



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CUIDADOS BUCALES Y CALIDAD DE VIDA DE LOS
ADULTOS MAYORES.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

MELISSA MARIBEL NOLASCO RAMÍREZ

TUTORA: Mtra. MARÍA PATRICIA DE LA ASUNCIÓN HENONÍN
PALACIO

ASESOR: Dr. SERGIO SÁNCHEZ GARCÍA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



AGRADEZCO:

A Dios por darme la paciencia y la capacidad de soportar cualquier adversidad, por permitirme vivir esta etapa en mi vida y no solo vivirla si no concluirla de forma exitosa y rodeada de personas que me quieren.

A mi madre, por el esfuerzo que implicó el haberme dado estudio universitario, porque día a día me brinda su cariño y comprensión, porque sé que sufría mis desvelos y mis angustias, por su amor y apoyo incondicional, por escucharme y aconsejarme cuando no sabía que hacer, pero sobre todo por ser la mejor madre del mundo.

A mi padre, porque sé que no le fue fácil apoyarme económicamente durante toda la universidad, por enseñarme que hay que ganarse las cosas y que cada acto tiene una consecuencia.

A mi hermano que con su inocencia, su cariño y sus travesuras, hacen que valga la pena vivir cada día.

A mi familia, que estuvo en cada clínica apoyándome para que pasara mis materias y hacían el esfuerzo de ir a la facultad aunque se tardaran casi dos horas para llegar.

A mi novio, que ha estado conmigo más de 5 años apoyándome día a día, haciéndome reír cuando estaba estresada, siempre buscando una solución a los problemas, soportando mi mal humor, compartiendo conmigo el estrés, los desvelos, las angustias, los enojos e incluso nuestros logros pero sobre todo gracias por cada aventura que hemos vivido, porque incluso estamos viviendo el término de nuestras carreras apoyándonos como siempre lo hemos hecho.



A Lissette y Alex, que aunque no tenían ni idea de lo que les hablaba o de porqué me estresaba tanto, siempre me daban animó y me hacían recordar el porqué estaba ahí.

A David, Felipe, Gaby, Omar, Nidia, Faruk, Ana y Nambito porque hicieron que mi estancia en la facultad fuera más fácil, porque cuando necesitaba ayuda siempre podía recurrir a ustedes, por el consejo que alguna vez me brindaron y por ser unos amigos que de alguna u otra forma siempre están conmigo. También a Oscar por brindarme su amistad y mi primera oportunidad de trabajo, a Yud, Gloria y Sandra por darme su amistad y compartir nuestras experiencias en Odont Place.

Al Dr. Pacheco, porque desde que lo conocí ha estado siempre para apoyarme, asesorándome en mis dudas, dándome consejos, porque aparte de ser mi profesor es mi amigo, pero sobre todo gracias por ser la persona tan humana y sencilla que es.

A mi tutora, la Mtra. Paty Henonín, por el apoyo y la paciencia que me dio durante este seminario de titulación, por hacer que este proceso fuera muy sencillo y divertido, por tener siempre tiempo para escuchar mis dudas y apoyar mis propuestas, pero sobre todo por ser la persona tan comprensiva y humana que es.

A todos los doctores que han compartido todo su conocimiento y experiencia conmigo, haciendo de mí una mejor odontóloga y persona.

Por último y no menos importante, gracias a la UNAM, por abrirme las puertas y hacerme sentir día a día el orgullo de pertenecer a esta universidad, que sin duda alguna me ha dado los mejores momentos y aprendizajes de mi vida.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
I.OBJETIVO	8
II. MARCO TEÓRICO	9
1. Vejez y envejecimiento	9
2. Principales teorías del envejecimiento	12
2.1 Teorías estocástica	13
3. Características demográficas de esta etapa	18
4. Principales cambios que se presentan en esta edad	19
5. Cambios que se presentan en la cavidad bucal	21
5.1 Cambios a nivel dental	21
5.2 Cambios periodontales	21
5.3 Cambios en la mucosa bucal	22
5.4 Cambios en el funcionamiento de la movilidad mandibular	23
6. Factores que influyen en la salud bucal del adulto mayor	24
7. Principales enfermedades bucodentales que se presentan en esta etapa	26
7.1 Procesos destructivos cariosos	26
7.1.1 Caries	26
7.1.2 Caries Radicular	27
7.2 Enfermedad periodontal	28
7.3 Xerostomía	28
7.4 Pérdida dental	30
7.4.1 Edentulismo	31
8. Estadísticas de la salud Bucal en el adulto mayor en México	33
9. Alteraciones bucales que se presentan en esta etapa.	35
9.1 Alteraciones bucales producidas por uso prolongado de prótesis dentales	35
9.1.1 Estomatitis por uso de prótesis	35



9.1.2 Épulis fisuratum	35
9.2 Alteraciones bucales producidas por ingesta de fármacos	35
9.2.1 Estomatitis medicamentosa	35
9.3 Infecciones orales por hongos	36
9.3.1 Candidiasis	36
10. Modelo de Salud Bucal	37
11. Calidad y estilos de vida con respecto a la salud	38
11.1 Concepto de Calidad de vida	38
11.2 Relación entre calidad de vida y Salud Bucal	40
11.3 Elementos que influyen en el estilo de vida	41
12. Medidas preventivas y consejos para mantener una buena salud bucal	43
13. Sugerencias para la atención del adulto mayor en el consultorio dental	47
III. CONCLUSIONES	50
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
V. ANEXOS	54



INTRODUCCIÓN

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

El envejecimiento es un proceso normal asociado con una alteración progresiva de las respuestas homeostáticas adaptativas del organismo, que provocan cambios en la estructura y función de los diferentes sistemas y además aumenta la vulnerabilidad del individuo al estrés ambiental y a la enfermedad.

El envejecimiento se puede definir biológica, psicológica y socialmente, refiriéndose la primera a los cambios morfofuncionales, la segunda a la parte mental y la tercera al entorno en el que vive. Existen teorías que explican el envejecimiento del cuerpo, explican por qué ay ese deterioro al paso de los años, siendo el estado de bienestar el que determina el grado de envejecimiento.

Se estima que en el 2050 la población de los adultos mayores sea un 32% de la población total, lo que equivale al triple de lo que es en la actualidad.

El adulto mayor suele tener ciertos cambios, como el ser mas precavido o “miedoso” al ejercer ciertas actividades, suele tener menor actividad y también se le es más complicado socializar con su entorno, pero el hecho de



que se den estos cambios no significa que sea un patrón, porque cada persona reacciona diferente durante esta etapa.

En cuanto a los cambios a nivel dental que se presentan en esta etapa, se encuentra la caries radicular, la cual uno de los factores de riesgo es la exposición de las raíces dentales, que en la mayoría de los casos pueden ser consecuencia de las enfermedades periodontales previas, la pérdida dental, la xerostomía, entre otras.

Locker propuso un modelo de salud bucal en 1988, el cual ha servido como referencia para diseñar instrumentos para evaluar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de las personas.

Para conocer el concepto de calidad de vida, en este trabajo se abordará éste término debido a que se trata de un concepto subjetivo, la calidad de vida en el adulto mayor suele estar influenciada por diferentes factores, siendo uno de ellos el entorno familiar, éste es muy importante para mejorar la calidad de vida, sobre todo, el lugar que le den al adulto mayor y el involucrarlo en la toma de decisiones, hacerlo sentir que es funcional para la familia y para la sociedad.

Asimismo se abordará el tema de la prevención el cual no se debe de dejar en el olvido, ya que es la clave para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor, cabe mencionar que en este tipo de pacientes la prevención empieza desde la niñez y la juventud, por tanto resulta difícil educar al adulto mayor por eso hay que crear buenos hábitos antes de llegar a esta etapa.

Por último, se dan sugerencias sobre la atención que debe proporcionarse a estos pacientes durante esta etapa de la vida en el consultorio dental, ya que mientras más interés se muestre y se cree un ambiente de confianza, mejor será la estancia de estos pacientes en el sillón dental.



