



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PERCEPCIÓN DE LA SALUD ORAL EN EL ADULTO
MAYOR.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

SHEYDA GIOVANNA PÉREZ GÓMEZ

TUTORA: Mtra. MIRIAM ORTEGA MALDONADO

MÉXICO, D.F.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



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.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
PROPÓSITO.....	7
OBJETIVO.....	7
CAPÍTULO I. EL ADULTO MAYOR.....	8
CAPÍTULO II. SALUD BUCODENTAL.....	14
CAPÍTULO III. ENFERMEDADES SISTÉMICAS DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA SALUD ORAL.....	19
3.1 Diabetes mellitus.....	21
3.1.2 Relación de la diabetes con la enfermedad periodontal.....	22
3.1.3 Relación con xerostomía, caries y pérdida dental.....	24
3.1.4 Candidiasis, estomatitis protésica, liquen plano y otras lesiones liquenoides.....	26
3.2 Hipertensión arterial.....	27
3.2.1 Manifestaciones orales.....	29
3.3 Osteoporosis.....	30
3.4 Artritis reumatoide.....	32
3.5 Lupus eritematoso y enfermedad de paget.....	34
3.6 Desórdenes neuropsiquiátricos.....	35



CAPÍTULO IV. CALIDAD DE VIDA.....	37
4.1 Instrumento o índice de medición para evaluar la calidad de vida.....	38
4.2 Percepción, calidad de vida y salud bucal.....	41
CONCLUSIONES.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47



AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Mireya Gómez Maldonado y Daniel Pérez Pérez, por siempre haberme brindado su apoyo, confianza, amor e infinita paciencia a lo largo de toda su vida y sobretodo en el trayecto más importante y difícil de la mía, mi carrera. Sin duda alguna, hacen falta palabras para poder expresar todo lo que por ustedes siento, ya que son las personas más importantes y amadas de mi vida.

A mi hermana, Karol Pérez Gómez, por estar siempre a mi lado, en los momentos buenos y malos.

A mis primos, por todas esas maravillosas aventuras vividas a lo largo de nuestras vidas y que atesoro con mucho cariño.

A toda mi familia, que siempre me ha demostrado su apoyo y amor.

A mi novio, Juan Carlos Simón Matías, por su amor, confianza, apoyo incondicional y por todos esos lindos momentos que hemos vivido.



INTRODUCCIÓN

La transición demográfica por la que atraviesa nuestro país, la cual está determinada por el descenso de la mortalidad y la fecundidad, está ocasionando un intenso cambio en la estructura poblacional que se refleja en el continuo y acelerado proceso de envejecimiento poblacional, cuyo transcurso apenas ha iniciado, pero irá ganando importancia dentro de las primeras décadas del siglo XXI.

De acuerdo con las proyecciones demográficas del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el 2020 en México habrá 14 millones de adultos mayores que representarán el 12.1% del total de habitantes.

Estos cambios demográficos traen consigo modificaciones en los patrones de las enfermedades, con incremento de las enfermedades sistémicas crónicas y nuevos retos para la ciencia y la investigación, concentrando su acción en extender la vida, sin deterioro en la calidad de la misma.

En nuestro país, las enfermedades infecciosas más frecuentes en niños y jóvenes están siendo objeto de intervención, por lo cual su incidencia se reduce; sin embargo, están siendo reemplazadas por enfermedades crónicas degenerativas que son propias de las personas mayores.

Las neoplasias malignas, la diabetes y otros desórdenes endócrinos, las alteraciones neuropsiquiátricas, afecciones en los órganos de los sentidos, desórdenes cardiovasculares, respiratorios, digestivos, musculoesqueléticos y las alteraciones orales, son las condiciones prevalentes en los países que ya han hecho su transición demográfica. Y estas manifestaciones tienen repercusiones en forma directa o indirecta sobre la salud oral de tal manera que su integridad puede verse comprometida.



La falta de claridad de los profesionales de la salud sobre las relaciones entre la salud oral y las enfermedades sistémicas crónicas generan dificultades a la hora de implementar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad creando barreras en los procesos de interconsulta y/o remisión.

Por lo que el objetivo de la presente revisión bibliográfica es identificar la relación entre las enfermedades sistémicas y la salud oral, así como también las repercusiones relacionadas con la calidad de vida del adulto mayor.



PROPOSITO:

El propósito del presente trabajo de investigación fue realizar una revisión bibliográfica que sirva de base para futuras investigaciones relacionadas con el adulto mayor, percepción de salud y mediciones de la calidad de vida relacionadas con la salud bucal.

OBJETIVO:

Realizar un análisis de la información relacionada con el adulto mayor, la percepción sobre su estado de salud y la utilidad clínica de los datos sobre calidad de vida relacionados con la salud bucal.



CAPÍTULO I

EL ADULTO MAYOR

Para definir a una persona como adulto mayor, es necesario abordarlo desde una perspectiva biopsicosocial o también llamada visión integral. Uno de los objetivos del Instituto para la Atención de las Persona Adultas Mayores es “Fomentar una cultura de la vejez y el envejecimiento, en la cual las personas adultas mayores se consideren y sean consideradas sujetos socialmente activos y en la que el envejecimiento sea vivido como un proceso normal, como parte del ciclo vital”^{1,2}.

Desde el punto de vista del Instituto para la Atención de las Personas Adultas Mayores, el envejecimiento es un proceso de cambios a través del tiempo, natural, gradual, continuo, irreversible y completo. Estos cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y la situación económica, de los grupos y las personas².

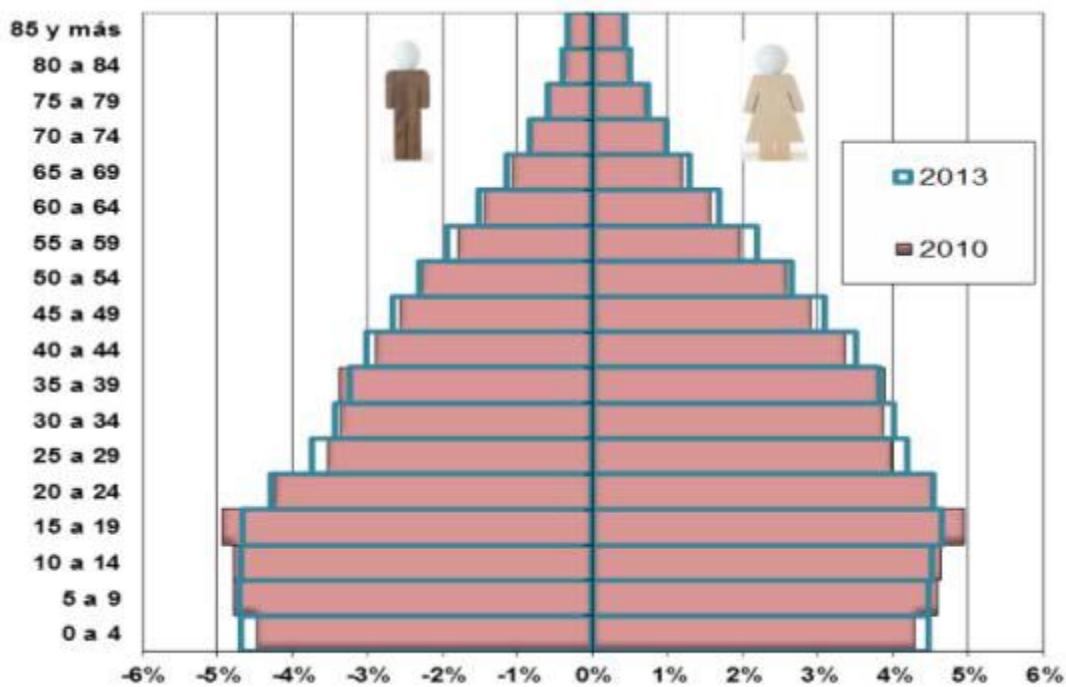
Cada persona envejece de manera diferente, dependiendo de sus características innatas, de las que adquiere a través de la experiencia y de las circunstancias a las que se haya enfrentado durante su vida.

El envejecer implica procesos de crecimiento y de deterioro. Las ciencias sociales y del comportamiento lo caracterizan como un proceso de desarrollo; no así la perspectiva biológica, que hace referencia a las pérdidas y deterioro de la última etapa de la vida².

La vejez es la última etapa de la vida y está relacionada con la edad, es decir, el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años³.

De acuerdo con las proyecciones de población en 2004 había cerca de 7.9 millones de adultos de más de 60 años, que representaban 7.5% del total de la población. Para 2010 habría 9.9 millones (8.9%), 15 millones en 2020 (12.5%) poco más de 22 millones en 2030 (17.5%) y se espera que para 2050 aumente a 36.5 millones (28%). De ahí que se estime para ese año que poco más de una de cada cuatro personas serán adultos de más de 60 años, representando para ese grupo de edad el mayor crecimiento demográfico¹.

Figura 1. Población 2010 y proyección de población 2013.



Fuente: Sec. Tec. del COESPO con base en Censo de Población 2010 y Proyecciones de Población, CONAPO 2010-2030.

Debido a los grandes cambios demográficos experimentados en México durante el siglo XX, la estructura por edad y sexo de la población está sufriendo cambios significativos; entre éstos destaca el inicio del proceso de



envejecimiento demográfico que se expresa como un incremento relativo y absoluto de la población en edades avanzadas y como consecuencia se manifiestan con mayor frecuencia las enfermedades crónico-degenerativas que caracterizan a la tercera edad, a lo que se denomina “transición epidemiológica”^{1,4}.

