



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA
IBEROAMERICANA S.C**

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

CLAVE DE INCORPORACIÓN: 8901-22

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TITULO DE TESIS

**MANEJO ODONTOLOGICO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR,
QUE PADECEN ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTA:

ANGEL FLORES CEDILLO

ASESOR DE TESIS:

CD. ARMANDO PINEDA ROMERO

XALATLACO MEXICO, SEPTIEMBRE 2021



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.

INDICE

CAPITULO I

PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

INTRODUCCION	7
ENFERMEDADES MAS COMUNES EN EL ADULTO MAYOR	11
TERAPIA FARMACOLOGICA	14
EFFECTOS ORALES SECUNDARIOS MÁS FRECUENTES POR MEDICAMENTOS	15
CONSIDERACIONES ODONTOLOGICAS POR MEDICAMENTOS	17
PROCESOS BIOLOGICOS DURANTE EL ENVEJECIMIENTO	18
SISTEMAS SENSORIALES EN EL ADULTO MAYOR	20
SISTEMA MUSCULAR EN EL ADULTO MAYOR	22
SISTEMA ESQUELETICO EN EL ADULTO MAYOR	22
SISTEMA CARDIOVASCULAR EN EL ADULTO MAYOR	23
SISTEMA RESPIRATORIO EN EL ADULTO MAYOR	24
SISTEMA EXCRETOR EN EL ADULTO MAYOR	24
SISTEMA DIGESTIVO EN EL ADULTO MAYOR	25

CAMBIOS SOCIALES Y PSICOLOGICOS	26
EVOLUCION DEL ENTORNO SOCIOAFECTIVO	28
INCIDENCIA DEL ENVEJECIMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA	31
FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN LA SALUD ORAL DEL PAM	33

CAPITULO II

ODONTOLOGIA EN EL ADULTO MAYOR

INTRODUCCION	34
BIOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO EN LA CAVIDAD ORAL	38
ESMALTE	39
DENTINA	40
PULPA	40
CEMENTO	40
ENCIA	41
PERIODONTO	41
MUCOSA BUCAL	42
LENGUA	42
GLANDULAS SALIVALES	43

CAPITULO III

HISTORIA CLINICA EN EL ADULTO MAYOR

INTRODUCCION	45
MEDIDAS DE PREVENCION Y AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR	47
DETECCION DE PLACA DENTOBACTERIANA	50
INSTRUCCIÓN DE TECNICA DE CEPILLADO	51
INSTRUCCIÓN DE HILO DENTAL	53
OBJETIVOS DE LA HISTORIA CLINICA	54
DIAGNOSTICO	55
FACTORES A CONSIDERAR ANTES DE COMENZAR EL PLAN DE TRATAMIENTO	56
PLAN DE TRATAMIENTO	57
FACTORES DETERMINANTES EN EL MANEJO CLINICO DEL PACIENTE GERIATRICO	58
PRONOSTICO	59
CLASIFICACION DE LA PERSONA ADULTO MAYOR (PAM)	60
ENFERMEDADES PREVALENTES EN EL ADULTO MAYOR Y SU AFECTACION EN LA CAVIDAD ORAL	63
HIPERTENSION ARTERIAL	63
DIABETES	65

ENFERMEDAD PERIODONTAL	66
XEROSTOMIA	68
LESIONES PERIAPLICALES	69
CANCER	70
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	72
OSTEOPOROSIS	74
ALZHEIMER	77
ALTERACIONES EN CAVIDAD ORAL	78
CARIES	79
DESNUTRICION	80
ARTRITIS	83
ALTERACIONES DE LA MUCOSA ORAL	84
SALIVA	86

CAPITULO IV

MANEJO DE LA CONDUCTA ODONTOLOGICA DEL PACIENTE ADULTO MAYOR

INTRODUCCION	87
MANEJO ODONTOLOGICO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON ALZHEIMER	92
SALUD ORAL DE LOS PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO	102
MANEJO ODONTOLOGICO DE LOS PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO	104
MANEJO ODONTOLOGICO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS	108
COMPONENTE EDUCATIVO DEL PLAN DE TRATAMIENTO DEL PAM	111
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	114

CAPITULO I

PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

INTRODUCCION

El envejecimiento es un proceso que conlleva una serie de cambios anatómicos y fisiológicos dependientes del tiempo que reducen la capacidad funcional y fisiológica del cuerpo. Conforme avanza la edad, el cuerpo sufre una infinidad de cambios morfológicos a nivel de sus tejidos y sistemas; en la mayoría de los casos, la salud del individuo se ve comprometida debido a problemas dentales, nutricionales, mentales y por patologías de fondo (cáncer, hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencias cardíacas, entre otros).

La producción continua de dentina ocasiona que la cámara pulpar disminuya su tamaño, así como los canales radiculares, vasos sanguíneos y fibras periodontales. Con la edad aparecen pigmentaciones en mucosa oral y piel, que se deben en la mayoría de los casos a una melanosis fisiológica o racial y pueden aparecer en cualquier región de la boca como carrillos, labios, lengua y encía.



En los pacientes con alguna limitación motora, visual y mental, es fundamental indicar técnicas de aseo simples pero efectivas e implementar el uso de cepillos e hilo dental modificados a las necesidades de cada individuo porque, de lo contrario, las técnicas no tendrán los resultados esperados y aumentaría la frustración por parte del paciente.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el envejecimiento activo es "el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen.

El término "activo" se refiere a que los adultos mayores participen de manera continua, ya sea como individuos o en grupo, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos en los que están inmersos.

El envejecimiento sano y activo no se limita a realizar ejercicio físico o trabajo remunerable.

El investigador Alan Walker, propone siete componentes:

- ❖ Contribuir al bienestar individual, familiar comunitario y social
- ❖ Prevenir enfermedad, discapacidad, dependencia y pérdida de habilidades
- ❖ Participar en la medida que lo permitan las condiciones físicas, psicológicas y sociales de cada persona (incluidas las que son frágiles y dependientes)
- ❖ Mantener y fortalecer la solidaridad intergeneracional
- ❖ El derecho a la protección social, educación y capacitación a lo largo de la vida implica la obligación de aprovecharlo para ejercer de manera más eficiente el envejecimiento activo
- ❖ El empoderamiento en el envejecimiento activo implica adquirir conocimiento para asumir la responsabilidad del rol social de viejo activo
- ❖ Considerar los elementos locales y la diversidad cultural en el concepto de envejecimiento activo

En términos generales, se acepta que el envejecimiento inicia temprano en la vida y que los cambios biológicos relacionados con él aparecen de manera asincrónica en distintos aparatos y sistemas. En algunos organismos es posible detectar desde muy temprano los primeros indicios de lo que será su envejecer.

El envejecimiento saludable es el proceso mediante el cual las personas adultas mayores adoptan, adecuan o fortalecen estilos de vida que le permiten lograr el máximo de bienestar, salud y calidad de vida a través de las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formal.

Los estilos de vida que han demostrado tener un impacto significativo en la salud, bienestar y calidad de vida en la vejez son: una alimentación adecuada, ejercicio físico, periódico y seguro; higiene personal adecuada, sueño suficiente y reparador, recreación y alta autoestima

ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN EL ADULTO MAYOR

- ❖ Enfermedades Cardiovasculares
- ❖ Enfermedades Neurológicas
- ❖ Diabetes Mellitus
- ❖ Hipertensión Arterial
- ❖ Osteoporosis
- ❖ Enfermedades Hematológicas y Coagulopatías
- ❖ Alteraciones Hepáticas
- ❖ Visuales y Motoras
- ❖ Insuficiencia Renal
- ❖ Alteraciones Nutricionales de origen Mental.
- ❖ Cuadros que provoquen algún grado de Inmunosupresión.

Cuando un paciente presenta alguna de estas patologías, es primordial determinar 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.

En pacientes con problemas hepáticos y/o renales, las precauciones deben centrarse en las alteraciones sistémicas que generan estos cuadros, especialmente a nivel circulatorio, hematológico e inmunológico y que puedan complicar el tratamiento dental.

Además es importante el ajuste de las dosis de cualquier fármaco a indicar, pues éstos casi sin excepción se metabolizan en el hígado y se excretan vía renal, con lo que inevitablemente las concentraciones de fármaco que recibe el paciente sufren modificaciones.

Pacientes con alteraciones motoras, visuales y mentales, indiscutiblemente se encuentran limitados para mantener una adecuada higiene oral. En ellos es fundamental indicar técnicas de higiene oral simplificadas.

A pesar de que la salud oral del PAM está determinada por diversos factores tanto propios como ambientales, hoy se sabe que en un alto porcentaje de la población geriátrica presenta condiciones de salud oral bastante precarias, reflejadas en el hecho de que la condición de mayor prevalencia es el Edentulismo.

TERAPIA FARMACOLÓGICA

Todo fármaco administrado a un paciente, junto con ejercer su acción farmacológica benéfica, lleva asociada la capacidad de producir efectos secundarios y reacciones adversas en el organismo, especialmente en tratamientos de larga duración.

Estos efectos secundarios deben ser ampliamente conocidos por el odontólogo, para controlar su efecto y contrarrestarlos cuando sea posible. Su eventual aparición debe ser explicada al paciente antes de iniciar la terapia, para que esté prevenido en caso de que ocurran.

EFFECTOS ORALES SECUNDARIOS MÁS FRECUENTES POR MEDICAMENTOS

- ❖ Xerostomía y Sialoadenosis (lesión crónica que afecta simultáneamente a múltiples glándulas salivales)
- ❖ Disgeusia (alteraciones del gusto)
- ❖ Estomatitis alérgicas
- ❖ Alteraciones gingivales (hiperplasias, sangrado, gingivitis)
- ❖ Reacciones liquenoides
- ❖ Eritema multiforme o polimorfo
- ❖ Pénfigo y Lupus eritematoso medicamentoso.
- ❖ Candidiasis Oral
- ❖ Osteonecrosis por bifosfonados.



Muchos de los fármacos utilizados por pacientes geriátricos provocan como efecto secundario principal que es la Xerostomía, una disminución del flujo salival.

La principal complicación derivada de xerostomía de larga duración es el aumento de incidencia de caries radiculares y de candidiasis oral, además de la aparición o aumento de las molestias en pacientes portadores de prótesis removible.

Cuando un paciente padece de xerostomía, se debe determinar la causa que la genera, antes de indicar cualquier producto. Así, en el caso de alteraciones reversibles como el stress y la ansiedad, pacientes con deshidratación, casos de diabetes no compensados o cuando la xerostomía es debida a determinados fármacos.

Pacientes bajo terapia con anticoagulantes, requieren la suspensión temporal del fármaco, cuando el odontólogo requiera realizar procedimientos que provoquen algún grado de hemorragia. Todo el proceso ha de efectuarse en estrecha comunicación con el médico tratante, pues es él quien determina cuándo y por cuánto tiempo el paciente suspenderá la terapia.

CONSIDERACIONES ODONTOLÓGICAS POR MEDICAMENTOS

- ❖ Alerta sobre interacciones farmacológicas.
- ❖ Consulta médica
- ❖ Protocolo de reducción del stress
- ❖ Precauciones en anestesia local y vasoconstrictor.
- ❖ Protocolo sobre hipotensión ortostática (posición semisupina del sillón)
- ❖ Investigar efectos secundarios orales

PROCESOS BIOLÓGICOS DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de la persona. Pero, además, también se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado esa 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, aproximadamente a los 18 o 22 años. A esa edad finaliza la etapa de crecimiento y empieza la involución física. Pero no todos los cambios se producen en la misma época y con el mismo ritmo.



Todavía no es posible distinguir qué cambios son verdaderamente un resultado del envejecimiento y cuáles derivan de la enfermedad o de distintos factores ambientales y genéticos.

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 normalidad. Pero al mismo tiempo que aparecen esas «vulnerabilidades», la mayoría de las personas de edad avanzada desarrollan una serie de mecanismos de adaptación y de estrategias que compensan las carencias.

Eso les permite llevar su vida diaria con relativa autonomía. Un ejemplo muy significativo lo encontramos en la disminución de la fuerza física que se produce con la edad. Así, cuando una persona es joven, suele realizar pocas compras a lo largo del mes, ya que no tiene problemas en cargar con cualquier peso. Por el contrario, una persona mayor realiza en ese mismo tiempo varias compras pequeñas, ya que de ese modo le resulta más fácil transportar el peso, pues su fuerza ha disminuido.

SISTEMAS SENSORIALES EN EL ADULTO MAYOR

VISIÓN

- ❖ Disminuye el tamaño de la pupila.
- ❖ Menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana.
- ❖ Disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores.

