



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ELEBORACIÓN DE UN MANUAL PARA EL AUTOCUIDADO DE LA
SALUD BUCODENTAL EN ADULTOS MAYORES.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

CESAR JAVIER LÓPEZ LARA

TUTORA: MTRA. ERIKA HEREDIA PONCE

ASESORA: MTRA. MARÍA DEL CARMEN VILLANUEVA VILCHIS



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.

La realización de este trabajo representa el esfuerzo de muchas personas, a las cuales agradezco infinitamente el apoyo y la confianza que en mi depositaron.

Agradezco a mis padres, por enseñarme a ser un buen hombre y una persona de bien.
A Jaime, porque a pesar de los disgustos, forjó en mí el carácter y voluntad que hoy tengo.

A mi madre Silvia y a mi abuela Balbina que en ningún momento me dejaron solo, que dieron todo de sí, que me guiaron, y alentaron en todo momento. “No podría haber tenido mejores mamás que ustedes”, “Gracias por quererme tanto como yo las quiero”.

A mis dos hermanas, Talía y Mary Fer. Por siempre ser parte de mis desvelos, por ese entusiasmo que se contagia, por esa alegría y esa sonrisa que siempre me roban.

A mi tío Zenón que forma parte de este trabajo, y a toda su familia, Adela, Gerardo, Vianney, Alejandro y Esly por su apoyo incondicional y la calidez humana que siempre me brindaron.

A mi tío Felipe y a su familia por esos momentos de unión que vivimos juntos.

Agradezco a las Mtras. Erika Heredia Ponce y María del Carmen Villanueva Vilchis, por su ayuda, apoyo y dedicación en la elaboración de este trabajo, así como su generosidad y espléndida cooperación.

Por último pero no por eso menos importante agradezco a mis amigas Gaby, Fanny y Martha por esos viernes y todos los momentos de alegría juntos. A la banda el cacahuete por ser más que amigos, “ser hermanos”. A Carla por siempre estar siempre ahí, al pie del cañón, por sus consejos y valiosa amistad. A Moisés y Paulina por abrirme las puertas de su casa y dejarme ser tío.

“Gracias a todos por ayudarme a ser la persona que el día de hoy soy”
Gracias UNAM por hacerme sentir “orgullosamente puma”

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. MARCO TEORICO.....	6
2.1 Gerontología.....	6
2.2 Geriatria.....	8
2.3 Odontogeriatría.....	9
2.4 Aspectos generales del envejecimiento.....	12
2.5 Cambios fisiológicos.....	14
2.6 Cambios nutricionales.....	17
2.7 Cambios bucales	20
2.7.1 Glándulas salivales y flujo salival.....	20
2.7.2 Cambios óseos y de tejidos mucosos.....	25
2.7.3 Dientes y tejidos periodontales.....	28
2.8 Cáncer Bucal.....	37
2.9 Prevención y autocuidado bucodental.....	41
2.9.1 Salud bucodental como parte de la salud total.....	44
2.9.2 Caries dental.....	46
2.9.2.1 Caries radicular.....	52
2.9.3 Enfermedades periodontales.....	53
2.9.4 Prevención de caries y enfermedades periodontales.....	57
2.9.5 Importancia de la rehabilitación protésica	61
2.9.5.1 Tipos de prótesis.....	61
2.9.5.2 Cuidados relacionados con la adaptación uso y mantenimiento de prótesis.....	64
2.9.5.3 Higiene de prótesis y zonas desdentadas.....	67
2.9.5.4 Importancia de la visita periódica al dentista.....	70
2.9.6 Auto exploración en busca de lesiones precancerosas.....	70
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	75
4. JUSTIFICACIÓN.....	77

5. MANUAL PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCODENTAL EN ADULTOS MAYORES.....	78
6. CONCLUSIONES.....	104
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	105

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso dinámico de modificaciones morfológicas, funcionales, psicológicas y bioquímicas que se inician en el momento del nacimiento y se desarrollan a lo largo de nuestras vidas.

Las preocupaciones y las enfermedades bucales entre las personas de avanzada edad van en aumento. Aunque estas enfermedades por lo general no amenazan la vida, si impactan la calidad de esta. Muchas de estas condiciones bucales tienen tratamiento si se detectan en su inicio. Reconociendo y previniendo estos problemas es una de las maneras más efectivas para mantener y /o mejorar la salud bucal. Es importante que el que cuida de la persona, y la persona que recibe el cuidado, tengan entendimiento básico de la boca, las enfermedades bucales y el cuidado preventivo.

La mayoría de las enfermedades bucales son prevenibles, el cuidado regular preventivo, un examen oral y cuidado de higiene bucal es recomendable para todos. Si bien es verdad que actualmente muchos adultos mayores gozan de buena salud en general existe un grupo más amplio con problemas severos en cavidad bucal, generalmente causados por no haber recibido durante su vida suficientes medidas de prevención o tratamientos adecuados y oportunos para recuperar dicha salud.

Esta tesina ha sido preparada con la intención de proveer a las personas de avanzada edad, y a aquellos que les brindan cuidado, información relacionada con la salud bucodental y las técnicas sencillas de cuidado para mantener y mejorar las condiciones de su boca.

1. MARCO TEORICO

2.1 Gerontología

La Gerontología es una ciencia que se ha desarrollado fundamentalmente durante los últimos cincuenta años. El objeto de estudio de esta ciencia es la vejez entendida desde una perspectiva multidisciplinar en la que están implicados conocimientos médicos, psicológicos, sociales, legales, económicos y asistenciales. Todas estas disciplinas aportan conocimientos necesarios e importantes que ayudan en su trabajo al profesional encargado de prestar servicios a un sector cada vez más amplio de la población. El objetivo de esta ciencia no es otro que contribuir a proporcionar a las personas mayores una mejor calidad de vida.¹

El termino gerontología proviene del griego (geron: anciano; logos tratado) y designa a la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en sus aspectos: biológicos (anatomía fisiología y bioquímica), funcionales, psicológicos (personalidad y manifestaciones conductuales) y sociales.^{2,3}

El área de la gerontología que se encarga del estudio de las diferentes alteraciones tanto estructurales como bioquímicas que se producen a nivel celular, subcelular y molecular del paciente geriátrico es conocida como gerontología biológica.¹

Por otra parte la gerontología social se ocupa de las características sociales, circunstancias de estado y porque de los individuos en la segunda mitad de la vida, así como el proceso de adaptación, desarrollo de la personalidad y salud mental. En este contexto se incluye la influencia del ambiente, cultura y cambios sociales sobre la conducta y situación en la sociedad. Además de esto la gerontología social incluye un contenido de planeación asistencial,

como lo son instituciones y centros que prestan esta acción social como los albergues, casas de reposo, hospital de día, residencias diurnas, clubes de la tercera edad, centros culturales entre otras.^{2,4}

La vejez es un amplio y complejo campo de estudio, por ello, la gerontología no se considera una ciencia como tal, porque en ella convergen un gran número y variedad de disciplinas científicas, sobre todo en las áreas de las ciencias sociales y de la salud, las cuales poseen, cada una de ellas, un objetivo formal y un método propio; por lo tanto, la gerontología es multidisciplinaria.

Si bien la vejez ha existido siempre, en tiempos pasados era menos común y se daba en una minoría, actualmente es más posible llegar a viejo ya que en las últimas décadas, las acciones en promoción de la salud y los avances en el control de la fecundidad han contribuido a incrementar la esperanza de vida, con el consecuente aumento en el número de personas ancianas.^{5,6}

Como fenómeno relativamente nuevo, producto del siglo XX, el envejecimiento de la población constituye un reto al que hay que enfrentar.

El desarrollo de la gerontología en nuestro país es aún muy reciente si consideramos que existen antecedentes de asistencia a la vejez desde 1861 año en que se crea la Dirección General de Fondo de Beneficencia, que manejaba los hospicios y establecimientos de beneficencia del gobierno de México.⁶

En 1950 el doctor Manuel Payno, asesor médico gerontológico de la Secretaría de Salubridad Pública y Asistencia de México inicia el desarrollo de dicha especialidad despertando interés entre los profesionales y culminando con el primer congreso panamericano de gerontología.

En la actualidad, la vejez es un tema relevante para la sociedad en general; es por ello conveniente que nos adaptemos a esta realidad y que propongamos o ideemos soluciones a problemas hasta ahora inéditos.

La gerontología nos debe interesar, tanto al que envejece como a los profesionales relacionados con ella, para dar soluciones y proporcionar ayuda y apoyos al fenómeno del envejecimiento.

Las investigaciones gerontológicas actuales reproducen las mismas preocupaciones que sus predecesores, y es por ello que la gerontología persigue y tiene una doble finalidad: desde la perspectiva cuantitativa es la prolongación de la vida humana y, desde la perspectiva cualitativa, la mejoría de las condiciones de la existencia de las personas ancianas.^{2, 6}

2.2 Geriatría

La Geriatría es una rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos.

Con el fin de brindar a las personas de edad avanzada tratamientos de tipo preventivo, curativo y de rehabilitación. El cometido primordial de tales acciones es contribuir a que tornen a su vida habitual con el mayor grado de autosuficiencia posible.^{2, 4}

La geriatría cuenta con objetivos claros:

- Debe de intentar básicamente, la adaptación continua del anciano a las circunstancias y medio en el que vive, ya que una de las características de los ancianos es la disminución de su capacidad de adaptación, que se puede dar mediante la enfermedad física, funcional, mental o social,
- Persigue evitar la aparición de la enfermedad, y si esta se presenta prevenir que evolucione hacia la cronicidad o invalidez y conseguir

que los casos que llegan a la dependencia total sean los estrictamente inevitables.

La geriatría es una especialidad con contenido integral, que debe llegar a todos los ancianos, en los pacientes sanos favorece la prevención, promoción y protección de la salud.⁴

En los enfermos debe de ocuparse de toda su problemática orgánica, funcional, mental y social, así como de su rehabilitación tanto física como psíquica y social. La organización de la asistencia integral es su objetivo prioritario.

Para lograr lo anterior cuenta con un equipo multidisciplinario integrado por todo el personal médico y paramédico (geriatras, enfermeras, psicoterapeutas, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales). Equipo que valora, actúa y toma decisiones conjuntamente, en secciones multidisciplinarias que proporcionen una multitud de de beneficios a los ancianos.

Colabora con todos los médicos del sector salud, principalmente con los médicos de familia de los centros de salud y todos los especialistas del hospital del área: psiquiatras, rehabilitadores, internistas, especialidades médicas y quirúrgicas además de contar unidades de larga distancia para pacientes que así lo necesiten.⁴

1.3 Odontogeriatría

Cuando analizamos el concepto de salud en la tercera edad, éste varía con respecto al concepto de salud general. La salud en la tercera edad se define como salud funcional y es la que permite que el individuo viva a plenitud de acuerdo con sus posibilidades y capacidad; si cumple sus propias expectativas, esa persona está viviendo de forma saludable; por lo tanto la

salud oral forma parte esencial de la salud en general y calidad de vida de los ancianos.⁷

La odontología geriátrica aborda todo aquello relacionado con afecciones bucales, condiciones crónicas y plan terapéutico; entidades estas que pueden ser más comunes en la edad avanzada y generar mayores complicaciones para la práctica dental, dada por el cambio en el estado de la salud bucal y en las actitudes del anciano.⁷

En el estudio de las estructuras bucofaciales se incluyen aspectos que corresponden a modificaciones anatómo-fisiológicas del envejecimiento, a nivel de los tejidos dentarios, periodonto, cutáneos, mucosos, submucosos, estructuras óseas y musculares y de las glándulas salivales, como procesos irreversibles; o bien como proceso de adaptación ante las nuevas situaciones, lo que más que un cambio fisiológico significara un mecanismo de compensación enmarcado dentro de los límites de lo no patológico.

Sin embargo, dentro de esta adaptación, con frecuencia pueden llegar a producirse modificaciones con tendencia patológica, debido a la colocación de prótesis, modificaciones tegumentarias, áreas irritativas o traumáticas, estomatitis pre o paraprotésicas entre otras alteraciones, las cuales deben de ser conocidas para comprender el comportamiento del anciano dentro del entorno social del que nosotros mismos somos parte.²

En este momento, el cuidado estomatológico en la tercera edad, ha tomado sumo interés y se le está dedicando un mayor tiempo. Para la atención a estos pacientes, el odontólogo debe tener un profundo conocimiento de los aspectos biológicos, por la sensible disminución de los mecanismos de adaptación y regeneración hística. Los individuos de edad avanzada requieren un enfoque diferente, tratamientos modificados y conocimiento de cómo los cambios dependientes de la vejez afectan los servicios de sanidad bucal. Muchos de estos cambios que en un tiempo se consideraron naturales

y asociados con la vejez, en realidad algunos de ellos son procesos patológicos específicos.⁷

La consecuencia de una inadecuada dentición es una pobre función bucal. A pesar de la poca demanda de servicios en la tercera edad, el objetivo primordial de la odontología es el mantener una dentición natural, saludable y funcional a través de la vida, con todos los beneficios sociales y biológicos que esto conlleva como estética, confort, masticación adecuada, y facilidad en el habla, aportando así odontológicamente un envejecimiento exitoso y mejorando por ende la calidad de vida.⁸

El odontólogo debe discernir si las quejas del anciano obedecen a transformaciones naturales o se deben a procesos patológicos debidos a: desnutrición, problemas endocrinos, a alguna otra alteración por lo que es de vital importancia realizar un inventario y una estimación cuidadosa y detallada del estado de salud. La historia clínica y examen incluirán las enfermedades pasadas y actuales, y las experiencias dentales sufridas.⁷

Resulta vital conocer la naturaleza exacta de todos los medicamentos que está tomando; datos que deben considerarse al plantear el tratamiento. Además se debe prestar particular atención al examen de los ganglios linfáticos, piso de boca, lengua y orofaringe.⁷

Por tato y debido a que las enfermedades dentales y orales son una condición crónica que afecta a la mayoría de los ancianos, se debe reflexionar acerca de la importancia que tiene el cirujano dentista ya sea general o de practica especializada en la prevención y adecuado tratamiento de estas distintas alteraciones.²

2.4 Aspectos generales del envejecimiento

El envejecimiento es un fenómeno universal, un proceso dinámico e irreversible, se puede definir como una suma de todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales, en su mayoría, simplemente es considerado como una declinación en la función del organismo como un todo y que inevitablemente conducirán a la muerte.

Bajo esta definición se debe entender que puede llegar a existir procesos patológicos ya sea de orden metabólico, cardiovascular o de tipo oncológico, así como otras patologías, que invariablemente influirán en “adelantar” el proceso de muerte. Sin embargo, bajo condiciones normales de salud, el proceso de envejecer debe tener a la mano procedimientos que pongan a su favor el vivir con calidad de vida, por lo que la atención y valoración del paciente geriátrico debe incluir cinco aspectos generales fundamentales: salud física, salud mental, un ingreso económico que cubra sus necesidades, circunstancia, ambiente y estado funcional.^{9,10,11}

Así mismo se plantea que el metabolismo tisular cambia con el paso del tiempo. La naturaleza de estos cambios no se conoce con precisión, pues en ellos radica la incógnita de los procesos de envejecimiento. En un intento por explicarlo, se han formulado diversas teorías:⁷

- **Teoría Molecular:** Esta teoría supone que la duración de la vida de algunas especies está gobernada por los genes que interactúan con los factores ambientales. Se cree que hay un programa genético que determina el máximo de duración de la vida para cada especie.

-
- **Teoría Celular:** Postula que los cambios en las proteínas (estructura y función) y otras macromoléculas pueden deberse a la edad y que están correlacionados con factores ambientales (nutrición, estrés); factores químicos, morfológicos o ambos. Esta teoría comprende dos conceptos importantes:
 - La acumulación de Lipofucsina disminuye la duración de la vida (producto de las células no divididas).
 - **Radicales libres:** se plantea que algunas sustancias tóxicas de tipo endógeno, como ciertos alimentos o el tabaco al acumularse en el organismo, induzcan en este a cambios propios del envejecimiento, que pueden desencadenar enfermedades, como neoplasia y arteriosclerosis.

 - **Teoría Sistémica:** Se basa en que el envejecimiento es producto del deterioro en la función de sistemas claves, como el nervioso, endocrino (eje hipotálamo-hipófisis) o el Inmunológico. Este último se basa principalmente en la involución del timo a partir de la adolescencia y su atrofia continúa a lo largo de toda la vida. Con la involución, disminuye la hormona llamada timosina, al igual que la habilidad de las células T para destruir células extrañas. Se sugiere que el timo podría ser como un reloj del envejecimiento inmunológico.¹²

2.5 Cambios fisiológicos

El envejecimiento es un proceso deteriorativo, asociado a una disminución de la viabilidad y un aumento de la vulnerabilidad manifestado en un aumento de la probabilidad de morir de acuerdo con el incremento de edad cronológica. Comienza a dar evidencias a partir de la sexta década de vida, afectando todos los órganos y sistemas y por lo tanto, en la medida que el individuo tiene más edad, el compromiso sistémico es mayor y más complejo.¹²

Los cambios fisiológicos tienen un efecto acumulativo, en la medida que se relacionan con la continuidad de los procesos biológicos, psíquicos, sociales y ambientales del envejecimiento.¹³

Los cambios se presentan en los tejidos y órganos de toda población, sin embargo estos cambios ocurren con diferentes velocidades y con variación individual. Las variaciones se producen en diferentes partes del cuerpo y ninguna queda exenta.

El conocimiento de los cambios fisiológicos relacionados con la edad nos permitirá diferenciar las características del proceso de envejecimiento de los signos y síntomas de enfermedades, que no son consecuencia de éste proceso.¹²

Los resultados principales del proceso de envejecimiento son: una menor reserva fisiológica en muchas funciones corporales como en el corazón, pulmones, riñón.

Existen diferentes deterioros como en el caso del mecanismo homeostático mediante el cual se conserva el ajuste de las actividades corporales en el caso del equilibrio de líquidos, control de la temperatura, control de la presión sanguínea. Así mismo del deterioro del sistema inmunitario, así como una incidencia de trastornos autoinmunitarios relacionados con la edad.¹³

Existe una disminución en la función respiratoria, por la disminución en la fuerza de los músculos respiratorios, y calcificación de las articulaciones externo costales, lo que conduce a que toda la motilidad de la caja torácica disminuya.¹²

El envejecimiento del sistema cardiovascular tiene una importancia extraordinaria como responsable de las enfermedades que la afectan. Hay que recordar que la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte de las personas mayores.