I. OBJETIVO

Concientizar al cirujano dentista u odontólogo de la importancia del manejo del paciente adulto mayor no solo a nivel bucal si no a nivel psicológico, anteponer las necesidades reales y la comodidad de este tipo de pacientes y entender que la prevención es importante desde jóvenes y adultos.

II. MARCO TEÓRICO

1. VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO

Existen numerosas definiciones de envejecimiento. Por tanto, es difícil establecer con precisión éste concepto, pero en general todos los autores coinciden en que se trata de un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres vivos.

Se podría definir el envejecimiento como el proceso por el que el individuo con el paso del tiempo va perdiendo vitalidad, entendiendo vitalidad como la capacidad que tiene el organismo para realizar sus diferentes funciones biológicas. Ello conlleva una mayor vulnerabilidad ante cualquier agresión externa o situación de estrés, conduciendo en último término a la muerte. No todo el organismo envejece simultáneamente, hay funciones que permanecen en el individuo hasta muy avanzada edad y otras se pierden precozmente.



Foto 1. Adulto mayor



En un artículo realizado por Ramos, Meza y cols en 2009, donde se describe la conceptualización de la vejez, se mencionan algunas dimensiones importantes que se han utilizado para definir vejez, la biológica, la psicológica y la social.

En la *biológica*, define vejez desde la función del patrón de referencia cronológica y a partir de los cambios morfofuncionales de cuya declinación depende el grado de envejecimiento.

En la *psicológica* incluye los cambios en los procesos psicológicos básicos y el desarrollo que éstos presentan (psicobiológica) asimismo se refiere al estudio de la personalidad y sus cambios (psicología estructural).

Y por ultimo, la *social* que consta de 3 partes, la sociodemográfica que implica el crecimiento poblacional y sus efectos endógenos y exógenos, la sociopolítica que involucra el nivel de participación y de integración social del adulto mayor y la economía política que se basa en el estudio de los recursos y condiciones socioeconómicas de las personas en la vejez.

A partir de estos conceptos pueden encontrarse aproximaciones sobre la vejez ya que en muchos textos no existe propiamente una definición de vejez por la complejidad y dificultad que plantea. Existen muchas formas conceptuales a las que se recurren como vejez, senectud, ancianidad, tercera edad, adultez tardía por mencionar algunas. La utilización de estos términos remite a esta edad generalmente como un producto, mientras que los términos envejecimiento o senilidad refieren a la idea de un proceso.¹

Según Bournet y Bourliere, el envejecimiento lo definen como “el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos”.²

Por otra parte, para J. C. Brocklehurst el envejecimiento es “un proceso progresivo de desadaptación del individuo ante el medio que lo rodea, que termina con la muerte”.³

Lansing por otra parte, propone la siguiente definición de envejecimiento: “Es un proceso progresivo, desfavorable, de cambio, ordinariamente ligado al paso del tiempo, que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye invariablemente en la muerte”.¹

Actualmente, para Birren la definición de envejecimiento, consiste en “una transformación con el tiempo ordenada y regular de los organismos representativos que viven bajo entornos representativos”. Por otro lado, Point Geis, señala, en este mismo pensamiento que “el organismo envejece, se transforma y va perdiendo progresivamente sus facultades”.¹



Foto 2. Vejez.



2. PRINCIPALES TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Existen varias teorías que explican la naturaleza del envejecimiento, y por tanto, no es posible que sólo una explique el mecanismo de envejecimiento, por lo que sería conveniente tomar los conceptos de varias teorías.

El envejecimiento es multicausal y por lo tanto hay varias explicaciones para entender ¿por qué envejecemos? Se han encontrado más de 100 genes implicados y mutaciones múltiples.

“Strehler, en 1982, señaló los cambios que una teoría del envejecimiento debe explicar, los cuales se mencionan a continuación:

- a) Perjudiciales, reducen las funciones.
- b) Progresivos, que tengan lugar gradualmente.
- c) Intrínsecos, es decir, que no sean por causa de agentes medio ambientales modificables.
- d) Universales, esto es, todos los miembros de una especie deben revelar los déficits.”

En este trabajo se argumentarán las teorías estocásticas y en ellas se incluirán las genéticas, asimismo solo serán mencionadas las teorías deterministas.

Existen muchas teorías para explicar estos cambios pero se agrupan en dos tipos:

1. *Teorías estocásticas*: En este tipo de teorías, se encuentran todas aquellas con variables aleatorias, donde explican que el envejecimiento, pueda ser debido al azar y por tanto deba ser estudiado recurriendo a cálculos probabilísticos. Estas teorías cuentan con la acumulación accidental de acontecimientos perjudiciales debido al contacto con factores exógenos adversos.



2. *Teorías deterministas*: En ellas se encuentran, aquellas que tienen un número limitado de variables conocidas, que evolucionan igual en cada reproducción del fenómeno estudiado, sin recurrir a ningún cálculo probabilístico.

2.1 Teorías estocásticas

Engloban un conjunto de teorías, que pueden considerar al genoma como principal protagonista del envejecimiento y, por otro lado, incluyen un conjunto de fenómenos ambientalistas que consideran al entorno celular como responsable del deterioro de la homeostasis (autorregulación) celular. En la actualidad se respaldan 3 teorías genéticas y 6 estocásticas.

Teorías genéticas:

- ✓ De la regulación génica
- ✓ De la diferenciación terminal
- ✓ De la inestabilidad del genoma

Teorías estocásticas:

- ✓ De la mutación somática
- ✓ De los radicales Libres
- ✓ Error-catástrofe
- ✓ De la acumulación de productos de desecho
- ✓ Inmunológica

TEORÍAS GENÉTICAS.

Teoría de la regulación génica

“Cada especie posee un conjunto de genes que aseguran el desarrollo y la reproducción; la duración de la fase de reproducción depende de la

capacidad de defensa del organismo ante determinados factores adversos.” Según esta teoría “el envejecimiento es el desequilibrio entre los diferentes factores que han permitido el mantenimiento de la fase de reproducción”.

Teoría de la diferenciación terminal

“El envejecimiento celular se debe a una serie de modificaciones de la expresión genética, pero que sufren una diferenciación terminal de las células”. Se hace especial énfasis en los efectos adversos del metabolismo sobre la regulación genética.

Teoría de la inestabilidad del genoma

La inestabilidad del genoma es principal causa de envejecimiento, y se pueden producir modificaciones tanto a nivel del ADN como a la expresión de los genes sobre el ARN y proteínas.

Estas 3 teorías genéticas culpan al entorno celular como el responsable de todos los daños provocados al azar en el ADN.

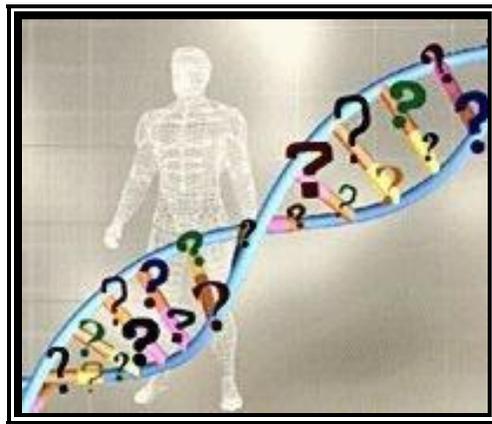


Foto 3. La vejez y el ADN



TEORÍAS ESTOCÁSTICAS:

Teorías de la mutación somática

Teoría propuesta por Szilard (1959), en ésta se menciona que el envejecimiento es el resultado de la acumulación de mutaciones en el ADN nuclear de las células somáticas.

Comfort (1979), también adoptó esta idea que después se combinó con otros autores, los cuales refieren que la lesión en el ADN sería fundamentalmente al nivel mitocondrial.

“Entre estos autores hay que destacar a Miquel y Fleming, al sostener que la causa fundamental del envejecimiento celular es una inestabilidad del genoma mitocondrial, por una falta de equilibrio entre la reparación mitocondrial y el efecto desorganizador de los radicales de oxígeno. De este modo, las células privadas de la capacidad de regenerar sus poblaciones mitocondriales, sufrirán una disminución irreversible en su capacidad para sintetizar ATP, con la consiguiente degradación senescente del funcionamiento fisiológico y muerte final”. Muchos autores se ampararon a la idea de Miquel y otros.