En México la esperanza de vida ha aumentado; principalmente por el avance de la medicina, con disminución de enfermedades, y mejoramiento de las condiciones higiénicas.

Según los indicadores sociodemográficos las mujeres viven en promedio más años que los hombres, al 2010 este indicador fue de 77 años para mujeres y 71 para los hombres, en 2013, permaneció casi igual para las mujeres, pero se ubicó en 72 años para los hombres^{1,4}.

Así mismo ha habido una evolución en los conceptos de “Salud”, reconociendo que tienen un amplio rango de componentes (biológicos, mentales, sociales y de calidad de vida); también ha evolucionado el concepto de salud bucal, el cual ha cambiado desde el nivel biológico, en que la cavidad bucal contribuye con la protección del cuerpo por medio de la masticación y deglución; hasta los niveles social y psicológico, donde contribuye con la autoestima, expresión, comunicación y estética facial^{4,5}.

Algunas edades de interés geriátrico según la OMS^{5,6}.

- Edad intermedia: abarca aproximadamente de los 45 a los 60 años y se denomina presenil, primer envejecimiento o crítica; aparecen los primeros signos de envejecimiento.
- Senectud gradual: periodo de los 60 a 70 años, se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada.

- Senilidad o vejez declarada: se inicia a los 70 años e incluye un sentido estricto al anciano, con una importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico, social y sobretodo de rehabilitación por los estados de minusvalidez provocados por enfermedades y su cronicidad.

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de la persona. Sin duda, los cambios que antes se ponen de manifiesto durante el envejecimiento son los cambios físicos que, en realidad, son una continuación de la declinación que comienza desde que se alcanza la madurez física^{4,6}. La razón por la que se considera a la persona mayor como “vulnerable” es porque su organismo tarda más tiempo en recuperarse de cualquier proceso que afecte a su normalidad⁶.



Fuente: codigosanluis.com (Envejecimiento)



Se presentan algunos cambios biológicos con la edad, relacionados con el envejecimiento, como se muestran en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Características de los cambios en sistemas sensoriales que se observan durante el envejecimiento.

SISTEMAS SENSORIALES	
VISIÓN	Disminución de la pupila, deterioro de la visión lejana, menor agudeza visual y dificultad para distinguir colores.
AUDICIÓN	Menor agudeza para las frecuencias altas, lo que dificulta oír voces femeninas.
GUSTO Y OLFATO	Disminuye la sensibilidad para distinguir sabores, pérdida de capacidad para distinguir los olores de los alimentos.
TACTO	Aparición de arrugas, manchas, flacidez y sequedad, debido a la disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular.

Fuente: McGraw-Hill. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. 2010.



Tabla 2. Características de los cambios musculoesqueléticos y fisiológicos que se observan durante el envejecimiento.

CAMBIOS MUSCULOESQUELÉTICOS
Se produce pérdida de fuerza, cambio en la figura corporal y disminución del peso.
También se reduce la mineralización ósea (sobre todo en las mujeres debido a los cambios hormonales).
La marcha se hace lenta e insegura (uso del bastón).
Las articulaciones se desgastan y se vuelven más rígidas (esto provoca reducción de la estatura y encorvamiento).

CAMBIOS FISIOLÓGICOS
El corazón pierde eficacia, bombea menos sangre y aumenta de tamaño.
Los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad. Aumenta la presión arterial.
Menor capacidad respiratoria de reserva y de recuperación cuando se exigen esfuerzos.
Disminuye la función renal y la capacidad de la vejiga. Aparece incontinencia.
El proceso digestivo se enlentece en todos sus tramos.
Dificultad en la masticación y, a veces, en la deglución. Menos salivación.
También reducen su eficacia los sistemas endocrino (baja la producción de hormonas), nervioso (más lentitud en las respuestas y en los procesos cognitivos) e inmunológico (crece la susceptibilidad a los procesos infecciosos).

Fuente: McGraw-Hill. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. 2010.



CAPÍTULO II

SALUD BUCODENTAL

El concepto de salud bucal ha evolucionado, el cual ha cambiado desde el nivel biológico, en que la cavidad bucal contribuye con la protección del cuerpo por medio de la masticación y deglución; hasta los niveles social y psicológico, donde contribuye con la autoestima, expresión, comunicación y estética facial. La salud bucal también se ha definido como “dentición funcional y confortable que permite a los individuos continuar con el rol social deseado”, enfatizando que es un componente integral de la salud, por lo que se entiende que cuando la salud bucal está comprometida, la salud general y la calidad de vida pueden disminuir⁷.

La salud oral es un elemento importante de la salud general y la calidad de vida de los individuos. La masticación, la deglución y la fonación son funciones de la cavidad bucal; la boca participa como parte del sistema de protección del cuerpo, al masticar fragmenta los alimentos y los mezcla con la saliva, la saliva contiene enzimas (lipasa lingual, amilasa-alfa, mucinas) sustancias que facilitan la deglución para dar inicio con el proceso de digestión de los alimentos, fragmentando los ácidos grasos⁸.

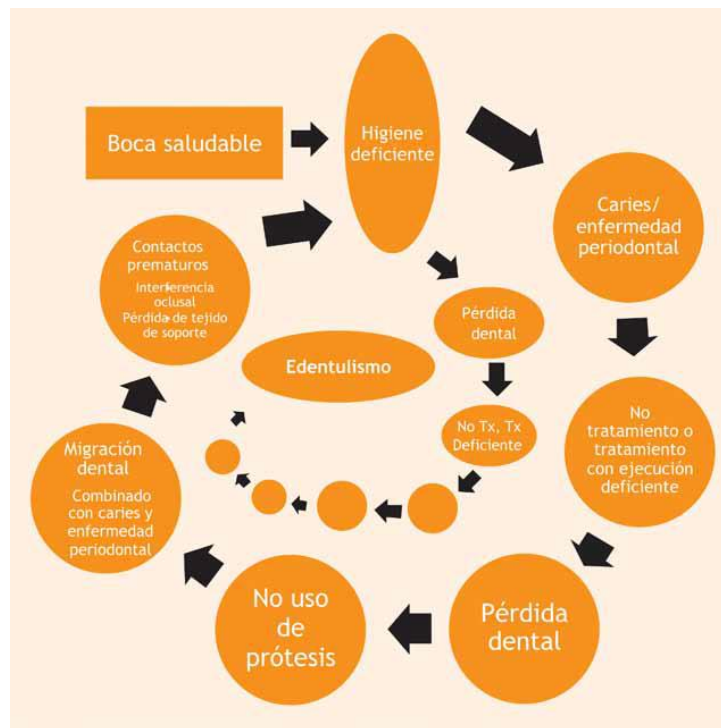
La cavidad bucal permite realizar funciones como hablar, sonreír, masticar, de tal manera que las alteraciones de la boca pueden limitar el desempeño de actividades cotidianas como la asistencia escolar y laboral con la consecuente pérdida de horas anuales, lo que puede afectar la calidad de vida de las personas⁹.

Asimismo, algunas condiciones de salud sistémicas tienen manifestaciones bucales y viceversa, algunas manifestaciones bucales desencadenan condiciones sistémicas. Por ello, se menciona que la salud bucal deficiente

de los adultos mayores generalmente está acompañada por una mala salud general⁹.

En la actualidad existen personas que consideran que el edentulismo es consecuencia natural del envejecimiento, sin embargo, si bien es cierto que el envejecimiento es una acumulación de experiencias de todo tipo, incluyendo las de la salud, también lo es, que la pérdida dental es el reflejo no del envejecimiento sino de un proceso infeccioso no atendido o atendido de forma deficiente aunado a una falta de higiene oral. A lo que Locker propuso como la espiral del deterioro, en la que cada giro aumenta el grado de complejidad de los problemas que se presentan y que sólo se han de interrumpir con la modificación de hábitos de higiene y la intervención terapéutica de un profesional (Figura 2)¹⁰.

Figura 2. Modelo de salud propuesto por Locker, 1988.



Fuente: Castrejón R. Salud Bucal en los adultos mayores y su impacto en la calidad de vida.

Instituto de Geriátria.



Con relación a la salud bucal de los adultos mayores en México, información previa reporta que existen problemas severos de edentulismo, caries coronal y caries radicular. Dos estudios transversales en México realizados en 1999 por Borges e Irigoyen en población abierta reportaron una prevalencia de edentulismo similar (26.8% y 23.6% respectivamente) y una media del CPOD de 16.5 y 16.3, respectivamente; en ambos estudios el principal componente del CPOD fue el perdido. Cifras que difieren con la población escolar, donde el principal componente es el cariado y este resultado sólo sostiene lo que se menciona renglones arriba donde el envejecimiento es la acumulación de experiencias y entre ellas la salud oral^{11,12}.

Por otra parte, en el estudio realizado por Borges, la prevalencia de caries radicular fue de 40.2% y en promedio había 2.7 superficies afectadas por caries; mientras que, en el estudio realizado por Irigoyen 50% de la población presentaba bolsas periodontales^{11,12}.