Los aumentos ligeros de la presión arterial no son raros a esta edad. La hipertensión sistólica es un gran factor de riesgo para la enfermedad vascular cerebral e insuficiencia cardiaca y requiere tratamiento si permanece por encima de 160mm Hg.

El sistema cardiovascular tiende a ser más propenso a desarrollar isquemia, arritmias, o paro cardiaco, en especial cuando existe presencia de enfermedad recurrente, el esfuerzo cardiaco es mayor, ya que la sangre es bombeada a través de un sistema arterial menos flexible.^{12,13}

La pérdida de la grasa subcutánea, la disminución del tejido elástico en la dermis la disminución de la capacidad de cicatrización y la pérdida de efectividad de la piel como barrera hacen a la piel de la población más propensa a infecciones dérmicas.¹³

La osteoporosis es otro problema común en la edad avanzada, consiste en un trastorno relacionado con la edad, caracterizado por la disminución de la masa ósea e incremento en la susceptibilidad de las fracturas. La pérdida ósea en personas seniles es de carácter multifactorial, en la cual contribuyen la inactividad, la insuficiencia estrogénica, las insuficiencias nutrimentales y los cambios asociados con la edad. La prevención más que el tratamiento, es fundamental en el manejo de esta alteración. Ejercicio, dieta balanceada, vitaminas, calcio dietético y estrógenos participan en el tratamiento y prevención.¹³

Todos los aspectos mecánicos al hablar del sistema esquelético no serían posibles sin la participación de las masas musculares, que de hecho son las que generan el movimiento, además de hacer la postura y la producción de energía cuando se mueven.³

El estudio de los sistemas musculares gira en torno al volumen de los músculos y a su fuerza de presión. La atrofia muscular y la disminución a la fuerza de presión se acentúa con la edad; existen para explicar este fenómeno, muchas supuestas causas, entre ellas: la baja ingestión de potasio en la dieta del anciano; cambios metabólicos, neurales, circulatorios y hormonales.³

A pesar de la extensa pérdida neuronal y en ausencia de patología, la función cognitiva se conserva casi en su totalidad. Aunque ciertas capacidades neuropsicológicas disminuyen con la senectud. La dificultad para recordar algunas palabras o la velocidad de procesamiento disminuyen, por lo tanto, tareas complejas que demandan respuestas rápidas, especialmente en el contexto de estímulos dictadores, pueden resultar difíciles para el anciano.³

2.6 Cambios nutricionales

En los países en vías de desarrollo, aunque las deficiencias nutricionales de los ancianos constituyen un reflejo de las del resto de la población, tienden a ser más intensas debido a los problemas gastrointestinales, los dentales y a la hiporexia que se manifiestan concomitantemente en la mayoría de ellos. Los nutrientes que con frecuencia se encuentran en concentraciones inferiores a las normales son las vitamina C, E y B12, así como el ácido fólico, el zinc, el hierro y el calcio.

La hiporexia, la hipogeusia y los problemas dentales, junto con la dificultad para adquirir y preparar los alimentos, el abandono social, la depresión y los limitados recursos económicos con los que cuentan, constituyen los factores que afectan el estado nutricional de estas personas, y son los responsables de algunas de las complicaciones que manifiestan y de las hospitalizaciones que frecuentemente requieren.

El envejecimiento afecta al aparato digestivo, lo cual nos da como resultado una disminución en el aprovechamiento de nutrientes.

A nivel bucal se percibe una clara disminución en la secreción de saliva así como una reducción en el número presente de papilas gustativas, inicialmente de las que distinguen el sabor dulce y el salado y posteriormente las que distinguen el sabor ácido y el amargo.

La disminución del gusto y del olfato comienza a disminuir entre los 30 y 75 años de edad y existe una reducción del 60% al 65% en el funcionamiento de las papilas gustativas, lo provoca que decaiga el interés por la comida, puesto que no se perciben los sabores, aumenta el consumo de sal y condimentos en aras de una mayor satisfacción gustativa.

Por otra parte después de los 65 años de edad muchas personas, debido a los problemas dentales y a la consecuente disminución de su capacidad de masticación, consumen predominantemente alimentos suaves, eliminando su

dieta a los que son difíciles de masticar lo que, en la mayoría de los casos, significa tener una alimentación deficiente debido a que los alimentos que se evitan con mayor frecuencia son los ricos en proteínas y fibra dietética. (Alimentos duros como la carne).¹⁴

Al reducir el consumo de fibra y celulosa, se propicia que la motilidad intestinal disminuya y se presente estreñimiento.

Es importante mencionar que las personas que utilizan prótesis dentales consumen más carbohidratos y una menor cantidad de los alimentos que contienen vitamina A y fibra dietética.

Por el contrario, las personas sin dientes que no utilizan ningún tipo prótesis dentales consumen cantidades menores de carbohidratos, calcio, hierro y vitaminas B1, B6 y C.¹⁵

En general, se ha observado que los ancianos que conservan sus dientes tienen un mejor estado nutricional que aquellos con pocos dientes o con dentaduras artificiales.

Dentro de los cambios funcionales se presentan desordenes de esófago que retardan el paso del alimento al estomago. La motilidad de ambos disminuye lo que provoca un retardo en su vaciamiento, que junto con la disminución en la producción de ácido clorhídrico (entre un 9 y un 35 %) y una producción menor de bilis, dificultan la capacidad para digerir proteínas y la ingestión de triglicéridos.

La capacidad de absorción del intestino Delgado disminuye por la atrofia de su mucosa y la reducción concomitante de la secreción de las enzimas y proenzimas pancreáticas, a saber, la amilasa, la lipasa y el tripsinógeno. La disminución del peristaltismo en el colon también condiciona el estreñimiento, el cual es cinco a seis veces más frecuente en esta etapa.^{2,11}

La vascularización disminuye e impide la correcta absorción de los nutrimentos y su adecuado transporte hacia los órganos esta condición entre

otros aspectos, facilita la aparición de la arterioesclerosis y de otras enfermedades circulatorias.

Hay menos sangre en el sistema de filtración y por ende aumenta el tiempo requerido para excretar los productos de desecho. Como en el anciano hay disminución de la masa muscular también se produce pérdida urinaria de proteínas.^{2,11}

Además de los cambios funcionales propios del envejecimiento, existen otros factores, que generalmente son de origen externo, (psicosociales) que afectan el tipo de alimentación de un anciano en forma directa o indirecta.

- **Alteraciones físicas y mentales:** que ocasionan una pérdida de la coordinación neuromuscular, con lo que se disminuye la capacidad de manipular utensilios y preparar alimentos.
- **Arraigo de hábitos y costumbres alimentarias:** que tal vez ya no son adecuados para la edad.
- **Depresión:** que con frecuencia se origina en algún padecimiento o en la pérdida progresiva de seres queridos, que provoca un menor consumo de alimentos
- **Estado de inconsciencia.**
- **Retracción del nivel socioeconómico:** en la mayoría de los ancianos debido a la jubilación y a la pérdida de familiares. En consecuencia tienden a consumir alimentos más económicos y a introducir pocas variaciones en su dieta.
- **Aislamiento:** por la pérdida de familiares de mayor edad y la separación de los más jóvenes.
- **Mantenimiento del patrón alimentario.**

-
- **Abuso de medicamentos:** en la mayoría de los casos auto recetados.²

2.7 Cambios bucales

En el envejecimiento aumenta el riesgo de adquirir enfermedades e incapacidades, y con ello, la necesidad de trazar metas para mejorar la salud del adulto mayor.

Los cambios fisiológicos del envejecimiento afectan la susceptibilidad de los individuos para patologías orales, aunque es importante considerar otras características del huésped, como las diferencias históricas, culturales y educativas con la población más joven que influyen sobre la salud.¹⁵

2.7.1 Glándulas salivales y flujo salival

La saliva es un fluido que se origina en las glándulas salivales mayores y menores, el cual se produce de manera constante permitiendo una acción limpiadora sobre las superficies de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal. Se encuentran además en su composición propiedades antibacterianas que se originan de factores inmunes específicos y no específicos que incrementan su poder anticariogénico. Además, la saliva también posee una capacidad amortiguadora y neutralizadora de los ácidos producidos por los organismos cariogénicos o ingeridos a través de la dieta, permitiéndole mantener un pH relativamente constante. Es también una fuente constante de calcio y fosfato, necesarios para la remineralización del esmalte.¹⁶

La saliva desempeña un papel muy importante en la protección de los dientes frente a los ácidos. La evidencia clínica más notable es el cambio repentino que puede experimentar la estructura dental como consecuencia de la pérdida repentina de la saliva (xerostomía).¹⁷

La película que se forma, a partir de la saliva, confiere una gran protección contra la agresión acida. Actúa como una barrera que impide la difusión de iones ácidos hacia el diente, así como el movimiento de los productos de disolución del apatito hacia el exterior del diente.

El flujo salival y la velocidad de vaciado ayudan a eliminar los restos de alimentos y los microorganismos además de que constituye la principal fuente de protección natural y reparación de los dientes tras la exposición a los ácidos.¹⁷

Si bien la cantidad de saliva es importante, también lo es la calidad de la misma, ya que cada uno de sus componentes desempeña una serie de funciones específicas que podemos ver resumidas en la **tabla 1**.

La cantidad normal de saliva puede verse disminuida, se habla entonces de hiposalivación, ésta disminución afecta de manera muy significativa a la calidad de vida de un individuo así como a su salud bucal, los principales síntomas y signos asociados a la hipofunción salival son: sensación de boca seca o xerostomía, sed frecuente, dificultad para tragar, dificultad para hablar, dificultad para comer alimentos secos, necesidad de beber agua frecuentemente, dificultad para llevar prótesis, dolor e irritación de las mucosas, sensación de quemazón en la lengua y disgeusia. Los signos más frecuentemente encontrados son: pérdida del brillo de la mucosa oral, sequedad de las mucosas que se vuelven finas y friables, fisuras en el dorso de la lengua, queilitis angular, saliva espesa, aumento de la frecuencia de infecciones orales, especialmente por Candida, presencia de caries en lugares atípicos y aumento de tamaño de las glándulas salivales mayores.

Tabla 1. Componentes de la saliva y sus funciones.

Funciones	Componentes
Lubricación	Mucina, glicoproteínas ricas en prolina, agua
Antimicrobiana	Lisocima, lactoferrina, lactoperoxidas, mucinas, cistinas, histatinas, inmunoglobulinas, proteínas ricas en IgA.
Mantenimiento de la integridad de la mucosa	Mucinas, electrolitos, agua
Limpieza	Agua
Capacidad búfer y remineralización	Bicarbonato, fosforo calcio, proteínas anionicas ricas en prolina, flúor.
Preparación de los alimentos para la deglución.	Agua , mucinas
Digestión	Amilasa, lipasa, ribonucleasas, proteasas, agua, mucinas.
Sabor	Agua , gustina
Fonación	Agua, mucina

Fuente: Llana C. La saliva en el mantenimiento de la salud oral y como ayuda en el diagnóstico de algunas patologías. 18

Existen una serie de situaciones fisiológicas que reducen la secreción salival como son la edad, el número de dientes presentes en la boca, el sexo, el peso corporal o el momento del día. Con respecto a la edad, hay que señalar que, si bien la secreción de las glándulas submaxilares y sublingual puede estar ligeramente disminuida, no ocurre así con las parótidas en las personas de edad avanzada, se puede apreciar una reducción de la saliva total no estimulada pero una buena respuesta a la estimulación, a pesar de la

confluencia de otros factores tales como la polimedicación o de algunas enfermedades como diabetes, deshidratación, hipertensión, que pueden agravar la sintomatología clínica.¹⁸

La disminución del flujo salival no se reduce hasta aproximadamente los 60 años y en las mujeres este cambio se ve marcado después de la menopausia.

La hiposalivación observada en la vejez, la mayor parte de las veces, más que ser el resultado de un deterioro del componente secretorio glandular es debido principalmente al consumo de fármacos, a enfermedades sistémicas o a causa de algún síndrome (Sjögren), aunque también podría ser el resultado de la existencia de cambios morfológicos glandulares, cuyo tejido es reemplazado por tejido adiposo o conectivo.^{19,11}

En la tabla 2 se presentan los grupos de fármacos que se encuentran directamente relacionados con la hiposecreción salival.

Algunas enfermedades sistémicas producen destrucción progresiva de las glándulas salivales, así ocurre en algunas enfermedades autoinmunes como en el Síndrome de Sjögren; otras provocan alteraciones vasculares o neurológicas cuyas consecuencias con respecto a la producción de saliva son transitorias y reversibles, como ocurre en la hipertensión, depresión, desnutrición, deshidratación, o diabetes.¹⁸

La radioterapia de cabeza y cuello, provoca hiposalivación irreversible derivada de la destrucción del parénquima glandular¹⁸

Esta disminución afecta fonéticamente y puede hacer difícil la deglución de grandes porciones de alimentos, si el flujo salival máximo desciende por debajo de los 0.7 ml/min puede aumentar el riesgo de caries, aunque esto depende muchos otros factores interactivos.¹⁶

Tabla 2. Grupos de medicamentos y drogas que producen hiposalivación.

Grupos de medicamentos	Ejemplos
Anoréxicos	Fenfluramina
Ansiolíticos	Lorazepam, diazepam
Anticonvulsivos	Gabapentin
Antidepresivos Tricíclicos	Amitriptilina, imipramina
Antidepresivos ISRS	Sertralina, fluoxetina
Antieméticos	Meclizina
Antihistamínicos	Loratadina
Antiparkinsonianos	Biperideno, selegilina
Antipsicóticos	Clozapina, clorpromazina
Broncodilatadores	Ipratropium, albuterol
Descongestionantes	Pseudoefedrina
Diuréticos	Espironolactona, furosemida
Relajantes musculares	Baclofen

Analgésicos narcóticos	Meperidina, morfina
Sedantes	Flurazepam
Antihipertensivos	Prazosin hydrochloride
Antiartríticos	Piroxicam

Fuente: Llana C. La saliva en el mantenimiento de la salud oral y como ayuda en el diagnóstico de algunas patologías. ¹⁸

La identificación temprana del paciente con hiposalivación o xerostomía seguida por la intervención rápida es lo más aconsejable para prevenir las consecuencias de esta alteración, con énfasis en visitas frecuentes al odontólogo cada 3 ó 4 meses. Las medidas preventivas incluyen: vigilancia de la higiene bucal, prevención de infecciones, humectación de la cavidad bucal, mantenimiento de la integridad de la mucosa bucal y un óptimo estado nutricional del paciente.²⁰

2.7.2 Cambios óseos y de tejidos mucosos

Para los adultos mayores las enfermedades del sistema locomotor llamadas comúnmente padecimientos reumáticos crónicos, comprenden alrededor de 200 trastornos que afectan articulaciones, huesos, tejidos blandos y músculos. Juntos representan una enorme carga de dolor y, con frecuencia, de discapacidad que invalida a quien la padece, particularmente la osteoporosis es causa frecuente de fracturas óseas que provocan muerte o discapacidad.^{21, 22}

La artritis es una afección muy frecuente, ya que cerca del 50 % de los ancianos la padece. La causa más común de dolor es el articular secundario u oseaontrosis.²³

Estos padecimientos pueden reflejarse también en la articulación temporomandibular limitando los movimientos de apertura y cierre que junto con las limitaciones corporales que esto conlleva, dificulta a su vez la capacidad de llevar a cabo una higiene adecuada.^{21, 22}

Los efectos del envejecimiento en el hueso alveolar son muy parecidos a los que se manifiestan en el sistema óseo, produciéndose un cambio atrófico generalizado que se acompaña de progresiva pérdida de tejido óseo.²⁴

En la mandíbula por sus características anatomo-funcionales, el proceso alveolar puede desaparecer completamente, lo cual tiene gran importancia clínica en la rehabilitación protésica del paciente adulto mayor.

Así mismo, la mucosa bucal se vuelve más fina, lisa y seca con un aspecto más satinado y edematoso y con pérdida de la elasticidad.

Estos cambios fisiológicos degenerativos generan una serie de inconvenientes en los pacientes portadores de prótesis totales mucosoportadas debido al importante compromiso en cuanto a la estabilidad y retención de las mismas.²⁴

El hueso alveolar se presenta remodelación constante en relación a las fuerzas oclusales. Al reducirse las fuerzas oclusales, el hueso alveolar es reabsorbido disminuyendo su altura y grosor de las trabéculas.¹¹

También podemos encontrar un adelgazamiento de la cortical con incremento de la porosidad, produciéndose esclerosis ósea, consecuencia de una mayor mineralización de la estructura ósea, que incrementa la dureza y disminuye la elasticidad, con probabilidad de fractura.¹¹

Estudios recientes indican que los cambios óseos provocados por la osteoporosis generan cambios en el hueso alveolar los cuales pueden contribuir a la progresión de la enfermedad periodontal, así como disminuir significativamente la masa ósea en los maxilares lo que puede llevar a una mayor resorción, y riesgos de fractura.¹³

En la mucosa bucal existe atrofia de epitelio, así como disminución de la queratinización, disminución de la cantidad de células en tejido conectivo, aumento de sustancias intercelular y descenso del consumo de oxígeno; la falta de elasticidad con resequedad y atrofia, es un factor de riesgo para el desarrollo de hiperqueratosis.

Así mismo, se experimentan cambios relacionados con factores locales adquiridos a lo largo de la vida como la dieta, el hábito de fumar, el alcoholismo y la prótesis, volviéndose más delgada, lisa y seca, tornándose permeable a sustancias nocivas y más propensas a daños mecánicos.²⁵

Debido a la edad también se puede observar atrofia del epitelio de la mucosa bucal, atrofia del dorso lingual, incremento en la queratinización, disminución del número de terminaciones nerviosas, disminución del número de corpúsculos gustativos, várices, y pigmentaciones melánicas, con una disminución de la percepción de los sabores. Siendo el sabor dulce el menos afectado seguido por el salado; de aquí que los ancianos tengan cambios en su dieta y que represente el principio de factores que desencadenen en enfermedades, como diabetes por la gran cantidad de harinas y dulces que se ingieren; hipertensión arterial a consecuencia del incremento en el consumo de sal en aras de satisfacer la necesidad gustativa.¹⁹

No obstante la hipogeusia y la disgeusia pueden también relacionarse con neuropatías, infecciones, uso de drogas y numerosas enfermedades sistémicas, sin embargo la gran mayoría está vinculada con la higiene y estado general de la boca.¹⁹

A nivel de la lengua a demás de los cambios fisiológicos mencionados anteriormente, se produce con frecuencia una hipertrofia relacionada generalmente con el grado de desdentamiento en el paciente.