Estas mutaciones en el ADN mitocondrial causan enfermedades humanas y están asociadas a manifestaciones clínicas como la demencia, los desórdenes del movimiento, el fallo cardíaco, la diabetes, la disfunción renal, la sordera, la ceguera y la debilidad.

Teoría de los radicales libres

Esta teoría propuesta por Denham Harman (1956), explica que el envejecimiento, es el resultado de efectos perjudiciales imprevistos causados



a tejidos por reacciones de radicales libres, reacciones que pueden estar implicadas en la producción de los cambios del envejecimiento; pueden asociarse con el medio ambiente, enfermedad y su proceso intrínseco.

Los radicales libres reactivos formados dentro de las células pueden oxidar biomoléculas y conducir a muerte celular y/o daño tisular. Las reacciones se producen sobre todo en lípidos, los cuales son los más susceptibles. "Las reacciones de los radicales libres contribuyen considerablemente al desarrollo de desórdenes estocásticos observados durante el envejecimiento". Los radicales libres, también están implicados en enfermedades degenerativas como arteriosclerosis, demencia senil tipo Alzheimer, enfermedades autoinmunes, entre otras.

Teoría Error-catástrofe

Propuesta por Orgel (1963 y modificada por él mismo en 1970), explica que con la edad surgen errores en los mecanismos de síntesis de proteínas, causantes de la producción de proteínas anormales. Si alguna de estas proteínas llega a formar parte de la biosíntesis de proteínas, causarían más errores en la próxima generación de proteínas, y así sucesivamente, hasta llegar a una pérdida grave de la homeostasis celular que tiene como consecuencia la muerte celular. Según esta teoría, el envejecimiento estaría acompañado por la síntesis de proteínas defectuosas lo cual se ha demostrado que no es cierto. Durante la senescencia aparecen este tipo de proteínas anormales pero estas no surgen de errores en la biosíntesis de proteínas sino que se trata de modificaciones posintéticas.

Teoría de la acumulación de productos de desecho

Propuesta por Sheldrake (1974): "el envejecimiento celular se puede explicar en términos de la acumulación de la ruptura de productos citoplásmicos,



algunos de los cuales pueden ser perjudiciales para la célula; la única manera que las células podrían evitar su mortalidad inevitable sería creciendo y dividiéndose, diluyendo la ruptura acumulada de productos".

Esta teoría se encuentra basada en 3 puntos:

1. Las células producen un producto de desecho que es perjudicial para la reproducción.
2. El producto de desecho no puede destruirse o transportarse a través de las membranas más externas de las células.
3. Su concentración puede reducirse por la "dilución" en la división celular.

Teoría inmunológica

Propone que el genoma nuclear, actúa como un "reloj molecular" o "reloj celular", el cual es el responsable de programar los cambios que se irán presentando en el desarrollo del organismo a lo largo de su vida, desde la concepción, la madurez sexual, hasta el envejecimiento. Otro factor importante son los cambios en la respuesta inmune con el paso de la edad. Por ejemplo las células T, en particular tienen la capacidad de proliferar en respuesta a estímulos extraños, incluidos antígenos específicos y anticuerpos celulares anti – T. El deterioro del sistema inmune probablemente no explica todas las observaciones del envejecimiento, pero el retardar el envejecimiento conduce al retardo de la senescencia inmune.⁴



3. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE ESTA ETAPA

El envejecimiento de la población en el mundo es un caso que se le debe de poner atención ya que se acentuará en los próximos años. Se estima que en el 2050, la población de los adultos mayores sea un 32% de la población total, lo que equivale al triple de lo que es en la actualidad, y lo que es más impactante es que superará la proporción de niños en el mundo.

La estructura demográfica presenta un enorme crecimiento de los adultos mayores que se debe a la reducción de la fecundidad y la disminución de la mortalidad infantil. El grupo de personas de adultos mayores registra un gran crecimiento si no es que el mayor, ya que en dos décadas y media se duplicó su población en 6.4 millones de personas y su presencia relativa paso de ser de 4.3 a 5.9 por ciento.

En un artículo escrito por Castro se mencionó que en México, en las generaciones de 1960 a 1980, era la etapa donde se registraba una alta en la tasa de crecimiento, tanto que para el año 2020 ésta tasa estaría oscilando con un aproximado de 60 años lo que se reflejará en el incremento de la proporción de adultos mayores de las próximas décadas.⁵



4. PRINCIPALES CAMBIOS QUE SE PRESENTAN EN ESTA EDAD

La vejez, como se mencionó anteriormente, es un proceso de cambios determinados por factores fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales. Tradicionalmente la edad cronológica ha constituido el parámetro que determina el inicio de la vejez y se refiere a la edad calendario o número de años que un individuo ha vivido. Sin embargo, esto no puede determinar que tan productivo y capaz puede ser un sujeto tanto para sí mismo como para su familia y la sociedad.

En esta etapa hay diferencias en cada persona debido a características de la personalidad y el conjunto de experiencias de cada cual, también se da una reducción de la capacidad funcional del individuo. Puede encontrarse una decadencia en funciones intelectuales tales como: análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata, aunque esto se puede mejorar siempre y cuando se mantenga activo y productivo.

En el adulto mayor, se llega a incrementar el temor a lo desconocido, debido a que el tener conciencia de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales le produce un gran sentimiento de inseguridad.

Otras reacciones negativas que puede sufrir el adulto mayor ante la angustia y frustración provocadas por las pérdidas son; la depresión y regresión. La depresión no es necesariamente un síntoma de envejecimiento pero se relaciona con el ámbito social estrecho en que vive, el cual lo conduce al aislamiento. Esto no se debe necesariamente a que viva solo, sino a que se le dificulta hacer nuevas relaciones significativas e incluso algunas veces no quieren tener nuevas amistades. Aún, cuando evita establecer relaciones

afectivas estrechas, intensifica sus vínculos con la familia cercana lo cual le ofrece cierto apoyo y seguridad.

Estas personas entran en una etapa, en la que se ven muy influenciadas por la opinión social y por la cultura donde se desenvuelven. Hasta hoy día la cultura, de una forma u otra, tiende mayoritariamente a estimular para la vejez el sentimiento de soledad, el aislamiento, limitaciones para la vida sexual y de pareja, y de la propia funcionalidad e integración social del adulto mayor.



Foto 4. Falta de compañía

Un resultado de depresión e inseguridad puede ser el intento del adulto mayor por regresar a etapas anteriores de la vida. La persona dependiente e insegura en momentos de tensión tenderá a regresar a conductas infantiles y a no poder solucionar problemas. Existe un sentimiento de impotencia para satisfacer las necesidades, lo cual le provoca frustración, miedo e infelicidad.

De los cambios mas universales, el adulto mayor de hoy se queja de su falta de autoridad, en el núcleo familiar dado por la independendencia que van tomando los hijos, la dependencia económica del anciano hacia ellos, la imposibilidad muchas veces de realizar todas las actividades hogareñas que antes realizaba, entre otros factores.⁶



5. PRINCIPALES CAMBIOS QUE SE PRESENTAN EN LA CAVIDAD BUCAL

La cavidad oral tiene diferentes cambios con el paso de los años, se puede decir que es un reflejo de los cambios que se producen en el envejecimiento, incluso estos cambios han servido para saber aproximadamente la edad en adultos.

5.1 Cambios a Nivel Dental

Los cambios a nivel dental son los más notables ya que hay cambios tanto en color como en forma y tamaño, mismos que son respuesta a una adaptación al estímulo biológico a lo largo de la vida, los que pueden ayudar a determinar la edad aproximada de una persona.

Los principales cambios son atrición y erosión de los tejidos duros como el esmalte, éste se desgasta y sufre obliteración de los túbulos de dentina, la dentina por su parte se torna más amarilla y parece más frágil en algunas áreas y más dura en otras.

