

Odontogeriatría

Soraya León Araya*

Resumen

El artículo presenta los principales problemas asociados al envejecimiento en cuanto a los cuidados dentales. Se deja de manifiesto los eventuales equívocos y mitos respecto del envejecimiento y la salud dental.

Palabras clave: Odontogeriatría, Personas Mayores, Salud.

Existe una serie de mitos que confunden el proceso de envejecimiento con patología, estos mismos mitos son compartidos por las propias Personas Mayores, sus familiares e incluso por profesionales de la salud; lo cual dificulta las actividades preventivas en este grupo etario. Estos estereotipos lentamente se están derrumbando. De la imagen de Persona Mayor achacosa, solitaria, dependiente, desdentada y poco estética; se está dando paso a la idea de una etapa de la vida donde prevalecen conceptos como autonomía, funcionalidad, estética y mantenimiento de relaciones sociales.

Actualmente sabemos que es posible conservar una buena salud oral hasta edades avanzadas de la vida. Que la dentición no se pierde por causa del envejecimiento, sino que debido a enfermedades bucodentales (caries y enfermedad periodontal o de las encías) asociadas con diferentes factores de riesgo como por ejemplo: trastornos sistémicos crónicos de inicio temprano, estilos de vida desfavorables, iatrogenias odontológicas y un mal estado nutricional.

Envejecimiento de la cavidad oral

El envejecimiento es un fenómeno multifactorial y universal que no tiene lugar

con la misma intensidad y cronología en todos los seres vivos ni en todos los órganos de aquellos.

Lo que encontramos generalmente en la literatura sobre envejecimiento de la cavidad bucal, se ha basado en la creencia general de un deterioro progresivo de la fisiología de la boca con el paso del tiempo. Esto se ha fundamentado en estudios comparativos entre personas de edad avanzada comprometidas sistémicamente y personas jóvenes sanas. Es así que, la pérdida total de piezas dentarias y la disminución de la secreción salival están muy arraigadas entre los médicos y odontólogos como estereotipos del envejecimiento.

El estereotipo de vejez con aspecto de promentonismo (adelantamiento de la mandíbula), disminución del tercio inferior de la cara, lengua prominente y labios hendididos; son consecuencias de la pérdida total de las piezas dentarias y no de la edad propiamente tal.

Envejecimiento en la Mucosa Oral:

La mucosa oral tiene una serie de funciones relacionadas con la protección y defensa frente al medio externo, la percepción sensorial y el sentido del gusto.

* Cirujano-Dentista, Diplomada en Geriatría y Gerontología Clínica, aspirante a Magister en Gerontología Social, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela de Odontología de la Universidad de Talca.

Como anteriormente mencionamos, los estudios sobre envejecimiento de la mucosa oral también se han basado en los cambios no sólo debido a la edad, sino que a múltiples alteraciones hormonales o nutricionales, enfermedades sistémicas, efectos adversos a los medicamentos y al uso de aparatos protésicos. Factores locales adquiridos a lo largo de la vida, como la dieta, tabaco, alcohol y uso de prótesis dentales; influyen en los cambios de la mucosa durante el envejecimiento, lo que hace difícil diferenciarlo de lo que es el envejecimiento puro.

Clásicamente se ha considerado que con la edad la mucosa oral sufre los siguientes cambios:

Atrofia variable que la torna más delgada, lisa y friable; lo que la hace más susceptible a los traumas e irritaciones.

Se produce adelgazamiento del borde bermellón del labio.

Aumento de las varicosidades sublinguales.

Estos cambios degenerativos de la mucosa oral, no interfieren en sus funciones normales de protección en Personas Mayores sanas.