Esto es el resultado de la transferencia de parte de la función masticatoria y fonética a la lengua. La presencia de fisuras también es un acontecimiento frecuente, pudiendo estar relacionadas ambas manifestaciones con estados carenciales y enfermedades sistémicas.²⁶

Alteraciones como la xerostomía hacen más susceptibles a las estructuras blandas a padecer diferentes problemas y alteraciones, provocando desecación, desepitelización e injurias del medio ambiente, además de facilitar la colonización de la microbiota oportunista, y esto a su vez favorece la inflamación de las mucosas (mucositis).²⁰

La presencia de ulceraciones dolorosas, infecciones locales (candidiasis), sensibilidad, queilitis angular, ardor en la mucosa bucal y lengua son frecuentes en este tipo de alteraciones, con la consecuente dificultad para el paciente de comer, hablar, utilizar sus prótesis y dormir, lo que afecta su calidad de vida.²⁰

2.7.3 Dientes y tejidos periodontales

Los túbulos dentinarios se mineralizan, en la pulpa es afectada la calidad de los vasos sanguíneos por el proceso de envejecimiento, disminuyendo de volumen y tamaño. El depósito de cemento continúa toda la vida y es menor cerca de la unión amelodentinaria y mayor en apical, aunque más grueso, tiene mayor susceptibilidad a las lesiones cariosas.²⁵

En los últimos años se ha registrado un aumento considerable de alteraciones que cursan con pérdida de la estructura dental debida a procesos no criogénicos o modificaciones iatrogénicas (como la preparación

de cavidades que puede efectuar un odontólogo). Este fenómeno se ha observado en restos arqueológicos.¹⁷

Los registros fósiles, las investigaciones antropológicas y los estudios de anatomía comparada nos demuestran que los dientes han experimentado procesos de reducción o desgaste desde los tiempos de la prehistoria.

Por consiguiente, parece razonable reconocer y aceptar que el desgaste dental es un proceso fisiológico normal, no muy diferente del envejecimiento. A menudo, los cambios que experimentan las estructuras masticatorias como consecuencia del desgaste suelen representar un mecanismo de adaptación, mas no a una alteración patológica. Solo cuando se desbordan las posibilidades de adaptación del individuo se desencadena un proceso patológico.

Los principales procesos que pueden alterar la morfología de un diente a lo largo de su vida son la abrasión, la atrición o desgaste, la erosión y la fractura, y se caracterizan por presentar etiologías distintas.²⁷

➤ **Atrición**

El termino atrición proviene del latín atterere , atrivi, attritum que significa frotar contra algo y se define como la pérdida progresiva de tejido duro dental debida a la masticación, o al contacto entre las superficies oclusales proximales.²⁷

Tradicionalmente, el grado de atrición dental se ha relacionado con la edad del individuo aunque se comprobado que no solo depende de una fuerza masticatoria excesiva sino debido a una dieta poco refinada.

La intensidad de este tipo de desgaste se asocia casi siempre a hábitos parafuncionales como el bruxismo, que se considera como la principal causa de atrición en los seres humanos.¹⁷

El bruxismo afecta entre el 5 y un 96% de la población, su etiología no es muy clara pero se sugieren dos posibilidades, la primera podría ser

consecuencia de las interferencias oclusales como factor desencadenante, y la segunda como una forma de aliviar el stress del individuo.²⁷

De hecho los individuos con atriciones severas presentan interferencias oclusales, pero es difícil demostrar que aparezcan como consecuencia del desgaste, o que por el contrario, que las interferencias estimulen el hábito.

La atrición dental se manifiesta mediante la aparición de facetas de desgaste que coinciden con el diente antagonista.

Estos desgastes se localizan principalmente en los bordes incisales y en las cúspides de los molares. En atriciones severas se expone el tejido dentinario que, al ser más blando y menos mineralizado que el esmalte, incrementa el índice de desgaste.

La atrición como fenómeno fisiológico no requiere de tratamiento. Cuando se presenta una pérdida de estructura dental considerable a causa de un hábito bruxista está indicada la realización de férulas o placas de descarga, que si bien tiene otras indicaciones, se emplea así mismo para proteger los dientes de las fuerzas parafuncionales que puedan alterar y o desgastar los dientes.

17, 27

➤ **Erosión**

El término clínico de erosión dental *erosio dentium* se usa para describir el resultado físico de la pérdida patológica, crónica, localizada e indolora de los tejidos dentales por acción química de ácidos y/o quelantes, sin intervención de bacterias.

Los ácidos responsables de la erosión no son producidos por la flora bacteriana intraoral, sino que son ingeridos por el paciente (factores extrínsecos) o producidos por su organismo (factores intrínsecos); y un mínimo porcentaje por la presencia de ácidos de origen desconocido (etiología idiopática)²⁸

Estos ácidos actúan sobre el diente, y cuando el pH desciende por debajo del pH crítico 5.5, se disuelve el esmalte.²⁷

Dentro de los factores intrínsecos podemos encontrar a los ácidos provenientes del reflujo gástrico o vómitos frecuentes, por otra parte los factores extrínsecos involucrados en la erosión dental pueden agruparse en: factores ambientales, dieta, medicación y hábitos o estilo de vida.²⁷

El incremento en el consumo de bebidas para deportistas durante el ejercicio, el excesivo consumo de jugos y frutas cítricas como parte de regímenes dietéticos, una excesiva frecuencia en el consumo de bebidas ácidas durante el día, son factores de estilo de vida considerados muy importantes con respecto al desarrollo de la erosión dental.²⁸

En este sentido, la frecuencia de afluencia y la abundancia de ácidos, el valor de pH del agente erosivo, entre otros factores, determinan el alcance de la erosión. La pérdida de mineral del esmalte y la dentina puede verse incrementada por procesos mecánicos, como la abrasión.²⁹

Actualmente la evidencia científica sugiere que la causa más importante de desgaste dental es la erosión, y si esta se combina con la abrasión y la atrición, la agresión al diente aumenta considerablemente.²⁷

Por otra parte como se mencionó anteriormente, la saliva juega un papel muy importante en la prevención de la erosión dental además de su función tamponadora en medio ácido, actúa como lubricante durante la función masticatoria, por lo que se reduce el daño sobre los tejidos dentarios.¹⁶

Existen numerosos ácidos de origen extrínseco e intrínseco que se relacionan con la pérdida de tejido dental **tabla 3**.

Clínicamente, la erosión dental se identifica por la presencia de superficies cóncavas y redondeadas. La superficie dental suele quedar lisa y mate. Las restauraciones permanecen intactas, por lo que se distingue el tejido subyacente desgastado.²⁷

El patrón de desgaste de la erosión a causa de la dieta depende del hábito.; por ejemplo si existe un consumo excesivo de cítricos, la pérdida de tejido dental afecta principalmente a las caras incisales y vestibulares de los incisivos superiores. Si se debe a reflujos gástricos, el desgaste aparece en las superficies palatinas de los dientes anterosuperiores. En erosiones producidas por causa ocupacional, las superficies afectadas son las expuestas al medio, es decir, las superficies vestibulares de los dientes anteriores.²⁷

Tabla 3. Factores etiológicos que se asocian a la erosión dental.

Factores extrínsecos	Factores intrínsecos
.ocupacional o medioambiental Industrias de baterías, galvanizados, laboratorios químicos, nadadores profesionales.	. Alteraciones gastrointestinales Úlcera péptica, gastritis crónica, hernia de hiato.
.Dieta Cítricos, zumos de frutas, bebidas carbonatadas, dietéticas e isotónicas, vinos, vinagre, conservas.	.Alteraciones metabólicas o endocrinas Cetoacidosis, diabética, hipertiroidismo.
.Fármacos Broncodilatadores, aspirina, vitamina C, suplementos de hierro, productos de higiene oral con quelantes de calcio.	.Efectos colaterales de algunos fármacos Agentes quimioterápicos, estrógenos, bloqueadores B.
.estilo de vida Excesivo consumo de alimentos y bebidas ácidas, consumo frecuente de zumos.	.Alcoholismo crónico
	. Embarazo
	.Anorexia, bulimia u otros trastornos de la alimentación.

*Fuente: Cuenca E. Odontología preventiva y comunitaria principios métodos y aplicaciones.*²⁷

Los casos más graves de erosión dental se asocian a la regurgitación del jugo gástrico, cuyo pH es aproximadamente de 1 a 2, mientras que la mayoría de los ácidos de la dieta alcanzan aproximadamente un pH de 3, por lo que se manifiesta clínicamente con formas menos lesivas.²⁷

Una vez que se ha diagnosticado la erosión dental, se debe determinar al grado de actividad, es decir si continúa la acción de los ácidos. En lesiones activas, el esmalte suele mostrarse liso y amarillento, sin tinciones y suele ser sensible a los estímulos de frío y calor. Por otra parte las lesiones erosivas inactivas, el tejido dental se tiñe ante sustancias como el café, el té a la nicotina.²⁷

La prevención y el tratamiento de la erosión dental plantea dos objetivos claros: el primero es reducir el potencial erosivo por parte de los ácidos, y el segundo, aumentar la resistencia del esmalte.

La medida más efectiva es reducir la frecuencia de contacto con los alimentos o bebidas ácidas, además de incrementar el consumo de alimentos con alto contenido en calcio y fosfatos, como la leche y el queso.²⁷

También se recomienda el uso de cepillos de cerdas suaves para la higiene bucal con pastas dentales no abrasivas, no cepillar inmediatamente después de la exposición al agente erosivo, postergar una hora el cepillado para posibilitar la acción reparadora de los iones salivales Ca y P, utilización de fluoruros en todas sus formas ya que la aplicación tópica de geles o barnices de flúor de forma periódica es útil para aumentar la resistencia del esmalte.

En caso de patologías del aparato digestivo, o enfermedades como la bulimia se debe derivar al paciente con el especialista, por lo que es importante realizar un enfoque multidisciplinario.³⁰

En caso de erosión por factores ocupacionales se pueden proteger los dientes por medio de férulas.

Por último, un efecto secundario de la erosión dental puede ser la hipersensibilidad dental debido a un excesivo desgaste. En estos casos, puede estar indicado el uso de agentes desensibilizantes los cuales ocluyen los túbulos dentinarios bloqueando el mecanismo hidrodinámico y bloqueando la transmisión neural hacia la pulpa.³¹

➤ **Abrasión**

En la abrasión la pérdida del tejido duro dental que se debe a factores mecánicos ajenos al aparato estomatognático.²⁷

Every (1972) describió la abrasión como “el desgaste de la sustancia dental como resultado de la fricción de un material exógeno sobre la superficie debido a las funciones incisivas, masticatorias y de presión”. A esto hay que añadir el desgaste provocado por la limpieza dental.¹⁷

Esta definición se entiende como material exógeno a cualquier cuerpo que sea extraño a la sustancia dental, como la arena, la arenilla y el material extraño que se encuentra en el bolo alimenticio, la abrasividad natural de algunos alimentos y cualquier material sólido que entre en contacto con los dientes.

Por consiguiente, la abrasión puede producirse durante la masticación, al emplear los dientes como una herramienta, en diferentes hábitos como mascar tabaco o fumar con pipa.¹⁷

En general la abrasión no tiene ninguna selectividad anatómica, sobre la superficie dental. En otras palabras, el efecto abrasivo de un bolo de alimento, se deja sentir en toda la superficie oclusal alterando las puntas y facetas inclinadas de las cúspides y en menor medida, las facetas oclusales de las superficies bucales y linguales.¹⁷

Por otra parte, el uso de un cepillo inapropiado con cerdas muy duras, una mala técnica de cepillado o el empleo de un dentífrico muy abrasivo pueden

causar también importantes abrasiones en los dientes. Las lesiones se localizan sobre todo en el margen gingival, en la unión del esmalte con el cemento.²⁷

Este desgaste se acentúa cuando el individuo presenta recesión gingival y se expone el tejido dentinario, lo cual puede producir hipersensibilidad dentinaria.²⁷

La presencia de este tipo de lesiones se observan más del lado izquierdo de la boca en el caso de individuos diestros y del lado contrario en los zurdos.

Los signos clínicos de la abrasión debida a una técnica de cepillado incorrecta se localizan frecuentemente en los caninos, premolares y primeros molares de la arcada superior. Estas manifestaciones clínicas pueden ser confundidas a menudo con el paciente bruxista, que presenta lesiones en cuña características en la unión amelodentinaria, debido al desprendimiento del tejido duro por la flexión del diente ante fuerzas oclusales excéntricas.²⁷

La distribución y la extensión de desgaste abrasivo sobre la dentición dependen de muchas variables, como el tipo de oclusión, la dieta, el estilo de vida, la edad, y la higiene oral.

El tratamiento la mayoría de las veces consiste en la enseñanza d una técnica de cepilladlo correcta, evitando dentífricos demasiado abrasivos o cepillos dentales demasiado duros, así como también modificar en manera de lo posible la dieta evitando los alimentos altamente abrasivos.²⁷

En caso de que la etiología fuera por causa ocupacional, deberíamos recomendar protectores dentales.^{17, 27}

Cabe mencionar que existen otros factores que pueden afectar la integridad dental como la disminución del flujo salival la cual favorece el acumulo de placa dental y depósitos alimenticios y en consecuencia se puede observar un aumento en el índice de caries. Estas caries se manifiestan en sitios no usuales como las superficies radicales y las caras vestibulares, linguales y

superficies incisales de los dientes. Un hallazgo común es la formación de caries rampante, las cuales se pueden desarrollar en semanas o meses y no en años como normalmente ocurre. Sin la protección salival, los dientes se vuelven extremadamente sensibles al frío y al calor, particularmente si hay áreas de dentina expuesta.²⁰

➤ **Periodonto**

La enfermedad del periodonto ocurre en la infancia, la adolescencia y la edad adulta temprana. Sin embargo, su prevalencia, la destrucción del tejido y la pérdida dental que produce aumentan con la edad.

Existen cambios notables que derivan del envejecimiento como una menor queratinización en la encía, un cantidad menor o nula o inalterada del puntilleo; mayor anchura de la encía insertada, con localización constante de la unión mucogingival a través de la edad adulta; mayor cantidad de sustancias intracelulares y menor consumo de oxígeno.^{19, 32}

También se puede observar que con la edad, hay adelgazamiento del epitelio bucal o nulo cambio de la anchura. El potencial de queratinización del epitelio del paladar duro no cambia con la edad. Se observa también una mayor queratinización de la mucosa labial, y de los carrillos, sin embargo esto podría deberse a otros factores como el tabaquismo.

A nivel del ligamento periodontal se nota una mayor cantidad de fibras elásticas, decrementos en la vascularidad, en la actividad mitótica y en la cantidad de fibras de colágeno y mucopolisacaridos. También se pueden observar aumentos y disminuciones del ligamento periodontal.³²

Los cambios del hueso alveolar registrados con el envejecimiento son similares a los que ocurren en el resto del sistema esquelético. Estos incluyen la osteoporosis, menor vascularización, reducción del índice metabólico así como de la capacidad de cicatrización. Con el aumento etario se nota mayor irregularidad en las superficies de cemento y hueso alveolar

que se dirigen hacia el ligamento periodontal. Con la edad también ocurre un incremento continuo en la cantidad de cemento. El ancho total del cemento a los 76 años es tres veces mayor que a los 11 años.³²

El periodonto puede reaccionar al proceso de envejecimiento de dos formas: si existe poca higiene bucal el acumulo de placa dentobacteriana provoca gingivitis y con el tiempo, en los pacientes susceptibles, retracción gingival a nivel de cuello del diente, descubriendo el cemento, y por lo tanto, disminuye la resistencia a las caries. En las encías ocurre la pérdida del punteado, presenta un aspecto fibroso, acompañado delgadez o falta de la capa queratinizada.

A mayor número de años, mayores son las cifras de prevalencia de gingivitis y periodontitis, especialmente porque a los ancianos suele dificultárseles el control de placa bacteriana.¹⁹

2.8 Cáncer bucal

El cáncer es una de las enfermedades de mayor relevancia en la población anciana. Con la edad aumenta la incidencia de la mayoría de las neoplasias malignas y se calcula que la mitad de los diagnósticos de cáncer que se realizan afectan a personas más de 70 años.³³

Las relaciones entre cáncer y ancianidad son complejas y existen algunos factores conocidos y otros por confirmar que influyen esta asociación, pero en resumen se puede decir que a lo largo de la vida estamos en contacto con carcinógenos ya sea endógenos o exógenos. Estos agentes se acumulan con los años hasta alcanzar una dosis suficiente como para inducir el desarrollo del cáncer.

Por otra parte factores como la disminución del metabolismo como la disminución renal y hepática, provoca que la metabolización y excreción de

productos carcinógenos se realice con mayor lentitud lo que se traduce en una mayor exposición al organismo.³³

El cáncer supone un problema de salud a nivel mundial. Es una de las tres causas más importantes de mortalidad humana (Cáncer-Corazón-Carretera). Una enfermedad intrigante, muchas veces inesperada, una sombra que oscurece la vida de miles de personas. El cáncer oral representa del 2 al 4% de todos los cánceres diagnosticados, con un incremento anual de 5.000 nuevos casos por año a nivel mundial.³⁴ La causa de las lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal es multifactorial y dentro de ésta se encuentran los efectos combinados de factores predisponentes y causales exógenos como el tabaco, el alcohol, las maloclusiones, la higiene oral defectuosa, las infecciones localizadas, la irritación por prótesis y la exposición a toxinas y factores endógenos como la herencia, las enfermedades hepáticas, la malnutrición, los factores hormonales y algunas infecciones sistémicas como la sífilis. ³⁵**Tabla no. 4**

Tabla 4. Factores de riesgo del cáncer oral.