El borde incisal y las caras oclusales de los dientes sufren desgaste con el paso de los años y así como el uso que se les da; en el envejecimiento se da un aumento de la densidad del hueso alveolar, con deshidratación y endurecimiento de los tejidos elásticos.²

5.2 Cambios Periodontales

El periodonto puede reaccionar al proceso de envejecimiento si existe poca higiene bucal y con ello la formación de un acúmulo de placa dentobacteriana que provoca gingivitis y con el tiempo, en los pacientes



susceptibles, producirá retracción gingival a nivel de cuello del diente, descubriendo el cemento. En las encías puede haber pérdida del punteado, aspecto fibroso, delgadez o falta de la capa queratinizada.²

5.3 Cambios en la Mucosa Bucal

A nivel de la mucosa bucal, estas personas presentan atrofia del epitelio, disminución de la queratinización, disminución de la cantidad de células en tejido conectivo, aumento de sustancias intercelular y descenso del consumo de oxígeno; falta de elasticidad con resequedad y atrofia, tenderá a la hiperqueratosis. Experimentan cambios relacionados con factores locales adquiridos a lo largo de la vida como la dieta, el hábito de fumar, el alcoholismo y la prótesis, volviéndose más delgada, lisa y seca, tornándose permeable a sustancias nocivas y más propensas a daños mecánicos”.⁴

Algo que es muy frecuente en el adulto mayor es la atrofia de los rebordes residuales maxilares y este coincide con una reducción y flacidez del epitelio de la mucosa oral, tornándose brillante y desprendida de los planos óseos profundos. A la inspección, se puede observar gran movilidad y desplazamiento.

Las glándulas salivales empiezan a secretar saliva mucosa por lo que se torna escasa y esto dificulta la autoclisis (limpieza al masticar).²

Las que también se ven afectadas debido al envejecimiento, son las papilas gustativas las cuales disminuyen con la edad, deteriorándose primero las que detectan lo dulce y lo salado, quedando las que detectan lo ácido y lo amargo.⁷



5.4 Cambios en el funcionamiento de la movilidad mandibular

Según Guerrero, los adultos mayores también van perdiendo movilidad en la mandíbula, lo que dificulta su masticación y los movimientos linguales; ésta pérdida de movilidad se debe principalmente a trastornos en la unidad neuromuscular del aparato masticatorio.

Además, el envejecimiento parece afectar diferencialmente los movimientos orales para masticar, tragar y hablar; aunque se dice que el trastorno más frecuente en las personas mayores se relaciona con la masticación.

La inhabilidad de masticar el alimento se traduce en un bolo alimenticio mal preparado que dificulta la fase orofaríngea del tragado. Sáenz en el 2003 menciona que las dificultades del habla se relacionan más con defectos y alteraciones laríngeas, más que orales y generalmente son consecuencia de enfermedades.

Las alteraciones de la movilidad mandibular son de suma importancia, porque podrían ser motivo para contraindicar algunos tipos de rehabilitación de tipo protésico, en los pacientes afectados.⁸



6. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD BUCAL DEL ADULTO MAYOR

Existe varios factores asociados con la progresión de las enfermedades dentales tales como: edad, sexo, educación, ingreso, autopercepción del estado de salud general, presencia de padecimientos crónicos, limitación en las actividades de la vida diaria, número de medicamentos prescritos, tabaquismo, frecuencia y cantidad de alimentos azucarados consumidos el día anterior, frecuencia del cepillado dental, visitas regulares al odontólogo, número de dientes presentes, pérdida de inserción del ligamento periodontal, número de dientes cariados y/o perdidos por caries, superficies radiculares cariadas u obturadas, utilización de parciales removibles, Todos éstos tienen gran influencia sobre el deterioro de la cavidad bucal, ya que varios de éstos factores desencadenan otros y se requiere atenderlos de manera oportuna.⁷

Dentro de los padecimientos crónicos se deben de considerar por su relación directa e indirecta en la salud bucal del adulto mayor, enfermedades como la diabetes, hipertensión, osteoporosis, enfermedades hematológicas y de coagulación, alteraciones hepáticas, insuficiencia renal, alteraciones visuales y motoras, alteraciones nutricionales, de origen mental y cuadros que provoquen algún grado de inmunosupresión.

Cuando un paciente presenta alguno de estos padecimientos es primordial determinar si el paciente está en tratamiento y si está estabilizado antes de ejecutar cualquier maniobra odontológica, los pacientes con alteraciones motoras, visuales y mentales tienen cierta limitación para higiene bucal así que se tiene que dar diferente técnica o instruir a quien se hace cargo de su higiene bucal.



Todo fármaco administrado a un paciente suele producir efectos secundarios y reacciones adversas en el organismo y sobre todo si los tratamientos son de larga duración, bucalmente suelen provocar xerostomía, entre otras.⁹



Foto 5. Adulto mayor en zona rural



7. PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCODENTALES QUE SE PRESENTAN EN ESTA ETAPA

Los cambios en boca inducidos por el envejecimiento, favorecen en los adultos mayores la caries dental, en especial la radicular, debido a la migración de la encía, enfermedad periodontal que suele terminar en incluso con la pérdida de los dientes, halitosis, mala digestión y en ocasiones cuadros sépticos como la endocarditis o infecciones renales.⁵

7.1 Procesos destructivos cariosos

Según la clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), México se encuentra entre los países que presentan altas prevalencias de enfermedades bucales, como son: la caries dental, y la enfermedad periodontal en aproximadamente más del 90%.¹⁰

La caries dental es uno de los factores más comunes para la pérdida dental, ya que conlleva a la destrucción localizada y progresiva de los tejidos duros del diente. Hay dos tipos de caries dental que se presentan con mayor frecuencia en el adulto mayor según la afección topográfica dentaria: caries coronaria y caries radicular.¹¹

7.1.1 Caries Dental

Para Cuenca y Baca el término “caries dental” se ha utilizado generalmente de forma imprecisa y la mayoría de los profesionales, es sinónimo de síntomas o signos que puedan ser visualizados. Epidemiológicamente se diagnostica caries dental cuando la enfermedad ha dado lugar a lesiones que implican una destrucción avanzada del diente; así un individuo está libre de



caries dental cuando no tiene lesiones que hayan progresado a un estadio de cavitación.¹²

La Organización Mundial de la Salud define caries dental como “Un proceso infectocontagioso patológico, localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción dental y que produce un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad.”⁸

Este tipo de caries se inicia en el esmalte y continúa en la dentina hasta llegar a la pulpa.¹¹

7.1.2 Caries Radicular

Esta caries empieza a nivel del cemento para avanzar hacia la dentina radicular.¹¹

Se define como: “lesión con progresiva destrucción del cemento radicular y penetración en la dentina subyacente que se inicia en, o cerca de, la unión amelocementaria.”¹²

La caries radicular “es secundaria a la exposición bucal del cemento por retracción gingival fisiológica, senil o por enfermedad periodontal”. Éste tipo de caries es la que se presenta con mayor frecuencia en el adulto mayor.¹⁰

Esta patología tiene determinantes de riesgo específico siendo el más importante la presencia de dientes con raíces expuestas, y por lo tanto los pacientes con enfermedad periodontal son más susceptibles.¹²

También es muy frecuente que este tipo de caries dental aparezca en aquellos pacientes que poseen rehabilitaciones extensas, ya sea por prótesis fija o removible, y en los que los dientes pilares sobre los que se soportan las prótesis y que poseen tratamiento endodóntico.⁸



7.2 Enfermedad periodontal

Según Regezi, Sciubba (1991), Carranza (1993), Remolina (1996) y la Sociedad Española de Periodoncia (1997): la enfermedad periodontal afecta las encías y estructuras de soportes de los dientes, acabando en una pérdida dental completa si no es tratada oportunamente.⁸

La enfermedad periodontal, se refiere a la “alteración de los tejidos de soporte de los dientes (ligamento periodontal, hueso alveolar) por la presencia de colonias bacterianas y sus subproductos (Axelsson, 2004) en el espacio existente entre la superficie dental y la encía marginal; este espacio aumenta su profundidad como efecto de la agresión constante de los subproductos de las bacterias que colonizan ese espacio, el cual también puede modificarse por la acción física de la calcificación de la placa dentobacteriana, provocando migración apical de la encía y exponiendo la superficie radicular al medio ambiente bucal y al trauma oclusal”.⁷