La información más reciente respecto a caries dental en adultos mayores en México, es referida por Borges y colaboradores en 2004, en la que reporta en un estudio realizado en tres áreas geográficas una prevalencia de edentulismo de 19%, siendo menor entre los adultos mayores de la zona rural. Cuatro años más tarde (2008), en una encuesta realizada en una población representativa de adultos mayores de 70 años en una Delegación de la Ciudad de México, encontró una prevalencia de edentulismo de 21%. Encontrando que 22.4% de las personas tenían de 1 a 9 dientes presentes en boca, 28% de 10 a 19 y 28% 20 a 32^{13,14}.

La pérdida dental no es sólo un problema de cifras elevadas o falta de estética en el individuo, las consecuencias de la pérdida dental derivan en cambios del estado de la cavidad bucal que pueden afectar la dieta de las personas, en éste caso, adultos mayores, modificando la selección de los alimentos y su peso. Y si a esto le adicionamos la medicación por alguna



enfermedad crónica, se puede modificar a su vez, la absorción de vitaminas y minerales esenciales para la salud¹⁵.

Respecto a la enfermedad periodontal, ésta en los adultos mayores es una condición frecuente que afecta los tejidos que componen el soporte dental, como es la encía, el cemento, el ligamento periodontal y el hueso alveolar. La enfermedad periodontal se ha asociado con enfermedad cardiovascular, descontrol metabólico de la diabetes mellitus, retraso en la cicatrización de heridas bucales y neumonía por aspiración, es por ello la importancia de su detección y tratamiento oportuno. Los objetivos primarios del tratamiento son reducir y eliminar la inflamación resultante y detener la progresión de la enfermedad¹⁶.

En 2006, Borges realizó un estudio en la Ciudad de México dirigido a adultos mayores de tres localidades y con un promedio de edad de 73 años, en el que encontró una prevalencia de periodontitis moderada y severa de 73% en la zona urbana marginal, 57% en la zona urbana media y 29% en zona rural. Los resultados indicaron mayor riesgo en aquellos de localidad urbana marginal, con hipertensión arterial, obesidad y presencia de cálculo subgingival¹⁷.

Existe evidencia de una relación directa entre la enfermedad periodontal y los problemas cardiovasculares y respiratorios quizá por el deterioro de los tejidos de soporte y la movilidad dental que ocasionan halitosis, multiplicación de bacterias y el establecimiento de infecciones crónicas, sin embargo, la evidencia actual es menos convincente debido a la falta de consistencia de los estudios¹⁷.

Asimismo, se ha asociado a la enfermedad periodontal con la presencia de diabetes y ésta a su vez con la presencia de xerostomía. La xerostomía es una disminución del flujo salival y como consecuencia incrementa el riesgo de desarrollar caries dental, dificulta la articulación de palabras, puede

causar dificultades para saborear, masticar, tragar y hablar, favorece la irritación traumática de la mucosa bucal por el uso de prótesis e interviene en la selección de alimentos ocasionando problemas en la nutrición¹⁸.

La salud bucal y la nutrición tienen una relación sinérgica bidireccional. Las infecciones bucales, así como las enfermedades sistémicas con manifestaciones bucofaríngeas, tienen un impacto en las habilidades para comer y deglutir, por lo que incide directamente en la dieta y el estado de nutrición. Por ejemplo, la caries y la enfermedad periodontal pueden deberse a una mala nutrición y viceversa, la enfermedad periodontal a nivel local altera las propiedades químicas de la saliva¹⁹.

En diversos países y en diferentes años se han realizado investigaciones con la finalidad de asociar el estado de salud oral con el estado de salud general y la explicación comienza con la modificación en la selección de los alimentos principalmente por problemas en la capacidad masticatoria. De manera similar, se ha buscado asociación entre la enfermedad periodontal, la diabetes y problemas cardíacos²⁰.



Fuente: La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos. Rev. ADM. 2003; 02. (E. periodontal)



CAPÍTULO III

ENFERMEDADES SISTÉMICAS DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA SALUD ORAL

Cuando se hace mención a las enfermedades que pueden afectar al adulto mayor, suelen venir a la mente una serie de sistemas que pueden estar comprometidos. Es así como casi en forma automática, se recuerdan el sistema cardiovascular, músculo esquelético y genitourinario entre otros, olvidando comúnmente uno, que en cualquiera de sus estructuras puede comprometer en diversos grados la salud oral del adulto mayor: el sistema estomatognático²¹.

El sistema estomatognático está definido como un grupo de órganos que participan en importantes funciones como son la masticación, deglución y fonación. Probablemente debido a su pequeña extensión y a que con poca frecuencia puede llegar a comprometer la vida del paciente, es relegado a un segundo plano y hasta omitido en algunos casos del examen rutinario²¹.

A pesar de que la salud oral del paciente adulto mayor está determinada por diversos factores tanto propios como ambientales, es un útil indicador de los cuidados odontológicos recibidos por el paciente durante toda su vida. Al respecto, hoy se sabe que en un alto porcentaje, la población geriátrica presenta condiciones de salud oral bastante precarias, reflejadas en el hecho de que la condición de mayor prevalencia es la ausencia de todos los dientes o edentulismo total²².

La patología que es posible encontrar en la boca del adulto mayor es variada, pero claramente existen cuadros más frecuentes, que debieran orientar en cuanto al énfasis preventivo y al tratamiento de elección. Como



todo sistema, éste puede presentar alteraciones de orden degenerativo, patología tumoral, traumatismos y enfermedades de origen infeccioso. Dentro de estas últimas, existen dos que merecen especial análisis por constituir ambas problemas de salud pública; la caries y la enfermedad periodontal²².

Es esencial entender que aparte de todos aquellos factores que convierten a cualquier paciente en un individuo propenso a sufrir alteraciones de la salud oral, existen en el paciente geriátrico una serie de características que aumentan este riesgo y que con frecuencia dificultan que todas las medidas preventivas y terapéuticas disponibles puedan llevarse a cabo en forma ideal. Este hecho evidentemente puede alterar el curso de una enfermedad, prolongando su duración o empeorando el pronóstico, posibilidad que debe ser conocida por el paciente²³.

Las enfermedades de base que debemos considerar por su directa o indirecta relación en la salud oral son la **diabetes, hipertensión, osteoporosis, enfermedades hematológicas y coagulopatías, alteraciones hepáticas, insuficiencia renal, alteraciones visuales y motoras, alteraciones nutricionales, alteraciones de origen mental y cuadros que provoquen algún grado de inmunosupresión**²⁴.

Cuando un paciente presenta alguna de estas patologías, es primordial que el cirujano dentista determine si el paciente está en tratamiento y si el cuadro se encuentra estabilizado, antes de ejecutar cualquier maniobra odontológica, por sencilla que ésta pueda ser. Si las circunstancias lo ameritan, el paciente debe ser remitido al médico tratante para su evaluación, aunque ello implique la postergación del tratamiento dental.



3.1 Diabetes Mellitus

La diabetes es causada por un problema en la forma como el cuerpo produce o utiliza la insulina. La insulina es necesaria para mover la glucosa hasta las células, donde ésta se almacena y se usa posteriormente como fuente de energía²⁵.

Puede haber una resistencia a la insulina o una producción insuficiente de insulina para la utilización en las células del cuerpo. De la población total de diabéticos, el mayor porcentaje ($\pm 90\%$) corresponde a la Diabetes mellitus tipo 2. En la diabetes tipo 2, la grasa, el hígado y las células musculares normalmente no responden a dicha insulina. Esto se denomina resistencia a la insulina. Cuando la glucosa no puede entrar en las células, se acumulan niveles anormalmente altos de éste en la sangre, lo cual se denomina hiperglucemia^{25,26}.

Por lo general, la diabetes tipo 2 se desarrolla gradualmente y es más común en adultos mayores, debido a que el páncreas se va deteriorando con el tiempo, por la sobreproducción de insulina en primera instancia y posteriormente el déficit de la misma^{26,27}.

Generalmente existe sintomatología asociada a la enfermedad, las cuales ocurren cuando la glucosa en la sangre está alta, y que provocan una calidad de vida deficiente^{27,28}:

- Estar muy sediento
- Sentirse hambriento
- Sentirse cansado o fatigado
- Tener visión borrosa
- Perder la sensibilidad o sentir hormigueo en los pies
- Perder peso sin proponérselo



- Náuseas o vómitos, incapacidad para retener líquidos
- Orinar con mayor frecuencia
- Respiración profunda y rápida
- Boca y piel seca
- Cara enrojecida
- Aliento con olor a fruta
- Dolor de estómago

El tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en los adultos mayores requiere de un equipo multidisciplinario y se fundamenta en eliminar los síntomas relacionados con la hiperglicemia, reducir el riesgo o tratar las complicaciones y asegurar que el individuo consiga una calidad de vida tan normal como sea posible. Tiene especial importancia la reducción del riesgo cardiovascular debido a que es la principal causa de muerte en pacientes diabéticos tipo 2²⁸.

3.1.2 Relación de la Diabetes con la enfermedad periodontal

El incremento en la ocurrencia y progresión de la periodontitis se ha considerado como la “sexta complicación de la diabetes. Varias revisiones han descrito los posibles mecanismos que explican por qué los individuos con diabetes pueden ser más susceptibles a la periodontitis, dentro de los que se incluyen cambios vasculares, alteraciones del fluido crevicular, alteraciones en el metabolismo del tejido conectivo, alteraciones en la respuesta inflamatoria e inmunológica del huésped, alteraciones de la microflora subgingival y patrones hereditarios²⁹.

