma cómoda porque su dicción y fonación están alteradas por falta de dientes; la apariencia estética es deficiente, lo cual le impide mantener una relación social normal, tendiendo a caer en el aislamiento en consecuencia dificulta tener una buena calidad de vida.

Los adultos mayores han sido también caracterizados en el ámbito social como un grupo que en su gran mayoría se encuentra en condiciones de dependencia económica y bajos ingresos. Este hecho debe considerarse al momento de indicar tratamientos dentales, pues suelen ser de alto costo, limitando su accesibilidad a gran parte de los pacientes.

Por su parte los elementos de higiene dental, sin ser extremadamente caros, suelen ser a menudo considerados artículos menos prioritarios por muchos pacientes, en relación a otros productos de carácter indispensable. Es conveniente entonces, analizar tratamientos dentales alternativos de menor costo y adecuar al presupuesto del paciente los artículos de higiene oral.

No siempre se puede lograr un éxito en la terapia periodontal en el adulto mayor ya que muchas veces dependen de una tercera persona para su aseo personal y bucal por que solos se les dificulta aun teniendo los aditamentos e instrumentos para realizarlo.



---

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Prieto N. Geriatria. México: Editorial Manual moderno, 1985. Pp 1-19.
2. Lozano C. Introducción a la geriatria. Cd. México: Editorial Méndez Editores, 2000, Pp. 3-4.
3. Osawa J, Estomatología geriátrica, México: Editorial Trillas, 1994. Pp. 31-70.
4. Castro V. Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años, Salud publica de México.1996; 38:438-440.
5. Guillen F. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico, Barcelona: Editorial Masson, 2001, Pp 183-184.
6. Ferry G. Psicología del anciano, Barcelona: Editorial Masson, 1994, Pp 13-37.
7. Herrero F. Gerontología, Barcelona: Editorial Masson: Editorial Salvat, 1993. Pp 5-13
8. Velarde E. Evaluación de la calidad de vida, Salud publica de México. 2002; 44: 349-361.
9. Jiménez J. La percepción de la salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos, Asociación dental Mexicana 2003; 60: 19-24.



---

10. Slade GD, Hoskin GW, Trends and fluctuations in the impact of oral conditions among older adults during a one year period. Community dentistry and oral epidemiology 1996; 24: 317-321.

11. <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/cuidado>.

12. Helen C, Newman JF, How older adults use oral health care services: result of national health interview survey. American dental association 1993; 124 :89-93.

13. Chen M, Oral health and quality of life in new Zelanda: asocial perspective. Soc. sci med 1996; 43: 1213-1222.

14. Strauss r, Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. Journal American Dental Association. 1993; 124: 105-110.

15. Carranza F A., Newman M. G., Takei H. Periodontología Clínica, 9<sup>a</sup> ed. México, Editorial McGraww-Hill Interamericana, 2004. Pp 583-509.

16. Marshall T, Oral health, nutrient intake and dietary quality in the very old. American dental association 2002; 133: 1369-1379.

17. Kinane D, Causation and patogénesis of periodontal disease. Periodontology 2000; 15:27-32.

18. Genco R, Periodoncia. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 1993. Pp 275-280.



- 
19. Lee H, The association between cumulative periodontal disease and stroke history in older adults. *Journal periodontol.* 2006; 77 1744-1754.
20. Cambra. Las infecciones dentales, como la periodontitis, predisponen a padecer un infarto de miocardio.2007. <http://salud.sport.es/mejor-prevenir/mis-dientes/actualidad/noticia/v/3/i/-ccbf044175.html>.
21. Pérez M. La alimentación de los ancianos diabéticos. [http://www.fundaciondiabetes.org/documentos/alimentacion\\_ancianos/box\\_alimentacion\\_ancianos.htm](http://www.fundaciondiabetes.org/documentos/alimentacion_ancianos/box_alimentacion_ancianos.htm).
22. Manifestaciones periodontales en la menopausia <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.
23. Famili P, Cauley J, Longitudinal study of periodontal disease and edentulism with rates of bone loss in older women. *Journal periodontology* 2005; 76(1):11-15.
24. Landefel S, Palmer R, Diagnostico y tratamiento en geriatría. México. Editorial Manual moderno 2005, Pp 230-233.
25. Oral health related to general health in older people. *Gerodontology* 2005; 22 (suplemento 1): 2-48.
26. Papas A, Geriatric dentistry, agins and oral health. Estados Unidos de Norteamérica. Edit Mosby Year Book, 1991. Pp. 189-201.
27. <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v13n3/original2.pdf>.



---

28. Meurman J, Hämäläinen, Oral health and morbidity-implications of oral infections on the elderly. *Gerontology* 2006; 23:3-16.