El acúmulo de placa dentobacteriana, las enfermedades crónicas, el consumo del tabaco y dieta rica en azúcares son factores que desencadenan el deterioro de los tejidos de soporte (encía, ligamento periodontal, hueso alveolar), movilidad dental, infecciones crónicas y agudas, pérdida dental como consecuencia del deterioro de los tejidos de soporte y halitosis como consecuencia del establecimiento de infecciones crónicas.⁷

7.3 Xerostomía

También conocida como *boca seca*, es la causa frecuente de que el adulto mayor tenga molestias masticatorias y dentales, suele ser síntoma de: Enfermedad sistémica como la diabetes, uremia, síndrome de Sjögren,



deshidratación procesos inflamatorios crónicos), o efecto secundario a consumo excesivo de fármacos (ver tabla 1).¹³

Tabla 1. Fármacos comúnmente utilizados en geriatría que pueden producir xerostomía¹⁴:

<ul style="list-style-type: none">• Antipsicóticos• Antidepresivos• Antiespasmódicos• Anticolinérgico• Antidiarréicos• Antihistamínicos• Antiinflamatorios no esteroideos• Diuréticos• Analgésicos opiáceos	<ul style="list-style-type: none">• Antihipertensivos• Ansiolíticos• Relajantes musculares• Agentes antináusea• Descongestivos• Broncodilatadores• Anticonvulsivantes• Antiparkinsonianos• Sedantes
---	---

Esta disminución de flujo salival afecta de forma negativa a la neutralización de la baja de pH provocada por el metabolismo bacteriano de la placa, impide el efecto mecánico de arrastre y reduce considerablemente el aporte de inmunoglobulinas salivares, lo cual ayuda a la aparición y progresión de caries radicular.¹⁰

Con este tipo de pacientes se recomendará evitar el consumo de alimentos secos, tabaco, alcohol, así como llevar a cabo una buena higiene bucal y estimular la salivación por ejemplo, con goma de mascar o limón, o utilización de sustitutos salivales.¹³



7.4 Pérdida dental

La pérdida de un diente la mayoría de los casos se ve relacionada a una infección posterior a caries, extracción por fines terapéuticos (alivio de infecciones persistentes o diseño de rehabilitaciones protésicas) o accidente por ejemplo, golpes directos o accidentes deportivos y automovilísticos.

Los factores causantes de esta pérdida de dientes suele ser por hábitos de higiene inadecuados, enfermedad periodontal, caries dental no atendida, que deriva en infecciones o incluso caries dental muy avanzada, trauma (fracturas o accidentes), tratamientos deficientes o iatrogenias (restaurativos y endodóncicos).

Pero estas pérdidas dentales suelen dar problemas secundarios a nivel bucal ya que si no se rehabilitan pronto ya sea con prótesis removibles y/o prótesis fijas con implantes se desarrollan interferencias oclusales, migración dental (modificación de la posición de los dientes adyacentes a dientes perdidos por falta de tratamiento), desarrollo de lesiones en mucosas, edentulismo, entre otras.⁷

Cuando el adulto mayor tiene una dentición incompleta o es edéntulo, la masticación se vuelve deficiente, esto puede tener como consecuencia una desnutrición, debido a que se siente incapaz de masticar y no se alimentan bien, a su vez, esto los hace dejar alimentos que son necesarios para el cuerpo y los pocos que consumen no se trituran bien y llegan al estómago sin diluirse.²



Foto 6. Pérdida dental.

7.4.1 Edentulismo

Con éste término se define a la ausencia o la pérdida total o parcial de los dientes. La causa del edentulismo puede ser congénita o adquirida. Los edentulismos congénitos totales son una manifestación de los síndromes congénitos muy graves y, generalmente, no compatibles con la vida. Sin embargo, la ausencia congénita de alguna pieza dental es más habitual.

El edentulismo adquirido, es decir la pérdida de dientes durante nuestra vida es un hecho más común que el edentulismo congénito y suele ser secundario a procesos como caries, patología periodontal o traumatismos.

Las principales consecuencias del edentulismo parcial son la reabsorción del hueso alveolar y/o el desplazamiento de los de los dientes vecinos hacia el nuevo espacio creado. El movimiento de los dientes genera alteraciones en la oclusión.



El edentulismo total o un importante edentulismo parcial conlleva importantes alteraciones estéticas. Pudiendo disminuir la autoestima, inducir alteraciones en la pronunciación de las palabras, en la función masticatoria y en la articulación temporomandibular. Estas consecuencias estéticas se hacen mucho más evidentes cuando el edentulismo afecta al frente anterior.¹⁵



8. ESTADÍSTICAS DE LA SALUD BUCAL EN EL ADULTO MAYOR EN MÉXICO

Las condiciones de salud bucal del adulto mayor en México con respecto a las condiciones a nivel mundial no son muy diferentes. Castrejón en su artículo *salud bucal en los adultos mayores y su impacto en la calidad de vida* menciona que Borges e Irigoyen en 1999 realizaron un estudio en México en el cual reportan una prevalencia de edentulismo similar (26.8% y 23.6%, respectivamente) y una media de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) de 16.5 y 16.3, respectivamente; en ambos el componente principal del CPOD fue el de dientes perdidos. La prevalencia de caries radicular fue de 40.2% y en promedio había 2.7 superficies afectadas por caries radicular según Borges; por su parte, Irigoyen reportó que el 50% de la población presentaba bolsas periodontales.

Otras investigaciones de Borges –Yañez (1991) y Soto (1998) en la Ciudad de México, mostraron que la prevalencia de edentulismo en pacientes de 60 años y más que solicitaron atención dental en una escuela de Odontología fue 7.5%, mientras que en ancianos de una casa hogar fue 65%.

Otro estudio realizado por Borges-Yañez realizado en tres localidades geográficas diferentes, indicaron una prevalencia general de edentulismo de 19%, siendo menor entre los adultos mayores de la zona rural.

Por último, una encuesta reciente (2008) realizada por Borges en una población representativa de adultos mayores de 70 años en la Delegación Coyoacán, Distrito Federal, encontró una prevalencia de edentulismo de 21%. Se observó que 22.4% de las personas tenían de 1 a 9 dientes

presentes en boca, 28% de 10-19 dientes y 28% 20 a 32 dientes. Un estudio realizado en tres localidades en adultos mayores (media edad 73 ± 8 años) en México encontró una prevalencia de periodontitis moderada y severa de 73% en la zona urbana marginal, 57% en la zona urbana media y 29% en zona rural. Los resultados indicaron mayor riesgo en aquellos de localidad urbana marginal, con hipertensión arterial, obesidad y presencia de cálculo subgingival.⁷



Foto 7. Adulto Mayor en México.



9. ALTERACIONES BUCALES QUE SE PRESENTAN EN ESTA ETAPA

El adulto mayor presenta a nivel bucal ciertas alteraciones que están dadas ya sea por mal uso o por el uso prolongado de prótesis dentales y por ingesta de medicamentos o fármacos.

9.1 Alteraciones bucales producidas por uso prolongado de prótesis dentales

9.1.1 Estomatitis por uso de prótesis

Inflamación del paladar duro con aspecto granular, que como efecto secundario puede ocasionar candidiasis

9.1.2 Épulis fisuratum

Es una lesión vegetante muy común de los tejidos blandos del fondo de surco vestibular superior e inferior, en pacientes edéntulos. El área afectada frecuentemente presenta inflamación, o un crecimiento de tejido blando y rojizo en forma de uno o más mamelones alargados en sentido paralelo al borde de la prótesis, en ocasiones se ulceran provocando dolor y sangrado, son causadas por factores irritativos crónicos, se presenta con frecuencia por prótesis mal ajustadas con bordes sobreextendidos o rotos.