Otra de las funciones de la mucosa oral especializada, es el sentido del gusto que reside en el dorso de la lengua. Este sentido es, de todos los sistemas neurosensoriales, el que menos se ve afectado por el proceso de envejecimiento. Actualmente se admite que el número de papilas y botones gustativos permanece constante durante toda la vida, esto no quiere decir que su función gustativa permanezca intacta. Modificaciones en la membrana celular de los receptores relacionadas con la edad serían la causa de respuestas neurofisiológicas alteradas. La valoración de esta función se dificulta al no poder evaluar a pacientes sanos. Lo que existiría sería una pequeña disminución

del umbral gustativo para los estímulos del salado y amargo. De ahí la importancia del control sobre el consumo excesivo de sal en las comidas de las Personas Mayores y su directa relación con la hipertensión arterial. El sentido del gusto que no se vería afectado por el envejecimiento sería el dulce, sabor del que la gran mayoría de las Personas Mayores disfrutan eligiendo con mucha frecuencia alimentos con alto contenido de hidratos de carbono simples (pasteles, dulces, helados), con bajo aporte nutritivo y a la vez cariogénicos.

Envejecimiento Salival:

Generalmente se ha asociado el envejecimiento con disminución de la secreción salival, basado en estudios sobre individuos jóvenes sanos y Personas Mayores con envejecimiento salival asociado a fármacos y enfermedades sistémicas. Actualmente se considera que la función salival global no se ve afectada con el envejecimiento, esto no implica la inexistencia de cambios fisiológicos y morfológicos glandulares relacionados con la edad, como por ejemplo:

El peso total de las glándulas salivales disminuye después de los 75 años en hombres y mujeres.

Presencia de infiltrados focales linfocíticos en el tejido glandular.

El 25% del tejido glandular salival es reemplazado en las glándulas submaxilares por tejido adiposo o conectivo, siendo ésta glándula mayor la que más pierde su parénquima.

Las glándulas salivales menores presentan una progresiva degeneración acinar y fibrosis

La secreción salival de la glándula parótida permanece estable con la edad.

Existe disminución de la secreción salival entre un 50-70% en las glándulas submaxilar, sublingual y en las glándulas salivales menores.

A pesar de estos cambios estructurales y funcionales, la capacidad funcional global no se ve afectada y se conserva estable con la edad.

La saliva estimulada está dada principalmente por la glándula parótida junto con la submaxilar, como la glándula parótida permanece estable con la edad, sería a través de la saliva estimulada que se mantendría la secreción salival global estable. Por esto es importante incentivar en las Personas Mayores el consumo de líquidos, frutas y verduras que estimulan la secreción salival, sobre todo en aquellos que la tengan disminuida producto de enfermedades sistémicas o tratamientos farmacológicos.

La xerostomía es la sensación de disminución de secreción salival percibida por el paciente. Puede ser causada por:

Deshidratación producto de enfermedades sistémicas.

Síndrome de Sjögren.

Iatrogenia terapéutica: radioterapia, quimioterapia, farmacoterapia.

Fármacos de acción xerostómica (disminuyendo drásticamente la secreción salival no estimulada):

Psicofármacos: antidepresivos, fenotiazidas, benzodiazepinas.

Antihipertensivos y diuréticos

Antiarrítmicos.

La xerostomía afecta la calidad de vida de las Personas Mayores, pues:

Afecta la primera fase de la digestión afectando la masticación y elaboración del bolo alimenticio.

Altera los tejidos duros y blandos de la cavidad oral, en ausencia de la capacidad protectora salival, aumentando el riesgo de caries y enfermedad periodontal.

La mucosa oral se hace más vulnerable frente a traumatismos crónicos, como las prótesis dentales, y a infecciones como candidiasis.

Presencia de alteraciones sensoriales como estomatopirosis (ardor bucal generalizado) y disgeusia (mal sabor).

Envejecimiento de la Articulación Temporomandibular (ATM):

Un factor determinante en el envejecimiento de la ATM es la presencia de piezas dentarias en la boca y el estado de las prótesis dentales. El desdentamiento total o cuando éste afecta principalmente a las piezas posteriores, acelera estos cambios pudiendo llevar a patología. Hay mayor presencia de ruidos y dolor a nivel articular.