Siete estudios reportan una relación positiva entre enfermedad periodontal y DM tipo 2 en personas de edad, cinco de los estudios fueron de base poblacional en los indios PIMA, grupo con las más elevadas prevalencias de diabetes tipo 2 que se conoce; estos correspondieron a Emrich y colaboradores, Nelson y colaboradores, Taylor y colaboradores y

Schlossmun y colaboradores. Los siete estudios reportaron la presencia de enfermedad periodontal severa o extendida entre los sujetos con diabetes. Tres de estos estudios fueron longitudinales, como los de Nelson y colaboradores y Taylor y colaboradores, y mostraron que la progresión de la enfermedad periodontal fue mayor en pacientes con diabetes que en individuos sin ella³⁰.

Emrich y colaboradores valoraron la pérdida de la adherencia periodontal, encontrando que las personas con DM tipo 2 tenía 2.8 veces más probabilidad de tener enfermedad periodontal destructiva, los mismos autores valoraron además la pérdida de hueso alveolar por medio del análisis radiográfico y encontraron que el riesgo de pérdida ósea a este nivel era 3.4 veces mayor en diabéticos³⁰. Nelson y colaboradores observaron que la prevalencia de enfermedad periodontal en sujetos con diabetes era 2.6 veces mayor que en sujetos sin diabetes. Los resultados de Taylor y colaboradores mostraron que la DM tipo 2 era un factor significativo de pérdida severa progresiva de hueso alveolar³¹.



Fuente: Irigoyen, M.E., Velázquez, C., Zepeda, M.A., Mejía, A., 1999. Caries dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 o más años de edad de la Ciudad de México.

Además de la diabetes, y en particular un inadecuado control de ésta, como factor de riesgo para la ocurrencia y progresión de la enfermedad periodontal, es importante destacar otros factores como son el fumar



cigarrillo, ser adulto mayor y el inicio tardío de la diabetes; 12 los fumadores diabéticos, mayores de 45 años, tienen 20% más probabilidad de desarrollar enfermedad severa de la encías que una persona sin estos factores. La retinopatía diabética se ha encontrado estrechamente relacionada con la periodontitis y es un criterio muy importante que debe considerar el odontólogo²⁶.

3.1.3 Relación con la xerostomía, caries y pérdida dental

La Diabetes Mellitus está asociada a agrandamientos poco dolorosos de las glándulas salivales mayores, es más frecuente en la parótida y se asocia no sólo con la duración y la severidad de la diabetes, sino también con un desorden metabólico de la glándula o un efecto sobre el parénquima glandular³².

Se desconoce el mecanismo por el cual se hipertrofian los acinos, pero lo que sí se ha observado es que la reducción del flujo salival de la parótida y otras glándulas mayores determina un mayor riesgo de sialoadenitis bacteriana³².

La boca seca o xerostomía dificulta el saborear, masticar e ingerir alimentos, limita el control de la infección y altera el habla; los síntomas más relevantes de una boca seca incluyen la sensación de boca pegajosa, labios secos, lengua dura, llagas, sensación de ardor de las mucosas o el síndrome de boca ardiente, aunque este último síndrome se ha considerado como un signo característico de la diabetes, independiente de la xerostomía²¹.

Algunas investigaciones resaltan además, que la reducción del flujo salival ocurre solamente durante los periodos de inestabilidad de la diabetes o durante el inicio de la enfermedad y el paciente descompensado por la enfermedad presentar los signos de xerostomía, ulceraciones de mucosas, glositis, y demás²¹.

Los pacientes presentan deshidratación debida a una hiperglucemia severa y sensación de boca seca; una concentración elevada de glucosa en la saliva y los fluidos creviculares están presentes en pacientes diabéticos comparado con la población en general, la capacidad buffer, de remineralización y los fenómenos de aclaramiento pueden verse afectados por la reducción del flujo salival²¹.

Todos los factores ya mencionados y que modifican las condiciones normales de la saliva crean un ambiente propicio para el desarrollo de la caries dental; sin embargo, la literatura relacionada con los indicadores de caries en la población diabética ha sido confusa y posiblemente complicada por la pérdida prematura de los dientes asociada con problemas periodontales. La periodontitis y la caries dental son los principales factores asociados a la pérdida dental, incluso en los diabéticos³³.

El manejo de la ciclosporina, usada para el manejo de diabetes, en algunos países, puede generar fenómenos de xerostomía que podrían verse complicados con el fenómeno de boca seca y agravar las lesiones orales³³.



Fuente: Solari D. Mingardi A. Bruno E. Enfermedades sistémicas y su implicación en la cavidad oral del anciano. Fundamentos en Odontología.

3.1.4 Candidiasis, estomatitis protésica, liquen plano y otras lesiones liquenoides

La diabetes no controlada puede ser un factor predisponente de infección por *Candida*, debido al aumento de la glucosa en la saliva y reducción de la tasa de secreción salivar, asociado además, a una alteración en los neutrófilos aumentando así la adhesión de este microorganismo al epitelio oral. Estudios recientes han demostrado que los pacientes con diabetes eran más susceptibles y sus células epiteliales bucales eran más receptivas en comparación con los no diabéticos. Los pacientes con DM Tipo 2 tuvieron una prevalencia significativamente mayor de estomatitis protésica comparado con los pacientes no diabéticos, por lo cual concluyen los investigadores que esta enfermedad predispone a la candidiasis asociada a estomatitis protésica³⁴.



Fuente: Ortman L. Educación del paciente y mantenimiento de las prótesis totales.
(Estomatitis protésica)

El liquen plano es una alteración relativamente común en cavidad oral de la población diabética, especialmente en aquellos pacientes tratados con sulfanilureasas, particularmente con la clorpropamida. Además, el síndrome de Grinspan, que es la asociación entre liquen plano, diabetes e

hipertensión, es otra manifestación de tipo liquenoide, pero se cree que esta asociación es simplemente ocasional³⁴.



Fuente: Ortman L. Educación del paciente y mantenimiento de las prótesis totales. (Liquen plano)

3.2 Hipertensión arterial

La Hipertensión arterial es la elevación anormal y sostenida de la presión arterial sistémica que si no es tratada se asocia con un significativo aumento de la morbilidad y mortalidad, siendo uno de los factores de riesgo de mayor importancia para la enfermedad coronaria y de mayor relevancia para la enfermedad cerebro vascular³⁵.

La existencia de problemas médicos crónicos en pacientes que asisten a consulta odontológica implica una atención especial por parte del profesional, ya que algunas enfermedades o en su defecto el tratamiento farmacológico indicado puede presentar manifestaciones orales que dependiendo de la severidad implican una reorientación de su abordaje³⁶.

Una de las patologías más comunes y que requiere cuidados especiales durante la práctica odontológica diaria es la hipertensión arterial, Enfermedad presente en un alto porcentaje de la población mundial, Estudios de corte



transversal muestran que el 20% de la población general, puede sufrir hipertensión arterial. Sobre los 50 años de edad, la prevalencia es de 50% y en mayores de 80 años es del 65%. Los aumentos en la presión arterial sistólica, diastólica y de pulso determinan incrementos en la mortalidad por enfermedad cardiovascular. Los aumentos de 10 mm Hg en la presión de pulso, representan el 20% de incremento del riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular. De otra parte, los aumentos de 5 a 6 mm Hg de la presión arterial, incrementan en 20% a 25% el riesgo relativo de enfermedad coronaria³⁷.

La presión arterial (PA) está determinada por la bomba cardiovascular (gasto cardíaco) y la resistencia del flujo de sangre del sistema vascular. El gasto cardíaco a su vez está determinado por las contracciones cardíacas (frecuencia cardíaca) y la cantidad de sangre eyectada durante cada latido (volumen sistólico o de eyección). La Hipertensión Arterial (HTA) resulta tanto de la estrechez de las arterias rígidas, de la elevación de la frecuencia cardíaca, del aumento del volumen sanguíneo, del aumento de la fuerza de las contracciones, o por combinación de todo lo descrito³⁷.

Es importante anotar que, algunos pacientes responden a estrés fisiológico severo (tales como el ruido producido por la pieza de alta velocidad o la inyección dental) activando el sistema simpático del SNA, pero también existe una respuesta parasimpática aumentada. La acetilcolina transmitida del sistema parasimpático baja la frecuencia cardíaca, conduciendo a una dramática caída de la PA y puede resultar en un evento sincopal o desmayo. Estos pacientes generalmente recuperan su estado de conciencia al ser colocados en posición supina³⁸.

3.2.1 Manifestaciones orales

Dentro de las manifestaciones orales que se pueden localizar en un adulto mayor con hipertensión arterial se encuentran las odontalgias, que son manifestaciones sin causa aparente, pero se deben a hiperemia pulpar producida por el aumento de la presión sanguínea³⁹.



Fuente : Concha – Sánchez C. Relación de la Salud Oral con las enfermedades crónicas en las personas mayores (Hiperemia pulpar)

También es frecuente encontrar hemorragias profusas al realizar procedimientos quirúrgicos. El tiempo de sangrado está aumentando debido a la alta presión intravascular³⁹.

La boca seca es otra manifestación pero ésta es común que se presente por deshidratación provocada por la administración de anti-diuréticos, esto provoca a su vez, una autoclisis deficiente y la autoclisis conlleva a la acumulación de placa bacteriana. La cual, es un factor de riesgo para el desarrollo de caries dental y enfermedad periodontal³⁸.