9.2 Alteraciones bucales producidas por ingesta de fármacos

9.2.1 Estomatitis medicamentosa



Se presenta por el consumo de antibióticos y sedantes, se presenta como un enrojecimiento de la mucosa oral y lingual y causa ardor.

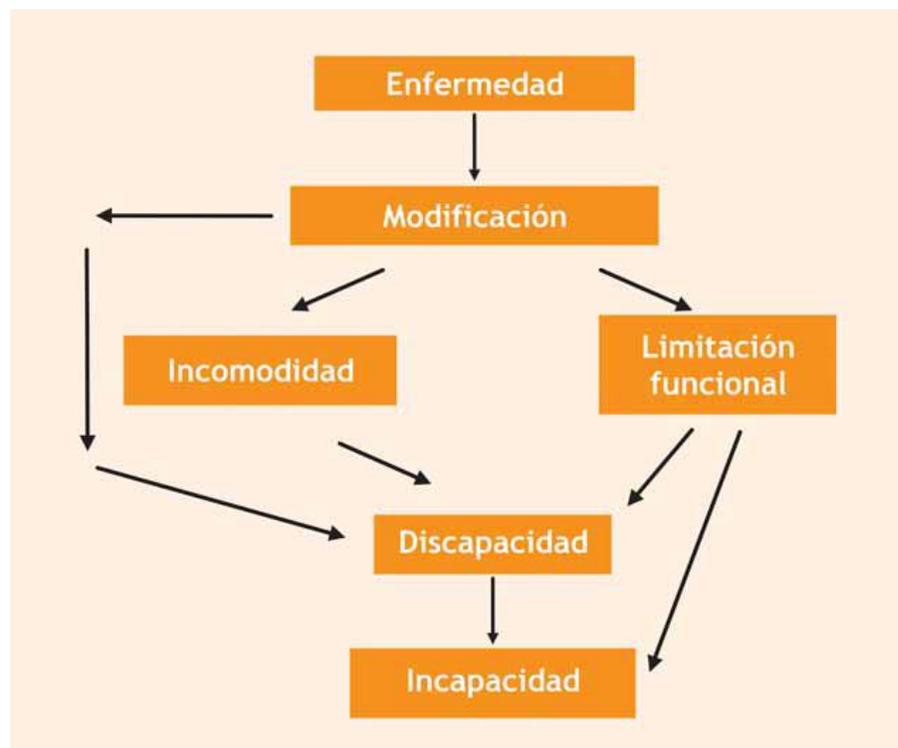
9.3 Infecciones orales por producidas por hongos

9.3.1 Candidiasis

La *Candida albicans* se encuentra en el 50% de la flora oral normal del adulto pero la candidiasis se produce cuando surgen factores predisponentes tales como: terapia prolongada con antibióticos, xerostomía fisiológica, malnutrición, diabetes, corticoides e inmunosupresores, déficit de hierro, prótesis dentales e higiene bucal deficiente.¹³

10. MODELO DE SALUD BUCAL

Locker (1988) propuso un modelo de Salud Bucal en el cual sugiere que la enfermedad bucal comienza produciendo una modificación en las condiciones bucales englobando pérdida dental, alteración de los tejidos de soporte de los dientes entre otras, la cual puede producir a su vez cierto grado de incomodidad o limitación funcional como dolor al comer cosas frías o calientes (sensibilidad dental), dificultad para masticar algunos tipos de alimentos por poner ejemplos, o también convertirse directamente en una condición más severa de discapacidad.



Modelo de Salud Bucal por Locker (1988)

Este modelo ha servido como referencia para diseñar instrumentos para evaluar el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de las personas.⁷



11. CALIDAD Y ESTILOS DE VIDA CON RESPECTO A LA SALUD

11.1 Concepto de Calidad de vida

El término “calidad de vida” tiene una historia reciente. Comenzó a utilizarse en el lenguaje culto de los países occidentales a finales de los años cincuenta del siglo pasado y adquirió una connotación semántica a partir de los años 70’s.

La calidad de vida es un concepto subjetivo, que está relacionado con la percepción que se tiene acerca de nuestra vida, en el sentido de que si se siente uno realizado con nuestro propio ser.

Definir calidad de vida, en el sentido amplio de la palabra, es difícil pues no se encuentra un consenso unánime. “Calidad de vida” involucra muchas variables subjetivas (satisfacción, felicidad, autoestima, bienestar, felicidad, capacidad funcional, autonomía, autopercepción de salud, espiritualidad, etc.) términos difíciles de medir y variables objetivas de medición más fácil como (economía, nivel sociocultural, déficits funcionales, problemas de salud, entre otros).

Las definiciones que se han dado a este concepto son más un reflejo de orientación profesional y áreas de interés de los distintos investigadores que de análisis rigurosos del concepto global de calidad de vida. Esta sería una categoría que se puede desglosar en niveles de particularidad hasta llegar a su expresión singular en el individuo. Y esto es posible, porque la calidad de vida no se mide, sino se valora o estima a partir de la actividad humana, su

contexto histórico, sus resultados y su percepción individual previamente educada. Podría entenderse como la satisfacción de vivir con libertad y bienestar, es decir, con un funcionamiento físico, social, económico, emocional, que nos permita lograr todos nuestros deseos o nos resignemos encontrándonos satisfechos, en paz, queridos y consolados.

El concepto de calidad de vida es “el sentido subjetivo de bienestar de cada persona derivado de la experiencia diaria de su vida”. Es algo personal, íntimo, al igual que lo son las razones por las que nos negamos a realizar lo recomendado. *Es el individuo el mejor juez de su propia calidad de vida.*¹⁶

En 1991, La Organización Mundial de Salud (OMS) definió la calidad de vida como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.¹⁷



Foto 8. Adulto mayor y su relación con el entorno social



11.2 Relación entre calidad de vida y Salud Bucal

El reconocimiento de la OMS, en cuanto a la relación entre salud bucal y calidad de vida, la define como: “La percepción que tiene el individuo del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como con los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades diarias, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, expectativas y paradigmas acorde al sistema de valores dentro del contexto sociocultural”.¹⁷

En 2005, en México, había un registro de 24.8 millones de hogares, aproximadamente y por lo menos en 6.1 millones de éstos vivía al menos una persona de 60 o mas años de edad lo que equivale a la cuarta parte del total de la población.

“Los poderes públicos deben fomentar la cohabitación de varias generaciones de una misma familia y erigir sistemas formales e informales para que las familias se encarguen de las personas mayores, esforzándose para que éstas sean autónomas e independientes, gocen de buena salud y sean productivas durante el tiempo que puedan y lo deseen, y logren llevar la vida que han elegido, poniendo sus habilidades al servicio de la sociedad.”⁵

Comer es una función social pero el masticar, saborear y disfrutar de la comida es emocionalmente necesario para el bienestar de una persona, debido a esto unos dientes sanos y tejidos periodontales sanos son indispensables para tener una calidad de vida aceptable en la mayoría de los adultos mayores.¹¹

11.3 Elementos que influyen en el estilo de vida

La familia contribuye a la calidad de vida, a la vez que es la principal ayuda, compañía, cuidado y respeto que tienen los adultos mayores, su permanencia en el marco de vida es un factor benéfico para él mismo por contribuir a conservar sus capacidades tanto físicas como psíquicas.⁵

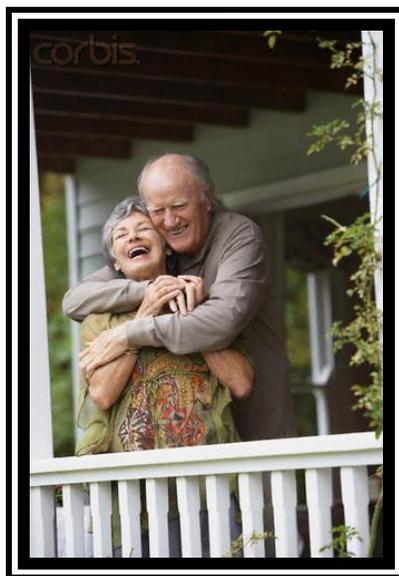


Foto 9. Felicidad en pareja

María Guadalupe Zetina en su artículo *Conceptualización del proceso de envejecimiento* publicado en 1999, menciona que al adulto mayor se le suele “etiquetar” como un miembro disfuncional de la vida activa y productiva, pero también menciona que todo esto basado al lugar que se le da realmente en el ámbito familiar, que tanto se le deja cooperar o participar dentro de su familia, que tanta actividad diaria tiene, es decir, que tanto se ejercita, se cuida, se valora y que tanta independencia tiene.