AUDICIÓN

- ❖ Menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. Esta es la causa de que una persona mayor tenga más problemas en oír las voces femeninas, ya que suelen ser más agudas.

GUSTO Y OLFATO

- ❖ Disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas.
- ❖ Pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos.

TACTO

- ❖ La piel es el órgano relacionado con la capacidad sensorial del tacto. Los cambios que se producen en la piel pueden observarse a simple vista, como son:
 - ❖ Aparición de arrugas.
 - ❖ Manchas.
 - ❖ Flacidez.
- ❖ Sequedad: Todos esos cambios se producen como consecuencia de transformaciones internas, como son la disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular. Pero también pueden ser originados por deficiencias en la alimentación, por posibles enfermedades o por una excesiva exposición al sol sin la suficiente hidratación aplicada por vía tópica

SISTEMAS MUSCULARES EN EL ADULTO MAYOR

- ❖ Estructura muscular: Se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro. Consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular.

SISTEMA ESQUELÉTICO EN EL ADULTO MAYOR

- ❖ La masa esquelética disminuye, pues los huesos se tornan más porosos (menos densidad del hueso) y quebradizos.
- ❖ Debido al proceso de desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles y, por lo tanto, más vulnerables a la fractura. Estos cambios afectan en mayor medida a las mujeres, debido a las siguientes causas: mayor pérdida de calcio, factores genéticos, factores hormonales (menopausia), inactividad física, consumo de tabaco y alcohol, malos hábitos de alimentación, etc.
- ❖ Articulaciones: Se tornan menos eficientes al reducirse la flexibilidad. Se produce mayor rigidez articular debida a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, que son las tres estructuras que componen las articulaciones. La principal consecuencia es el dolor.

SISTEMA CARDIOVASCULAR EN EL ADULTO MAYOR

- ❖ El corazón: aumento del ventrículo izquierdo, mayor cantidad de grasa acumulada envolvente, alteraciones del colágeno, que provocan un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción, entre otros cambios.
- ❖ Los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad, al aumentar de grosor y acumular lípidos en las arterias (arterioesclerosis). El estrechamiento y la pérdida de elasticidad dificultan el paso de la sangre.
- ❖ Las válvulas cardiacas se vuelven más gruesas y menos flexibles, es decir, necesitan más tiempo para cerrarse. Todo estos cambios conducen a un aporte menor de sangre oxigenada y esto, a su vez, se convierte en una causa importante por la que disminuye la fuerza y la resistencia física general.

SISTEMA RESPIRATORIO EN EL ADULTO MAYOR

- ❖ Su rendimiento queda mermado debido a diversos factores, entre los que se encuentran la atrofia y el debilitamiento de los músculos intercostales, los cambios esqueléticos (caja torácica y columna) y el deterioro del tejido pulmonar (bronquios). Todo ello produce una disminución del contenido de oxígeno en sangre, que se reduce entre un 10% y un 15%, y en la aparición de una enfermedad respiratoria, el enfisema, muy común en personas de edad avanzada.

SISTEMA EXCRETOR EN EL ADULTO MAYOR

- ❖ El riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho. Por esta razón, se hace necesario para el organismo aumentar la frecuencia miccional.
- ❖ El deterioro del sistema excretor también hace frecuentes los episodios de incontinencia.

SISTEMA DIGESTIVO EN EL ADULTO MAYOR

- ❖ En general, todos los cambios se traducen en una digestión dificultosa y en la reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado.
- ❖ Pérdida de piezas dentales, que originan un problema considerable en la digestión de los alimentos, para la cual es importante una buena masticación.
- ❖ Disminución de los movimientos esofágicos (contracción/relajación), cuya función es facilitar la deglución.
- ❖ Reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas, lo que también dificulta la digestión. • Atrofia de la mucosa gastrointestinal, por lo que la absorción de nutrientes es menor.
- ❖ Disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino, que producen menor masa y frecuencia en la eliminación de sólidos y, por tanto, estreñimiento.
- ❖ Vesícula e hígado: en las personas mayores se produce una mayor incidencia de cálculos biliares y un menor tamaño y eficiencia del hígado.

CAMBIOS SOCIALES Y PSICOLÓGICOS

Cuando hablamos de roles sociales nos referimos al conjunto de funciones, normas, comportamientos y derechos definidos social y culturalmente, que se esperan que una persona cumpla o ejerza de acuerdo a su estatus social, adquirido o atribuido. Así pues, el rol es la forma en que un estatus concreto tiene que ser aceptado y desempeñado por el titular.

Con el paso de los años, esos roles van cambiando y, al llegar el envejecimiento, la sociedad obliga al individuo a abandonar algunos de esos roles que ha desempeñado durante toda su vida. Esta nueva situación conlleva una serie de cambios sociales y psicológicos en el individuo.



Existen numerosas teorías que intentan explicar los cambios psicosociales que se producen con el envejecimiento y el origen de esos cambios.

Para explicar los cambios psicológicos que puede sufrir el individuo al llegar a la vejez, nos vamos a basar en las dos teorías principales elaboradas sobre esta circunstancia: la teoría de Erikson y la de Peck.

TEORÍA DE ERIKSON (INTEGRACIÓN VS. DESESPERACIÓN)

El ser humano pasa por ocho crisis, que se corresponden con los cambios de etapa vital. En la octava etapa se produce la necesidad de aceptar el modo de vida que el sujeto ha seguido (integración). Si no se produce esa aceptación, se llega a la desesperación.

TEORIA DE PECK

El ser humano pasa por tres crisis, que se corresponden con los cambios de etapa vital. Es necesario resolver las tres crisis para envejecer de forma saludable y extender su identidad más allá de su trabajo, bienestar físico y existencia propia.

La personalidad es un rasgo muy estable a lo largo de la vida y va a influir en el proceso de envejecimiento: una personalidad positiva va a favorecer el estado de ánimo y el bienestar subjetivo de la persona, va a proteger, en definitiva, la salud psicológica y la capacidad de aceptar y de adaptarse a los cambios propios de la edad.

EVOLUCION DEL ENTORNO SOCIOAFECTIVO

Como ya hemos visto en un punto anterior, el entorno social adquiere gran importancia para el individuo. Pero el descenso de los contactos sociales que conlleva el envejecimiento no equivale a un descenso en el apoyo recibido; así como tampoco un mayor número de interacciones trae como obligada consecuencia un aumento en la percepción subjetiva de apoyo.

Los conceptos de apoyo social, entorno socioafectivo y red social se comprenden de forma intuitiva. Pero la dificultad aparece a la hora de delimitar y especificar dichos conceptos.

El apoyo que cualquier sujeto puede recibir desde su entorno puede ser de varios tipos:

- ❖ Apoyo instrumental: Se refiere al suministro de bienes materiales y servicios que puedan ayudar en la solución de problemas prácticos.
- ❖ Apoyo emocional: Se relaciona con la información que recibe el sujeto de ser respetado, amado, valorado e integrado en una red social.
- ❖ Apoyo de estima: Consiste en disponer de alguien con quien poder comentar los problemas propios.
- ❖ Apoyo informativo: Se trata de facilitar la información necesaria que ayudará a resolver un determinado problema, para disminuir el sentimiento de confusión e impotencia, e incrementar la sensación de control sobre la situación, aumentando así el bienestar psicológico.
- ❖ Compañía social: La actividad social, sobre todo la de carácter lúdico, es un generador de estado de ánimo positivo. Las actividades lúdicas, formativas, deportivas, etc., son un fin en sí mismas que debemos alentar y apoyar, tanto en los hombres como en las mujeres.

Todas ellas inciden positivamente tanto en la esfera psíquica de la persona como en la física. Debemos reconocer que la persona no tiene limitaciones.

Al llegar a la vejez, la red social a la que siempre había pertenecido el individuo se transforma:

- ❖ Los lazos familiares son uno de los principales vínculos sociales que se tienen: la pareja y los hijos suelen ser el principal apoyo de la persona.
- ❖ En las mujeres, sobre todo, también se mantienen las relaciones vecinales de toda la vida.
- ❖ Aparece el rol de abuelo/a. Lo que ocurre es que con el tiempo esta relación va cambiando: de ser una fuente de ayuda, pasa a ser una carga familiar (es en este momento cuando la familia se plantea el ingreso en una institución).
- ❖ Se pierden vínculos, como los compañeros de trabajo; también fallecen amistades de toda la vida, vecinos, familiares.

INCIDENCIA DEL ENVEJECIMIENTO EN LA CALIDAD VIDA

De los estudios realizados sobre los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad y la autoestima en personas mayores, se puede destacar que un 15-25% de la población general padece algún trastorno de carácter psicopatológico. Otra de las conclusiones del estudio es que existe una mayor comorbilidad, con deterioro cognoscitivo, suicidio, incremento de las tasas de mortalidad, otros trastornos mentales y, en definitiva, un empobrecimiento de la calidad de vida.

En algunos de estos estudios queda reflejado que la presencia de depresión en los mayores favorece la aparición de otros efectos:

- ❖ Descenso de la calidad de vida.
- ❖ Aumento de las enfermedades físicas.
- ❖ Disminución de la esperanza de vida.
- ❖ Incremento del riesgo de sufrir una muerte prematura por la aparición de enfermedades somáticas.
- ❖ No aceptación de la nueva situación de dependencia.

Esta quizás sea la consecuencia más grave. La adaptación a la circunstancia vital de la dependencia varía en función de numerosos factores, entre ellos:

- ❖ Los recursos psicológicos de cada individuo.
- ❖ Las causas de la dependencia.
- ❖ El pronóstico de la dependencia.
- ❖ El entorno social y familiar.
- ❖ El apoyo recibido

En líneas generales, resultará menos complicada la adaptación para las personas mayores que mantengan su residencia que en las que ingresen en una institución. Pero, como contrapartida, estas últimas renuncian a esa otra «autonomía» psicológica que supone el poder de decisión sobre lo relativo a su cuidado personal (como el día o la hora de baño, de acostarse o de ir a comer). En este punto resalta la importancia de las necesidades especiales de atención y de apoyo integral para las personas mayores, pero no centradas exclusivamente en la satisfacción de las necesidades básicas (cuidado de su higiene y de su alimentación), que sin duda son fundamentales y las primeras que se deben atender.

FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN LA SALUD ORAL DE LA PAM:

- ❖ La boca tiende a secarse por la disminución de la saliva debido a ciertos medicamentos.
- ❖ La piel de los labios en edades muy avanzadas se arruga.
- ❖ Mayor desgaste de la superficie de los dientes, pérdida del hueso alveolar, dientes afilados, quebradizos y de color amarillo.
- ❖ Disminución del gusto.
- ❖ Se reduce el tejido nervioso y los vasos sanguíneos, provocando menor sensibilidad.
- ❖ Se reduce la capacidad para soportar la presión de una prótesis dental y disminuye la capacidad para masticar
- ❖ Menos capacidad defensiva y reparadora de los tejidos frente a la agresión bacteriana, con frecuencia de infecciones por hongos y, en caso de lesión retrasando la cicatrización, lo que precipita la pérdida de los dientes.

CAPITULO II

ODONTOLOGIA EN EL ADULTO MAYOR

INTRODUCCION

Tradicionalmente la salud bucal es considerada como parte de la salud integral de los individuos, sin embargo, el personal médico no le da la importancia que amerita y por ende no trabaja en relación estrecha con el odontólogo, desafortunadamente, esta situación no se ha modificado en los últimos años. En la actualidad sabemos que es necesario el trabajo en equipo conformado por médico, odontólogo y paciente.

En los adultos mayores, la cultura de la prevención toma una importancia capital, debido a que es un grupo vulnerable desde distintas ópticas: física, psicológica, económica y social. No obstante lo anterior, también hay que comentar que la salud bucal en el adulto mayor ha persistido a través de la historia con una serie de mitos inaceptables en la actualidad, por ejemplo: se considera como algo natural llegar edéntulo a la vejez, desafortunadamente, en nuestro país no se ha generado una cultura de la prevención y el autocuidado, por lo que hace falta reconocer que es más económico invertir en prevención que en la atención a los daños a la salud y rehabilitación, ya que mediante la prevención y autocuidado podemos y debemos conservar durante toda la vida la salud bucal.

Por lo tanto, la pérdida de la salud bucal, jamás deberá ser considerada como parte inevitable de la vejez, sino que es sin duda una consecuencia y reflejo de factores que intervinieron durante toda la vida, es decir la historia familiar, socioeconómica y cultural, agregándose los cambios propios de la biología del envejecimiento.