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN EL CANCER ORAL
Tabaco
Alcohol
Tabaco + alcohol
Dieta
Genética
Inmunosupresión
Radiaciones
Factores socioeconómicos y ocupacionales

*Fuente: León E., Romero M., Ferrer I., Fatjó M., **Pesquisaje de lesiones premalignas**.*³⁵

El cáncer de la cavidad oral comprende áreas malignas localizadas en el labio, la lengua, el suelo de la boca, la encía, el paladar, la mucosa bucal vestibular y las glándulas salivales.³⁴

El cáncer oral es normalmente indoloro, pero puede diagnosticarse mediante un cambio de color rojizo o rojo-blanquecino en la mucosa, la aparición de una zona indurada, hemorragias sin causa aparente, presencia de una zona ulcerada crónica y existencia de una masa sobre elevada. No obstante, hay algunos tipos de cánceres difícilmente detectables por el procedimiento clínico habitual. Tal es el caso del melanoma amelanótico maligno, el cual, debido a su falta de pigmentación, la mayoría de las veces pasa desapercibido.³⁴

Entre las lesiones premalignas más frecuentes encontramos los nevus, las leucoplasias, las eritroplasias, el líquen plano y la fibrosis submucosa, en tanto, el carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna de más alta incidencia.³⁵ Las cuales deben de ser reconocidas y tratadas oportunamente. En el siguiente cuadro se observan las principales indicaciones para la prevención de cáncer bucal.

C u a d r o 1: Principales recomendaciones para la prevención del Cáncer de la cavidad oral.

Aconsejar el abandono del tabaquismo y factores predisponentes.

Realizar una autoexploración oral en busca de lesiones precancerosas.

Evaluación por parte del profesional por lo menos una vez al año en pacientes mayores de 60 años.

*Fuente: León E., Romero M., Ferrer I., Fatjó M., Pesquisaje de lesiones premalignas.*³⁵

Es indiscutible el papel del odontólogo en la prevención primaria (promocionando un estilo de vida saludable) y secundaria (diagnóstico precoz) del cáncer oral, haciéndose imprescindible al tener en cuenta que en aproximadamente la mitad de los casos el cáncer oral va precedido por lesiones o condiciones precancerizables, por lo que un diagnóstico precoz de las mismas influirá notablemente en la tasa de supervivencia, reduciendo la morbilidad y mortalidad.³⁴

Sin embargo, un gran porcentaje de tumores son diagnosticados en un estado de evolución muy avanzado conduciendo a la necesidad de tener que aplicar técnicas terapéuticas agresivas que alteran notablemente la calidad de vida de los enfermos. Entre estos procedimientos destaca la radioterapia, que al actuar no sólo en los tejidos enfermos, sino también sobre las células sanas, provoca la aparición de alteraciones orales (mucositis, xerostomía) y sistémicas (inmunosupresión, infecciones víricas y fúngicas), entre otras. Con el uso de la quimioterapia también se producen complicaciones a nivel de la mucosa gastrointestinal y oral.

2.9 Prevención y autocuidado bucodental

En un sentido amplio, prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión. Esta definición, por su amplitud, permitiría afirmar que cualquier actuación en odontología puede considerarse una actuación preventiva. Este concepto amplio de prevención es posible porque cualquier enfermedad tiene su historia natural.

Sin embargo la prevención en un sentido más escrito y más generalizado, comprende todo el conjunto de actuaciones que permitan evitar la recurrencia de la enfermedad, esto es, aquellas actuaciones aplicables en el periodo prepatogénico, cuando la enfermedad aun no se ha desarrollado.¹³

La prevención, por tanto está ligada conceptualmente a la enfermedad; su fin último es mantener la salud evitando la enfermedad. Los términos de salud y enfermedad se han venido utilizando como si se aplicaran a dos variables categóricas. En este sentido, un paciente deja de estar sano y pasa a la categoría de enfermo en función de unos criterios diagnósticos. El enfoque actual tiende a tratar la salud y enfermedad como variables cuantitativas. Tanto la una como la otra son un continuo que permite distintos grados. No hay pues un límite estricto entre ellas, siendo este modificado a medida que las posibilidades diagnósticas se amplía y mejoran con la incorporación de nuevos y más precisos instrumentos diagnósticos.¹³

Todas las profesiones al cuidado de la salud enfatizan que los pacientes deben buscar ingresar a programas preventivos bien planeados. En odontología, la falta de prevención provoca más restauraciones, tratamientos periodontales, extracciones y el uso de prótesis.

Muchos estudios documentan la prevalencia de enfermedad dental, pero detrás de estos números, existe muy poca mención de los efectos adversos causados por negligencia dental.

Si el paciente inicia los programas preventivos en una etapa temprana es posible alcanzar un periodo largo y libre de enfermedades dentales o bucales. Después de todos los dientes se necesitan durante toda la vida para comer contribuyendo a una buena nutrición y el habla así como tener una grata sonrisa mejora mucho la expresión de la personalidad.²⁷

La odontología preventiva se ha clasificado arbitrariamente en tres niveles diferentes:

- **Prevención primaria:** Utiliza estrategias y agente para impedir el inicio de la enfermedad, cambiar en sentido opuesto el proceso de esta, o para detenerla antes de que requiera un tratamiento secundario preventivo.
- **Prevención secundaria:** emplea métodos de tratamiento estandarizados para acabar con un proceso patológico y/o para restaurar los tejidos lo más cercano a la normalidad.
- **Prevención terciaria:** utiliza las medidas necesarias para sustituir los tejidos perdidos y rehabilitar a los pacientes hasta el punto en que las capacidades físicas o las actitudes mentales, o ambas estén lo más cerca posible de la normalidad después de la falta de la prevención secundaria.

Conforme se pasa de la prevención primaria a la terciaria el costo de la atención de la salud se incrementa de manera exponencial y la satisfacción del paciente disminuye en la misma proporción.²⁷

Dentro de la prevención, la educación es una de las armas más importantes en el desarrollo de una persona. Partimos de la base de que los principales responsables de la salud de los adultos mayores, son ellos mismos, pero nosotros los educadores debemos contribuir a su educación sanitaria en aras

de lograr en ellos no solo conocimientos teóricos en materia de salud oral, sino que cooperen por y para la salud, y se produzcan cambios favorables en sus comportamientos, que redunden en un mejoramiento de su estado de salud bucal.

La educación para la salud bucal debe buscar que el adulto mayor, en este caso, sienta que las acciones que realiza sean útiles para él.

Actualmente, dada la alta prevalencia de algunas enfermedades orales en nuestro país, que pueden ser evitadas en gran medida mediante el autocuidado, se hace necesario tener los conocimientos y comportamientos de búsqueda de salud oral de los adultos a fin de tomarlos como punto de partida de los programas destinados a mejorar la situación imperante.³⁶

Pese a que se dispone de los conocimientos necesarios para despejar ideas erróneas en relación con la salud bucodental tanto la sociedad en general como los ancianos mismos, continúan aceptando el deterioro del aparato masticatorio como un proceso inevitable del envejecimiento cuestión que influye negativamente en la calidad de vida.

El adulto mayor presenta numerosas enfermedades buco dentales y factores de riesgo, no existe una estrategia bien planificada del equipo multidisciplinaria de atención gerontológico y el estomatólogo general en la comunidad, en las casas de abuelos los ancianos pasan gran parte del tiempo junto a personal no profesional de salud con deficiente preparación para llevar a vías de hecho la educación sanitaria bucal. Todo esto trae por consiguiente un deficiente nivel de información en educación para la salud buco dental de la comunidad gerontológica.³⁷

Generar oportunidades y mejores condiciones para que los adultos mayores colaboren en los procesos de aprendizaje, enriquece el entorno educativo. Por otra parte, los proyectos de aprendizaje pueden constituir fuente de

satisfacción para los adultos mayores y la posibilidad de una vida productiva y con sentido.

En esta etapa del envejecimiento es preciso diseñar técnicas de enseñanza y tutoría para el aprendizaje informal de carácter intergeneracional. De similar manera, se debe reconocer que los adultos mayores además de desempeñar un rol significativo como reservorios de conocimiento y habilidades, también pueden operar como mentores y monitores del aprendizaje.

Con la formación, las personas mayores incrementan el bienestar, la confianza en sí mismas y se va perdiendo el estereotipo social de las personas ancianas apartadas de la formación y relegadas a la consideración más acorde con una visión deficitaria de la vejez, que con la visión positiva que se cree debe potenciarse.³⁷

2.9.1 Salud bucodental como parte de la salud total

La Salud Bucal (SB) es un componente fundamental de la salud; definir este concepto es muy difícil puesto que la salud es una expresión de la vida por tanto involucra complejos procesos donde se conjugan aspectos biológicos, sociales, históricos, de género, tecnológicos, económicos y culturales, así como el sistema de valores, los subjetivos e individuales.

Actualmente la SB se considera una parte integral del complejo cráneo-facial que participa en funciones vitales como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad.

Todos estos elementos permiten entender que la boca, sus afecciones y cuidados, tienen un impacto significativo en la calidad de vida.

Por otro lado se ha encontrado que los trastornos orales restringen las actividades en el trabajo y en la casa, y que las enfermedades de la boca causan sufrimiento y la pérdida de innumerables horas de trabajo por día en el mundo. Muchas enfermedades infecciosas y crónicas tienen repercusiones

en la cavidad oral, como el sida o la diabetes, así como las deficiencias nutricionales.³⁸

La salud buco dental es un componente de la salud general del hombre, por lo que se debe de explicar la importancia de una adecuada salud buco dental, así como los beneficios de su logro y mantenimiento.

La boca es especialmente importante en:

- **La alimentación**, permite una adecuada masticación y por lo tanto una mejor nutrición
- **La comunicación**, permite relacionarnos por medio de la palabra y los gestos
- **La estética**, es componente indispensable de un rostro armónico.

Es por estas razones, que el cuidado de la salud buco dental en nuestro país es un derecho un derecho de hombres y mujeres, desde su nacimiento, hasta la etapa de adulto mayor.

Las enfermedades más frecuentes de dientes y encías son la caries y las periodontopatías En México estas patologías mantienen una alta prevalencia; la caries, por ejemplo, afecta al 90% de la población y sus principales causantes son, la placa dentobacteriana producto de una deficiente higiene bucal, a esto se debe de agregar las lesiones causadas por prótesis debido a su mal uso y mala higiene, así como el cáncer oral que si bien no es tan frecuente, en esta edad es mayor que en las demás.

A continuación se mostraran a detalle estas enfermedades y las alteraciones más frecuentes en cavidad oral, así como los factores de riesgo, formas de prevención y detección de estas.^{38, 39}

2.9.2 Caries dental

La caries dental es una de las enfermedades más antiguas de la humanidad. Constituye una de las causas principales de la pérdida dentaria, además de predisponer a otro tipo de enfermedades.⁴⁰

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la caries como un proceso localizado de origen multifactorial caracterizado por el reblandecimiento del tejido duro del diente que evoluciona hasta formar una cavidad; si no se atiende oportunamente afecta la salud general y la calidad de vida (OMS, 1987). La caries es una enfermedad prevenible y controlable.³⁸

La prevención de esta es de suma importancia debido a las siguientes razones:

- 1- Es una de las enfermedades crónicas que más afecta a la humanidad.
- 2- Su tratamiento es costoso e implica pérdida de tiempo.
- 3- En grados avanzados produce dolor muy intenso.
- 4- El mantener los dientes sanos es indispensable para una buena masticación y, por consiguiente, para una buena digestión. La caries puede dificultar la masticación.
- 5- La pérdida de los dientes puede afectar la fonación.
- 6- Altera la sonrisa y la morfología del rostro.
- 7- Puede originar procesos sistémicos como la endocarditis bacteriana sub aguda.⁴⁰

El término caries proviene del latín, significa descomponerse o echarse a perder y caries dental se refiere a la destrucción progresiva y localizada de los dientes.⁴⁰

La caries dental es un proceso dinámico que tiene lugar dentro de un depósito microbiano, que recubre la superficie de un diente en un sitio determinado y que con el tiempo produce un desequilibrio entre el tejido duro (esmalte dentina y cemento) y los tejidos blandos lo cual produce en última instancia una pérdida mineral.⁴¹

De acuerdo con este concepto, la presencia de depósitos microbianos en la superficie del diente es el único factor etiológico necesario, mientras que los otros factores biológicos que influyen en la enfermedad se consideran determinantes más que causas.⁴¹

La caries dental es principalmente una enfermedad microbiana que afecta los tejidos calcificados del diente, comenzando primero por una disolución localizada de las estructuras inorgánicas del diente por ácidos de origen bacteriano lo cual trae como consecuencia una desintegración de la matriz orgánica. Es una enfermedad progresiva multifactorial transmisible e infecciosa donde los microorganismos utilizan carbohidratos disponibles como sustratos y la dieta del huésped proporciona estos sustratos.⁴¹

➤ **Etiología**

Es una enfermedad multifactorial que requiere de 4 factores para que ocurra:⁴¹

- ▲ Sustrato oral.
- ▲ Microorganismos.
- ▲ Huésped.
- ▲ Tiempo.

➤ **Sustrato oral**

La dieta de una persona puede o no favorecer la aparición de caries, ya que los alimentos tienen la capacidad de reaccionar con la superficie del esmalte

o servir como sustrato para que los microorganismos criogénicos formen placa bacteriana o ácidos.

La formación de ácidos es el resultado del metabolismo bacteriano de los hidratos de carbono fermentables, sin embargo, deben de considerarse factores como las características físicas de los alimentos.

Los alimentos pegajosos se mantienen en contacto con los dientes por mayor tiempo y por lo tanto son más criogénicos.

La composición química de los alimentos puede favorecer la aparición de caries, como el caso de alimentos altos en hidratos de carbono además de la alta frecuencia en la ingestión de los mismos implica un mayor riesgo que el consumo esporádico.^{40, 42}

Como con todos los factores no es posible decir que todos los pacientes que tienen una alta ingesta de azúcar desarrollarán caries dental.

Sin embargo, es inusual encontrar un paciente con lesiones de caries activas múltiples que no tenga una alta ingesta de azúcar extrínseco. También debe tomarse en cuenta que los hábitos dietéticos pueden cambiar con el tiempo, particularmente con los cambios de estilo de vida, así como, con el inicio del colegio, un trabajo, la jubilación y el retiro.^{40, 42}

➤ **Microorganismos**

Streptococcus mutans es el microorganismo de mayor potencial cariogénico, aunque también son importantes *S. salivarius*, *S. milleri*, *S. sanguis*, *S. mitis*, *S. intermedius*, *Lactobacillus acidophilus* y *A. naeslundii* entre otros.²⁷

➤ **Sensibilidad del huésped**

Se ha observado que en una boca dada, ciertos dientes se afectan y otros no lo hacen, y que algunas caras de los dientes son más susceptibles a las caries que otras, aun en el mismo diente.

Las zonas de retención en la superficie oclusal dificultan la limpieza y favorecen la acumulación de bacterias. Los apiñamientos, las fisuras profundas o los defectos morfológicos dentales aumentan la susceptibilidad.⁴⁰

Por otra parte existen factores que actúan a mayor distancia, como las prácticas de higiene oral, los hábitos de dieta del individuo, actitudes y creencias sobre la salud y la presencia de factores que comprometen al individuo física psicológica o socialmente (boca seca, discapacidad psíquica, pobreza falta de conocimientos etc.).²⁷

▲ **Tiempo**

La interacción de los factores mencionados requiere de tiempo para que se produzca la caries.⁴⁰

➤ **Factores de riesgo**

Los factores de riesgo se pueden dividir en dos tipos principalmente, locales y generales.

Dentro de los factores locales podemos encontrar a:

- ▲ **La composición química del esmalte**
- ▲ **Malformaciones anatómicas** acumulo de placa y restos de alimentos en dientes con surcos y fosetas demasiado profundos

-
- ▲ **Abrasión:** expone capas más profundas del esmalte que son menos resistentes que las capas menos resistentes que las capas superficiales.
 - ▲ **Mal posición dental:** favorecen la retención de placa y dificultan la higiene.
 - ▲ **Obturaciones mal adaptadas:** favorecen el acumulo de placa y dificultan la higiene.
 - ▲ **Higiene bucal deficiente:** la higiene defectuosa o ausente propicia la caries.
 - ▲ **Composición de la saliva:** La saliva con pH bajo, sin sustancias antibacterianas y de poco volumen favorece el inicio de la caries.^{40, 42}

Factores generales:

- ▲ **Nutrición:** dieta alta en hidratos de carbono.
- ▲ **Herencia biológica:** amilogénesis imperfecta, hipoplasias e hipomineralización del esmalte, dentinogenesis imperfecta.
- ▲ **Enfermedades incurrentes:** tratamiento medicamentoso, radioterapias.
- ▲ **Factores socioeconómicos:** Esto se refiere a la calidad de vida (vivienda estabilidad laboral, ingresos, cobertura asistencial) la cual se relaciona con el desarrollo de caries en cada persona.^{40, 42}

Estos factores de riesgo no actúan aisladamente, sino en conjunto, interrelacionadamente, lo que con frecuencia fortalece en gran medida su nocivo efecto para la salud. Se tienen cálculos de la acción combinada de los factores de riesgo que muestran que su acción conjunta siempre es mayor que la simple suma aritmética de los riesgos relativos, por lo que la evaluación de un factor de riesgo será científicamente más aceptable si se

consideran no solo sus efectos directos y aislados, sino también sus efectos conjuntos con otras variables de interés.^{40, 42}

Un factor fundamental es conocer las características de las lesiones ya que lo que vemos y percibimos depende, en gran parte, de lo que conocemos.

Las lesiones cariosas iniciales en esmalte son diferentes según la superficie donde se asiente y según su actividad. Cuando la lesión esta cavilada, en dentina el diagnostico se centra más e determinar la actividad.²⁷

En superficies libres, vestibulares y linguales o palatinas, la lesión suele seguir el contorno del margen gingival, y cuando aparecen indican un alto riesgo de caries. La lesión de mancha blanca (caries del esmalte) activa es rugosa, de color blanquecino, opaca, con pérdida de la translucidez y brillo. La mancha blanca se debe a un efecto óptico producido por el aumento de la dispersión de la luz dentro del esmalte, ocasionado por un aumento de la porosidad; esta a su vez originada por la disolución de una parte del esmalte que realizan los ácidos difundidos en su interior a partir de la placa dentobacteriana adherida a la superficie.

Cuando se trata de una lesión detenida, sigue siendo opaca y blanquecina, pero al tacto con la sonda es dura lisa y brillante.