Algunos fármacos producen estomatitis y otros favorecen el desarrollo de liquen plano, como son la metildopa y el propanolol³⁸.



Considerando todos los elementos mencionados el odontólogo está en condiciones de realizar el diagnóstico presuntivo de HTA.

Es necesario mencionar que el Cirujano Dentista tiene más oportunidades que el médico para detectar la HTA en fases tempranas, la posibilidad de intervención del médico en esta etapa sirve para prevenir las complicaciones, sobre todo de tipo renal. Lo anterior se hace relevante porque le permitirá al paciente una sobrevida de mayor calidad³⁶.

3.3 Osteoporosis

Es una enfermedad degenerativa caracterizada por la pérdida del mineral óseo y cambios estructurales asociados, que se hace evidente cuando la disminución de la masa ósea por unidad de volumen de esqueleto es de tal magnitud que impide desarrollar la función de sostén propia del hueso; y que se asocia como un factor de riesgo a la pérdida del hueso oral y de las estructuras dentales⁴⁰.

La osteoporosis afecta a más de 20 millones de personas en los Estados Unidos, muchas de las cuales son mujeres, y el resultado es cerca de 2 millones de fracturas por año, es más frecuente en mujeres blancas y asiático-americanas que en mujeres afroamericanas. Las mujeres tienen 50% más riesgo que los hombres, y cada cinco años el riesgo de padecerla aumenta el 13% y en edades avanzadas el riesgo acumulado es de 34.7% para la mujer y 27.7% para hombres; en éstos, la incidencia se multiplica 10 veces entre los 55 y 75 años y casi 100 entre los 55 y los 90 años. En las mujeres aumenta 10 veces entre los 55 y 65 años, 100 veces al llegar a los 80 años y más de 200 veces al alcanzar los 90 años⁴¹.

La menopausia, el hipogonadismo aumentan la predisposición. La nutrición pobre de vitamina D y calcio, el tabaquismo, consumo de alcohol, proteínas, cafeína e inactividad física aumentan el riesgo a la osteoporosis⁴¹.



Dentro de los estudios que relacionan osteoporosis con salud oral caben destacar los estudios de Ortman y colaboradores,⁴² quienes encontraron un mayor aumento en la resorción del hueso alveolar en mujeres que en hombres; los de Humphries⁴³ y colaboradores, hallaron que la pérdida de la densidad mineral ósea era mayor en mujeres de edad avanzada que en hombres con edades similares; Payne y col.⁴⁴ estudiaron la asociación entre el nivel de estrógenos, densidad de hueso alveolar e historia periodontal.

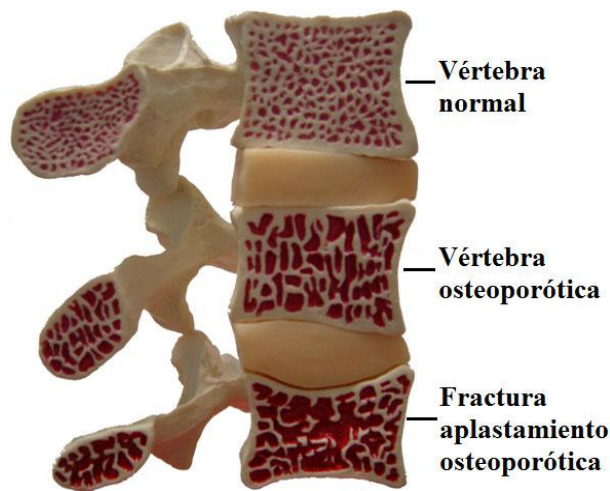
Von Wowern y colaboradores compararon en un estudio de casos y controles mujeres con fracturas por osteoporosis con mujeres con fracturas no osteoporóticas y encontraron mayor pérdida de la adherencia periodontal en las mujeres con osteoporosis. La osteoporosis y la enfermedad periodontal fueron también, asociados positivamente en los estudios de Strechfus y colaboradores, Ronderos y colaboradores y Tezal y colaboradores²⁴.

Krall y colaboradores realizaron estudios en los que relacionaban salud oral y osteoporosis, estos autores ajustaron por posibles variables de confusión como eran el estatus de fumador, educación, masa corporal y años desde la menopausia y encontraron una relación entre el número de dientes y la densidad mineral de la espina y el radio. Wachawski-wende y colaboradores, al comparar la densidad mineral ósea en el triángulo de Wards del fémur con enfermedad periodontal (medida como la pérdida de adherencia y pérdida radiográfica del hueso alveolar) encontraron que la osteopenia estaba relacionada con pérdida de la altura de la cresta alveolar y pérdida dentaria, después de ajustar por edad, años desde la menopausia, uso de estrógenos, índice de masa corporal, estatus de fumador. La pérdida dental y la osteoporosis sistémica también se encontraron relacionadas en los estudios de Krall y colaboradores, Taguchi y colaboradores, Grossi y colaboradores e Inagaki y colaboradores²⁴.

Monajer y colaboradores, Brooks y col, Hi, Bolt y colaboradores y Elders y colaboradores no encontraron ninguna relación entre pérdida de adherencia

periodontal y densidad ósea corporal; sin embargo un estudio de base poblacional desarrollado por el grupo de iniciativa de salud para la mujer de Jeffcoat y colaboradores reportaron resultados muy contundentes de una significativa correlación entre densidad ósea basal mandíbular y densidad mineral del hueso de la cadera, por lo cual proponen que las radiografías intraorales de alta calidad podrían ser usadas en el futuro para el tamizaje de la osteopenia⁴⁵.

Las manifestaciones bucales de la osteoporosis incluyen además, malestar bucal asociado a dolor y ardor, sequedad de las mucosas, alteraciones en la percepción del gusto y morfológicamente la pérdida del hueso alveolar de tipo horizontal con perdida dental especialmente en mujeres postmenopáusicas⁴⁵.

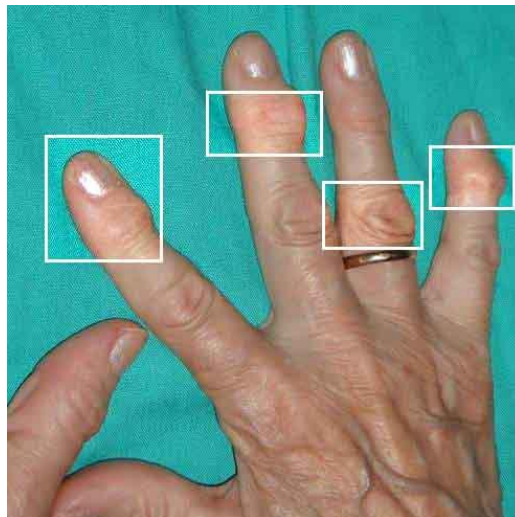


Fuente: Práctica Odontológica. Osteoporosis: Factores de riesgo, terapéutica y manifestaciones bucales.

3.4 Artritis reumatoide

Es la causa más frecuente de poliartritis crónica severa, tiene predilección por las pequeñas articulaciones de las manos, pero puede comprometer cualquier articulación, suele ser bilateral y simétrica. Las manifestaciones

articulares son frecuentes; registra además pérdida de peso, febrícula, mialgias, nódulos subcutáneos en las formas agresivas y el síndrome seco⁴⁶. El síndrome seco o síndrome de Sjögren se inicia con más frecuencia a los 50 años de edad y el 90% de los casos ocurren en mujeres, en una relación 9:1 en relación a los hombres, puede ser un síndrome aislado o ser una manifestación secundaria de artritis reumatoidea o lupus eritematoso⁴⁷. El síndrome de Sjögren es la expresión de una reacción inmunitaria crónica, quizás autoinmune, que causa sequedad ocular (queratoconjuntivitis seca) y bucal (xerostomía), por destrucción de glándulas salivales y lagrimales. La xerostomía origina dificultades para comer y hablar. Estos enfermos presentan además, mayor riesgo de caries, enfermedad periodontal y candidiasis bucal⁴⁷. En cerca del 50% de los pacientes ocurre un crecimiento de la glándula parótida que con frecuencia es recurrente y simétrico. El manejo de la ciclosporina usada para el manejo de artritis reumatoidea en algunos países puede generar fenómenos de xerostomía que podrían verse complicados con el síndrome seco y agravar las lesiones orales^{46,47}.



Fuente: González Ma, Lopera Wd, Arango Al. Fundamentos de Medicina. Manual de Terapéutica.



3.5 Lupus eritematoso y Enfermedad de Paget

Aproximadamente el 6% de los casos de Lupus eritematoso (LE) sistémico ocurren en personas mayores de 50 años, predominando en el sexo femenino y está relacionados con el proceso de envejecimiento del sistema inmune y de los tejidos mucocutáneos. Los síntomas articulares pueden presentar un patrón parecido al de la artritis reumatoidea, son frecuentes la serositis y los problemas pulmonares, la cardiomiopatía, la trombocitopenía, la tiroiditis autoinmune, y son raros los síntomas cutáneos, la enfermedad renal y trastornos neuropsiquiátricos⁴⁶.

A nivel oral se asocia con síndrome seco, por lo cual es evidente la xerostomía, cerca del 25% de los pacientes con LE registran lesiones en mucosa oral, encía, paladar y labios. Las lesiones se presentan como placas o erosiones con estrías blancas delicadas que irradian desde la periferia, también pueden encontrarse pápulas queratósicas en todas las lesiones³².