La esperanza de vida ha aumentado considerablemente, motivando la necesidad de readaptar la atención odonto-estomatológica en el adulto mayor y ampliando los objetivos tradicionales de sólo curar las enfermedades, implementando en particular las medidas preventivas.

La salud oral, complementará el objetivo de una mejor calidad de vida en el anciano, ya que la misma contribuye al bienestar físico, psíquico y social del paciente adulto mayor, gozando de una madurez satisfactoria desde el punto de vista metodológico y ético. Socialmente suele existir una actitud negativa hacia la salud oral, ya que esta población se asocia normalmente a la pérdida dentaria, sin pensar la importancia de una estimulación con fines preventivos aunque se reconozca que la salud oral del anciano presente mayores problemas.

Se debe saber que el principal objetivo de la asistencia odontológica ha sido el curar la enfermedad; la mayoría de las veces en se trata la enfermedad y muy pocas veces se previene. Así, es necesario considerar que no sólo se realizará tratamiento exodóntico y mutilante, sino se otorgará además una adecuada información preventiva, sesiones de higiene oral, junto a programas de mantenimiento periodontales y dentales, valorando la información relacionada con la prostodoncia.

En la atención odontológica del paciente geriátrico, existe el gran inconveniente socioeconómico y cultural por cuanto que, al llegar a la jubilación, en su gran mayoría sufre reducción de ingresos, dificultando el tratamiento correcto. Realmente este hecho nos marca un verdadero desafío asistencial tanto privado como público, acentuándose aún más en los pacientes institucionalizados en residencias que no cuentan con servicio odontológico.

Asimismo la actitud del anciano para su atención odontológica suele ser negativa, por aceptar a las enfermedades buco-dentales como crónicas y ser consecuencia del envejecimiento oral, motivándolos que no busquen atención odontológica.

Cuando se atienden pacientes mayores, es importante diferenciar entre los pacientes independientes y activos integrados a su medio; a los pacientes anciano de los que se presentan con alguna patología con dependencia, los pacientes geriátrico. Es responsabilidad de los profesionales el cuidado de esta población, reconociendo que están sujetos a un mayor conocimiento en geriatría, al enfrentarse en el momento de la consulta con: mayor incidencia de enfermedades, mayor dificultad diagnóstica, mayor dificultad terapéutica, mayor asociación de enfermedades, mayor tendencia a la cronicidad e invalidez, mayores cuidados rehabilitadores y mayor necesidad de cuidados psíquicos y sociales.

Es la población de mayor consumo en servicios de salud y los que menos concurren a sus controles odontológicos como consecuencia del: bajo nivel de motivación para la salud buco-dental, miedo a cómo serán tratados, patologías que dificultan su traslado, bajo nivel socio-económico y largas horas de espera en los turnos. En general, es de notar la dificultad que presentan los profesionales del campo de odonto-estomatología, que si bien no es de dudar su saber en odontología general, desconocen en su gran mayoría la importancia de un trabajo interdisciplinario.

BIOLOGIA DE ENVEJECIMIENTO EN LA CAVIDAD ORAL

La cavidad bucal, al igual que el resto del organismo, no escapa al proceso del envejecimiento. A continuación se describen los cambios morfológicos y fisiológicos atribuibles al proceso de envejecimiento que ocurren en el sistema estomatognático. Este término utilizado comúnmente en el área de la Odontología tiene sus raíces etimológicas provenientes del griego: estomodeo (boca primitiva del embrión originada en el 3er arco braquial) y gnatos que significa mandíbula.

Según el investigador Ortega Velazco, los primeros signos de envejecimiento del aparato digestivo se observan en la cavidad bucal. Es importante indicar que algunos cambios bucales que ocurren en la edad son naturales, como cierto grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes. En cambio otros, son resultado de la acción de enfermedades (periodontitis), de medicamento (xerostomía) y efectos de factores socioculturales y económicos. En este sentido, los cambios bucales relacionados con la edad pueden tener 2 orígenes: como expresión del envejecimiento propiamente dicho o como consecuencia de factores internos fisiológicos que no provocan enfermedad. Pero inducen a cambios bioquímicos funcionales y estructurales

Se refiere a un sistema integrado por diversos aparatos y no sólo aquellos relacionados a la cavidad bucal como son: los músculos de la masticación, articulación temporomandibular, los del cuello y cara, así como la relación de la cavidad bucal con el resto del organismo.

Tomando en cuenta que el proceso de envejecimiento es universal pero al mismo tiempo individualizado e irreversible, podemos encontrar una amplia variabilidad biológica interindividual, por lo que debemos estar familiarizados con aquellos cambios que se dan en los órganos y tejidos de la cavidad bucal de los adultos mayores, lo que hace necesario describirlos.

El diente es un órgano enclavado en los alvéolos de los huesos maxilares. Su estructura está formada por esmalte, dentina, pulpa y cemento. La estructura especializada que recibe el nombre de ligamento periodontal permite la unión entre el diente y hueso alveolar.

Los dientes en su conjunto tienen funciones múltiples como participar en la masticación, fonética, expresión facial e implicación en la estética, por lo que en su ausencia puede verse afectada la nutrición y autoestima. La modificación estructural del órgano dentario asociada al envejecimiento puede presentarse como sigue:

ESMALTE

Esta estructura semitraslúcida sufre un desgaste natural como resultado de la masticación sin ocasionar molestia. Otro cambio, es su opacamiento, lo que ocasiona que el diente se vea mate, sin brillo y más oscuro.

DENTINA

Sirve de sostén al esmalte, el cambio en su coloración es debido al propio proceso de envejecimiento y la sustitución de la dentina original por la denominada “dentina de reparación”, lo que ocasiona que los dientes adopten un tono amarillo.

PULPA

La pérdida en la elasticidad vascular pulpar asociada al envejecimiento promueve dicha fibrosis. Se anticipa que se formarán en la pulpa acumulaciones de material calcificado, similar a la dentina de reparación, estas se denominan cálculos pulpares que suelen adoptar diferentes tamaños.

CEMENTO

Este tejido corresponde a un tejido óseo especial, sin irrigación ni inervación. Se une al hueso alveolar gracias al ligamento periodontal. Se circunscribe únicamente a la raíz del diente, se compone en un 55% de hidroxapatita cálcica y en un 45% de agua, por lo tanto tiene una consistencia dura (en cierto modo similar al tejido óseo). El cemento es la cubierta radicular de la dentina confiriéndole protección.

Como personal de salud, es imperioso hacer saber a la población general la importancia que representa la conservación de los órganos dentarios, en todas las etapas de la vida, ya que su pérdida significará disminución de la funcionalidad general del individuo, aumento en la dependencia y afección a su salud general, por lo tanto es indispensable hacer saber a los adultos mayores y sus familiares que con autocuidado y atención odontológica preventiva, es posible la conservación de los dientes aún a edades muy avanzadas.

ENCÍA

Tiene como funciones cubrir y proteger al hueso de los maxilares tanto superior como inferior y apoyar la función de soporte y fijación de los dientes al hueso. En adultos jóvenes a menos que haya una enfermedad agregada tiene una coloración rosa salmón y la textura asemeja el puntilleo de la cáscara de naranja. En adultos mayores el color es rosa pálido debido a la disminución en la irrigación sanguínea, perdiéndose el puntilleo. Otra situación común es el desplazamiento discreto de la misma, dejando descubierta parte de la raíz.

PERIODONTO

Se llama así al tejido de soporte, nutrición y protección que rodea la estructura radicular del diente, está conformado por hueso alveolar, encía, fibras periodontales y cemento radicular. En el adulto mayor existe una disminución en la sensibilidad de las fibras periodontales que en ocasiones no permite reconocer la presencia de patología agregada por disminución en la percepción de dolor

MUCOSA BUCAL

En los adultos mayores, la mucosa se presenta pálida por disminución u obliteración de capilares submucosos, se encuentra adelgazada y frágil debido a un tejido conectivo deficiente, por lo que tiende a lesionarse con mayor facilidad.

LENGUA

Un cambio esperado del proceso de envejecimiento, es la disminución del número de papilas gustativas que se encuentran en la cara dorsal de la lengua (también llamada dorso de la lengua) lo que ocasiona que disminuya la percepción de los sabores, fenómeno que es dependiente de la edad. Esto toma especial importancia en pacientes portadores de padecimientos crónico degenerativos como diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica, ya que comúnmente los adultos mayores debido a este fenómeno aumentan su ingesta de sal o azúcar haciendo más difícil el control de su patología. Las modificaciones del aparato vascular asociadas a la edad se ejemplifican con la presencia de várices sublinguales (también llamadas flebectasias) las que se observan en la cara inferior de la lengua.

GLANDULAS SALIVALES

La producción de saliva es indispensable para el adecuado funcionamiento de la cavidad bucal, entre sus funciones más destacadas se encuentran: protege al esmalte fungiendo como defensa y coadyuva en la remineralización, lubrica, regula el pH, otorga protección inmunológica a los órganos dentarios y neutraliza el ácido producido tras las comidas ya que si se produce un pH ácido se provoca la desmineralización del esmalte, mientras que si se produce un pH básico se producen cálculos dentarios conocidos como sarro.

Con el proceso del envejecimiento disminuyen los elementos de protección y estructura de la saliva tornándola más acuosa y perdiendo mucina por lo que es de menor calidad. Aunque asociada a la edad hay una disminución en la producción de saliva, no es una regla en todos los adultos mayores. La cantidad de saliva se verá reflejada proporcionalmente a la ingesta de agua por parte del adulto mayor.

En cuanto a la función salival, en las mujeres se nota más el cambio de la reducción de la velocidad del flujo salival después de la menopausia. La disminución del flujo salival no se reduce hasta aproximadamente los 60 años. La disminución del flujo salival afecta fonéticamente y puede hacer difícil la deglución de grandes porciones de alimentos. Para algunos investigadores, es producto del envejecimiento o por medicamentos (antihipertensivos, anticolinérgicos, antiparkinsonianos, psicotrópicos y sedantes).

Otros autores como Scott han descrito la existencia de cambios morfológicos glandulares, cuyo tejido es remplazado por tejido adiposo o conectivo. En conclusión, si el flujo salival se reduce con la edad, esto puede ser escaso y insignificante clínica, por lo que cuando un paciente geriátrico presenta síntomas de xerostomía, no debe considerarse consecuencia del proceso de envejecimiento, sino que es necesario valorar su estado general, oral y farmacológico para diagnosticar la causa de la hipofunción salival.

CAPITULO III

HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA EN EL ADULTO MAYOR

INTRODUCCION

Un paciente anciano exige un tratamiento especial; el envejecer es un proceso normal; no obstante; no se debe olvidar que trae consigo sus consecuencias en el área bucodental, así como el resto del organismo. Al estar consciente de esta realidad, al odontólogo se le hace imperante interrogar a su paciente respecto a ciertas situaciones y enfermedades, las cuales él debe conocer y dominar tanto en la significación como en su relación con la odontología.

Aunque se dispone de información necesaria para despejar ideas erróneas en relación con la salud buco dental y el envejecimiento, los ancianos siguen corriendo un alto riesgo de sufrir enfermedades, entre ellas: la caries, la enfermedad periodontal y el cáncer bucal.



La prevalencia de estos trastornos no ha mejorado significativamente en este grupo y tanto la sociedad en general, como los ancianos mismos, siguen aceptando el deterioro bucal y del aparato masticatorio como parte normal e inevitable de la vejez.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR

El envejecimiento de la cavidad bucal, es un proceso tremendamente influenciado por factores diversos como el estilo de vida de la persona, el tipo de alimentación, el nivel educativo, los factores socioeconómicos, soporte social, etc. Estos hechos observados se encuentran asociados íntimamente con alteraciones en el estado de la salud oral en el adulto mayor. La anamnesis debiera contemplar un meticuloso análisis médico-dental, que comprenda una actualización permanente de las enfermedades y medicamentos.

También puede ocurrir que el paciente no recuerde el nombre de los medicamentos que ingiere, o que no sepa la causa por la cual le fueron prescritos. En caso de duda, será necesario pedir que traiga el envoltorio la próxima sesión, de lo contrario será necesario llamar al médico tratante. En general, es esencial que, al inicio del tratamiento, se determine qué posición puede asumir el paciente en el sillón dental. El tiempo del tratamiento debiera compatibilizarse con las condiciones propias del paciente, como ser sus limitaciones físicas en la apertura de la boca que puede ser limitada o dificultosa.

En el anciano que continúa “joven“se puede realizar un programa de prevención por etapas en varias sesiones. A menudo ellos no están conscientes de la presencia de enfermedades en su propia boca. Frecuentemente nos encontramos con que el único tratamiento que creen necesitar de parte del profesional es una mera intervención de reparación para eliminar la molestia.