Las lesiones cavitadas en dentina evolucionan con mayor rapidez ya que es un tejido menos mineralizado avanzando a través de los túbulos dentinarios, tienen una coloración marrón. Al tacto serán blandas si la lesión es activa y se vuelven duras, como resultado del depósito de mineral, cuando la lesión se detiene.^{27, 40}

En las superficies oclusales, las lesiones se localizan en las fosas y fisuras y suelen iniciarse en las paredes laterales de la fisura o en el fondo. Las

lesiones no cavitadas activas tienen apariencia blanquecina, opaca y rugosa. Las inactivas suelen aparecer como una tinción oscura del sistema de fisuras, son duras al tacto y más resistentes al desafío criogénico.²⁷

Las lesiones cavitadas son más fáciles de visualizar. Si son activas suelen presentar un color marrón o amarillento y al tacto son blandas. Las detenidas tienen un color marrón oscuro, son duras y a menudo, lisas por el desgaste sufrido por la oclusión funcional. Las caries ocultas no presentan cavidad visible, pero el esmalte tiene una apariencia más opaca y con tinte grisáceo por caries en dentina teñida.^{27, 40}

En superficies proximales, las lesiones suelen ser paralelas al margen gingival en dirección bucal y lingual por debajo del punto de contacto. Las lesiones iniciales en esmalte san activas o detenidas son muy difíciles de visualizar por inspección visual.

Pueden aparecer como una lesión blanca similar a las de las superficies libres, que en caso de inactivarse, puede adquirir un color oscuro. Las lesiones cavitadas tienen las mismas características de las de fosas y fisuras.²⁷

2.9.2.1 Caries radicular

En superficies radiculares, las lesiones pueden presentarse en cualquier superficie aparece como una pigmentación a lo largo de la unión amelocementaria estas lesiones se esparcen sobre toda la superficie y se recubren de depósitos microbianos y rápidamente la superficie se vuelve blanda.⁴¹

El diagnóstico es visual y táctil y los signos clínicos más importantes son el color y la dureza. La coloración varía del amarillo claro o marrón a negro.

Aunque no hay correlación demostrada entre el color y la actividad, la presencia de discoloración indica caries, y la apariencia más oscura suele vincularse con lesiones detenidas. El diagnóstico clínico más exacto se realiza con sonda, lesiones activas son blandas y las lesiones detenidas son duras.²⁷

La caries radicular es más frecuente en edades avanzadas. Con el incremento de la edad se experimenta una recesión gradual gingival, con la exposición con la exposición radicular al medio bucal generalmente a causa de enfermedad periodontal o el tratamiento de la misma.⁴⁰ **¡Error! Marcador no definido.**

La caries radicular es cualitativamente diferente a la caries coronal. Además de la diferencia topográfica, la composición estructura y composición de la superficie radicular es diferente a la del esmalte. El contenido mineral de la superficie radicular es menor y el tamaño del cristal es sustancialmente menor que la del esmalte. Resultando en superficies radiculares que tienen mayor solubilidad que las superficies coroneales.

Varios estudios indican que por lo anterior la caries radicular se desarrolla con mayor rapidez. **¡Error! Marcador no definido.**

2.9.3 Enfermedades periodontales

➤ **Periodonto:**

La palabra periodonto proviene del latín peri alrededor y el griego odus dientes, alrededor del diente. Agrupo todos los tejidos que rodean al diente y lo anclas al maxilar.

La estructura del periodonto involucra a los siguientes tejidos duros y blandos.

- ▲ Encía
- ▲ Cemento radicular
- ▲ Ligamento periodontal
- ▲ Hueso alveolar⁴³

Las enfermedades periodontales son un grupo de cuadros clínicos de origen infeccioso que afectan a las estructuras de soporte del diente.

Esta enfermedad afecta a un alto porcentaje de la población adulta en nuestro país. Mas del 90 % de las personas presentan por lo menos uno de los síntomas clínicos que permiten el diagnostico de esta condición y cerca de un 30% algún grado de destrucción de los tejidos de soporte y son junto con la caries, la causa más frecuente de pérdidas dentarias.^{44, 45}

El envejecimiento se asocia habitualmente a estas enfermedades, aunque esta relación se atribuye a la acumulación de la destrucción periodontal a lo largo del tiempo más que a deficiencias extrínsecas relacionadas con la edad que contribuyan a la susceptibilidad.²⁷

Este grupo de enfermedades se incluyen dentro de las crónicas multifactoriales, donde la capacidad reducida del huésped trae como resultado la aparición de alteraciones en el periodonto y se expresan desde una discreta inflamación gingival hasta la pérdida de hueso que soporta el diente.⁴⁶

Se caracterizan por la aparición de signos clínicos de inflamación en los diferentes tejidos que rodean los dientes, esto es tanto en los tejidos de protección como en los de soporte.^{44, 45}

Las enfermedades periodontales entonces son un grupo de cuadros clínicos de origen infeccioso que afectan las estructuras de soporte del diente las cuales se pueden clasificar en dos amplios grupos gingivitis y periodontitis.⁴³

➤ **Gingivitis**

Durante la primera fase de la enfermedad periodontal la placa bacteriana se adhiere a las encías y si no hay una correcta limpieza, el ácido comienza a inflamar el tejido generando hipertrofia local o generalizada y sangrado activo ante leves traumatismos o el cepillado. Las encías cambian del color rosado al rojo intenso y la superficie se torna abombada, lisa y brillante, rodeando los cuellos de los dientes. En ocasiones la placa bacteriana puede endurecerse a causa de los minerales de los alimentos y formar cálculos (sarro) siendo su localización más frecuente la cara vestibular de los molares superiores o la cara lingual de incisivos y caninos inferiores. Ambas localizaciones están en relación al drenaje de los conductos salivales. La placa bacteriana es al principio de aspecto claro y blando pero con el tiempo se va oscureciendo y endureciendo. El sarro no es precursor de la gingivitis, pero una vez producida, colabora con su sostén.

La gingivitis se produce por la acumulación inespecífica de placa bacteriana y se elimina mediante un control cuidadoso de esta.^{27, 43}

➤ **Periodontitis**

Si la inflamación progresa y alcanza los tejidos de sostén del diente se declara la periodontitis, de carácter irreversible, que lleva a la caída de la pieza dentaria.

En estas situaciones la placa bacteriana ya ha aumentado considerablemente de volumen y forma, entre la encía y el diente, formando una bolsa que consigue desprender la encía de su inserción y aumenta la cantidad de sarro. En el mismo se acumulan residuos que facilitan el crecimiento bacteriano y potencian la enfermedad.

La clínica de esta etapa es muy variada. El paciente puede quejarse de sangrados repetidos, halitosis, dolor y fiebre (por la formación de abscesos y/o por movilidad de las piezas dentarias). El aspecto de las encías puede ser el de la gingivitis o presentarse retraída, adelgazada y opaca, evidenciando la raíz dentaria.^{27, 43}

➤ **Etiología de las enfermedades periodontales**

La reacción inflamatoria es causada por las bacterias patógenas en el tejido gingival, la cual se puede extender progresivamente hasta las fibras conectivas y la cresta alveolar, pudiendo avanzar en profundidad, lo que determina la destrucción del hueso alveolar y, finalmente, la pérdida del diente.⁴⁵

En su etiología intervienen todos los factores irritativos locales como la placa dentobacteriana, tártaro, caries dentales, obturaciones deficientes y mal posición dentaria, entre otros, capaces de inducir una respuesta inflamatoria. A su vez, pueden modificarse por factores de la susceptibilidad individual claramente identificables, tales como: enfermedades sanguíneas, diabetes mellitus, trastornos nutricionales, embarazo, acción medicamentosa y otras como la predisposición genética.⁴⁷

➤ **Factores de Riesgo**

- ▲ **Malos hábitos higiénicos:** la falta de cepillado y uso de hilo dental favorecen el desarrollo de la placa bacteriana sobre las encías.
- ▲ **Tabaquismo:** la cantidad de cigarrillos consumidos y el tiempo de consumo están estrechamente relacionados con la enfermedad periodontal y su pronóstico. Los tratamientos tienen menor respuesta en los tabaquistas activos.
- ▲ **Enfermedades crónicas:** los diabéticos no controlados presentan una respuesta exagerada a los irritantes locales, presentando con mayor frecuencia infecciones y abscesos locales. Las hipovitaminosis como el escorbuto y la pelagra; la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, el antecedente de radiaciones en la cabeza y el cuello, las enfermedades que alteren la respuesta inflamatoria y el uso de fármacos en forma prolongada (fenitoína, ciclosporina y antagonistas cálcicos como la nifedipina) se asocian a gingivitis.

2.9.4 Prevención de caries y enfermedades periodontales

Una meta básica en la medicina y odontología es prevenir el inicio de la enfermedad y su desarrollo posterior. ⁴⁸

➤ **Educación Individual**

El Adulto de 60 años recibirá información educativa, durante el examen de salud realizado por el odontólogo respecto a los siguientes hábitos saludables de salud bucal.

➤ **Uso de fluoruros**

Beber agua fluorurada cuando el agua potable de su lugar de residencia cumpla con esta medida sanitaria y usar pastas dentales fluoruradas.⁴⁰

➤ **Manejo de placa bacteriana**

La placa dental bacteriana constituye la principal causa de las caries y las enfermedades de las encías. Se forma a partir de restos de alimentos y bacterias, la mejor forma de eliminarla es mediante el cepillado de dientes y encías.⁴⁹

Existen muchos factores que intervienen en la eficacia de la eliminación mecánica de la placa bacteriana utilizando cepillos manuales, que son independientes de su diseño o técnica empleada, como la localización a limpiar, la fuerza aplicada, el tiempo destinado y, principalmente, las características del individuo en particular.

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana y tiene como objetivos.

- ▲ Eliminar y evitar la formación de de placa dentobacteriana.
- ▲ Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
- ▲ Estimular los tejidos gingivales.
- ▲ Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.⁴⁰

Se recomienda el uso de un cepillo dental personal, mango recto, penacho de filamentos de cerdas de nylon blando, de puntas redondeadas, todas de la misma altura. Las dimensiones aproximadas de la cabeza del cepillo deberán ser de 2,5 cm x 1,5 cm x 0,9. Si el paciente tiene problemas motores, el mango se puede adaptar engrosándolo con trozo de espuma

plástica u otro material que facilite su aprehensión. (Se puede adaptar incluso una manilla de bicicleta).⁵⁰

En pacientes con limitaciones manuales o cognitivas es recomendable indicar un cepillo eléctrico de acción rotatoria y oscilación que es más eficiente que el cepillado manual.⁵⁰

En general para desarrollar una buena técnica de cepillado se debe aconsejar seguir siempre el mismo orden: superficies vestibulares superiores, superficies vestibulares inferiores, superficies palatinas, superficies linguales y superficies oclusales. Se debe indicar además el cepillado de la lengua.

Existen diferentes técnicas de cepillado, pero actualmente más que recomendar una determinada técnica de cepillado, se establece que debe utilizarse la que mejor remueva la placa bacteriana, sin complicar al paciente.⁴⁰

La frecuencia del cepillado depende del estado gingival, la sensibilidad a la caries y la minuciosidad del aseo por lo que en pacientes adultos que no son susceptibles a la caries y sin afección gingival.

Los adultos que no son susceptibles a la caries y sin afección gingival pueden cepillarse una vez al día, después de la cena.

Los adultos con afección gingival y sin susceptibilidad a la caries, se recomienda dos veces al día.

Las personas con propensión a la caries dental deben cepillarse entre los 10 y 15 minutos posteriores a cada comida y antes de dormir.

Las personas que no realizan un cepillado minucioso, deben hacerlo después de cada comida y antes de dormir. El cepillado nocturno es muy importante por que durante el sueño disminuye la secreción salival.⁴⁰

➤ Limpieza interproximal

El uso de medidas específicas de higiene interdental mejora de manera significativa los índices de placa y muestra una tendencia a la mejora en variables de gingivitis, justificando su uso en el control y prevención de gingivitis, y periodontitis.

Todas las variedades de seda dental parecen ser igual de efectivas, excepto las sedas de malla con enhebrador, que serían menos efectivas en individuos con espacios cerrados.⁵¹

La elección del método de higiene interdental adecuado para cada persona dependerá de distintos factores: el tamaño de los espacios interdentes, las preferencias del individuo, las habilidades en relación con la dificultad de uso, y de las características específicas de ciertos grupos de población. Resultados de revisiones sistemáticas han demostrado la importancia de los procedimientos específicos de higiene interdental en la prevención y el control de la gingivitis, y en la prevención de la periodontitis.⁵²

La seda dental, en espacios interdentes cerrados, y los cepillos interdentes, en espacios abiertos, son las opciones más efectivas, aunque su uso está poco extendido en la población.⁵¹

➤ Cepillos interdentes

Los cepillos interdentes deben ser indicados en espacios abiertos.

El cepillo debe introducirse cuidadosamente con el extremo dirigido levemente hacia oclusal, se debe activar con movimientos vestibulo palatinos o de entrada y salida.

➤ **Dieta**

Indicar hábitos dietéticos, consumir abundante frutas y verduras. En caso de sequedad o deshidratación de la boca comer trozos de frutas jugosas y rociar la boca con un spray de agua fría o chupar un trozo de hielo o bien mascar chicle sin azúcar (con xylitol o sorbitol). Regular la frecuencia del consumo de alimentos y bebidas azucaradas. Limitar el consumo de la ingesta de cítricos y bebidas carbonatadas, porque pueden dañar la superficie del esmalte.⁵³

➤ **Malos hábitos**

Suprimir o controlar el consumo de tabaco y alcohol.

2.9.5 Importancia de la rehabilitación protésica

Los objetivos básicos de la rehabilitación protésica es la recuperación de la función, mejorar el aspecto facial y la conservación de la salud del paciente. La masticación con el uso de estas permite al paciente tener una alimentación adecuada.

2.9.5.1 Tipos de prótesis

Una prótesis dental, es un elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias, restaurando también la relación entre los maxilares, a la vez que devuelve la dimensión vertical, y repone tanto la dentición natural como las estructuras periodontales en algunos casos.

Según el tipo de soporte que tenga la prótesis en la cavidad bucal, podemos clasificarlas en mucosoportadas, mucodentosoportadas y dentosoportadas, estas mismas se pueden también clasificar en fijas y removibles ya sea que se puedan retirar de boca o no.⁵⁴

➤ **Prótesis mucosoportadas (removible).**

Generalmente utilizadas para pacientes desdentados totales. Son prótesis que puede extraer de la boca su portador, por ser removibles, y que se mantienen en boca apoyadas sobre la mucosa oral gracias a un mecanismo de succión provocado por su adecuado acoplamiento a la mucosa.⁵⁵

➤ **Prótesis mucodentosoportadas (removible).**

Generalmente utilizadas en pacientes desdentados parcialmente. Son prótesis que también puede extraer de la boca su portador pero al contrario que las anteriores tienen como mecanismo de sujeción en boca los dientes remanentes, siendo también soportadas por la mucosa oral.⁵⁵

Ambas prótesis son removibles y estas son consideradas las prótesis de elección para pacientes parcialmente dentados en la tercera edad. Sus ventajas incluyen facilidad de higienización por el paciente y cuidador; rapidez de confección, por el menor número de sesiones clínicas en relación a los demás tratamientos protésicos; indicada para espacios protésicos amplios y de extremo libre; costo inferior a las demás modalidades y planes de tratamientos.⁵⁶

➤ **Prótesis dentosoportadas (fija).**

Utilizadas siempre en desdentados parciales, son prótesis que están cementadas a los dientes remanentes del paciente y que no pueden ser extraídas por él. Necesitan de una preparación (tallado) de los dientes vecinos para poder ser pegadas a ellos.⁵⁵

Para la confección de este tipo de prótesis en pacientes ancianos, se debe pensar en la capacidad de higienización, análisis de los elementos de soporte, verificar las reales condiciones de estos, considerando la xerostomía y fuerza masticatoria acentuada.

En un enfoque conservador, otra opción dentro de las prótesis fijas es la prótesis adhesiva, indicada en los casos de dientes vecinos al espacio protésico, por el enorme poder de conservación estructural que propicia, de higiene (preparaciones supragingivales), de adhesión y menor tiempo de ejecución de este procedimiento.

Para evitar prótesis fijas muy extensas en pacientes con deficiencia motora, dificultad de higienización o excesiva fuerza masticatoria se indica asociar la prótesis fija del elemento soporte con la prótesis parcial removible en la región desdentada. En este caso, se torna necesario planificar el tipo de estructura metálica en el inicio del tratamiento.⁵⁵

El tiempo de vida de las prótesis y las condiciones físicas del paciente deben ser compatibles con la complejidad del tratamiento y el número de sesiones necesarias para la rehabilitación completa.

Así como el presupuesto financiero también debe ser evaluado antes del inicio del tratamiento. En algunos casos, se pueden realizar reparaciones en las prótesis antiguas. Lo importante es que el paciente y el cuidador estén

conscientes de las opciones de planificación y participen de la elección juntamente con el profesional.⁵⁵

2.9.5.2 Cuidados relacionados con la adaptación, uso y mantenimiento de prótesis

Los tratamientos protésicos en pacientes de edad avanzada, han aumentado espectacularmente en los últimos tiempos.⁵⁷

Las prótesis al actuar mecánicamente sobre los tejidos, dan lugar a cambios de diversas índoles que están en relación con la capacidad de reacción de los tejidos y la forma de agresión que ejerza la prótesis por lo que resultan de gran importancia la adaptación y el buen funcionamiento de las dentaduras postizas.⁵⁶

Esos cambios son muy variados por presentarse desde simples modificaciones fisiológicas de adaptación hasta profundas alteraciones patológicas.⁵⁸

Estas se pueden manifestar como úlceras traumáticas, estomatitis subprótesis, épulis o hiperplasia inflamatoria fibrosa, alergia a la base de las prótesis, así como queilitis angular; por lo que se hace necesario controlar los factores de riesgo en un intento por prevenir o disminuir las afecciones bucales en los pacientes con aditamentos protésicos.⁵⁷

Lo cierto es que hay varios factores predisponentes, como son la falta de higiene oral, la edad (que conlleva normalmente el consumo elevado de medicamentos que inducen un flujo salivar reducido), infecciones por Candida, diabetes, déficits inmunológicos, consumo de tabaco y tener colocada la prótesis por la noche. La patología siempre se presenta en

portadores de prótesis extraíbles (que pueden provocar traumatismos de repetición, reacciones alérgicas y pueden suponer un nicho para los microorganismos y residuos alimentarios cuando sus superficies son rugosas).⁵⁹

El traumatismo por presión que pueden ejercer algunas prótesis sobre la mucosa hace que ésta sea más susceptible a la aparición de patologías.⁵⁹

Por lo anterior se debe tener una vigilancia de estas por lo menos cada 2 años, si estas son completas, y cada 6 meses si son parciales, y no deben permanecer por más de 5 años en la boca, aunque hayan sido confeccionadas rigurosamente con todos los principios biomecánicos, pues se producen cambios en la estructura de la prótesis debido al mismo uso que generan desgaste y cambios en la conformación de las mismas.