Envejecimiento de las Piezas Dentarias:

Los cambios morfológicos y fisiológicos que sufren las piezas dentarias debido al envejecimiento, están directamente relacionados con el paso del tiempo y la acumulación de efectos sobre sus estructuras. Estos efectos serían los hábitos de las personas como el fumar, consumo de té o café, el tipo de alimentación y los hábitos de higiene oral. Los principales cambios serían:

Atrición: Es el desgaste de los bordes incisales y oclusales de las piezas dentarias. Ésta empezaría desde que erupcionan las piezas dentarias y está relacionada con:

El tipo de oclusión, si es inestable se generan parafunciones como el bruxismo o rechinar dentario.

Malos hábitos como la onicofagia (morderse las uñas), la interposición de objetos entre los dientes (lápices, metales).

La atrición en los bordes de las piezas dentarias anteriores genera la pérdida de translucidez, característico en Personas Mayores, al producirse el desgaste de sus bordes incisales.

Color: Las piezas dentarias de las Personas Mayores se presentan más oscuras y amarillas debido a la acumulación en el tiempo de hábitos como el tabaco, consumo de té, café o mate.

Cracks longitudinales o Infracciones: Líneas de fractura verticales sobre el esmalte de las piezas dentarias, relacionadas a la atrición de las piezas dentarias y a la disminución de su contenido acuoso con el paso del tiempo.

Hipercementosis: Es la mayor producción de cemento radicular relacionado con bruxismo mecánico compensatorio, visible al examen radiográfico y que cobra importancia cuando se planifica extraer una pieza dentaria.

Disminución de la cámara pulpar: Debido a la mayor producción de dentina secundaria en los túbulos dentinarios. Se evidencia radiográficamente y dificulta la realización de tratamientos endodónticos.

Calcificación pulpar: aumenta con la edad en tamaño y número, dificultando también los tratamientos endodónticos.

Enfermedades bucodentales en personas mayores:

Las enfermedades bucodentales más prevalentes en las Personas Mayores son: la caries, la enfermedad periodontal y el cáncer bucal.

Caries:

Es la pérdida de estructura dentaria asociada a la presencia de productos ácidos y microorganismos (Estreptococo Mutans, Estreptococo Acidófilo) que frente a la presencia de carbohidratos (sacarosa), genera cambios en el pH oral, produciendo la desmineralización de las piezas dentarias. En etapas avanzadas se asocia a dolor debido al compromiso de la pulpa, poco frecuente en Personas Mayores donde éste órgano disminuye de volumen. A la exploración clínica se observa la pigmentación de los tejidos, desde una ligera translucidez, hasta café oscuro y negro con pérdida de la estructura, dependiendo de su severidad. Es la primera causa de pérdida de piezas dentarias y la caries radicular es la que más afecta a las Personas Mayores debido a la presencia de recesiones gingivales que exponen la zona radicular.

Los datos de estudios a nivel mundial en Personas Mayores muestran que la caries dental es el mayor problema de salud pública y que al igual que el edentulismo o desdentamiento total, está relacionado fuertemente con factores sociales y de comportamiento (Petersen, 2003). Presentándose principalmente en personas de bajos ingresos económicos, aquellos que no visitan regularmente al odontólogo, que no cepillan sus dientes frecuentemente, que consumen demasiada azúcar en su dieta y en fumadores.

Enfermedad Periodontal:

Grupo de afecciones de las encías y de las estructuras de soporte de la pieza dentaria o periodonto (formado por: raíz dentaria, ligamento y tejido óseo alveolar). Su sintomatología más común es el sangramiento gingival y la movilidad dentaria. Es considerada la segunda causa de pérdida de piezas dentarias. En las Personas Mayores se presenta en forma crónica, pero tiende a

agudizarse por las diversas enfermedades sistémicas presentes a esta edad y causa una destrucción inflamatoria del periodonto por el acumulo de placa bacteriana. Debido a la proliferación microbiana que propicia y su traspaso al torrente sanguíneo o bacteremia, se ha reconocido como un factor contribuyente a la severidad del curso clínico de enfermedades crónico-degenerativas como la enfermedad cardiovascular, diabetes y enfermedad respiratoria. Su principal etiología es la dieta baja en fibra y la falta de higiene oral, asociadas a factores como disminución de la agudeza visual, destreza manual, enfermedades sistémicas y medicamentos.