La enfermedad de Paget (EP) se caracteriza por engrosamiento y deformación de los huesos, puede ser particularmente dolorosa y debilitante cuando afecta los huesos del cráneo y los maxilares. La E. P es un trastorno crónico, lentamente progresivo y de etiología desconocida. Los maxilares se encuentran afectados en el 17% de los casos, por lo general, de manera bilateral y simétrica, es dos veces más frecuente en el maxilar superior y ocasionalmente una combinación de maxilar, mandíbula y cráneo. El dolor y deformidad de los huesos afectados se ven acompañados por las molestias neurológicas que incluyen cefalea, alteraciones auditivas y visuales, parálisis facial, vértigo y debilidad relacionada con estrechamiento de los agujeros craneales, lo que produce compresión de vasos y nervios³².

Los pacientes con EP que utilizan prótesis se quejan de reciente desajuste y mal funcionamiento de la misma, fenómeno que aumenta a medida que crece el maxilar, finalmente se produce ensanchamiento del proceso alveolar



con aplanamiento relativo de la bóveda palatina. En pacientes dentados, hay espaciamiento y pérdida dental y en casos graves se hace difícil o imposible el cierre de los labios. En los maxilares se asocia con hiper cementosis radicular, pérdida de la lámina dura y del ligamento periodontal y resorción radicular³².

3.6 Desórdenes neuropsiquiátricos

La distribución de las enfermedades mentales en ancianos se caracteriza por el aumento en la prevalencia de la demencia y reducción de todas las demás.³ Este tipo de desórdenes puede llegar a comprometer el cumplimiento de las medidas básicas de autocuidado relacionadas con la higiene oral, por lo cual la integridad de los tejidos orales podría verse comprometida⁴⁷.

Se estima que del 5 al 10% de las personas de 65 años y más y del 20 al 30% de más de 85 años presentan demencia; la enfermedad de Alzheimer es responsable de aproximadamente el 55% de los casos de demencia en los ancianos y las demencias vasculares de menos del 15% de los mismos. En el 15% de los ancianos residentes en varias comunidades se encontraron síntomas depresivos y la depresión afecta por lo menos al 4% de la población anciana; del 1 al 2% son depresiones mayores^{46,47}.

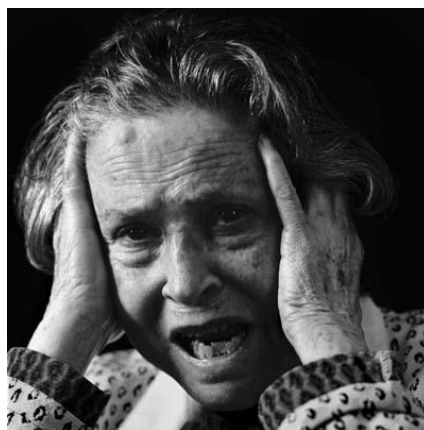
Los cambios en la tasa de secreción salival asociada con la depresión crónica son generalmente persistentes, cuando la boca seca no puede ser atribuida a cambios orgánicos, dicha modificación podría estar asociada a un problema de origen sicogénico. Los estados psíquicos pueden inducir boca seca, pero los mecanismos subyacentes no son bien comprendidos⁴⁶.

La depresión con frecuencia es tratada con antidepresivos tricíclicos los cuales tienden a agravar el problema de boca seca. Otro tipo de medicamentos empleados para el tratamiento de los desórdenes

psiquiátricos y que provocan xerostomía son los antipsicóticos o neurolepticos cuyos efectos atropínicos pueden ser bastante evidentes asociados a sequedad de la boca, visión borrosa, glaucoma y constipación y dentro de los que cabe destacar el haloperidol y el carbonato de litio. Dentro de los ansiolíticos las benzodiazepinas también provocan el mismo efecto^{46,47}.

La enfermedad de Parkinson (EP) es el proceso neurológico más frecuente después de los accidentes cerebrovasculares y su incidencia aumenta con la edad, afecta al 1% de las personas mayores de 60 años y del 2-3% de los mayores de 84 años. Clásicamente se diagnostica cuando el paciente presenta dos de los tres signos cardinales bradicinesia, rigidez en rueda dentada y temblor en reposo, puede observarse además complicaciones asociadas a la demencia y la depresión lo que podría complicar aún más las medidas de higiene oral⁴⁸.

Aunque la terapia de la EP con anticolinérgicos no se debe utilizar para el tratamiento de esta patología en los ancianos, cuando es usada es necesario considerar el efecto xerostómico del medicamento y la posibilidad de provocar parotiditis supurativa como una complicación de la resequead de la boca⁴⁸.



Fuente: Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal-ENSAB III. II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas- ENFREC II. 1999.



CAPÍTULO 4

CALIDAD DE VIDA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la medida del nivel de salud de la población debe realizarse no solo a partir de indicadores de frecuencia o gravedad de las diferentes enfermedades, sino también conociendo el grado de calidad de vida. La calidad de vida de una persona es una percepción individual en que influyen, entre otros, la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia y las relaciones sociales y con el entorno⁴.

Existe una estrecha relación entre la salud bucal y la calidad de vida del adulto mayor que se define como: “La percepción que el individuo tiene del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, sus expectativas, sus paradigmas y acorde al sistema de valores de su contexto sociocultural^{4,49,50}”.

La salud oral tiene una gran importancia en la psicología de las personas, más aún en el adulto mayor.

Varios autores han intentado relacionar científicamente la autopercepción de la salud oral en el adulto mayor con la calidad de vida de éste, ellos coinciden en afirmar que el grupo de pacientes que declara tener buena salud oral presenta mejor calidad de vida que quienes declaran tener mala salud oral.



4.1 Instrumento o índice de medición para evaluar la calidad de vida

La definición de instrumento o índice señala que son proporciones o coeficientes que sirven como indicadores de la frecuencia con que ocurren ciertas enfermedades o hechos en una comunidad que pueden incluir o no determinaciones del grado de severidad de la enfermedad y que nos brindan un panorama en la determinación de la calidad de vida en el adulto mayor⁵⁰.

Los instrumentos o índices que miden calidad de vida con relación a salud oral para estudiar a un paciente adulto mayor se aplican en estudios sobre^{50,51}:

- Evaluación y seguimiento de los problemas psicosociales en el cuidado de un paciente individual.
- Detección de problemas de salud percibidos por la población.
- Auditoria médica.
- Evaluación de servicios de salud.
- Estudios clínicos.
- Análisis de costo-efectividad.

En Odontología son pocos los cuestionarios publicados, ya que su utilización es escasa. Generalmente se han desarrollado para evaluar la satisfacción del paciente, la ansiedad en la consulta dental, el temor al dentista y el estado general de salud oral^{4,50,51}.

El Perfil de Impacto de Salud Oral (Oral Health Impact Profile o OHIP), es probablemente el más conocido de los instrumentos para evaluar la calidad de vida relacionada a salud oral, se mide como influyen las enfermedades



orales en el impacto social de sentirse bien; este índice fue descrito en el año 1994 por Slade y Spencer^{49,50,51}.

También se integró una nueva versión en español de ese instrumento, denominada OHIP-Mx- 49. En la cual dos investigadores bilingües tradujeron el instrumento original OHIP-49 del inglés al español de manera independiente.

El OHIP-Mx-49 se utiliza frecuentemente en población de adultos mayores que demandan atención estomatológica y para evaluar el impacto de los tratamientos bucodentales en la calidad de vida^{51,52}.

Consiste en 49 preguntas que capturan siete dimensiones⁵²:

- Limitación de la función
- Dolor físico
- Molestias psicológicas
- Incapacidad física
- Incapacidad psicológica
- Incapacidad social
- Obstáculos

Las respuestas se codifican en una escala de 5 puntos. Dentro de cada dimensión, las respuestas codificadas pueden ser multiplicadas por el valor de la pregunta para tener el puntaje de la dimensión⁵².

0	Nunca
1	Casi nunca
2	Ocasionalmente
3	Frecuentemente
4	Muy frecuentemente



En las últimas tres décadas se han desarrollado numerosos instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud oral⁵⁰.

En la conferencia sobre medidas de salud oral y calidad de vida realizada en Chapell Hill en 1996 se revisaron 11 de estos instrumentos, que pueden ser autoadministrados o aplicados por un entrevistador⁵⁰⁻⁵².

El número de preguntas que incluyen los instrumentos varían entre 3 y 49. A continuación se resumen los instrumentos, el autor y el año de la publicación de cada uno de ellos^{50,52}.

Instrumentos para mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Nombre del instrumento	Abreviación	Autores y Año
Social Impacts of Dental Disease		Cushing y cols., 1986
Geriatric Oral health Assessment Index	GOHAI	Atchison y Dolan, 1990
Dental Impact Profile		Strauss y Hunt, 1993
Oral Health Impact Profile	OHIP-49	Slade y Spencer, 1994
Subjective Oral Health Status Indicators		Locker y Miller, 1994
Dental Impact on Daily Living	DIDL	Leao y Sheiham, 1996
Oral Health-related Quality of Life	OHQOL	Kressin N y cols., 1996
Oral Impacts on Daily Performances	OIDP	Adulyanon, Sheiham, 1997
Oral Health Impact Profile	OHIP-14	Slade, 1997
Oral Health Quality of Life UK	OH-QoL UK	McGrath y Bedi, 2000
Ortognatic Quality of Life Questionnaire	OQLQ	Cunningham y cols., 2002

Fuente: Misrachi C. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud



4.2 Percepción, calidad de vida y salud bucal

El grupo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de calidad de vida (WHOQOL) la ha definido como: “la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistemas de valor en los que vive y en relación a los objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.