Estos cambios y desgastes afectan de manera significativa la retención, estabilidad y buen funcionamiento acelerando los cambios en los tejidos de sostén de los portadores.⁵⁶

En cuanto al uso continuo de las prótesis, es necesario retirarla durante las noches, esta es una de las medidas indispensables para lograr que la mucosa bucal reciba el descanso necesario ante los cambios hísticos que el aparato rehabilitador provoca con su uso continuo. Es por ello que muchos investigadores le confieren gran importancia al tiempo de uso diario y recomiendan un receso entre seis y ocho horas al día.⁵⁷

Cuando la dentadura se retire para el descanso de la mucosa, debemos indicar que la conserve en un vaso con agua para evitar una desecación prolongada que proporcionará cambios volumétricos, además como la mucosa es húmeda al mantenerlas hidratadas facilitara la rápida adhesión a los tejidos que la soportan.

Al sumergirla en agua esta debe estar limpia y se pueden agregar sustancias antisépticas que no afecten la integridad de la prótesis.⁶⁰

Después de la pérdida dentaria la restitución protésica del desdentado es de gran importancia, pero luego de su rehabilitación es necesario preservar saludables los tejidos de soporte, ya que con el uso de dentaduras artificiales pueden aparecer diversos factores de riesgo que favorecen las afecciones o enfermedades bucales, todo lo que es evitable si se educa adecuadamente a los pacientes rehabilitados para mantener la salud y aumentar la calidad de vida.⁶¹

La prótesis parcial removible, aún cuando esté bien planeada, diseñada y construida, puede llegar a ser un medio de pérdida de dientes por caries y enfermedad periodontal en presencia de pacientes con higiene bucal deficiente, ya que la misma permite la rápida acumulación de la placa dentobacteriana en zonas difíciles de limpiar, donde es limitada la acción de la lengua y la saliva y crea un ambiente adecuado para la proliferación bacteriana, por lo que el éxito dependerá en grado considerable de la cooperación brindada por el paciente para desarrollar un buen programa de higiene bucal.⁵⁷

Es necesario advertir a los pacientes sobre el uso, higiene y cuidado de sus prótesis, además es esencial que acudan con periodicidad al estomatólogo, ya que al garantizar una vigilancia periódica pueden anticiparse alteraciones que se logran remediar a tiempo.⁵⁸

2.9.5.3 Higiene de prótesis y zonas desdentadas

El uso de una prótesis total o parcial presenta una gran ventaja de mantener la boca en grado de higiene superior a la de los individuos dentados; en estos pacientes es fácilmente realizable, ya que la dentadura puede higienizarse varias veces al día, por lo que debemos explicar.

Los ancianos que usan prótesis dental necesitan de un cuidado específico de higienización que debe ser verbal y escrito, estimulando la higienización de los rebordes, lo mismo en usuarios de prótesis totales removibles o prótesis sobre implante removibles, pues hay un acumulo de restos alimenticios que irán, con el pasar del tiempo, a trasladarse para los dientes remanentes.⁵⁶

Todos los pacientes que utilizan aparatos removibles deben ser informados sobre la necesidad de su correcto cuidado, manipulación y limpieza. Es necesaria su limpieza diaria para impedir la acumulación de placa, cálculo y tinción sobre los aparatos orales. Estos depósitos no solo pueden constituir problemas en lo que se refiere a la estética y olor de la boca, sino que también contribuyen a la irritación y a las infecciones, como candidiasis y estomatitis protésica a la mucosa adyacente.⁶²

La prótesis debe mantenerse limpias y libres de alimentos, con un cepillado frecuente al levantarse, después de cada comida y al acostarse.⁶¹

Las prótesis se pueden limpiar por acción mecánica, como con el empleo de un cepillo y una sustancia abrasiva, o por acción química.

Aunque el aclarado con agua es importante después de las comidas y durante los procedimientos de limpieza para eliminar las partículas de

alimentos así como detritos liberados de las placas y tejidos orales, no es suficiente.

La eliminación mecánica de la placa utilizando solo un cepillo o en combinación con la impregnación química es probablemente la forma más efectiva para eliminar la placa de la prótesis.⁶²

Hay que recordar que no se debe abusar del uso de agentes químicos ya que por su naturaleza pueden atacar el material de la base y originar lesiones a la mucosa si no es eliminado totalmente, por lo que la inmersión de la prótesis en el producto no debe exceder más de media hora.⁶¹

Se recomienda emplear un cepillo de prótesis blando, pues su diseño de dos cabezas facilita el contacto de las cerdas con toda la superficie de la prótesis dental. Con la parte donde la cantidad de cerdas es mayor se limpian las áreas protésicas más grandes como el área oclusal y todas las superficies pulidas y con el haz pequeño las zonas de difícil acceso.^{58, 62}

Se puede emplear un cepillo dental blando regular para limpiar las prótesis siempre que su diseño permita el acceso a todas las superficies de esta, ya que en ocasiones es difícil adaptar un cepillo dental normal en todos los procesos y curvaturas de la superficie histica, por lo que las prótesis no se limpian bien, como en el caso de los ganchos o retenedores en donde se recomienda el uso de cepillos cónicos especiales.⁶²

Se han comercializado diversos polvos abrasivos y dentífricos para contribuir a la limpieza de la prótesis con cepillo.

Se fabrican con un abrasivo suave como el carbonato de calcio, que no lesiona la prótesis de acrílico tan fácilmente como los abrasivos utilizados para limpiar los dientes naturales.⁶²

Se recomienda el uso de la crema dental, el jabón de piedra, jabón de coco o jabón líquido neutro o bicarbonato sódico en agua.⁵⁶

Es importante enjuagar minuciosamente bajo la corriente de agua fría después de cualquier limpieza para eliminar la placa y los restos de alimentos. Los cepillos también se deben de enjuagar cuidadosamente hasta quedar completamente libres de comida y pasta, y se dejara que se seque al aire.⁶²

Se debe explicar al los pacientes el modo de manipular la prótesis durante el procedimiento de limpieza para evitar accidentes. Las prótesis húmedas son muy resbaladizas y e deben sujetar firmemente para evitar que caigan. Se han de sujetar sobre el lavabo con una mano, mientras se limpian con la otra. La parte inferior del lavabo se cubrirá con una toalla y se llenara parcialmente con agua como medida protectora contra la rotura si la prótesis cae accidentalmente. Las prótesis nunca se deben limpiar en agua caliente, ya que las temperaturas elevadas pueden dañar la resina acrílica.⁶²

Después de la limpieza nocturna, se sumergen en un contenedor limpio con agua lo que evitara la resecación del acrílico y cambios volumétricos además que esta medida ayudara al descanso de la mucosa y rebordes.⁵⁶

Le encía y los dientes remanentes también deben ser limpiados, para lo cual se recomienda el uso de un cepillo de cerda suaves. Es indispensable realizar un cepillado minucioso cuidando de no dañar las estructuras blandas o espacios edentulos por lo que debe hacerse suavemente y sin ejercer demasiada presión.

El cepillado de la lengua y el paladar es de suma importancia.

2.9.5.4 Importancia de la visita periódica al dentista

El control periódico de las prótesis, deberá realizarse con frecuencia para el correcto mantenimiento y el control de la lesividad que puedan ocasionar en los tejidos de soportes mediante ajustes, retoques y correcciones ocluso-articulares o el ordenamiento de nuevas prótesis según las condiciones, y es necesario que el protesista realice los controles con el objetivo de no atentar contra la salud de los tejidos bucales, cualquiera que sea el tipo de prótesis indicada, así como el tiempo de construida.⁶⁰

2.9.6 Autoexploración en busca de lesiones precancerosas

La detección temprana del cáncer oral y un tratamiento a tiempo pueden salvar muchas vidas. A pesar de que no es muy frecuente, la prevención es muy importante. Esta es la razón porque resulta vital la autoexploración bucal y el examen del complejo bucal realizado por personal estomatológico que posee los conocimientos suficientes en cuanto a las características clínicas y síntomas de dichas lesiones, permitiendo diagnosticarlas en sus estadios incipientes, y así indicar un tratamiento adecuado que garantice una prolongación de la vida de cada paciente.⁶³

Como se ha señalado anteriormente establecer un diagnóstico de las lesiones precancerosas antes de que estas deriven en cáncer oral es de suma importancia para así poder llevar a cabo un tratamiento oportuno.

Sin embargo esto, no siempre sucede ya que los pacientes a menudo se diagnostican ya con lesiones malignas. En este último caso, lo ideal es el diagnóstico precoz de estas porque de esta forma la supervivencia del

paciente, a los 5 años puede llegar a ser hasta del 80%. Por el contrario, en los casos avanzados la supervivencia no supera el 35%.²⁷

➤ **Señales de alarma**

Existen una serie de lesiones que pueden ser precursoras del cáncer oral, por ello es importante localizarlas precozmente:

- ▲ Manchas blancas (leucoplasias), rojas (eritroplasias) o marrones que no desaparecen por sí mismas en dos semanas.
- ▲ Úlceras o heridas sin causa aparente que no cicatricen en dos semanas.
- ▲ Hemorragias de origen incierto.
- ▲ Engrosamientos, endurecimientos, hinchazón.
- ▲ Dolor de oídos, de mandíbula o de lengua.
- ▲ Sensaciones de adormecimiento u hormigueo, pérdida de la sensibilidad.
- ▲ Sensación de que algo queda atrapado en la boca.
- ▲ Dificultad al masticar o tragar.
- ▲ Sensación de que la lengua se pone rígida o difícil de controlar.
- ▲ Sensación de que las prótesis, antes adaptadas, ahora encajan mal o resultan incómodas.
- ▲ Enronquecimiento de la voz.

Si estos problemas no desaparecen espontáneamente en dos semanas, debe acudir a su odontólogo quien valorará la realización de una biopsia para establecer un diagnóstico adecuado.⁶⁴

➤ **Autoexploración**

Para la autoexploración se requiere de un espejo y buena iluminación. A continuación. Se realizara en dos etapas la primera constara de un examen extrabucal y la segunda etapa constara de uno intrabucal.⁶³

➤ **Exanimación extrabucal:**

- ▲ **Simetría facial.** Mirar en ambos lados de la cara y el cuello, deben de tener el mismo tamaño y forman, ningún rostro es simétrico, pero los dos lados son básicamente iguales. Se debe descubrir cualquier tumefacción, bulto o formación que aparezca en un lado de la cara; si aparece en ambos lados de la cara probablemente sea normal.
- ▲ **Cara.** observar la piel de la cara y el cuello. Ver si existen cambios de color de la piel, lunares que hayan cambiado, bultos o úlceras. Revisar parpados y puente nasal. Finalmente palpar la cara apretando suavemente los dedos de cada mano contra las deferentes aéreas de la cara. Palpando ambos lados de la cara al mismo tiempo se puede observara si hay diferencias entre un lado y otro.
- ▲ **Parte lateral del cuello.** Con los dedos de ambas manos, palpar ambos lados del cuello al mismo tiempo, observar si existen bultos o tumefacciones que aparezcan en un algún lado pero no en el otro.
- ▲ **Centro del cuello.** Colocar los dedos suavemente sobre la tráquea y tragar; debe de moverse cuando se trague. Seguidamente sujetarla y moverla suavemente de un lado a otro. Comprobar nuevamente la

presencia de bultos e investigar cualquier afonía que no desaparezca en 2 semanas.

➤ **Exanimación intraoral.**

Es importante que durante esta fase sean retirados de boca todas las prótesis o dentaduras.

- ▲ **Labios.** Tirar del labio inferior hacia abajo y buscar úlceras o cambios de color. Apretar suavemente los labios con los dedos para descubrir bultos o zonas sensibles. Repetir el procedimiento con el labio superior.

- ▲ **Mejillas.** Tirar de la mejilla hacia atrás con los dedos de forma que pueda ver el tejido del interior. Buscar cambios de color rojo blanco u oscuro. Colocar el pulgar en el exterior de la mejilla y el índice en el interior, y apretar ligeramente la mejilla. Observar si existen bultos o tumoraciones. Repetir el procedimiento con la otra mejilla.

- ▲ **Techo de boca.** Inclina la cabeza hacia atrás y mirar el techo de la boca. Buscar cambios de color blanco, rojo u oscuro. Con el dedo índice presionar suavemente contra el techo de la boca para observar posibles bultos o tumoraciones.

- ▲ **Encías.** Revisar las encías en busca de cambios de color rojo, blanco u oscuro, bultos y tumoraciones; comprobar si existe alguna úlcera que no haya cicatrizado en dos semanas a alguna zona que sangre sin causa aparente.

- ▲ **Lengua y piso de boca.** Colocar la punta de la lengua contra el techo de la boca. Mirar la parte inferior de la lengua y el piso de boca en busca de cambios de color, bultos o neoformaciones. Palpar el suelo

de la boca presionando suavemente con el dedo contra el área del suelo observando si existe bultos u tumoraciones. Extender la lengua y mirar la parte superior. Mediante una gasa sujetar la punta de la lengua y traccionar de ella hacia un lado. Observar la parte lateral de la lengua y palparla. observar cambios de color, bultos o ulceras que no hayan cicatrizado. Repetir este procedimiento en el otro lado de la lengua.⁶²

.

.

.

.

.

.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos se puede observar una tendencia sostenida en el incremento porcentual de la población mayor de 60 años. Esto se debe en gran parte a los avances en la medicina y a las acciones enfocadas a la promoción de la salud lo cual ha contribuido innegablemente a incrementar la esperanza de vida.

Esta tendencia, que al parecer no será revertida, nos indica que en el corto y mediano plazo estaremos frente a una población compuesta de manera importante por ancianos por lo que tendremos que asumir el reto que significará proporcionar su atención estomatológica específica.

El envejecimiento es un proceso dinámico de modificaciones morfológicas, funcionales, psicológicas y bioquímicas que se inician en el momento del nacimiento y se desarrollan a lo largo de nuestras vidas. Envejecer no es lo mismo que enfermarse, pero en el camino hacia el envejecimiento se producen cambios en los órganos y sistemas que aumentan el riesgo de adquirir enfermedades e incapacidades.

El proceso produce en la cavidad bucal una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos, lo que origina en ella una mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos, por lo que afecciones como la caries, enfermedad periodontal, xerostomía, ardor en la boca, halitosis, micosis, trastornos gustativos, patologías asociadas a prótesis removibles, disfagia, y tumores sean observados comúnmente en ancianos.

Si bien es verdad que actualmente muchos adultos mayores gozan de buena salud en general existe un grupo más amplio con problemas severos en cavidad bucal, generalmente causados por no haber recibido durante su vida suficientes medidas de prevención o tratamientos adecuados y oportunos para recuperar dicha salud.

Por otra parte, también existe un creciente aumento de ancianos de bajos recursos que con limitadas posibilidades de invertir en costosos tratamientos dentales. Igualmente encontramos un preocupante número de personas de edad, erróneamente persuadidas por tradición popular, que acuden al dentista solo en presencia de dolor y sus expectativas de tratamiento sólo contemplan el alivio de éste, lo que representa una gran barrera para una apropiada prevención.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Será posible la creación de un manual de autocuidado para el adulto mayor, que ayude a prevenir el desarrollo de afecciones bucodentales?

4. JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de alteraciones bucodentales en el adulto mayor es cada vez más frecuente, debido a todos los procesos acumulativos de la edad misma, así como el aumento gradual de esta población en particular.

Si bien es cierto que muchas de estas alteraciones pueden surgir o comienzan su desarrollo desde edades tempranas, la edad misma puede ser un factor predisponente para que se desarrollen con mayor rapidez.

Las creencias arraigadas así como el desconocimiento de las prácticas de auto cuidado agravan el problema, que aunado muchas veces a una economía inestable hacen difícil el tratamiento de sus afecciones cuando estas se encuentran ya establecidas.

En este sentido la prevención desempeña un papel de suma importancia dentro del mantenimiento de la salud, como también lo es la detección temprana de alteraciones para su tratamiento oportuno.

Para poder detectar una alteración es indispensable conocer las diferentes estructuras en un estado saludable, así como tener una visión clara de los signos y síntomas de la enfermedad en particular.

En el conocimiento y manejo de estas enfermedades está la base fundamental para lograr que la población conserve sus dientes durante toda la vida, de ahí la importancia que esta adquiera conciencia de su problema y encuentre soluciones adecuadas que ayuden a resolverlo, haciendo énfasis en la higiene bucal, nutrición, dieta, las visitas periódicas al estomatólogo y la eliminación de hábitos perjudiciales.

Por esta razón el siguiente manual pretende explicar de forma clara y sencilla los principales métodos y técnicas de prevención y autocuidado bucodental, siendo así una guía práctica y un auxiliar en el fomento del mantenimiento de la salud.

**5. MANUAL PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD
BUCODENTAL EN ADULTOS MAYORES**

2008

**MANUAL DE
AUTOCUIDADO
BUCODENTAL
PARA ADULTOS
MAYORES**

Este manual pretende explicar de forma clara y sencilla los principales métodos y técnicas de prevención y autocuidado bucodental, siendo así una guía práctica y un auxiliar en el fomento del mantenimiento de la salud.



Facultad de Odontología
01/01/2008



INTRODUCCIÓN

La prevalencia de alteraciones bucodentales en el adulto mayor es cada vez más frecuente, debido a todos los procesos acumulativos de la edad misma, así como el aumento gradual de esta población en particular.

Si bien es cierto que muchas de estas alteraciones pueden surgir o comienzan su desarrollo desde edades tempranas, la edad misma puede ser un factor predisponente para que se desarrollen con mayor rapidez.

Las creencias arraigadas así como el desconocimiento de las prácticas de auto cuidado agravan el problema, que aunado muchas veces a una economía inestable hacen difícil el tratamiento de sus afecciones cuando estas se encuentran ya establecidas.