Por regla general, el programa de prevención para el anciano deberá considerar el problema de salud oral de manera simple, esto es, sin recurrir a la entrega de demasiada información e instrucción. Por ejemplo, tratándose de la limpieza del espacio interproximal se aconseja recomendar un solo medio de limpieza. Para usar el hilo dental, igualmente, muchas veces resulta útil un aditamento para sostenerlo. En muchas ocasiones los sistemas de higiene bucal requieren modificaciones en el anciano, pues sus condiciones limitan en grado importante su capacidad para cepillarse y usar adecuadamente el hilo dental.

El cepillo eléctrico suele ser un recurso eficaz siempre y cuando la persona tenga muy en claro que al igual que uno manual, no limpia por si solo; la única manera de que sea efectivo es adoptando una rutina de empleo correcta.

También en el anciano el empleo de reveladores de placa bacteriana puede ser oportuno como medio de instrucción y motivación en higiene oral. En portadores de prótesis removibles, se deberá instruir la higiene de ésta con un cepillo apropiado, más el uso de tabletas limpiadoras. Recomendable es el uso de tabletas efervescentes en base a peróxidos como coadyuvante al cepillado convencional de la prótesis.

Al dar instrucciones sobre higiene oral es oportuno verificar si ha habido comprensión, no sólo textual, sino también auditiva y si el paciente es capaz de poner en práctica lo aprendido. En el caso de hallazgos de poca gravedad como pigmentación dental, lesiones de caries de esmalte inactiva, consumo de tabaco, microfacturas del esmalte, pequeños defectos en el cuello dental, ligeras erosiones y/o abrasiones, etc.; su terapia no será imprescindible siempre y cuando no se esperen complicaciones clínicas o que el paciente así no lo desee.

Por el contrario, alteraciones de la mucosa oral deberán ser observadas con acuciosidad y, de ser necesario, clarificarlas con el patólogo o internista, ya que pueden ser indicación de alguna enfermedad no diagnosticada. En raras ocasiones pueden ser la manifestación de reacción alérgica ante materiales dentales. Disturbios funcionales pueden ser indicación de confecciones protésicas con deficiencias, por ejemplo infraoclusión

Es muy importante que el personal de salud enfatice a los adultos mayores la necesidad de que reconozcan y valoren la salud bucal como parte de su salud general, informándoles y orientándolos con respecto a la relación que existe entre la pérdida de ésta y la génesis de otros padecimientos.

La inspección general de los pacientes geriátricos es importante para evaluarlos integralmente, observando su estado de despierto, cognición, capacidad física, deficiencias orgánicas, pérdidas y discapacidades, valorando la red de apoyo familiar y social, así como la habilidad que tienen para autoexplorar la cavidad bucal y realizar la higiene.

Todo esto dará una impresión preliminar sobre el nivel de independencia del paciente y los cuidados específicos que se deben recomendar. Como parte de la consulta a todos los pacientes de 60 años y más, se les debe otorgar y orientar sobre el “Esquema Básico de Prevención en Salud Bucal para Adultos Mayores” el cual consiste en: Detección de placa bacteriana; Instrucción de técnica de cepillado; Instrucción de uso del hilo dental y Revisión de tejidos bucales e Higiene de prótesis. Estas actividades se detallan a continuación con el propósito de que el personal de salud oriente y apoye a los adultos mayores en su realización.

DETECCIÓN DE PLACA BACTERIANA

La placa bacteriana se forma mediante dos factores: la acumulación de restos de alimento y una deficiente higiene bucal que conllevan a la aparición de la caries dental y enfermedad periodontal. Se debe informar a los pacientes que detectar la presencia de placa bacteriana nos permite identificar las zonas de los dientes, encía y lengua que no han sido cepillados correctamente.



La placa bacteriana es invisible, pero se puede detectar utilizando pastillas reveladoras, colorantes vegetales, betabel, moras o azul añil. Las zonas que tienen más color indican una mayor acumulación de placa bacteriana. Esta tinción se puede eliminar mediante el barrido con cepillo e hilo dental. No olvide referir a los adultos mayores al servicio de estomatología, con la finalidad de detectar la placa bacteriana, así como para que el personal de salud les otorgue la instrucción de la técnica, con la finalidad de realizar esta actividad en casa.

INSTRUCCIÓN DE TÉCNICA DE CEPILLADO

Recuerde a los adultos mayores que la higiene bucal es la clave para prevenir y mantener la salud de los dientes, encía y lengua. Existe en el mercado una gran variedad de cepillos dentales que deben ser seleccionados para su uso de acuerdo a las características de cada adulto mayor, es un dedal pediátrico que también puede ser utilizado para auxiliar en el cepillado dental de un adulto mayor que se encuentra postrado en cama, facilitando al cuidador la tarea de higiene bucal.

La existencia de múltiples técnicas de cepillado permite utilizarlas en cada caso en particular, mismas que serán recomendadas por el odontólogo, ya que la instrucción debe ser individualizada, en virtud de que cada paciente cuenta con necesidades específicas y en cada uno de ellos se puede detectar diferentes errores en el cepillado que deben ser corregidos por el odontólogo.

Sin embargo, los médicos de primer contacto pueden hacer las siguientes recomendaciones: Instruya a los pacientes que coloquen el cepillo dental sobre la encía y diente haciendo movimientos de barrido sobre las superficies de los mismos. Los dientes superiores se cepillan hacia abajo, los inferiores hacia arriba, tanto por fuera como por dentro, por último, se debe cepillar la lengua suavemente con movimientos de barrido de atrás hacia delante. Debemos recomendar al adulto mayor siempre cepillar en el mismo orden las estructuras anatómicas de boca con el propósito de no olvidar la limpieza de ninguna de estas.

En los casos de pacientes que tengan disminuida la fuerza de prensión en las manos, resultado de un padecimiento osteoarticular o neurológico, se pueden colocar en los mangos de los cepillos adaptaciones o “auxiliares para la higiene” que aumentan su grosor para asir mejor el cepillo, como es el caso de los pacientes que presentan enfermedad articular degenerativa, secuelas de enfermedad vascular cerebral o alteraciones físicas que no permiten su correcto aseo, asimismo se debe contemplar la educación al familiar o cuidador sobre la técnica de cepillado en caso de que al adulto mayor no pueda realizar la actividad por sí solo.



INSTRUCCIÓN DE USO DEL HILO DENTAL

Aconseje al adulto mayor que debe usar hilo dental después del cepillado por lo menos una vez al día, de otra manera solo se realizará la mitad del trabajo para mantener una boca sana. Otras alternativas en caso de no disponer de hilo dental son el uso de hilo para coser o nylon. Infórmeles que el uso del hilo dental es indispensable para el cuidado de los dientes ya que el cepillo por el grosor de sus cerdas no llega a limpiar los espacios interdentarios y que las primeras veces que se use, la encía puede doler o sangrar un poco, ya dominada la técnica esta molestia desaparece. Si el adulto mayor tiene enfermedad articular degenerativa, alteraciones físicas que dificulten el movimiento de los dedos o prótesis fija en la boca, se puede utilizar aditamentos auxiliares como el “porta hilo”.



OBJETIVOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

- ❖ Conocer al paciente íntegramente, no solo su boca. (Salud en general y aspectos psicológicos y sociales.)
- ❖ Identificar a los pacientes con alguna patología previa, que suponga un serio problema para su vida o que pueda complicar el tratamiento médico/dental.
- ❖ Mejorar la comunicación con el médico del paciente, acerca de los problemas de salud.
- ❖ Ayudar a establecer una buena relación odontólogo-paciente, demostrándole que se le atiende integralmente.
- ❖ Proteger al odontólogo desde el punto de vista legal (Consentimiento Informado).
- ❖ Las necesidades que el paciente expone, sus prioridades de tratamiento y las expectativas que tiene en relación al éxito de este.
- ❖ Reconocer no solo enfermedades específicas, sino el estado psicológico del paciente, sus rasgos de personalidad, comportamientos o estados de ánimo especiales.

DIAGNÓSTICO

- ❖ O: Oral: Estado de la boca, restauraciones, salivación, prótesis, oclusión, etc.
- ❖ S: Sistémico: Cambios fisiológicos, enfermedades crónicas, medicamentos, etc.
- ❖ C: Capacidades Funcionales: Independencia, higiene bucal, movilidad, etc.
- ❖ A: Autonomía: Para tomar decisiones o dependencia de familiares
- ❖ R: Realidad: Establecer un plan de tratamiento acorde a las limitaciones.

FACTORES A CONSIDERAR ANTES DE COMENZAR EL PLAN DE TRATAMIENTO

- ❖ Si el adulto mayor valora su salud.
- ❖ Si quiere mejorar su imagen.
- ❖ Si comprende lo que se le explica y si desea el tratamiento.
- ❖ Si está capacitado para recibirlo.
- ❖ Si su colaboración será psico-físicamente adecuada.
- ❖ Su consentimiento informado.
- ❖ Su estado general y su capacidad de longevidad.
- ❖ Circunstancias sociales, factores económicos, dieta, higiene oral y desplazamientos.

PLAN DE TRATAMIENTO

- ❖ La posibilidad de obtener un tratamiento exitoso, ya sea este parcial o total.
- ❖ La posibilidad de mantener los dientes naturales en boca el mayor tiempo posible.
- ❖ Se debe conseguir los efectos estéticos deseados.
- ❖ Utilizar prótesis sin movilidad o sin rechazo psicológico, y la posibilidad de no hacer ningún tratamiento.

FACTORES DETERMINANTES EN EL MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE GERIÁTRICO

- ❖ Los deseos y expectativas del paciente.
- ❖ El tipo y la severidad de las necesidades dentales del paciente.
- ❖ El impacto de los problemas en la calidad de vida del paciente.
- ❖ La probabilidad de resultados positivos del tratamiento.
- ❖ La disponibilidad de alternativas al tratamiento razonables y menos complejas.
- ❖ La capacidad del paciente para tolerar el estrés del tratamiento.
- ❖ La capacidad del paciente para mantener su salud bucodental.
- ❖ La capacidad financiera del paciente y otros recursos.
- ❖ La habilidad del dentista (incluyendo recursos tales como su destreza y equipo).
- ❖ Otras cuestiones pertinentes.

PRONÓSTICO

En los pacientes adultos mayores, el pronóstico En primer lugar, tenemos que considerar los problemas y complicaciones médicas existentes dependerá en gran parte de su estado físico, emocional y nutricional, de su salud mental y general.

Una serie de aspectos importantes que el odontólogo debe valorar y aplicar.

- ❖ Habrá que valorar la capacidad del individuo para comprender la importancia de su higiene en el mantenimiento de su salud bucal y su capacidad física para ocuparse de ello.
- ❖ Considerar los factores estéticos y funcionales que mejoren su imagen y estimulen su voluntad para actuar en sociedad, lo que contribuiría a mejorar su calidad de vida.
- ❖ Identificar el entorno familiar y la eventual disponibilidad de personas que lo ayuden en su higiene.
- ❖ Investigar la posibilidad de que el paciente pueda acceder al consultorio y que pueda desplazarse cómodamente en su interior.
- ❖ Valorar la capacidad de comprensión de instrucciones o la necesidad de un acompañante.
- ❖ Determinar si puede dar la autorización para su tratamiento o si tal tarea recae en un familiar.

CLASIFICACIÓN DE LA PERSONA ADULTO MAYOR (PAM)

Las siguientes son las definiciones que de manera aproximada tienen consenso en el ámbito médico de la Clasificación de la Persona Adulta Mayor

PAM SANO E INDEPENDIENTE

- ❖ Es una PAM sin ningún tipo de enfermedad incapacitante:
- ❖ Es independiente para realizar sus actividades básicas e instrumentales en su vida cotidiana y carece de problemas mentales o sociales graves y relacionados con su salud

PAM PARCIALMENTE DEPENDIENTE

- ❖ Pacientes que necesitan algún tipo de ayuda para realizar sus tareas cotidianas.
- ❖ No presentan demencias ni conflictos sociales que generen riesgo a su salud.
- ❖ Sus problemas de salud pueden ser atendido con el servicio convencional y con la especialidad médica pertinente.

PAM TOTALMENTE DEPENDIENTE

- ❖ Aquella persona que precisa de ayuda para la realización de actividades comúnmente consideradas básicas para el desenvolvimiento autónomo de la vida diaria.

PAM FRÁGIL O DE ALTO RIESGO

- ❖ Conserva su independencia precariamente.
- ❖ La principal característica en este perfil es el riesgo a volverse dependiente o tener una situación continuada de discapacidad.
- ❖ Tiene alto riesgo de generar síndromes geriátricos.