El concepto de salud bucal ha cambiado desde el nivel biológico, en que la cavidad bucal contribuye con la protección del cuerpo por medio de la masticación y deglución; hasta los niveles social y psicológico, donde contribuye con la autoestima, expresión, comunicación y estética facial. La salud bucal también se ha definido como “dentición funcional y confortable que permite a los individuos continuar con el rol social deseado”, enfatizando que es un componente integral de la salud, por lo que se entiende que cuando la salud bucal está comprometida, la salud general y la calidad de vida pueden disminuir.

Entonces la salud bucal se define no solo clínicamente, sino agregando aspectos como el impacto del dolor bucal en la vida diaria de los individuos, y el grado de inhabilidad o “mal función” de esta. Si consideramos que la salud bucal es un componente de la salud, y que la salud tiene entre sus componentes la calidad de vida, entonces la salud bucal también tendrá un efecto en la calidad de vida.

La calidad de vida esta relacionada a la salud bucal debido al impacto de las alteraciones bucales en aspectos de la vida diaria que son importantes para las personas, con esos impactos siendo de la magnitud suficiente en términos de severidad, frecuencia o duración, para afectar la percepción del individuo de su vida general ; como en el caso de las personas que dejan de asistir a reuniones debido a que usan prótesis mal ajustadas que se mueven al hablar o se llegan a caer mientras comen; las personas que deben modificar los alimentos que consumen por problemas al masticar; los casos



en los que el dolor dental no permite que las personas se desempeñen de manera óptima o no les permite concentrarse.

En la existencia de un individuo reconocemos tres factores que influyen categóricamente en su vida: bienestar físico, bienestar social y bienestar emocional.

El equilibrio positivo de los tres factores permite que el individuo viva plenamente, sin depender de otras personas y desarrollando todas sus facultades. En la medida en que estos factores, o uno de ellos se deteriore, la persona se va imposibilitando de vivir su propia existencia y comienza, lentamente a depender de otros hasta llegar a ser completamente dependientes.

La percepción del estado de salud bucal de los adultos mayores es importante para su calidad de vida, porque impacta principalmente en las áreas: física, social y Psicológica, más frecuente el de confort y funcionalidad. De modo que la forma en la que perciban su salud bucal los adultos mayores, esta relacionada con el bienestar; una boca saludable contribuye a que el individuo se sienta bien y ayuda a su satisfacción y felicidad, esta percepción puede considerarse como un factor predictor de la calidad de vida.

Locker establece que es más común que las mujeres reporten mayores niveles de preocupación, dolor y otros síntomas orales al aplicárseles encuestas subjetivas de salud oral⁵³.

Similares resultados encuentran Cushing y col. quienes informan que más mujeres que hombres experimentan problemas de comunicación debido a su salud oral⁵³.

Locker et al. aplicaron encuestas de autopercepción de salud oral y muestran que un 17.4% de los encuestados mostraron que su salud oral era pobre, un 28.2% reportó tener problemas al comer y un 10.2% problemas al hablar.



Además, informan que quienes declararon tener pobre salud oral, presentaban mayores niveles de stress y menor satisfacción en sus vidas que los que declararon tener salud oral favorable⁵³.

Asimismo, estudios realizados en adultos mayores de varios países de América Latina con la coordinación de la OPS muestran que los ancianos califican de buena o muy buena su propia salud bucodental con una frecuencia de 33,2% a 68,3%. Los adultos mayores de sexo femenino calificaron más favorablemente su salud bucodental que los de sexo masculino⁵⁴.

Considerando la relación entre la calidad de vida y la salud bucal en Cartagena se realizó un estudio en 120 adultos mayores, y el resultado reflejó una asociación negativa entre la salud bucal deficiente y un impacto negativo sobre la calidad de vida según el GOHAI⁵⁴.

Bajo la misma perspectiva, Jiménez Ferez y colaboradores indagaron la percepción de la salud bucal y como se relacionaba con la calidad de vida. Para lo cual, aplicaron tres instrumentos (bienestar, calidad de vida y salud bucal) a 80 ancianos, registrando que los adultos mayores le atribuyen mayor importancia a la funcionalidad de los dientes, al componente social y en menor medida al emocional. Y ésta percepción fue igual en personas edéntulas que para los dentados⁴.

En 2010 Javier de la Fuente entrevistó a 150 adultos mayores considerando las mismas variables (salud bucal y calidad de vida), concluyendo que los problemas dentales en especial la caries, afecta la calidad de vida de los adultos mayores, especialmente para realizar sus actividades diarias⁵¹.

Sergio Sánchez y colaboradores en el año 2007, utilizaron el OHIP para evaluar el efecto del estado de la dentición en la capacidad de los adultos mayores para desempeñar sus actividades diarias⁵⁵.

A partir de entrevistas domiciliarias concluyeron que el estado de la dentición en los ancianos tiene repercusiones en la capacidad para efectuar sus actividades habituales y, por lo tanto, afecta la calidad de vida, con mayores



consecuencias en comer y disfrutar los alimentos, así como hablar y pronunciar de modo correcto⁵⁵.

De acuerdo con Murtomaa H, Laine P, Masalin K., las visitas al odontólogo tienden a disminuir con la edad. Los estudios latinoamericanos antes mencionados confirman este fenómeno, ya que en muchos de ellos más de 75% de los adultos mayores encuestados indicaron no haber visitado al odontólogo en los 6 meses previos a la encuesta⁵⁶.

Como parte de la meta de salud para todos, la OMS y la Federación Dental Internacional (FDI) han trazado metas específicas para mejorar la salud bucodental de los adultos mayores: primero, reducir en 25% la frecuencia actual de pérdida dentaria; segundo, lograr que más de 50% de la población mayor de 60 años conserve un mínimo de 20 dientes funcionales⁵⁷.

Lamentablemente, los datos actuales comprueban que el estado de salud bucodental de este grupo en América Latina es bastante crítico si se consideran la alta prevalencia de pérdida dentaria total y de enfermedades gingivales, el gran número de dientes perdidos y la frecuencia con que se necesitan aparatos protésicos. Por lo tanto, la meta señalada está aún muy lejos de lograrse en estos países.



Fuente: codigosanluis.com (Envejecimiento)

Debido a los cambios y pérdidas a través de los años, la depresión es frecuente entre adultos mayores, causa sufrimiento y disminuye la percepción de calidad de vida y salud. La salud bucal tiene un papel esencial en el bienestar y en la calidad de vida, sin embargo, son frecuentes los problemas bucales en la vejez.

Esquivel Hernández con base en lo anterior, realizó un estudio en 115 adultos mayores del INAPAM y a partir de la escala de depresión y el WHOQoL-Bref traducido al español reportó que la mayoría de las personas utilizan prótesis dental para cubrir funciones estéticas solamente y que los sujetos tienen una percepción negativa de su salud bucal y regular de su calidad de vida. Sin embargo, a diferencia de los anteriores reportes, Esquivel no encontró asociación entre la salud bucal y la calidad de vida. Pero si menciona que las personas que se encuentran fuera de los asilos tienen una percepción más positiva de su calidad de vida y salud bucal⁵⁸.



CONCLUSIONES

La necesidad social en este grupo poblacional refiere la importancia que tiene el trabajo interdisciplinario entre profesionales de la salud, médicos de práctica general, especialistas, geriatras y cirujanos dentistas, quienes tienen la responsabilidad de realizar exámenes estomatológicos de rutina, dirigidos a detectar problemas bucodentales en el adulto mayor. Del mismo modo, deben canalizarlos a las áreas correspondientes, como prácticas de prevención, intervención temprana y rehabilitación de las diversas condiciones físicas y subjetivas que se puedan ver afectadas. Con ello se logrará un envejecimiento digno y saludable.