En este sentido la prevención desempeña un papel de suma importancia dentro del mantenimiento de la salud, como también lo es la detección temprana de alteraciones para su tratamiento oportuno.

Para poder detectar una alteración es indispensable conocer las diferentes estructuras en un estado saludable, así como tener una visión clara de los signos y síntomas de la enfermedad en particular.

En el conocimiento y manejo de estas enfermedades está la base fundamental para lograr que la población conserve sus dientes durante toda la vida, de ahí la importancia que esta adquiera conciencia de su problema y encuentre soluciones adecuadas que ayuden a resolverlo, haciendo énfasis en la higiene bucal, nutrición, dieta, las visitas periódicas al estomatólogo y la eliminación de hábitos perjudiciales.

Por esta razón el siguiente manual pretende explicar de forma clara y sencilla los principales métodos y técnicas de prevención y autocuidado bucodental.

siendo así una guía práctica y un auxiliar en el fomento del mantenimiento de la salud.

Antes que nada es importante entender y tomar en cuenta que con el paso de los años muchas partes del cuerpo cambian modificándose su funcionamiento y la respuesta que este tiene para defenderse ante las cosas que lo dañan. Las defensas disminuyen y los tejidos y órganos se vuelven más susceptibles a las enfermedades, es por esto, que al igual que durante toda la vida se deben tener ciertos cuidados para evitar que se pierda la salud.

Los cambios en el estado de su salud general con frecuencia conllevan cambios en su salud bucal.



Así como todo el cuerpo cambia, la boca, y todos sus componentes también resienten el paso del tiempo.

¿Cuáles son los cambios más frecuentes de la boca?

La boca presenta numerosos cambios, dentro de ellos podemos encontrar:

Disminución de la saliva

La menor cantidad de la saliva es provocada por una disminución en el funcionamiento de las glándulas que la producen, esto se da por la misma edad como un proceso completamente normal o por medicamentos como los

Huesos y partes blandas de la boca

Los huesos que sostienen a los dientes se adelgazan poco a poco, se hacen más porosos y disminuye su tamaño. Esto hace que se vuelvan más frágiles y por lo mismo más fácil que se rompan o se fracturen. Si se han perdido dientes la disminución del hueso es más rápida, así como también lo es en enfermedades como la osteoporosis.

Dentro de las partes blandas, la regeneración o su formación disminuye, deja de ser tan resistente como antes, se vuelve menos elástica y con facilidad se reseca.

Debido a esto es más fácil que se lastime o ulcere haciéndola menos resistente a las infecciones.

Lengua

Se altera la percepción de los sabores principalmente del dulce y el salado. Al ya no poder saborear adecuadamente muchas veces aumenta el consumo de estos, lo que puede generar problemas de caries.

La lengua puede aumentar de tamaño en personas que no tienen dientes, esto porque la lengua ocupa el papel para masticar y se vuelve más fuerte.

Dientes

Los dientes con el paso del tiempo pueden cambiar de diferentes maneras, la más común es el desgaste, el cual es causado por comer alimentos duros, por cepillarse los dientes muy fuerte, por rechinar los dientes durante el día o durante la noche (bruxismo), así como por el consumo de bebidas demasiado ácidas que deshacen el esmalte que protege al diente.

durante la noche (bruxismo), así como por el consumo de bebidas demasiado ácidas que deshacen el esmalte que protege al diente.

Estos desgastes son normales y provocados por el uso durante tantos años, siempre y cuando, no sean demasiado extensos o profundos como para generar problemas para masticar o dolor al hacerlo.



Todos estos cambios aumentan de manera importante la probabilidad de sufrir algún tipo de lesión o enfermedad en la boca. Por lo que resulta suma importancia tener mayores cuidados para preservar su salud.

¿Por qué debo cuidar mi boca?

La respuesta es simple: la cavidad oral es un sistema biológico compuesto de numerosos tejidos y órganos diferentes que, al igual que el resto del organismo, sufre de infecciones, y diferentes trastornos. Las infecciones orales no solo se deben a la disminución de las defensas, sino también a una

creciente capacidad de los diferentes microorganismos para causar una enfermedad.

La salud bucodental es un componente de la salud general del hombre, y participa en funciones muy importantes como:

- **La alimentación**, permite una adecuada masticación y por lo tanto una mejor nutrición.
- **La comunicación**, permite relacionarnos por medio de la palabra y los gestos.
- **La estética**, es componente indispensable de un rostro armónico.

Prevenición y autocuidado

En un sentido amplio, prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión.

En odontología, la falta de prevención provoca más restauraciones, (amalgamas y resinas) tratamientos periodontales, extracciones y el uso de prótesis.

Dentro de la prevención el autocuidado de la salud bucodental juega un papel muy importante, ya que gracias a él, usted mismo **puede prevenir un sinfín de alteraciones y enfermedades**, y en caso de que estas se presenten poder identificarlas a tiempo para así poder acudir con personal médico que le podrá dar un tratamiento oportuno.

“El tratamiento oportuno, garantizara una mejor recuperación así como un gasto menor para poder lógrala

A continuación se mostraran a detalle estas enfermedades y las alteraciones más frecuentes de la boca, las cosas que lo provocan, y como evitar que pasen.

Caries dental

La caries dental es una desmineralización o destrucción de la superficie del diente causada por bacterias que se adhieren a su superficie. Estas bacterias producen ácidos, los cuales son los que propician su destrucción. Es una de las enfermedades más antiguas de la humanidad. Constituye una de las causas principales de la perdida dentaria, además de predisponer a otro tipo de enfermedades

La prevención de esta es de suma importancia debido a las siguientes razones:

- Es una de las enfermedades crónicas que más afecta a la humanidad.
- Su tratamiento es costoso e implica pérdida de tiempo.
- En grados avanzados produce dolor muy intenso.
- El mantener los dientes sanos es indispensable para una buena masticación y, por consiguiente, para una buena digestión. La caries puede dificultar la masticación.
- La pérdida de los dientes puede afectar la fonación.
- Altera la sonrisa y el aspecto del rostro.
- Puede provocar enfermedades a nivel general como endocarditis (enfermedad del corazón).

¿Por qué se desarrolla la caries?

La caries se desarrolla principalmente por el acumulo de placa (alimentos) en los dientes o en las prótesis dentales, dentro de esta placa las bacterias crecen y se multiplican. Si esta placa y restos de alimentos no se quitan o se limpian, los ácidos de las bacterias causaran la enfermedad.

El no lavar los dientes o las prótesis dentales favorecen su desarrollo, así como también el comer alimentos que contengan mucha azúcar.

Todos las prótesis y restauraciones como almágnas resinas coronas y puentes deben de estar en buen estado, ya que las restauraciones rotas o mal ajustadas ayudan a que la comida se acumule en zonas difíciles de limpiar.

¿En qué partes del diente se puede dar la caries?

La caries se puede dar en cualquier diente y en cualquier parte de ellos. Desde la corona o la parte que se ve del diente, hasta la raíz. La caries normalmente aparece como una mancha blanca en el diente que si no se limpia bien segura destruyendo el diente hacia adentro y se puede ver como una mancha color café desde claro hasta muy oscuro.

En esta edad las caries en las raíces de los dientes es muy frecuente esto porque por el paso de los años y alguna veces por desatención, las raíces se descubren quedando expuestas. **La raíz del diente no está hecha para estar descubierta y por lo tanto es más vulnerable.**

La caries en la raíz se puede ver como una mancha de color café o negro.

La caries puede avanzar de diferentes maneras y a diferentes velocidades destruyendo la totalidad de los dientes y son junto con la periodontitis (véase más adelante), la principal responsable de su pérdida.



Caries en la corona del diente



Caries en la raíz



Usted puede prevenir la caries”

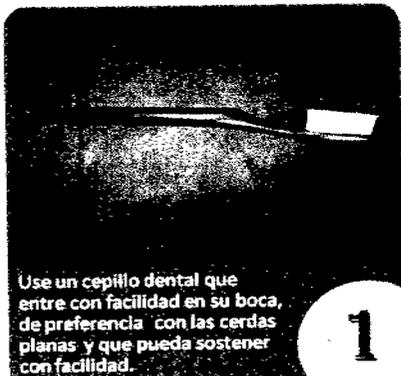
“La forma más efectiva para evitar tener caries es el cepillado dental constante”. También es importante el evitar comer cosas muy azucaradas o chicosas que se puedan pegar a los dientes o a las prótesis.

Además de lavar sus dientes el lavado de sus prótesis es de suma importancia ya que los ganchos de estas también acumulan comida que afectara a los dientes a la hora de colocársela.

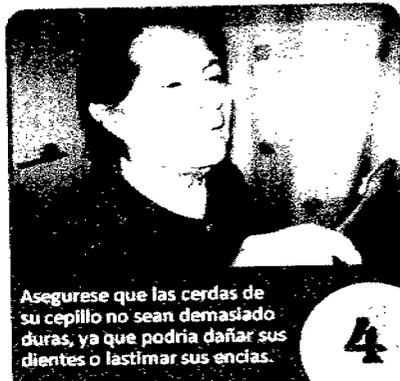
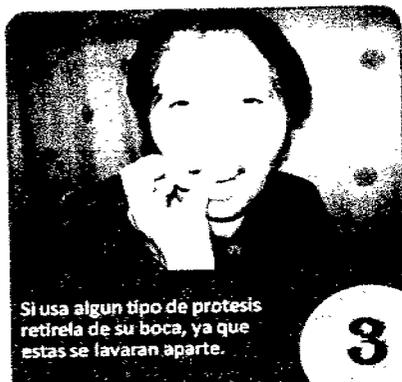
Si tiene dientes con la raíz expuesta el riesgo es mayor, por eso cepíllelas de la misma manera que los demás dientes sin olvidar cepillar ninguna parte.

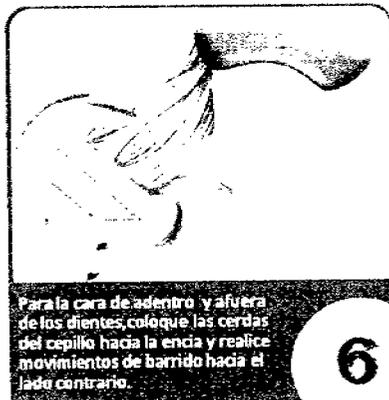
Aprenda a detectar estas lesiones y acuda a su dentista de confianza en caso de detectar alguna de ellas.

Cepillado dental

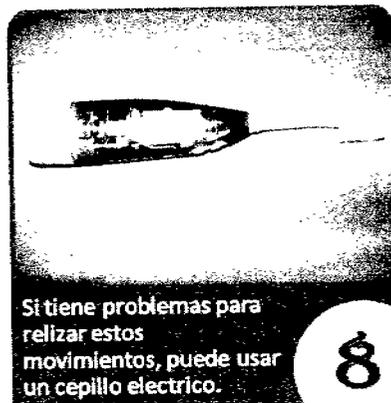
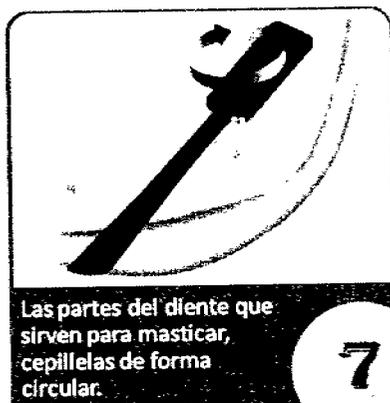


Lo ideal es que se realice el cepillado después de cada comida, aunque se recomienda que el cepillado más minucioso lo realice por la noche antes dormir.





No cepille demasiado fuerte, recuerde que la buena limpieza dependerá de no olvidar ninguna zona y del número de veces que pase por ella las cerdas del cepillo, no de la fuerza con lo que lo realice.





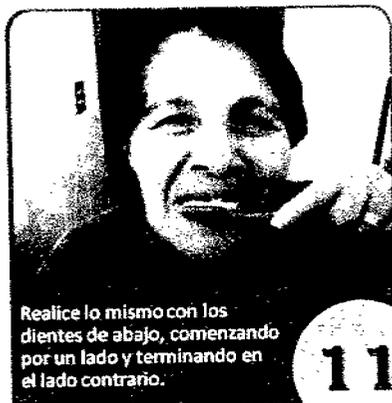
Comience a cepillar las muelas de arriba de un lado y avance por todos los dientes hasta las muelas del lado contrario.

9



Cepille todas las caras del diente, las de adentro, afuera y las partes con las que mastica o muerde.

10



Realice lo mismo con los dientes de abajo, comenzando por un lado y terminando en el lado contrario.

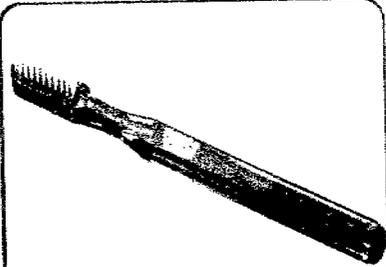
11



Cepille su lengua con movimientos de barrido de atrás hacia adelante.

12

Debe de repetir por lo menos 10 veces el movimiento de barrido o cepillado por cada zona de dientes que este limpiando.



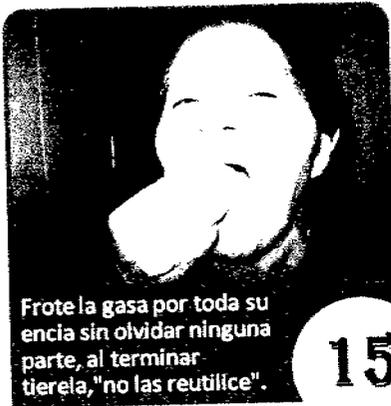
Si tiene lugares sin
dientes talle la encia
con un cepillo de
cerdas suaves.

13



Tambien puede utilizar
una gasa humedecida
con agua.

14



Frote la gasa por toda su
encia sin olvidar ninguna
parte, al terminar
tírela, "no las reutilice".

15



Enjuaguese y enjuague
su cepillo, límpielo bien y
dejelo secar.

16

Al terminar el cepillado véase en un espejo y verifique la limpieza de sus
dientes si nota lugares sucios repita el procedimiento.

Mis encías sanas

Las encías al igual que los dientes también sufren o adolecen de diferentes enfermedades, las cuales hacen que los dientes se pierdan.

Dentro de estas enfermedades podemos encontrar a los problemas periodontales estas son enfermedades de origen infeccioso que afectan a las estructuras que soportan al diente.

Las dos enfermedades más comunes son la gingivitis y la periodontitis.

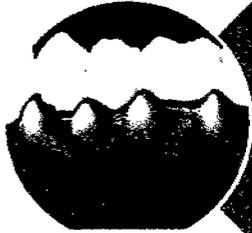
Gingivitis

La gingivitis es la primera fase de la enfermedad periodontal **su comienzo se da cuando la placa bacteriana se adhiere a las encías.**

Si no hay una correcta limpieza, y esta no se elimina el ácido que forman las bacterias comienza a inflamarse el tejido. **Las encías cambian del color rosado al rojo intenso y la superficie se torna abombada, lisa y brillante, rodeando los cuellos de los dientes.**

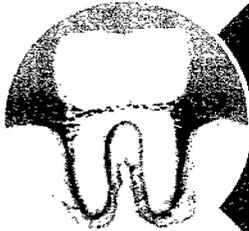
Periodontitis

Si la inflamación progresa ya no solo inflamara y destruirá la encía, sino que también afectara los tejidos que soportan al diente (el hueso y el ligamento que lo soporta). A esta destrucción se le conoce como periodontitis y lleva a la caída de la pieza dentaria. Es una enfermedad que se desarrolla lentamente y muchas veces si damos cuenta, si se presta atención es posible detectarla a tiempo.



Gingivitis

- El margen de la encía se encuentra inflamado.
- La encía se ve de color rojo y puede haber sangrado.



Perodontitis

- Cusa una pérdida del hueso y la encía que rodea al diente.
- La pérdida de estos le quita soporte al diente y hace que se caiga.

Por que se desarrollan estas enfermedades

Intervienen todos los factores que irriten a las encías y soporte del diente como la placa dentobacteriana, caries dentales, amalgamas o puentes rotos o metidos dentro de la encía y mala posición de los dientes que dificulta su limpieza.

Como saber si tiene problemas periodontales

Si usted sufre de de sangrados repetidos de la encía, inflamación en ella enrojecimiento, mal olor bucal, movilidad dental, dolor, así como una encía retraída que hace que se vea la raíz es probable que padezca alguna de estas enfermedades.

En caso de detectar de estos cambios debe acudir a su dentista que la dará el tratamiento adecuado más conveniente para usted.

Como prevenirla

Las enfermedades periodontales junto con la caries son las principales causas por la que se pierden los dientes.

“Usted debe de saber que envejecer no involucra el perder sus dientes, puede mantenerlos durante toda su vida”

Como vimos antes la causa de estas enfermedades es la presencia de placa bacteriana, por lo que prevenirla es muy simple, **solamente debe tener buena higiene bucal, asegurándose de limpiar minuciosamente toda su boca y sus aparatos removibles.**

Recambie sus restauraciones defectuosas y trate las caries que pudiera tener presentes.

Si tiene sarro en los dientes es importante la eliminación de este por parte de un profesional ya que esto evitara que la comida se acumule en ese lugar y genere la enfermedad.

Siga las indicaciones de cepillado dental y revise sus encías constantemente para ver se presentan algún cambio.

Los cuidados de la Prótesis dental

Importancia de la rehabilitación protésica.

Los objetivos básicos de la rehabilitación protésica es la recuperación de la función, mejorar el aspecto facial y la conservación de su salud.

La masticación con el uso de estas le permite tener una alimentación adecuada.

Cuidado al usar sus dentaduras!!!!

Las prótesis al actuar mecánicamente sobre los tejidos, pueden dan lugar a diversos cambios sobre la parte donde se apoyan.

Estos pueden ir desde cambio insignificantes en la encía hasta problemas en verdad severos. Dentro de las cuales podemos encontrar úlceras, inflamaciones de la encía, e infecciones.

Como prevenir estas alteraciones

- Evite el uso de prótesis que produzcan dolor o irritación al usarlas.
- Descontinúe el uso de prótesis qué tengan más de 5 años con usted.
- Lave diariamente sus prótesis asegurándose de eliminar todos los restos de alimentos.