PACIENTE CONFINADO

- ❖ Es aquel que solo puede salir de su vivienda, auxiliado por una silla de ruedas o una camilla
- ❖ Mayor de 80 años.
- ❖ Predomina de sexo femenino.
- ❖ Con cualquier tipo de discapacidad física para las actividades de la vida diaria.

ENFERMEDADES PREVALENTES EN ADULTOS MAYORES Y SU AFECTACIÓN EN CAVIDAD ORAL

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Afección en la que la presión de la sangre hacia las paredes de la arteria es demasiado alta. Generalmente, la hipertensión se define como la presión arterial por encima de 140/90 y se considera grave cuando está por encima de 180/120.

En algunos casos, la presión arterial elevada no presenta síntomas. Si no se trata, con el tiempo, puede provocar trastornos de la salud, como enfermedades cardíacas y derrames cerebrales.



Seguir una dieta saludable con menos sal, ejercitarse regularmente y tomar medicamentos puede ayudar a bajar la presión arterial.

La hipertensión arterial (HTA) no suele dar manifestaciones bucales por sí misma, con excepción de las hemorragias debidas al aumento súbito de la presión arterial, que no son características de la enfermedad, sin embargo pueden identificarse lesiones o condiciones secundarias al uso de fármacos, tales como la disminución de la saliva que se acentúa en personas que toman más de un antihipertensivo.

La falta de saliva puede ser leve y repercutir en la sensación de sequedad de la boca (xerostomia), pero en algunas personas puede ocasionar una tendencia importante a desarrollar caries, enfermedad periodontal, infecciones micóticas que erosionen la mucosa bucal y la tornen susceptible a traumatismos ante estímulos menores; las prótesis removibles y totales pueden volverse irritantes por esta razón.

Los agrandamientos gingivales (de la encía) son alteraciones frecuentes secundarias al uso del nifedipino, particularmente en hombres.

DIABETES

El organismo transforma muchos de los alimentos que consumimos en azúcar, llamada glucosa, y esta nos proporciona energía. Para usar la glucosa como energía, el organismo necesita insulina, una hormona que ayuda a que la glucosa ingrese a las células. Si un paciente tiene diabetes, es posible que su organismo no produzca suficiente insulina, que no use la insulina de manera correcta, o ambas cosas. Eso puede causar un exceso de glucosa en la sangre, lo que con el tiempo puede generar problemas de salud.



ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Los estudios transversales y longitudinales identificaron que el riesgo de periodontitis es aproximadamente 3 a 4 veces mayor en personas con diabetes que en sujetos no diabéticos. La infección periodontal provoca un aumento de las células epiteliales y apoptosis de fibroblastos del tejido conectivo, que es significativamente mejorada por la diabetes a través de un mecanismo dependiente de caspasa-3. Esto es significativo porque se cree que el aumento de la inflamación aumentada por diabetes y la apoptosis impactan negativamente en la encía causando una pérdida de la función de barrera epitelial e inhibiendo la reparación procesos



La enfermedad periodontal puede causar encías inflamadas y sangrantes, recesión de las encías (donde el tejido de las encías se reduce de modo que las raíces de los dientes quedan expuestas), movilidad dental y mal aliento. Esta patología es producida por el acumulo de placa dental y una mala higiene oral.

Estos pueden contribuir a exacerbar varias enfermedades sistémicas. Existe evidencia científica de que la inflamación juega un papel clave en la fisiopatología de la progresión de la enfermedad del Alzheimer; por lo que la periodontitis puede estar asociada con una mayor gravedad en la demencia y un deterioro cognitivo más rápido en los pacientes con Alzheimer.

XEROSTOMÍA

La xerostomía es una sensación subjetiva de sequedad oral, por lo que se debe emplear un enfoque sistemático para determinar la etiología de esta afección, con una distinción entre las quejas subjetivas solo y aquellas con disfunción medible de la glándula salival. Chávez halló tendencias hacia la disminución de las tasas de flujo salival a medida que aumentaban los valores de HbA1c (Examen de hemoglobina), mientras que otros estudios informaron que el uso de uno o más medicamentos xerostómicos dio como resultado tasas de flujo significativamente más bajas.

LESIONES PERIAPICALES

El tejido pulpar se caracteriza por una membrana basal engrosada de pequeños vasos sanguíneos que perjudica la respuesta leucocitaria y falta de entrega de los componentes humorales y celulares del sistema inmune. Los problemas asociados con la diabetes también causan un aumento de infección anaerobia. La reacción inflamatoria que se desencadena usualmente se puede dar por una reacción inmunitaria celular o humoral, el resultado final será la invasión bacteriana al tejido pulpar provocando un proceso inflamatorio séptico que termina en necrosis de este tejido.

El contenido polimicrobiano del conducto radicular sale por el foramen apical o por los conductos laterales o invade el tejido polirradicular.

CÁNCER

El cáncer puede desarrollarse en cualquier parte del cuerpo. Se origina cuando las células crecen sin control y sobrepasan en número a las células normales. Esto hace que al cuerpo le resulte difícil funcionar de la manera que debería hacerlo.

Hay un hecho importante que se debe conocer y es que el envejecimiento es el factor de riesgo más importante frente al cáncer. A mayor edad, mayor es el riesgo de sufrir un cáncer, lo que no quiere decir que éste vaya a producirse, ya que son muchos los factores que condicionan su aparición y posterior desarrollo:

- ❖ Si se fuma o no.
- ❖ El tipo de vida que se ha llevado
- ❖ La herencia genética
- ❖ Si se ha tomado mucho el sol
- ❖ El tipo de alimentación, etc.

La edad de un paciente con cáncer, sin embargo, no es un condicionante por sí solo en relación al tratamiento o el pronóstico del mismo. Cada persona envejece de un modo diferente. Se puede tener 90 años y disfrutar de un buen estado de salud general o tener 65 y tener varias enfermedades y algún grado de dependencia en cuanto a la movilidad o la realización de las actividades más sencillas.

Un examen bucodental preventivo verificará la presencia de los siguientes problemas:

- ❖ Llagas o infecciones en la boca.
- ❖ Caries dentales
- ❖ Enfermedad periodontal
- ❖ Dentaduras postizas que no se ajustan bien
- ❖ Problemas para mover la mandíbula
- ❖ Problemas en las glándulas salivales.

Los problemas como las caries, los dientes rotos, las coronas y los rellenos dentales flojos y la enfermedad de las encías pueden empeorar o causar problemas durante el tratamiento del cáncer. Hay bacterias que viven en la boca y pueden causar una infección cuando el sistema inmunitario no funciona bien o cuando los recuentos de glóbulos blancos son bajos.



INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La enfermedad renal crónica (ERC) es una entidad clínica bien identificada, secundaria a la vía final común de múltiples etiologías con factores de riesgo comunes a otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), con una característica particular: la existencia de la terapia renal de reemplazo (TRR) o sustitutiva (TRS) por diálisis o trasplante renal ante el daño funcional renal irreversible.

Se define como el daño estructural o funcional del riñón, evidenciado por marcadores de daño (orina, sangre o imágenes) por un período igual o mayor a 3 meses, o por un filtrado glomerular teórico (FGt) menor a 60 ml/min, independientemente de la causa que lo provocó. Se estratifica en cinco estadios. La finalidad de esta clasificación es identificar a los pacientes con ERC desde sus estadios más precoces, instaurar medidas para frenar su progresión, reducir la morbimortalidad y, en su caso, preparar a los pacientes para diálisis.

En la población general adulta aproximadamente entre un 8 a 10 % tiene algún daño en el riñón, evidenciado por proteinuria o microalbuminuria, si se incluye la hematuria se incrementa hasta un 18 %. En Cuba el comportamiento es similar. La morbilidad es mucho más frecuente de lo que generalmente se cree en la práctica médica. La incidencia no es bien conocida.

En la enfermedad renal la misma se encuentra alterada, evidenciando manifestaciones bucales como:

La sequedad en la boca a menudo causa problemas dentales. La saliva ayuda a mantener un equilibrio saludable de bacterias en la boca. Si la saliva no es suficiente, las bacterias y otros organismos presentes en la boca se desarrollan demasiado rápido, llagas e infecciones bucales, que incluyen candidiasis bucal, la cual es causada por la proliferación excesiva de un tipo de levadura.

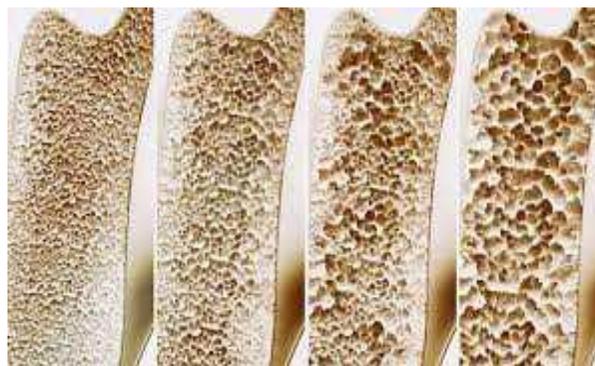
La saliva también limpia la boca de los ácidos y las partículas de alimentos que quedan allí después de comer. Esto significa que la falta de saliva puede provocar:

OSTEOPOROSIS

La osteoporosis es una enfermedad compleja, originada por un desorden metabólico que provoca una disminución de la densidad de los huesos en el organismo, se trata de la enfermedad ósea más frecuente y tiene una incidencia mayor en edades avanzadas, el cuerpo absorbe y reemplaza constantemente el tejido óseo. La osteoporosis no permite que el tejido óseo nuevo que se creó sea suficiente para reemplazar al que se eliminó. Muchas personas no presentan síntomas hasta que sufren una fractura ósea.

EFFECTOS DE LA OSTEOPOROSIS EN LA CAVIDAD BUCAL

El hueso mandibular y el maxilar superior también son susceptibles de sufrir la acción de la osteoporosis, reduciéndose su densidad y pudiendo llegar a causar la pérdida de piezas dentales, deformaciones en la cara o dificultad a la hora de colocar implantes y dentaduras postizas.



De hecho, en muchas ocasiones son los propios dentistas los primeros en detectar los indicios de la enfermedad en un examen clínico o con un historial radiográfico donde se evidencie la pérdida de hueso. Entre los efectos de la osteoporosis en la cavidad bucal se encuentran:

- ❖ Reducción del reborde alveolar
- ❖ Disminución de la masa ósea, que puede ser indicativo también de una pérdida de densidad en otras partes del cuerpo
- ❖ Edentulismo o pérdida de los dientes
- ❖ Alteraciones y enfermedades periodontales.

PÉRDIDA DE DIENTES POR OSTEOPOROSIS

La pérdida de las piezas dentales o edentulismo se produce por la disminución de la densidad ósea de la mandíbula y del maxilar superior y la consecuente reabsorción del hueso alveolar, donde se insertan los dientes.

La elevada edad, el tabaquismo y una mala higiene bucal también suponen factores de riesgo asociados a la osteoporosis y a un edentulismo derivado.

Además, esta enfermedad dificulta la integración de implantes dentales o el uso de dentaduras postizas, con los consecuentes efectos negativos en la calidad de vida de los pacientes.

ALZHEIMER

El Alzheimer es una enfermedad progresiva, en la que los síntomas de demencia empeoran gradualmente con el paso de los años. En sus primeras etapas, la pérdida de memoria es leve, pero en la etapa final del Alzheimer, las personas pierden la capacidad de mantener una conversación y responder al entorno.

El Alzheimer es la sexta principal causa de muerte en los Estados Unidos. Las personas con Alzheimer viven un promedio de ocho años después de que los síntomas se vuelven evidentes, pero la supervivencia puede oscilar entre cuatro y 20 años, dependiendo de la edad y otras afecciones de salud.

El Alzheimer no tiene cura, pero hay tratamientos para los síntomas disponibles y se continúa investigando. Si bien los tratamientos actuales para el Alzheimer no pueden detener el avance de la enfermedad, pueden ralentizar por un tiempo el empeoramiento de los síntomas y mejorar la calidad de vida de las personas con Alzheimer y sus cuidadores. Hoy, se trabaja a nivel mundial para encontrar mejores formas de tratar la enfermedad, retrasar su inicio y evitar su desarrollo.

ALTERACIONES EN LA CAVIDAD ORAL

Existen dos tipos principales de enfermedades dentales en estos pacientes: enfermedad de las encías (periodontal) y caries dental. Ambos pueden causar incomodidad o dolor y pueden provocar una infección. Tanto el dolor como la infección pueden empeorar la confusión asociada con la demencia.

CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad multifactorial causada por la acción de la placa dental en los dientes cuando se consumen alimentos y bebidas que contienen azúcar. La placa y el azúcar juntos producen ácido, que son utilizados por las bacterias de la cavidad oral como fuente de alimento generando la desmineralización de los dientes.



Recientes estudios han señalado que las personas mayores que padecen de Alzheimer tienen un riesgo elevado de desarrollar caries coronal y de la superficie de la raíz durante el primer año después del diagnóstico. Estos hallazgos demuestran la importancia de abordar las necesidades de salud bucal de las personas de edad avanzada que experimentan algún tipo de deterioro cognitivo

DESNUTRICIÓN

El cuerpo humano requiere de nutrientes como grasas, carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales para obtener energía, fortalecer los músculos, regular las funciones corporales y reparar tejidos. La desnutrición es una condición que sucede cuando el cuerpo no obtiene suficientes nutrientes de los alimentos que ingiere para conseguir funcionar correctamente. Esto conduce al deterioro progresivo, físico y mental del paciente.



La desnutrición en personas mayores puede provocarles diferentes problemas de salud. Algunos de ellos son:

- ❖ Pérdida de peso importante
- ❖ Debilidad muscular o pérdida de fuerza
- ❖ Disminución de la masa ósea.
- ❖ Sistema inmunitario débil
- ❖ Anemia
- ❖ Cansancio y fatiga
- ❖ Depresión
- ❖ Mala recuperación de las heridas
- ❖ Problemas de memoria.
- ❖ Aumenta la pérdida de memoria progresiva y la posibilidad de sufrir algún tipo de demencia.

Los problemas de salud que puede provocar la desnutrición comportan un aumento del riesgo de infecciones, caídas y fracturas, además de un mayor riesgo de hospitalización y de defunción.

Todos los síntomas y riesgos de la desnutrición en personas mayores se agravan con la presencia de otras enfermedades y patologías habituales en la tercera edad como la diabetes o problemas cardiovasculares.

ARTRITIS

Enfermedad inflamatoria crónica que afecta a muchas articulaciones, incluidas las de las manos y los pies.

En la artritis reumatoide, el sistema inmunológico del cuerpo ataca a sus propios tejidos, incluidas las articulaciones. En algunos casos graves, ataca a los órganos internos.

La artritis reumatoide afecta el revestimiento de las articulaciones y causa una inflamación dolorosa. Con el tiempo, la inflamación asociada con la artritis reumatoide puede provocar la erosión del hueso y la deformidad de las articulaciones.

Si bien no hay cura para la artritis reumatoide, la fisioterapia y los medicamentos pueden retrasar el avance de la enfermedad

ALTERACIONES DE LA MUCOSA ORAL

La mucosa oral, al igual que la piel, sufre un decrecimiento en el grosor debido a la disminución en la microvasculatura. La estructuración celular varía, debilitando la mucosa y facilitando las infecciones, desgarros, lesiones precancerosas y cancerosas de cavidad oral

La mucosa oral puede presentar otro signo no característico del envejecimiento, como la sequedad, producto de la xerostomía. Esta se origina por a la presencia de deshidratación, respiración bucal, enfermedades de fondo o tratamientos farmacológicos.

Hay que recordar que con la edad aparecen pigmentaciones en mucosa oral y piel, que se deben en la mayoría de los casos a una melanosis fisiológica o racial y pueden aparecer en cualquier región de la boca como carrillos, labios, lengua (dorso y lateral) y encía. No obstante, es de suma importancia hacer un diagnóstico diferencial para descartar lesiones y pigmentaciones asociadas al fumado (melanosis del fumador), traumas crónicos, cáncer y las secundarias a medicamentos

LABIOS

La pérdida de elasticidad muscular y de piezas dentales produce que el músculo orbicular de los labios quede sin soporte y por consiguiente se retraiga.

Esto ocasiona que la piel de los labios se arrugue hacia adentro. De esta manera, surge la apariencia de barbilla pronunciada, llamada pseudo prognatismo (Morales, F. 2007).

SALIVA

La saliva es fundamental para el buen funcionamiento de todas las estructuras de la cavidad bucal y para mantener la salud oral. Igualmente, facilita los fenómenos sensorimotores y protege el tracto digestivo y orofaríngeo (Morales, F. 2007). A pesar de que con el envejecimiento se produce una atrofia del tejido acinar, la producción de saliva no se ve comprometida. Se cree que esto se debe a la capacidad de reserva funcional de las glándulas lo que permite continuar con su producción a través de la vida del adulto (Morales, F. 2007).

La cantidad y calidad de la saliva puede verse afectada debido a la presencia del Síndrome de Sjogren, radiación de cabeza y cuello, quimioterapia citotóxica, influencia de medicamentos, patologías, entre otros.

CAPITULO IV

MANEJO DE CONDUCTA ODONTOLÓGICA DEL PACIENTE ADULTO MAYOR

INTRODUCCION

Cuando el paciente geriátrico presente alguna de las patologías mencionadas con anterioridad, el odontólogo tratante debe investigar si el paciente está bajo tratamiento médico y si el cuadro se encuentra estabilizado, antes de realizar cualquier procedimiento por más sencillo que sea. Si las circunstancias lo ameritan, el paciente debe ser remitido a su médico para una valoración, aunque esto implique postergar el tratamiento dental.

Por lo tanto, el odontólogo no debe limitar su práctica a la identificación y tratamiento de los problemas orales (debido a que el paciente geriátrico es una combinación de alteraciones normales relacionadas con su edad y padecimientos crónicos) sino que debe ir más allá relacionando las alteraciones sistémicas con el tratamiento odontológico idóneo. El especialista debe centrarse en la prevención y educación de las personas de la tercera edad

El expediente clínico de todo paciente con algún padecimiento crónico (diabetes, hipertensión, osteoporosis) debe estar respaldado por exámenes diagnósticos y sanguíneos que garanticen el control de la enfermedad

En pacientes con alguna limitación motora, visual y mental es fundamental la demostración de técnicas de aseo simples pero efectivas e implementar el uso de cepillos e hilo dental modificados a las necesidades de cada individuo, porque, de lo contrario, las técnicas no tendrán los resultados esperados y aumentaría la frustración por parte del paciente. Cuando la higiene oral no puede seguir siendo efectuada por el paciente de manera eficiente y autónoma, es indispensable la intervención de un tercero que colabore con el aseo personal del adulto mayor

Asimismo, es recomendable el uso de agentes químicos controladores de la placa dentobacteriana como la clorhexidina, triclosán y citrato de zinc, para reducir el número de microorganismos y mejorar la higiene oral. Ligado a esto, se deben ordenar los hábitos alimenticios (frecuencia, porciones) de los pacientes

Los problemas mentales como la depresión y la demencia son muy frecuentes en esta población y afectan tanto al paciente como a su familia. Este tipo de padecimientos requieren un abordaje interdisciplinario (médicos especialistas, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas) e integral. Se sabe que la disminución del ritmo de vida, desempleo, el pensionarse, uso de varios fármacos, pérdida de capacidad intelectual, enfermedades crónicas, entre otros, son responsables de estas enfermedades que discapacitan a la persona adulta mayor.

Estos padecimientos se deben tratar farmacológicamente con el uso de neurotransmisores (por ej: inhibidores de la recaptura de serotonina), Vitamina E (capta electrones no apareados del oxígeno), Seliginina (inhibe la MAOB), estrógenos (mejoran la memoria visoespacial y semántica en la mujer) y AINEs (mejoran y retardan la demencia) También, es necesario la intervención a nivel psicológico (frustración), funcional (síndrome de inmovilización) y por supuesto a nivel social (trastornos del comportamiento).

En el paciente diabético, es importante tratar la hiposalivación haciendo uso de saliva artificial, sialogogos, por medio de la estimulación que produce la goma de mascar o caramelos sin azúcar, ingesta de limonadas o bebidas ácidas y realizar comidas con mayor frecuencia.

Si la quelitis angular es producida por pérdida de dimensión vertical causada por ausencia de piezas dentales es indispensable rehabilitar al paciente por medio de prótesis dentales removibles o fijas según amerite el caso. La queilitis angular producida por *Cándida albicans* se puede tratar con Nistatina (gotas o crema). Además, se le debe hacer saber al paciente diabético la importancia de la higiene oral diaria y el control odontológico periódico.

El cuidado que debemos tener a la hora de tratar a un paciente hipertenso es seleccionar el anestésico local adecuado (con o sin vasoconstrictor) debido a que éste puede interactuar con el medicamento antihipertensivo y arrítmico que utiliza el paciente, pues pueden experimentar efectos hipotensores adicionales. Los anestésicos locales administrados junto con vasodilatadores de acción rápida, como los nitratos, pueden ocasionar hipotensión.

Con antihipertensivos como el Propranolol y antiarrítmicos como el Metropolol y Amiodarona se altera el metabolismo de los anestésicos locales en el hígado y aumenta el riesgo de toxicidad. Esto produce ansiedad, congestión cardiaca y depresión miocárdica. Por tanto, el odontólogo debe tener sumo cuidado con pacientes que utilizan Bloqueadores no selectivos como el Propranolol, Nadolol, Pindolol, entre otros, debido a la elevación de la presión sanguínea con acompañamiento de una bradicardia refleja, producto de la interacción del medicamento con el anestésico local con adrenalina como vasoconstrictor.

En este caso se recomienda utilizar un anestésico sin vasoconstrictor y una técnica de anestesia efectiva.

En pacientes con osteoporosis que utilizan bisfosfonatos (por ejemplo: risendronato y alendronato) se sabe que una de las complicaciones de estos fármacos después de una intervención invasiva es la Osteonecrosis de los maxilares. Según la Asociación Americana de Cirujanos Orales y Maxilofaciales, los pacientes que tienen menos de tres años de tratamiento con bisfosfonatos orales y no tienen otros tratamientos crónicos, con corticoides, no necesitan aplazar el tratamiento quirúrgico oral necesario. Por el contrario, en los pacientes que han utilizado de forma prolongada los corticoides y llevan más de tres años utilizando bisfosfonatos, se debería valorar la suspensión, de estos últimos por un período de tres meses antes y después del procedimiento quirúrgico oral. Sin embargo, no se tiene certeza total de que esto vaya a prevenir la aparición de la osteonecrosis de los maxilares.

La mejor prevención contra la Osteonecrosis de maxilares es tratar al paciente antes del uso de bisfosfonatos, realizando un exhaustivo examen clínico e interviniendo las patologías dentales y periodontales con el fin de eliminar focos infecciosos en el paciente.

Finalmente, en los pacientes que presenten enfermedad periodontal, es recomendable realizar un sondaje de cada pieza dental presente en boca con el fin de diagnosticar bolsas periodontales. Para tratar las bolsas periodontales, es indispensable realizar raspados y alisados en las zonas donde estén presentes y evaluar la evolución de la misma en un lapso de un mes (mínimo) para realizar nuevamente el sondaje. Como parte de las limpiezas dentales periódicas, se deben eliminar los depósitos de cálculo supragingival e infragingival de forma manual o con ultrasónico, según sea el caso.

MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON ALZHEIMER

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es una demencia que se caracteriza por la aparición progresiva, neurodegenerativa insidiosa e irreversible, fue mencionada por primera vez en 1906 por el patólogo alemán Alois Alzheimer, quien describió la enfermedad como un trastorno progresivo del sistema nervioso central, causando lesiones características en el cerebro como la pérdida difusa de neuronas en el hipocampo y el neocórtex. En este momento hay en todo el mundo entre 17 y 25 millones de personas con enfermedad de Alzheimer, que representa el 70% de todas las enfermedades que afectan a la población geriátrica. Por lo tanto, la enfermedad de Alzheimer es la tercera causa principal de muerte en los países desarrollados, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

SIGNOS DE ALERTA DEL ALZHEIMER

- ❖ **Pérdida de Memoria:** La desaparición de la memoria a corto plazo (olvidar cosas recientemente aprendidas) es un signo temprano de demencia.
- ❖ **Dificultades en la ejecución de labores familiares:** Cuando completar las actividades rutinarias del día a día empieza a hacerse cuesta arriba para el sujeto, debemos estar alerta y comprobar si es un patrón que se repite día tras día y de qué modo.
- ❖ **Problemas con el lenguaje:** Las personas con Alzheimer a menudo intercambian palabras sin orden ni concierto, tanto en el habla como en la escritura, haciendo de su discurso difícil de comprender.
- ❖ **Desorientación temporal y espacial:** Los enfermos de Alzheimer pueden perderse incluso en su propio vecindario y olvidar como llegaron allí, sin saber tampoco como volver.
- ❖ **Pérdida o decrecimiento del sentido común:** Ponerse varias mangas en un día caluroso o una corta en un día frío puede revelar esta pérdida.