Cabe señalar que no basta con crear más y mejores servicios de salud, sino que es importante el inculcar la cultura de la salud dirigida a informar, educar y atender desde edades tempranas conductas preventivas en el mantenimiento de la salud y diagnóstico oportuno de enfermedad, que no sólo permita aumentar años de vida, sino que estos sean de calidad.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- CONAPO(Consejo Nacional de Población), 2010 – 2050. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
- 2.- Instituto para la Atención de las Persona Adultas en el Distrito Federal . Disponible en: <http://www.adultomayor.df.gob.mx/>
- 3.- World Health Organization. Population Ageing - A Public Health Challenge. Fact Sheet No. 135, 1990 septiembre. Disponible en: <http://www.who.org/inf-fs/en/fact135.html>.
- 4.- Jiménez J, Esquivel R I, González-Celis A L. La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos. Rev. ADM. 2003; 02,
- 5.- McGraw-Hill. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. 2010. Disponible en: <http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>.
- 6.- INEGI. Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. 2005. Disponible en: www.inegi.gob.mx.
- 7.- Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica. 2012; Vol. 30; Pp. 61-71.
- 8.- Petersen, P.E., 2003. The World Oral Health Report 2003. WHO Global Oral Health Programme. Oral Health, 45.
- 9.- Reisine, S.T. et al., 1989. Impact of dental conditions on patients quality of life. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 17 (1), pp. 7-10.
- 10.- Castrejón – Pérez RC. Salud Bucal en los adultos mayores y su impacto en la calidad de vida. Instituto de Geriatria.258 – 270. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/27.pdf>



-
- 11.- Borges-Yáñez, S.A., 1999. Prevalencia de caries coronal y radicular en una población anciana de la Ciudad de México. *Revista de la División de Estudios de Posgrado e Investigación*, 3, pp. 25-32.
- 12.- Irigoyen, M.E., Velázquez, C., Zepeda, M.A., Mejía, A., 1999. Caries dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 o más años de edad de la Ciudad de México. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 56, pp. 64-69.
- 13.- Borges-Yáñez, S.A, Maupomé-Cervantes G., Tsuchiya-López, J.E., 1991. Características sociodemográficas y condiciones generales en un grupo de pacientes mayores de 60 años, atendidos en una clínica universitaria en 1991. *Dentista y Paciente*, 1, pp. 20-28.
- 14.-Soto, S.C., Rubio, J., Taboada, O., Mendoza, V.M., 1998. Patología bucal en el senecto: un estudio exploratorio. *Dentista y Paciente*, 7, pp. 20-26.
- 15.-Cunha-Cruz J, Hujuel PP, Nadanovsky P. Secular trends in socio economic disparities in edentulism: USA, 1972-2001. *J Dent Res*. 2007 Feb; 86(2):131-6.
- 16.- Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas DPI/1261. Condiciones de salud de los adultos mayores. *Salud Pública de México* 1996; 38(6): 533-546.
- 17.- Borges-Yáñez, S.A., Irigoyen-Camacho, M.E., Maupomé, G., 2006. Risk factors and prevalence of periodontitis in communitydwelling elders in Mexico. *Journal of Clinical Periodontology*, 2673, pp. 184-194.
- 18.- Turner, M.D., Ship, J.A., 2007. Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people. *Journal of the American Dental Association*, 138, pp. 15S-20S.



-
- 19.- Mojon P, Budtz-Jorgensen E, Rapin CH. Relationship between oral health and nutrition in very old people. *Age Ageing* 1999; 28: 463 – 468.
- 20.- Salvatella M A. Condiciones y lesiones orales en una población anciana institucionalizada de Castellón (España). Granada: Editorial de la Universidad de Granada. 2009. Pp. 28-43.
- 21.- Solari D. Mingardi A. Bruno E. Enfermedades sistémicas y su implicación en la cavidad oral del anciano. *Fundamentos en Odontología*. Antonio Bascones. Volumen 4 Sección XXVIII. Odontogeriatría. 2da. Edición. Madrid: Ediciones Medico-Dentales; 1998. p. 3509 – 3517.
- 22.- Woods N, Whelton H, Kelleher V. Factors influencing the need for dental care amongst the elderly in the Republic of Ireland. *Community Dent Health* 2009; 26 (4): 244-9.
- 23.- Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal-ENSAB III. II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas-ENFREC II. 1999.
- 24.- Concha – Sánchez C. Relación de la Salud Oral con las enfermedades crónicas en las personas mayores: Una revisión. *Ustasalud Odontología* 2006; 5: 49 – 63.
- 25.- Cardona F. Diabetes y salud oral. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona. 2010. Pp.115-120.
- 26.- Rose L, Kaye D. Medicina interna en odontología. España. Salvat Editores; 1992; Vol. 1; Pp. 125, 518-520.
- 27.- Rose L, Kaye D. Medicina interna en odontología. España. Salvat Editores; 1992; Vol. 2; Pp. 1326, 1327, 1424-1427.



-
- 28.- Ozawa J Y. Estomatología geriátrica. 1ª Edición. México; Editorial Trillas; 1995. Pp. 32-47.
- 29.- Rocha M, Nava LE, Vazquez de la Torre C, Sanchez-Marin F, Garay-Sevilla ME, Malacara JM. Clinical and radiological improvement of periodontal disease in patients with type 2 diabetes mellitus treated with alendronate: A randomized, placebo-controlled trial. J Periodontol 2001; 72: 204 – 209.
- 30.- Emrich LJ, Shlossman M, Genco RJ. Periodontal disease in non-insulin dependent diabetes mellitus. J Periodontol. 1991;62:123-31.
- 31.- Nelson RG, Shlossman M, Budding LM, Pettitt DJ, Saad MF, Genco RJ, et al. Periodontal disease and NIDDM in Pima Indians. Diabetes Care. 1990;13:836-40.
- 32.- Regezi JA, Sciubba J. Patología Bucal. México: Interamericana.McGraw-Hill; 1991.
- 33.- Moore PA, Weyant RJ, Mongelluzzo MB, Myers DE, Rossie K, Guggenheimer J, Block HM, Huber H, Orchard T. Type 1 diabetes mellitus and oral health: Assessment of periodontal disease. J Periodontol 1999; 70: 409 – 417.
- 34.- Noucr S A, Arthington-Skaggs B, da Matta D A, et al. Epidemiology of candidemia in Brazil: a nationwide sentinel surveillance of candidemia in eleven medical centers. J Clin Microbiol 2006;44:2816-23.
- 35.- Little J, Falace D. Dental Management of Medically compromised patient. 1997, 5ª edición, 6: 176-191
- 36.- Guías Colombianas para el diagnostico y tratamiento de la Hipertensión Arterial. Revista Colombiana de Cardiología. Febrero 2007 Vol, 13 supl. 1.



- 37.- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC7 report. JAMA 2003; 289:2560–72.
- 38.- Brand HS. Cardiovascular responses in patients and dentists during dental treatment. Int Dent J 1999; 49(1):60–6.
- 39.- Guasti L, Zanotta D, Petrozzino M, et al. Relationship between dental pain perception and 24 hour ambulatory blood pressure: a study on 181 subjects. J Hypertens 1999; 17:1799–804
- 40.- Inagaki K, Kurosu Y, Kamiva T, Kondo F, Yoshinari N, Noguchi T, Krall EA, Garcia RI. Low metacarpal bone density tooth loss, and periodontal disease in Japanese women. J Dent Res 2001; 80: 1818 – 1822.
- 41.- Práctica Odontológica. Osteoporosis: Factores de riesgo, terapéutica y manifestaciones bucales. P.O. Vol 19 No. 1 p. 25-28
- 42.- Ortman L. Educación del paciente y mantenimiento de las prótesis totales. En: Winkler S. Prostodoncia total. México: Interamericana; 1982, 424 434.
- 43.- Humpries k, Gill S. Risk and benefits of hormone and replacement: the evidence speaks. Can Med Assoc J. 2003; 168 (8): 1001 – 1010. IDIS No 496816.
- 44.- Payne AGT, SolomonsYF. The prosthodontic maintenance requirements of mandibular mucosa and implant supported ovedentures: a review of literature. Int J Prosthodont 2000; 13: 238-45.



- 45.- Department of Health and Human Services of United States. Oral Health in America: A report of the Surgeon General. Rockville, MD. Department of Health and Human Services. U.S Public Health Service. National Institute of Dental and Craniofacial Research. National Institute of Health, 2000 Part Three, Chapter 5.
- 46.- Organización Panamericana de la Salud. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Publicación científica No. 546. Washington 1994.
- 47.- Axelsson P. Diagnosis and risk prediction of dental caries. Chicago: Quintessence Publishing Co, Inc.; 2000.
- 48.- González Ma, Lopera Wd, Arango Al. Fundamentos de Medicina. Manual de Terapéutica. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín 2000.
49. Castrejón-Pérez R C, Borges-Yáñez A, Irigoyen-Camacho M E. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. Rev. Panam. Salud Pública. 2010; 27(5):321–9.
- 50.- Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Rev. Dental de Chile. 2005; 96 (2): 28-35.
- 51.-De la Fuente J, Sumano O, Sifuentes M C, Zelocatecatl A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención. dentalUniversitas Odontológica. 2010. Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231216366010>> ISSN 0120-4319.
- 52.- López A J. Estudio de la satisfacción del paciente en odontología mediante cuestionarios de salud: adaptación al español del cuestionario “Dental satisfaction questionnaire”. 2012. Disponible en:



http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/24925/Tesis%20Doctoral%20_Estudio%20de%20la%20satisfacci%C3%B3n%20en%20Odontolog%C3%ADa%20me.pdf.

53.- Montes J L. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida del Adulto Mayor. Rev. Dental de Chile. 2001; 92 (3): 29-31.

54.-Díaz S, Arrieta K, Ramos K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. REV. CLÍN. MED. FAM 9. 2012; 5 (1): 9-16.

55.- Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Reyes-Morales H, De la Fuente-Hernández J, Solórzano-Santos F, García-Peña C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. Salud Pública Mex. 2007; 49:173-181.

56.- Murtomaa H, Laine P, Masalin K. Dental health practice among Finnish adults. Comm Dent mlth. 1984;1:131-140.

57.- Mariño R. La salud bucodental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades. Bol Oficina Panam. 1994. 116(5).

58.- Esquivel R I, Jiménez J, González-Celis A L, Gazano A. Efecto de la depresión en la percepción de salud bucal y calidad de vida en adultos mayores. Revista ADM 2006; LXIII (2):62-68.