Sin duda el elemento más significativo que influye dentro del estilo de vida de un adulto mayor es su autoestima, que tan funcional se siente y también que calidad de vida llevó para llegar a esta etapa, entre mejor vida tanto física como psicológicamente se tenga, mejor será el final de sus días.¹⁸

Dentro del ámbito dental el hecho de que muestren problemas de salud bucodental compromete a su calidad de vida ya que para algunos adultos mayores limitan sus interacciones sociales y afectan el amor propio.¹¹

Otro de los elementos importantes que influyen en la calidad de vida del adulto mayor es la pérdida dental así como los cambios que se presentan en el estado de la cavidad bucal los cuales pueden afectar su dieta, modificando la selección de alimentos y su peso corporal. Esto, sumado a la medicación por enfermedades crónicas, puede modificar la absorción de vitaminas y minerales esenciales para la salud.⁷



12. MEDIDAS PREVENTIVAS Y CONSEJOS PARA MANTENER UNA BUENA SALUD BUCAL

Para llegar a la vejez con muchos o pocos dientes en buen estado requiere de prevención y una adecuada atención dental, es aquí donde el odontólogo debe educar a sus pacientes desde su juventud y adúlteen el cuidado dental para que esto se vea reflejado en esta etapa.¹¹

Para que la cavidad bucal esté sana primeramente hay que cuidar la higiene, hay que cepillar los dientes al menos dos o tres veces al día, durante un tiempo de dos a tres minutos después de cada alimento. En caso de que el adulto mayor no pueda hacerlo solo, es de mucha importancia el apoyo de un familiar. A su vez, también es recomendable lavar la lengua de la parte media hacia la punta y usar el hilo dental por lo menos una vez al día.⁵

El cepillo eléctrico suele ser un buen recurso siempre y cuando la persona tenga muy en claro que al igual que uno manual, no asea por sí solo; la única manera de que sea efectivo es adoptando una rutina de empleo correcta. También el empleo de reveladores de placa bacteriana puede ser otra opción como medio de instrucción y motivación en higiene bucal. Al dar instrucciones sobre higiene bucal 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.¹⁹

Es importante el remplazo de piezas dentales por prótesis para la masticación y fonética del adulto mayor, recordar que su vida útil es aproximadamente de cinco años, por la atrofia de encías y movilidad de

piezas adyacentes, así que cuando se presenten zonas rojizas, inflamación, gingivitis o halitosis deberán de acudir a revisión con el odontólogo.⁵

En portadores de prótesis removibles, se deberá enseñar la higiene de ésta con un cepillo apropiado, más el uso de tabletas efervescentes a base de peróxidos que coadyuvan al cepillado convencional de la prótesis.



Foto 10. Portador de prótesis total removible.

En el caso de hallazgos de poca gravedad como pigmentación dental, lesiones de caries de esmalte inactiva, fumar, microfracturas del esmalte, pequeños defectos en el cuello dental, ligeras erosiones y/o abrasiones, entre otras; su terapia no será necesaria siempre y cuando no se esperen complicaciones clínicas o que el paciente así no lo desee.

Por el contrario, cuando existen alteraciones de la mucosa bucal se deben revisar muy bien y, de ser necesario, hacer una interconsulta con el patólogo, ya que pueden ser indicación de alguna enfermedad no diagnosticada.



Pocas veces suelen ser la manifestación de alguna reacción alérgica ante la presencia de materiales dentales en la cavidad bucal.

Nosotros como odontólogos es necesario que en una segunda visita, se controle, repita y se motive al paciente con las instrucciones dadas en la cita anterior. En pacientes con limitaciones en su higiene bucal será de gran importancia realizarle uno mismo la higiene para mostrarle ante un espejo los movimientos que necesita llevar a cabo para tener buenos resultados.

Para estos casos deberán además tomarse medidas adicionales, como la aplicación de barnices o geles de clorhexidina y flúor.

En el caso de complicaciones periodontales se deberá decidir si es posible su terapia o tratamiento. Muchas veces el buen cepillado lleva a una clara mejoría de la situación. Cuando ya hay compromiso de furca y de estar ante la presencia de una mala higiene oral, la extracción es una opción viable, podría ser más relevante para el paciente que nos esforcemos en las piezas con mayores oportunidades para su preservación.

También puede ser oportuno el realizar tests salivales (cantidad de flujo salival, recuento de *Streptococos mutans* y *Lactobacilos*). Si los valores no son favorables, las medidas preventivas deberán naturalmente ser adecuadas. La organización de un examen constante es importante en estos pacientes ya que la salud bucal puede descompensarse y empeorar rápidamente derivando incluso a limitaciones en la fonación, masticación y/o ingestión de alimentos.



En pacientes que no hayan mejorado su estado de salud bucal o que presente alguna enfermedad en progreso, en caso de ser necesario, el plan preventivo debiera ser modificado, pero si en visitas posteriores no hay algún hallazgo significativo se podrá continuar con el mismo plan de tratamiento y siempre seguir con la motivación del paciente.

Por regla general en pacientes de alto riesgo cariogénico, se deberá indicar la terapia con fluoruros y sólo si fuera preciso se podrá instaurar terapia con enjuagues a base de clorhexidina. El intervalo de control deberá ser entre tres y seis meses. Pacientes que requieran mayor asistencia, por ejemplo en caso de deficiencia de higiene oral extrema, debiera optarse por visitas mensuales al consultorio para llevar a cabo la higiene bucal correcta. En pacientes con incapacidad deberá realizar la higiene bucal la persona que lo asiste previamente adiestrada para ello.¹⁹

Otra medida preventiva para evitar alteraciones adicionales ocasionadas por el propio envejecimiento es evitar el consumo tanto de alimentos ricos en carbohidratos como beber alcohol y fumar tabaco en exceso, ya que estos son factores de riesgo para desarrollar el cáncer bucal.

Es de lamentar, que a pesar de que es de suma importancia la salud bucodental y la prevención de alteraciones no se le da la importancia debida y en la mayoría de las ocasiones esto no implica una prioridad para los adultos mayores.⁵

La salud bucal se construye a partir de una visión integral del ser humano y de su relación con otros seres, con la sociedad y con el medio ambiente.

13. SUGERENCIAS PARA LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Estas recomendaciones están pensadas en las necesidades del adulto mayor en el consultorio dental, muchas de las sugerencias que se proporcionan son personales, de lo que se ha observado durante mi estancia en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y en la práctica privada.



Foto 11. Felicidad del adulto mayor

Las salas de recepción o incluso todo el consultorio deberían de estar acondicionadas para recibir a este tipo de pacientes, sobre todo para aquellos pacientes que hacen uso de sillas de ruedas, andaderas, bastón, etcétera; esto con el fin de evitar algún tropiezo.²⁰

El adulto mayor en la consulta odontológica debe de tener ciertas consideraciones para su tratamiento, el simple hecho de que se le



proporcione un poco más del tiempo que regularmente se le asigna a otro tipo de pacientes puede ser de gran ayuda, lo que se trata al hacer esto, es de que el paciente adulto mayor se sienta cómodo y con la confianza de ser atendido, a veces, el odontólogo llega a ser un escaparate o un “amigo” para el adulto mayor, ya que o es al que le cuentan sus historias, sus problemas, sus dudas o simplemente es al único que suelen entablar una conversación.

El hecho de que las sesiones se hagan más largas no significa que los tratamientos dentales serán largos, si no al contrario, deben de ser cortos y entablar más conversación con ellos, y el hacer el trabajo lento significa que se tendrá que hacer en varias sesiones, siempre cuidando hacerlo con el menor trauma posible.