5 SIGNOS QUE NO IMPLICAN ALZHEIMER

- ❖ Olvidar nombres es algo perfectamente asociable a la avanzada edad y no tiene por qué significar un signo que avance la enfermedad de Alzheimer.
- ❖ Olvidar por qué entramos en una habitación y qué íbamos a decir es algo que le puede suceder a cualquier persona y más si esta es de edad avanzada.
- ❖ Tener dificultades para encontrar la palabra adecuada en algún momento del discurso.
- ❖ Olvidar el día de la semana o en qué día de mes nos encontramos exactamente.
- ❖ Realizar de vez en cuando alguna acción o actividad cuestionable

FASE INICIAL

En esta etapa de la enfermedad, los pacientes suelen presentar un cuadro clínico que dificulta el diagnóstico preciso. El paciente, a pesar de características de olvido continuo de la enfermedad, puede ser sometido a tratamiento en la clínica. Toda la gestión preventiva debe hacerse en esta etapa, ya que con la progresión de la enfermedad, se inicia el difícil viaje a la clínica. Esta fase es el momento adecuado para hacer cualquier tipo de procedimientos dentales y preparar las mejores condiciones posibles del sistema estomatognático, en comparación con la evolución de la enfermedad. Es responsabilidad y competencia de odontólogo adaptar el medio oral, para mejorar la fisiología del sistema estomatognático y, sobre todo, para guiar a los propios pacientes, cuidadores y familiares relacionados con el mantenimiento de la higiene bucal a través de técnicas adecuadas de limpieza. El cepillo de dientes eléctrico es un importante apoyo técnico, sin embargo, su uso depende de la capacidad del médico de familia y tutores

Entre las prácticas del cuidado de la salud oral se encuentran: la orientación de higiene oral, control de placa, las restauraciones de carácter funcional, el ajuste oclusal, el reajuste de la prótesis y el tratamiento periodontal. La planificación del tratamiento y la preservación de las condiciones clínicas deben anticipar los problemas futuros de salud oral en estos pacientes. Es importante destacar que la formación de los cuidadores y miembros de la familia son más aceptados en esta fase, por lo que la inversión en tratamiento y mantenimiento de la salud oral es de suma importancia. Con el tiempo, aumenta la dificultad de la limpieza y la aceptación del paciente para realizar procedimientos clínicos.

FASE INTERMEDIA

Con la progresión de la enfermedad, la fase intermedia dura de 2 a 8 años después del diagnóstico.

Comienza, entonces en una fase de semi dependencia de las actividades de la vida diaria, lo cual crea la necesidad de ayuda en la aplicación de la higiene oral, una condición esencial para el mantenimiento de condiciones favorables para una buena salud. También se inicia el establecimiento de la falta de cooperación del paciente a aceptar intervenciones dentales. En esta etapa se puede iniciar el atendimento domiciliar. En esta fase, hay una mayor interacción con el paciente, la familia y todos los profesionales de la salud.

El plan dental se caracteriza por la atención a los requerimientos clave, a fin de eliminar posibles fuentes de infección, como problemas periodontales, y especialmente la eliminación de cualquier posible factor determinante de dolor. Son frecuentes las úlceras traumáticas causadas por prótesis mal ajustadas y dientes fracturados. También hay posibilidad de realizar procedimientos dentales bajo sedación. En este caso, la planificación debe hacerse en conjunto con el médico.

La sedación consciente con óxido nitroso, llevada a cabo por odontólogos debidamente calificados es una alternativa viable que se pueden realizar en la clínica. Otra alternativa es la prescripción de benzodiazepinas como ansiolíticos, con el consentimiento del médico, de preferencia. Estas acciones hacen mucho más fácil la intervención dental y pueden evitar el estrés del paciente.

Las Prótesis dentales mal ajustadas son de dudosa utilidad en esta fase. La extracción de los implantes deben proporcionar las condiciones favorables de la salud bucodental y prevenir la ocurrencia de posibles accidentes, como la aspiración o ingestión de estos objetos. El Cuidador debe estar capacitado para la responsabilidad diaria de la higiene oral. (Miranda AF, 2008)

FASE FINAL

La fase final o terminal de la enfermedad, dura de 6 a 10 años, está determinada por la profunda desorientación, la apatía, la dependencia, la incontinencia total urinaria y fecal, la pérdida completa de la memoria reciente. También puede producirse la agresividad y la ansiedad. En esta etapa es común el riesgo de desnutrición. El paso progresivo del paciente lleva al coma y a la muerte. El odontólogo es parte de un ciclo de atención a la salud del paciente, es de gran importancia para su labor, al igual que otras áreas de la salud.

Los requisitos mínimos para la salud oral debe ser una prioridad. Las personas mayores dependientes en el hogar, asilos de ancianos, hospitales y en cuidados intensivos, merecen una atención especial y permanente. El odontólogo debe incluirse en la preparación del plan de tratamiento y mantenimiento del estado de salud oral de estos pacientes. (Goiato MC, 2006).

Los tratamientos complejos y largos se deben evitar en esta fase. El odontólogo debe actuar exclusivamente en la eliminación de los focos de los síntomas de la infección y el dolor que afectan a la condición de salud general del paciente. La intención en esta etapa es proporcionar la calidad de vida para el paciente.

Algunos de los procedimientos bajo supervisión médica, la técnica adecuada y la adaptación del odontólogo a esta nueva fase, determina el número de prácticas de salud oral diseñado de una manera dirigida a las necesidades del momento. El uso de expansores bucales, abridores de boca, la iluminación de arriba y los instrumentos adecuados son útiles en la realización de los procedimientos clínicos. Parece que la mayoría de los cuidadores no presentan una formación adecuada para llevar a cabo determinados procedimientos relacionados con el mantenimiento de la salud bucal de estos pacientes. El odontólogo debe estar presente con regularidad en las acciones y decisiones clínicas para mejorar la calidad de vida de los pacientes, manteniendo siempre la integridad, el confort y el bienestar de los mismos.

MANEJO ODONTOLÓGICO

Gracias al aumento progresivo de la expectativa de vida en nuestras sociedades modernas, el odontólogo se encuentra y se encontrará más frecuentemente en el futuro, con una importante población geriátrica en crecimiento que amerita atención odontológica. Por lo tanto la formación del odontólogo para abordar las condiciones clínicas particulares de esta población es esencial para prestar un servicio de calidad, y una de las condiciones más frecuentes en esta creciente población es la enfermedad de Alzheimer.

El plan de tratamiento de un paciente con Alzheimer debe ser diseñado de acuerdo a la severidad de la enfermedad y siempre en consenso con los miembros de la familia o las personas que se encargan del cuidado del paciente. Es importante señalar que a medida que avanza la enfermedad la condición bucal del paciente empeora progresivamente, sobre todo lo referente a la higiene bucal

Por lo tanto, si se atiende a un paciente en las primeras etapas de la enfermedad hay que anticiparse a ese deterioro con medidas urgentes de prevención (aplicaciones tópicas de fluoruros, enjuagues de clorhexidina, etc.) y citas frecuentes para tartrectomías y/o profilaxis.

Es imprescindible la visita regular del odontólogo en estos centros para prevenir la presencia de focos de infección bucal que pueda agravar la condición sistémica del paciente. Los parientes se sienten normalmente mucho más tranquilos y confiados cuando su odontólogo comprende en detalle los pormenores de la enfermedad y puede prestarle una ayuda especializada al paciente con Alzheimer

SALUD ORAL DE LOS PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO

La demencia se caracteriza por déficit cognitivos múltiples que implican un deterioro de la memoria, lo que conlleva diferentes problemas de salud. Los pacientes que sufren este tipo de trastornos cognitivos, suelen olvidarse de tomar la medicación (incumplimiento terapéutico), tienen dificultades para llevar a cabo la higiene diaria satisfactoria (autocuidado insuficiente) y no utilizan adecuadamente los servicios dentales.

El paciente con deterioro cognitivo tienen fundamentalmente problemas conductuales y de memoria. Uno de los primeros síntomas es el olvido de las citas, olvido de las instrucciones postoperatorias, negligencia en la higiene bucal, no recordar cómo se usa el cepillo dental o como se limpia la prótesis removibles. Y a la vez, las consecuencias de una mala salud oral, que durante mucho tiempo se ha ignorado, pueden tener un impacto negativo en la calidad de vida de los ancianos empeorar sus problemas psicosociales, alterar la dinámica familiar y frustrar a los cuidadores.

El deterioro de las capacidades cognitivas y de las actividades de la vida diaria en los pacientes con esta enfermedad tiene implicaciones en la cavidad oral. En la literatura se ha encontrado asociación entre el deterioro cognitivo y una pobre salud oral, dificultades en la higiene bucal con acúmulo de placa, en la higiene de la prótesis, caries dental, problemas periodontales, edentulismo, pobre estabilidad y falta de uso de las dentaduras. Como resultado de esta deficiente salud oral en los pacientes mayores con deterioro cognitivo se añaden otros problemas como disminución de la calidad de vida, deficiente estado nutricional y enfermedades sistémicas como la neumonía por aspiración.

Tanto la hipótesis de que las personas mayores con demencia tienen mayor riesgo de padecer enfermedades orales como la hipótesis de que las personas con mala condición oral podrían tener un mayor riesgo de desarrollar demencia ha sido motivo de estudio, evidenciándose esa relación en los dos sentidos.

Es importante que el plan de cuidados en la salud oral de estos pacientes se realice en consenso con sus cuidadores puesto que en el progreso de su enfermedad, va a tener un papel importantísimo. El número de dientes y la salud oral va a depender del número de procedimientos de higiene oral realizados por día en estos pacientes y por tanto de la implicación de sus cuidadores.

Con respecto a la salud oral estos pacientes residentes en instituciones especiales, los resultados de la literatura demuestran que: su higiene oral es pobre, tienen menos flujo salival y mayor incidencia de caries con respecto a los pacientes sanos. Y estos problemas orales son más pronunciados en los estados severos de la enfermedad

MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO

Como hemos visto, la mayoría de las enfermedades que producen deterioro cognitivo afectan a pacientes de edad avanzada, abundante evidencia científica sugiere la existencia de una etapa "preclínica". Es importante reconocer en esta fase a los pacientes, para poder aplicar las medidas preventivas odontológicas necesarias.

La investigación anuncia la posibilidad de desarrollar estrategias de tratamiento, con terapias más eficaces para retardar o prevenir la aparición de los síntomas, realizando un diagnóstico precoz mediante biomarcadores sanguíneos específicos para estos trastornos, como metabolitos lipídicos. El empleo de biomarcadores sanguíneos, en saliva o en orina para la detección temprana del deterioro cognitivo va a resultar simple de realizar, de bajo costo y no invasivo.

El diagnóstico temprano permitirá prolongar la expectativa de vida del paciente al iniciar un tratamiento igualmente temprano. Por lo tanto, cuando el odontólogo identifique en su paciente algún síntoma de la enfermedad (dificultades de memoria, alteraciones conductuales, o incoordinación motora) debe hacer la interconsulta médica respectiva. Es importante que el odontólogo forme parte integral del equipo multidisciplinario que aborda estos casos en etapas tempranas. Incluso a nivel odontológico, el diagnóstico precoz permitirá una mejor evolución y un mejor pronóstico, y elevará sin duda alguna la calidad de vida del paciente.

En este sentido, son varios los estudios que investigan la calidad de vida relacionada con la salud oral, medida por el GOHAI o OHIP-14, resultando ser mejor entre aquellos con función cognitiva normal en comparación con aquellos con demencia.

La prevención de las enfermedades bucales en los pacientes con deterioro cognitivo es fundamental. Se ha comprobado que las siguientes medidas son eficaces si se aplican en conjunto con un programa de formación para los cuidadores o familiares, es determinante el odontólogo en la promoción de la salud

El plan de tratamiento odontológico en el paciente con deterioro cognitivo debe ser consensuado con los familiares, cuidadores (las personas que se encargan del cuidado del paciente), y el equipo sanitario multidisciplinario encargado de su salud y además debe tener en consideración la severidad de la enfermedad.

En las fases iniciales, son fundamentales las medidas preventivas como: profilaxis, aplicación de flúor clorhexidina, visita regular al odontólogo para evitar focos de infección bucal que puedan agravar la situación sistémica de estos pacientes.

Cuando la enfermedad está establecida, el odontólogo debe instruir a los familiares y cuidadores en las técnicas de cepillado, empleo de cepillos eléctricos, gasas húmedas, en la limpieza de las prótesis removibles, incluso en marcarlas con el nombre del paciente para evitar pérdida o extravíos, en caso de pacientes residentes en centros geriátricos.