- Nunca duerma con sus prótesis o dentaduras puestas. Ya que los tejidos también necesitan de descanso para poder recuperarse de la carga de todo el día.
- Además de lavar sus prótesis lave sus encías y los dientes que le quedan.
- Acuda con el dentista por lo menos una vez por año para revisar las condiciones de su prótesis y de su boca.

Como mantener limpias sus dentaduras

El uso de una prótesis total o parcial presenta una gran ventaja de mantener la boca en grado de higiene superior a la de los individuos dentados ya que la higiene es mucho más sencilla. La limpieza de las dentaduras se debe realizar después de cada comida pudiéndose poner debajo del chorro de agua para quitarle los restos de alimentos y por lo menos una vez al día hacerlo de la siguiente forma:



Ponga una toalla en el lava manos y agregue agua para acojinar y proteger la dentadura y no se quiebre en caso de que se le calga.

1



Quítese la dentadura o dentaduras completas o parciales.

2



Enjuagar completamente a chorro de agua para quitar los restos de alimento.

3



Un cepillo para dentadura postiza es el mejor para la limpieza de su dentadura.

4

No utilice agua muy caliente, su dentadura puede cambiar de forma y con el tiempo podría no quedarle.



Sostenga firmemente su dentadura ya que durante la limpieza estará muy resbalosa.

5



Talle toda la dentadura en todas sus partes.

6



No olvide cepillar la parte de adentro "Es donde se acumula mas comida"

7



Si esta utilizando el cepillo para protesis use la parte pequeña para tallar zonas dificiles como ganchos o zonas estrechas.

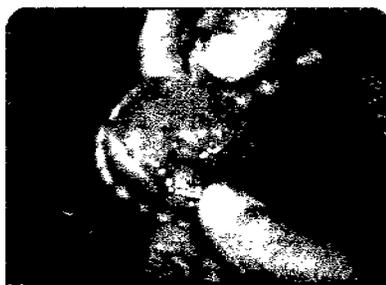
8

Para las partes estrechas o ganchos puede utilizar también un cepillo de dientes normal pero que sea pequeño.



Al terminar enjuague con abundante agua.

9



Quite todo el jabon antes de ponerlas nuevamente o se le podrían irritar las encias.

10



Enjuague el cepillo y dejelo secar hasta la proxima vez que lo utilice.

11



Si ya no las ocupa coloquelas en agua para evitar que se resequen.

12

Evite el uso de cloro ya que podría dañar su dentadura haciendo que cambie de color u oxidándola si es que tiene partes de metal.

Auto exploración en busca de lesiones bucales

La detección temprana de lesiones y un tratamiento a tiempo pueden salvar muchas vidas. A pesar de que el cáncer no es muy frecuente, la prevención es muy importante.

Esta es la razón por la cual resulta vital la autoexploración bucal y el examen con personal médico que posee los conocimientos suficientes en cuanto a las características y síntomas de dichas lesiones, permitiendo diagnosticarlas en sus estadios iniciales, y así indicar un tratamiento adecuado que garantice la prolongación de la vida.

Señales de alarma

Existen una serie de lesiones que pueden ser precursoras del cáncer oral, por ello es importante localizarlas a tiempo:

- ▲ Manchas blancas, rojas, o cafés que no desaparecen por sí mismas en dos semanas.
- ▲ Úlceras o heridas sin causa aparente que no cicatricen en dos semanas.
- ▲ Hemorragias de origen incierto.
- ▲ Engrosamientos, endurecimientos, hinchazón.
- ▲ Dolor de oídos, de mandíbula o de lengua.
- ▲ Sensaciones de adormecimiento u hormigueo, pérdida de la sensibilidad.
- ▲ Sensación de que algo queda atrapado en la boca.
- ▲ Dificultad al masticar o tragar.
- ▲ Sensación de que la lengua se pone rígida o difícil de controlar.
- ▲ Sensación de que las prótesis, antes adaptadas, ahora encajan mal o resultan incómodas.
- ▲ Enronquecimiento de la voz.

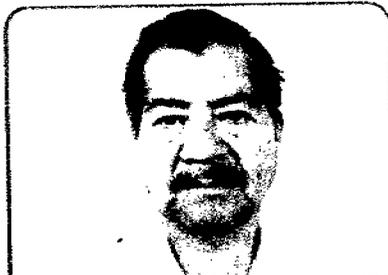
Si estos problemas no desaparecen en dos semanas, debe acudir a su odontólogo quien lo valorara y le dará un diagnóstico adecuado.

Explórese usted mismo



Cloquese enfrente de un espejo. Siempre en un lugar con buena luz.

1



Mire su cara y busque cambios de color en su piel que no sean normales. Vea la simetría y detecte abultamientos.

2



Toque ambos lados de su rostro. Busque zonas duras que molesten al presionarlas.

3



Toque los lados del cuello. Busque bultos y zonas dolorosas o sensibles.

4



Debe tragar saliva y mover de un lado a otro su traquea. Observe que se mueva libremente.

5



Observe la parte de adentro de sus labios, toquelos y busque partes duras o que molesten, así como úlceras que tengan más de 8 días sin sanar.

6

Si tiene algún tipo de prótesis, al realizar el examen de su boca debe retirarlas para ver las zonas donde se recargan.



Observe sus mejillas por dentro. Busque cambios de color, tamaño y zonas ulceradas o dolorosas.

7



Observe su paladar. busque cambios de color, abultamientos o lugares ulcerados. puede usar un espejo pequeño para ver mejor.

8



Observe su encla. Busque cambios de color y forma. detecte zonas ulceradas con mas de 3 días sin sanar.

9



Observe su lengua, busque aumentos en el tamaño, que los dos lados sean iguales, partes rojas o blancas.

10



Toque su lengua por las orillas y luego al centro. busque lugares duros o que duelan al apretar.

11



Por ultimo, observe debajo de su lengua. Busque aumentos de tamaño y cambios de color.

12

Realice esta exploración 2 veces por año. En caso de detectar alguno de los cambios mencionados o detectar alguna anomalía, no se auto diagnostique y acuda con personal médico que le dará un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado.

Importante:

Realizando un cepillado constante y revisando su boca y todas sus estructuras periódicamente usted podrá evitar muchas de las alteraciones que se han mencionado anteriormente.

Siga todas las indicaciones y pregunte a su dentista si se le dificulta comprender alguna de ellas. Si no pudiera realizar alguna de las instrucciones pida ayuda a alguna persona de confianza para que lo asista.

No olvide visitar a su dentista regularmente y no solo en la presencia de alguna alteración, recuerde que la prevención es la mejor manera de prevenir la enfermedad y de esta manera elevar su calidad de vida.

6. CONCLUSIONES

- Los cambios fisiológicos generados por el envejecimiento son muy variados y dependientes de cada sujeto en particular. La manera en que estos afectan la calidad de vida del individuo dependerá de la cronicidad y la atención médica para su corrección.
- Para el dentista, resulta de vital importancia conocer estos cambios y las alteraciones que estos producen en la cavidad bucal, así como aprender a diferenciar los cambios enteramente normales de los que no los son. El diferenciar y reconocer estas alteraciones no solo permitirá un mejor tratamiento sino que el encargado de la salud será capaz de guiar y orientar al paciente adulto hacia el mantenimiento de su propia salud.
- El autocuidado bucodental es una de las medidas preventivas más efectivas en la lucha en contra del deterioro de la salud. Realizarlo adecuada y regularmente garantiza una disminución significativa de las alteraciones que comúnmente aquejan a este grupo poblacional. Si bien es cierto que algunas de estas alteraciones son el acumulo de desatención o descuido durante años, proporcionar el conocimiento adecuado ayudará a disminuir la progresión del problema. Evitando estas alteraciones se logrará en medida de lo posible un aumento en la calidad de vida y una mejor expectativa de la misma.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Internet: <http://www.uned.es/master-gerontologia/MasterUniversitario/GuiaMasterGerontologia.doc>.
2. Ozawa J. Estomatología geriátrica 1ª ed. México: Editorial Trillas 1994.
3. Langarica R. Gerontología y geriátrica 1ª ed. México: Editorial Interamericana 1990.
4. Salgado A. Manual de geriatría 1ª ed. México: Editorial Salvat 1994.
5. Jiménez J., Esquivel R., González A., La percepción de la salud bucal como medida de la calidad de vida de los ancianos. Revista de la Asociación Dental Mexicana 2003; 60 (1): 19-24.
6. Lozano A. Introducción a la gerontología, Revista de la Facultad de Medicina UNAM. 2008; 51(2): 63- 64.
7. Berenguer M. La salud bucodental en la tercera edad, Madisan. 1999; 3(4): 53- 56.
8. Nicola P. Geriatría 1ª ed. México: Editorial manual moderno 1985.
9. Saes R., Cambios bucales en el adulto mayor. Rev. Cubana Estomatología. 2007; 44(4): 16-27.
10. Villagordoa J., Definición de envejecimiento y síndrome de fragilidad, características epidemiológicas del envejecimiento en México. Revista de Endocrinología y Nutrición.2007; 15 (1)1: 27-31.

11. Ballesteros S. Programa modular en gerontología. hallado en : <http://scielo.sidcu/pdf/est/v44n4/est11407.pdf>
12. San Martín C., Villanueva J., Cambios sistémicos en el paciente adulto mayor. *Revista dental de Chile*. 2002; 83 (2): 11-13.
13. Norman O. Odontología preventiva primaria 2ª ed. México: Editorial Manual Moderno 2005.
14. Borges A., Maupomé G., Martínez M., Cervantez L., Gutiérrez L., Relación entre el estado bucal y el consumo de alimentos energéticos y nutrientes en ancianos en tres localidades de México. *Rev. de Nutrición Clínica*. 2003; 6(1) : 9-10
15. UNIVALLE Salud oral y enfermedad sistémica en la 3ª edad. Hallado en: http://www.acgg.org.co/pdf/simposia/salud_oral_enf_sistemica.pdf
16. Molina L., Baldaza K., Gonzales R., Actividad Cariogénica y su Relación con el Flujo Salival y la Capacidad Amortiguadora de la Saliva. *Acta odontol. Venez.* 1999; 37 (3): 10-17.
17. Graham J. conservación y restauración de la estructura dental 1ª ed. España: Editorial Harcourt 1999.
18. Llana C. La saliva en el mantenimiento de la salud oral y como ayuda en el diagnóstico de algunas patologías. *Med. Oral Patol Oral Cir. Bucal*. 2006: 449-55.

19. Díaz L., Gay O., Odontología de calidad para los Pacientes ancianos. Revista de la Asociación Dental Mexicana. 2005; 62(1): 36-39.
20. Jiménez J. Aspectos clínicos y tratamiento de la xerostomía. Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello. 2005; 33 (1): 14 - 20.
21. Sharry J. Prótesis de dentadura completa: serie III. Vol 24. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1990.
22. Arroyo G. Salud mundial, análisis y perspectivas, SSA Rev. Enferm. IMSS 2001; 9 (1): 41-48.
23. Gluck G., Geriatric Dental Health 1a ed. Mexico: Editorial Mosby. 1993.
24. Biceno M., Bravo M., Bravo U., Evaluación de la satisfacción de los adultos mayores en relación al uso de sobredentaduras mandibulares retenidas por implantes dentales intermentonianos. *OD*. 2007; 4, (2): 149-158.
25. Sáez R., Carmona M., Jiménez Z., Alfaro X., Cambios bucales en el adulto mayor. Rev. Cubana de Estomatología, 2007; 44(4): 12-17
26. Bradhey J., Radiological investigation into age changes interior dental artery. Brit Oral Surg. 1995; 13: 82-90.
27. Cuenca E. Odontología preventiva y comunitaria principios métodos y aplicaciones, 3ª ed. Barcelona: Editorial MASSON, 2005.

28. Duran L., Meneses L., Delgado C. Evaluación in vitro del efecto erosivo de tres bebidas carbonatadas sobre la superficie del esmalte dental. *Rev. Estomatol. Herediana*. 2007; 17 (2): 58-62.
29. Attin T., Wiegand A., Influencia de las medidas de higiene oral en el desarrollo de defectos erosivos en la sustancia dental dura. Publicación internacional de odontología. 2005; 18 : 419-429.
30. Berner E., Piñero J., Trastornos de la conducta alimentaria: signos clínicos en pacientes adolescentes con episodios de vómitos autoinducidos, *Arch. argent. Pediatr*. 2004; 102(6): 440-444.
31. Bristol M. Hipersensibilidad dentinaria consideraciones de practica general para su manejo exitoso. *International dental journal*, 2002; 5 (2): 367 – 375.
32. Carranza F. Periodontología clínica 8^a Ed. México: Editorial Mc Graw-Hill 2000.
33. Gonzalez A., Gonzalez J., Cáncer en el anciano, 2^a ed. España: Editorial Elsevier 2001.
34. García V., González M., Bascones A., Bases moleculares del cáncer oral: Revisión bibliográfica. *Av Odontoestomatol*. [periódico en la Internet]. 2005 Dic [citado 2008 Oct 05]; 21(6): 287-295. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852005000600002&lng=es&nrm=iso.
35. León E., Romero M., Ferrer I., Fatjó M., Pesquisaje de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal. *Rev. Cubana Med. Gen Integr*. 1996; 12(3): 216-221.

36. Faisal M. La educación como punto de partida de la prevención, Hallado en:
<http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2004/3-Medicina/M-036.pdf>
37. Espeso N., Mulet M., Muñoz L., Impacto Del proyecto de promotores de la salud bucodental para la tercera edad en Camaguey. Archivo Médico de Camagüey. 2006; 10 (6): 12-17.
38. Luengas M., Patricia L. Sánchez T. Salud bucal, un indicador sensible de las condiciones de salud. Hallado en:
<http://www.mex.opsoms.org/documentos/publicaciones/hacia/a03.pdf>
39. Promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades hallado en:
http://64.233.179.104/scholar?hl=es&lr=&q=cache:EHUkdp5Fg7EJ:www.sld.cu/galerias/doc/sitios/pdguanabo/capitulo_7_promocion_de_salud.doc+boca+y+salud
40. Higashida B., Odontología Preventiva 1ª ed. México: Editorial Mc Graw Hill 2004.
41. Jaramillo C., Monografía sobre caries radicular. Revista CES odontología. 1999; 12(1): 58 -66.
42. Mattos V., Melgar H., Rosa A. Riesgo de caries dental. *Rev. Estomatol. Herediana*. 2004; 14(1): 101-106.
43. Herbert F. Periodoncia 3ª ed. México: Editorial Masson 2005.
44. Acosta A. Fundamentos de ciencias básicas aplicadas a la odontología 1ª ed. México: Editorial Javeriana, 2006.

45. Cuenca E., Manau C., Serra L., Falgàs J., Taberner J., J. Batallab, Abellab X., Salleras L, Consejos para la prevención de las enfermedades bucodentales. *Medicina Clínica*. 1994; 102: 132-135.
46. González M., Toledo B., Nazco R., Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados. *Rev. Cubana Estomatol*. 2002; 39(3): 374-395.
47. Odalys V., Proenza C., Nisastágui Z., Rodríguez A., Diagnóstico educativo y diagnóstico periodontal. *Rev. Cubana Estomatol* 2002; 39(3): 7-12.
48. Poletto L., Kohli A., Hábitos alimentarios y experiencia de caries en adultos jóvenes en Rosario, Argentina. *ALAN*. [online]. dic. 2007, vol.57, no.4 [citado 08 Octubre 2008], p.381-386. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222007000400011&lng=es&nrm=iso>.
49. Promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades. Hallado en:
http://64.233.179.104/scholar?hl=es&lr=&q=cache:EHUkdp5Fg7EJ:www.sld.cu/galerias/doc/sitios/pdguanabo/capitulo_7_promocion_de_salud.doc+boca+y+salud!!!!
50. Heanue M, Deacon S., Deery C., Robinson G., Walmsley A., Whortington H., Shaw W., Cepillado manual versus cepillado eléctrico para la Salud Oral. *Cochrane review Issue 2*, 2008; 3: 4-8.
51. Department of Health NHS-England- PK Prodigy Knowledge. Prodigy Guidance-Paliative care oral problems. 2004

52. Delgado O., Echeverría J., Berini L., Escoda C., La Periodontitis como factor de riesgo en los pacientes con cardiopatía isquémica. *Medicina Oral*. 2004; 9 (2): 125-137.
53. Instituto Nacional sobre el Envejecimiento. El Cuidado de la Boca y los Dientes. Disponible en:
http://www.niapublications.org/agepages/PDFs/El_Cuidado_de_la_Boca_y_los_Dientes.pdf
54. Internet: <http://mipagina.cantv.net/grupovivas/tratamientos/protesis.htm>
55. Internet: <http://www.dentales.org/protesis.html>
56. Almeida D., Oliveira E., Martins E., Prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes. *Rev. Estomatol. Herediana*. 2007; 17 (2): 104-107.
57. Núñez L., Corona M., González E., Álvarez I., Necesidad de rehabilitación protésica en ancianos institucionalizados. *Rev. cubana de estomatología*. 2007; 44 (3): 12- 17.
58. Muluet M., Hidlgo S., Diaz S. Salud bucal en pacientes portadores de prótesis. *Etapa diagnostica Archivo Médico de Camagüey* 2006; 10 (5).
59. Ayuso R., Torrent J., López J., Estomatitis protésica: puesta al día. RCOE. [periódico en la Internet]. 2004 Dic. [citado 2008 Oct 10]; 9(6): 645-652. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000600004&lng=es&nrm=iso.
60. Corona M., Rey B., Arias Z., Nuñez L., Manual instructivo de instalación de prótesis totales. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est13407.htm

61. Mulet M., Reigada A., Espeso N., Salud Bucal en pacientes portadores de Pótesis. Impacto de una estrategia Educativa. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2006; 10(3).
62. Woodall I., Tratado de higiene dental Tomo no 2. 3ª ed. Barcelona: editorial Salvat 1992.
63. Benítez Y., El cáncer bucal una enfermedad común en nuestros pacientes. Disponible en:
- <http://64.233.179.104/scholar?hl=es&lr=&q=cache:jmmxeXzedIIJ:www.16deabrill.sld.cu/eventos/xviiforum/presenciales/Estomatologia%2520II/EI%2520cancer%2520bucal.doc+cancer+bucal+autoexploracion>
64. Santana J, Miranda J. Características Clínicas iniciales de los carcinomas de la boca. Rev. Cubana Estomatol 1982; 19(2): 78-110.