La posición del sillón dental puede ser un problema debido al cierre de la vía aérea, éste debe de estar lo mas derecho y bajo posible, pedirle que se levante lentamente debido a que si se para muy rápido del sillón puede inducirle vértigo y provocar que se caiga.²⁰

Algunos pacientes en esta etapa son edéntulos, aquí es cuando el odontólogo debe de tener el mejor criterio posible, ya que se suele pensar que para este tipo de pacientes es urgente o muy necesario el uso de dentaduras totales, pero cabe mencionar que no todas las veces es lo que realmente necesitan los pacientes, ay veces que el paciente no necesita una dentadura porque se le es muy cómodo no tenerla, aunque esto suene contradictorio a lo antes mencionado ya que esto afecta su nutrición y bienestar este tipo de pacientes que no necesitan de las dentaduras suelen comer casi de todo tipo de alimento y estar muy nutridos, incluso si se le llegase a hacer una, quien nos garantiza o le garantiza que estará más



cómodo al comer y no al contrario, es decir, que le estorbe para comer y termine quitándosela, entonces eso ya le provocó económicamente una pérdida y en vez de mejorar su salud bucal, la empeoramos.

Otra sugerencia para ayudar al adulto mayor en este caso, un paciente que presenta una falta de movilidad mandibular debido a los problemas que produce la misma edad en la parte motora es que no se recomienda rehabilitarlo con prótesis total mucosoportada ya que no le servirá de mucho el hecho de que porten una prótesis total y no tengan la suficiente fuerza para masticar, por muy bien elaborada que esté la única función que tendrá es la estética.



III. CONCLUSIONES

El envejecimiento, es un proceso universal y heterogéneo; aún falta mucho por comprender acerca del proceso de envejecimiento y estamos lejos de encontrar la “fórmula de la eterna juventud”, Más importante que dar años a la vida, es dar vida a los años, o lo que es lo mismo: aumentar “la calidad de vida”.

En diversos estudios se ha establecido la relación que existe entre la salud oral y la salud general. Asimismo, se ha reconocido que los problemas que se presentan con mayor prevalencia a nivel bucal, son la caries dental y la enfermedad periodontal siendo ambas condiciones muy frecuentes en los adultos mayores.

Por tal motivo, es indispensable trabajar con la población desde edades tempranas en relación a la promoción de estilos de vida saludables que les permita disfrutar de su etapa de adulto mayor con una buena calidad.

También la percepción del estado de salud bucal de los adultos mayores es importante para su calidad de vida, porque impacta principalmente en las áreas física, social y psicológica, más frecuentemente en la funcionalidad al comer y en el confort.

Se recomienda que las necesidades del adulto mayor sean evaluadas antes de que afecten su calidad de vida.

Es muy importante tomar en cuenta al adulto mayor ya que en México esta población aumenta considerablemente y son a los que menos tomamos en cuenta, debemos tratarlos con ciertas restricciones debido a las enfermedades que llegan a presentar propias de la vejez.



En la consulta dental, el odontólogo tiene que crear un ambiente de confianza y solidaridad para que el paciente adulto mayor tenga la oportunidad de expresarse y así colabore con el tratamiento, hay que ver por su bienestar y sus necesidades, debemos de tomar en cuenta este punto porque incluso habrá pacientes que verán el ir al dentista como única alternativa de socializar.

Cuando con los años no puedas correr, trota.

Cuando no puedas trotar, camina.

Cuando no puedas caminar, usa el bastón.

¡¡¡¡Pero nunca te detengas!!!!

María Teresa de Calcuta



IV.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos, Meza, Maldonado, Ortega, Hernández. Aportes para una Conceptualización de la Vejez. Revista de Educación y Desarrollo 11. Octubre-diciembre de 2009, Pp 50-55
2. Osawa J. Estomatología geriátrica. 1ª. Ed. México. Editorial Trillas, 1994. Pp 57, 94, 97
3. Durante M., Pedro P. Terapia Ocupacional en Geriátria. Principios y Práctica. Ed. Elsevier Masson 2010. Pp 42
4. Pardo G, CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE ALGUNAS DE LAS TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO, Rev. Cubana Invest. Biomed, 2003: 22(1): 58-67
5. González R, Castro JME, Moreno L. Promoción de la salud en el ciclo de vida. 1a. ed. México D.F. Editorial Mc Graw- Hill-Interamericana, 2011. Pp 226-234, 263
6. Ligia, Tercera edad. Necesidad de educación en el adulto mayor, hallado en: monografías.com
7. Castrejón R, Salud bucal en los adultos mayores y su impacto en la calidad de vida, Instituto de Geriátria, pp 257- 269
8. Morales F, Temas prácticos en geriatría y gerontología Tomo III, editorial Universidad Estatal a Distancia, Primera edición, Costa Rica 2007. Pp. 75-110.
9. Catalán M, Cuidados bucales del adulto mayor, hallado en: monografías.com
10. Williams EA, Montañó ML, Caries en el adulto mayor, un reto para la Odontología, Rev. Mexicana de Odontología Clínica, año 1 No. 12, may-ago 2007, pp 10-15



11. Taboada O, Mendoza VM, Hernández RD, Martínez IA, Prevalencia de caries dental en un grupo de pacientes de la tercera edad*, Rev ADM, Vol. LVII, No.5, Sept-oct 2000 pp 188-192
12. Cuenca E, Baca P, Odontología preventiva y comunitaria, Editorial Masson, tercera edición, España 2005. Pp. 34
13. Salgado A, Guillén F. Manual de geriatría. 1ª. Ed. México D.F. Editorial Salvat Editores, 1994. Pp 231, 232.
14. Splieth C, Meller C: Importancia de Medidas Preventivas en el Adulto Mayor. Rev Dent Chile. 2003; 94:8-12.
15. Vidal X, Edentulismo: ¿Qué pasa cuando perdemos dientes?, hallado en: www.mapfre.com
16. Rodríguez SI. Conceptos Generales para Auxiliares Geriátricos. Calidad de Vida. Ed Sevilla MAD-Edufarma Cap 4 Pp: 65.
17. De la Fuente J, Sumano O, Sifuentes MC, Zelocatecatl A, Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental, Univ. Odontol. 2010 jul- Dic, 29 (63) pp 83-92
18. Zetina MG, Conceptualización del proceso de envejecimiento, Revredalyc, No. 019, enero-marzo 1999, Pp 23-41
19. Meller C. Importancia de la odontología preventiva en el adulto mayor: Una aproximación personal. Odontol. Prev. 2008;1(2):73-82
20. Depaola DP, Gordon H. Odontología preventiva, editorial Mundi, 1ª edición, Argentina 1981. Pp 193-204



V. ANEXOS

FOTO 1 Adulto mayor Fuente: www.apa.org.ar/wp-content/uploads/foto-adultos_mayores.jpg

Fecha de consulta: 05/10/12

FOTO 2 Vejez Fuente: www.elpodium.org Fecha de consulta: 05/10/12

FOTO 3 La Vejez y el ADN Fuente: www.equinoxio.org Fecha de consulta: 07/10/12

FOTO 4 Falta de Compañía Fuente: www.flickr.com Fecha de consulta: 11/10/12

FOTO 5 Adulto Mayor en zona rural Fuente: www.rpp.com.pe

Fecha de consulta: 07/10/12

FOTO 6 Pérdida dental Fuente: www.corbis.com Fecha de consulta: 11/10/12

FOTO 7 Adulto Mayor en México Fuente: www.radiover.info

Fecha de consulta: 07/10/12

FOTO 8 Adulto Mayor y su relación con el entorno social

Fuente: www.corbis.com Fecha de consulta: 05/10/12

FOTO 9 Felicidad en pareja Fuente: tipsadultomayor.blogspot.mx/2011/07/el-cuidado-del-adulto-mayor.html Fecha de consulta: 11/10/12

FOTO 10 Portador de prótesis total removible Fuente: www.photaki.es

Fecha de consulta: 13/10/12

FOTO 11 Felicidad del Adulto Mayor Fuente: www.corbis.com

Fecha de consulta: 13/10/12