En esta fase, los tratamientos son más complicados desde procedimientos sencillos como la toma de radiografías y de impresiones resultan cada vez más complicados debido a la incoordinación motora, al aumento del reflejo nauseoso y la falta de cooperación del paciente a aceptar intervenciones dentales. En este momento, hay que ser realista a la hora de restaurar protésicamente a estos pacientes y considerar balance riesgo beneficio del tratamiento planificado. Se debe excluir del plan de tratamiento las prótesis removibles especialmente en fases avanzadas para evitar accidentes con compromiso de la permeabilidad vías aéreas superiores.

En esta etapa puede ser de utilidad la atención en domicilio. El tratamiento dental tiene como fin eliminar posibles fuentes de infección, como problemas periodontales, y especialmente la eliminación de cualquier posible factor determinante de dolor. Son frecuentes las úlceras traumáticas causadas por prótesis mal ajustadas y dientes fracturados. Estos procedimientos dentales a menudo se realizan bajo sedación. El grado de evolución determinará la elección de la vía de sedación y la profundidad de la misma. La técnica endovenosa puede ser la de elección por permitir el ajuste escalonado y requerir menos colaboración que la vía inhalatoria. No existe ninguna contraindicación para la utilización de anestésicos locales de tipo amida ni de vasoconstrictores salvo que coexista una enfermedad sistémica. Una benzodiazepina de corta duración, como el midazolam, puede ser utilizada con éxito en la mayoría de los casos. En geriatría se prefieren las de corta duración debido a que en el paciente anciano la duración de la sedación es mayor a la normal, así como la profundidad de la misma. A dosis terapéuticas debe monitorearse a este tipo de pacientes debido al riesgo de depresión respiratoria.

En las fases avanzadas, la finalidad va a ser paliativa eliminar dolor. El odontólogo debe estar presente en las decisiones clínicas para mejorar la calidad de vida de los pacientes, manteniendo siempre la integridad, el confort y el bienestar de los mismos.

MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica, caracterizada por hiperglicemia, resultante por defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o ambas. Esta enfermedad está caracterizada por una deficiencia absoluta o relativa de la secreción de insulina, por las células beta pancreáticas (DM insulino-dependiente o tipo 1), o una sub-respuesta de los tejidos a la insulina circulante (Diabetes no insulino -dependiente o tipo 2)

Los Odontólogos deberían tomar en consideración las siguientes consideraciones post-operatorias: Pacientes con DM pobremente controlados están bajo un gran riesgo de desarrollar infecciones y pueden manifestar retardo en la curación de las heridas. Las infecciones agudas pueden afectar desfavorablemente la resistencia a la insulina y el control de la glicemia, lo cual a su vez puede alejar e influir en la capacidad de curación del organismo. Por lo tanto, puede ser necesario el tratamiento con antibióticos para las infecciones bucales abiertas o para aquellos pacientes a quienes se les están realizando procedimientos quirúrgicos extensos.

Por regla general los diabéticos tipo 1, y tipo 2 con su enfermedad bien controlada y sin padecer problemas médicos concurrentes, pueden recibir todos los tratamientos odontológicos que necesiten sin que haya que modificar los protocolos de atención. Si el paciente no está controlado, no debe realizarse el tratamiento odontológico.

Debe tratarse el dolor con analgésicos y pulpotomía si está indicada. Los salicilatos incrementan la secreción de insulina y pueden potenciar el efecto de las sulfonilureas, resultando una hipoglicemia. Por lo tanto, los componentes que contiene la Aspirinaâ generalmente deberían ser evitados para pacientes con DM. Salicilatos y otros AINEs por su competencia con los hipoglicemiantes orales por las proteínas plasmáticas, necesitan una indicación muy precisa.

El analgésico a indicar en un paciente diabético es: Paracetamol, o Paracetamol + codeína.

El control del dolor en el paciente diabético es muy importante, ya que se ha comprobado que en todas las personas el estrés agudo aumenta la liberación de adrenalina y la eliminación de glucocorticoides y la disminución de la secreción de insulina. Todas estas alteraciones provocan un incremento de la glucosa sanguínea y de ácidos grasos libres que pueden descompensar una DM, ya que la adrenalina tiene efecto contrario a la insulina.

La presencia de un proceso infeccioso bucal puede alterar el equilibrio glucémico del paciente y descompensar la DM, por lo que se deberá aumentar la dosis de insulina hasta lograr una perfecta normalización de la glicemia, y una vez logrado esto, podrá realizarse el tratamiento odontológico. Dado que en estos pacientes el riesgo de infección está considerablemente aumentado y que además la cicatrización de la mucosa bucal está retardada, es aconsejable la profilaxis antibiótica en los tratamientos que comprometan algún riesgo quirúrgico.

A los pacientes diabéticos se les debe colocar anestésicos locales sin vasoconstrictor, a menos que tengan que realizarse tratamientos agresivos como exodoncias y endodoncias, entre otros. En esos casos podría colocarse un anestésico local con vasoconstrictor a bajas concentraciones.

COMPONENTE EDUCATIVO DEL PLAN DE TRATAMIENTO DEL PAM

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.

❖ **Manejo de placa bacteriana**

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.

❖ Técnicas de cepillado

Se recomienda el uso de un cepillo dental personal (Nivel evidencia Ib , recomendación A) 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 adulto de 60 años 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) (Nivel evidencia Ia, Grado de recomendación A)16.

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. (Nivel de evidencia Ib, Grado de recomendación A.)

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, cuidando de indicar que debe ser realizada al menos dos veces al día, con una duración 2 a 3 minutos, siendo muy importante el cepillado nocturno.

❖ Limpieza interproximal

El uso de medidas específicas de higiene interdental mejora de manera significativa los índices de placa (beneficio adicional entre 2-57%), y muestra una tendencia a la mejora en variables de gingivitis (beneficio adicional entre 2-43%), justificando su uso en el control y prevención de gingivitis, y periodontitis. (Nivel de evidencia IV, Grado de recomendación A)

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. (Nivel Evidencia IIa, Grado de recomendación).

La elección del método de higiene interdental adecuado para cada persona dependerá de distintos factores: el tamaño de los espacios interdenciales, 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

1. Cornachione Larrinaga , M. A..(1999), Psicología Evolutiva de la Vejez. Edit. Brujas.
2. Crosetto, M. A. y col. (2005), Medicina Preventiva y Social. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.
3. D'Hyver C., Gutiérrez Roblado, L.M.,(2006), Geriatria. Edit. Manual Moderno.
4. Fernández-Ballesteros, Rocío (1991): "Valoración de programas de intervención social en la vejez". III Jornadas de Psicología de la Intervención Social. INSERSO. ISBN:84-88896-30-0
5. Hernández R, Mendoza V, Martínez I, Morales L. Odontogeriatría y gerontología. México DF: Editorial Trillas; 2011.
6. Tin E. Odontogeriatría. Imperativo no ensinoodontologicodiante do novo perfil demográfico brasileiro. Campinas SP: Editora Alinea; 2001.
7. Gómez J, Saiach S, Lecuna N. Envejecimiento. Revista de Posgrado de la Cátedra V1a Medicina. 2000; 100: 21-3.
8. Cambios bucales en el adulto mayor. Dr. Rolando Sáez Carrieral; Dra. Maribel Carmonall; Dra. Zuilen Jiménez Quintanalll; Dra. Xiomara AlfaroIII
9. ODONTOGERIATRIA "Guia de consulta para el médico de primer nivel de atención

10. Raymond H. Enfermedades cardiovasculares en el anciano. Med Clin Norteam. 2003.
11. Leavell H. Preventive medicine for the doctor in his community. An Epidemiological Approach. 3ra ed. New York: Mc Graw-Hill Book; 2004.
12. Hunt R. El paciente geriátrico. Características generales. Rev Panam Salud 2003; 6(4):275-6.
13. http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf
14. Williamson J. Aspectos preventivos de la medicina geriátrica. Principios y práctica de la medicina geriátrica. Edit. Jarpyo 1:157- 165, 1988.
15. Gambert R. et al. ¿Qué se debe prevenir en Geriatria? Modern Geriatrics 2:114-120, 1990.
16. Gisele W.K. Exámenes de rutina en el anciano. Modern Geriatrics 2:183-188, 1990.
17. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>.
18. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.003>.
19. Paterne G, Bardales Y, Martinez M. Calidad de vida. En: Abizanda P. Medicina Geriátrica. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 155-62.

20. Lisigurski M, Varela L. Calidad de vida. En: Varela L. Principios de Geriátría y Gerontología. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p. 63-7.
21. Krief B. El médico y la Tercera edad. Sociedad española de Geriátría y Gerontología. Edit. Lab. Beecham. Madrid. 1986.
22. Fernández Ballesteros, R.:(1993): Calidad de vida en la vejez, Intervención Psicosocial, vol II N° 5, Madrid.
23. García Pintos, C. C.:(1998), La Familia Del Anciano. También necesita sentido. Sobre la orientación psicogerontológica familiar. Edit. San Pablo.
24. Fries J.F. Aging, natural death, and the compression of morbidity. N. Engl. J. Med. 303:130-134, 1980.
25. Klingman E.W. Principios básicos para el médico de atención primaria en Geriátría Preventiva. 5:9-16, 1993
26. <http://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/paper/view/1816/894>.
27. <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>.
28. Díaz LM, Gay O. Series en medicina bucal X. Odontología de calidad para los pacientes ancianos. Revista ADM. 2005; 62(1):36-9.
29. http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Guia_primer_nivel_Odontologeriatria.pdf

30. Rubinstein E, Carrete P. Medicina familiar y practica ambulatoria. 1a ed. Edit. Medica Panamericana. 2001.
31. Montes JL. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida del Adulto Mayor. Rev Dent Chile. 2001;92:29-31
32. <https://www.google.com/search?q=ADULTO+MAYOR&sxsrf=AOaemvLHBCzvGrGzQBdab2dReW410Jbew:1634059123817&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwilhffMsMX>
33. https://www.google.com/search?q=HISTOARIA+CLINICA&tbm=isch&ved=2ahUKEwip1pG6s8XzAhUKQK0KHbqWBWQQ2-cCegQIABAA&oq=HISTOARIA+CLINICA&gs_lcp=CgNpbWcQAzoECAAQQ
34. https://www.google.com/search?q=DETECCION+DE+PLACA+DENTAL&tbm=isch&ved=2ahUKEwiR6TatMXzAhXCRawKHUYJC5YQ2-cCegQIABAA&oq=DETECCION+DE+PLACA+DENTAL&gs_lcp=C
35. https://www.google.com/search?q=CEPILLADO+DENTAL&tbm=isch&ved=2ahUKEwi1gguNtcXzAhVRvKwKHU0mCfcQ2-cCegQIABAA&oq=CEPILLADO+DENTAL&gs_lcp=CgNpbWcQAziHCCMQ7wMQ
36. https://www.google.com/search?q=hilo+dental&tbm=isch&ved=2ahUKEwj3iO27tcXzAhUMgk4HHf1IASoQ2-cCegQIABAA&oq=hilo+dental&gs_lcp=CgNpbWcQAziHCAAQsQMQQzIECAAQQzIHCAA
37. https://www.google.com/search?q=diabetes&tbm=isch&ved=2ahUKEwiJ_uyutsXzAhUSyawKHWwUCWIQ2-cCegQIABAA&oq=diabetes&gs_lcp=CgNpbWcQA1De9gJYq_8CYM6CA2gAcAB4AIABAIGB
38. https://www.google.com/search?q=enfermedad+periodontal&tbm=isch&ved=2ahUKEwil3qrJtsXzAhUFTK0KHSuODhsQ2-cCegQIABAA&oq=enfermedad+periodontal&gs_lcp=CgNpbWcQAziICA
39. https://www.google.com/search?q=cancer+bucal&tbm=isch&ved=2ahUKEwiJtuzptsXzAhUDPk0KHct2BZkQ2-cCegQIABAA&oq=cancer+bucal&gs_lcp=CgNpbWcQAziICAAQgAQQsQMyBQgAEIAEM

40. https://www.google.com/search?q=osteoporosis&tbm=isch&ved=2ahUKEwilyoqHt8XzAhVBG6wKHc-sBJoQ2-cCegQIABAA&oq=osteoporosis&gs_lcp=CgNpbWcQAziHCAAQsQMQQzIFCAAQg
41. https://www.google.com/search?q=desnutricion+en+adultos+mayores&tbm=isch&ved=2ahUKEwjphc2KuMXzAhULYK0KHUzwCmcQ2-cCegQIABAA&oq=desnutricion+en+adultos+&gs_lcp=C