Cáncer Bucal:

Es aquel que se produce en el labio, cavidad bucal, lengua y orofaringe. Su baja incidencia y sobre todo el escaso conocimiento sobre él por parte de la población y de muchos profesionales de la salud, contribuyen a un diagnóstico tardío en etapas muy avanzadas de la enfermedad ocasionando una mayor mortalidad en los casos. Presenta además, una alta morbilidad ya que tanto la lesión cancerosa como, en mayor medida su tratamiento, generalmente quirúrgico, da lugar a alteraciones y deformaciones faciales, dificultad para el lenguaje y deglución, generando aislamiento social y malnutrición.

Los factores de riesgo identificados serían:

Tabaco: el riesgo es 5 a 9 veces mayor en un fumador versus un no fumador. El 80% de los casos de cáncer bucal se asocia al tabaco. Influye además, en la respuesta al tratamiento, pues en los pacientes que continúan fumando presentan 2 a 6 veces mayor riesgo de desarrollar una nueva neoplasia.

Virus con potencial carcinogénico sobre la mucosa oral, como el papilomavirus humano detectándose los subtipos HPV-16 con 22% y el HPV-18 con un 14% de los casos de cáncer bucal.

La exposición excesiva al sol sin protección es una de los principales factores de riesgo para el cáncer labial.

Las lesiones en estados iniciales suelen presentarse asintomáticas, como pequeñas ulceraciones indoloras. En otros casos se presenta como una ulceración crónica, asintomática, adherida a tejidos más profundos y asociada a crecimiento ganglionar. Las lesiones en estado más avanzado se presentan como una ulceración más profunda, de bordes necróticos e irregulares y en muchos casos incluso con destrucción ósea, movilidad y pérdida de piezas dentarias e incluso fracturas patológicas en los casos más severos. Además de dolor y parestesias. El melanoma se presenta frecuentemente en el paladar y las encías. Los tumores de origen hematológico, como los linfomas y las leucemias, suelen presentarse en las encías paladar y lengua. Los carcinomas se presentan frecuentemente en los márgenes de la lengua y en el piso de la boca.

La prevención se basa en controlar los factores de riesgo mencionados y en la detección precoz de lesiones bucales realizando un autoexamen o examen intraoral no sólo por parte del odontólogo, sino que también por parte de todo el equipo multidisciplinario.

Salud bucal-salud general y calidad de vida:

Existe un creciente interés en las consecuencias de la salud bucal en términos de cómo afecta la calidad de vida. Las patologías orales generalmente no son fatales,

pero pueden afectar la capacidad de comer, hablar y sociabilizar.

Una buena salud bucal es un factor crítico en el mantenimiento de la salud general de las Personas Mayores y además es un componente importante del Envejecimiento Activo (Berkey, 2001).

Por otra parte, la salud bucal puede verse afectada por patologías y condiciones crónicas que acompañan el proceso de envejecimiento. Las enfermedades sistémicas y/o sus tratamientos, principalmente farmacológicos, pueden tener un efecto negativo en la salud oral; alterando el sentido del gusto, del olfato y aumentando el riesgo de enfermedades bucodentales. Las alteraciones del flujo salival muchas veces son efecto secundario de ciertos medicamentos y no una consecuencia fisiológica del envejecimiento. Enfermedades como la artritis, cáncer, diabetes mellitus, hipertensión arterial y los trastornos autoinmunes interfieren con el cuidado de la boca, la masticación y el uso de prótesis dentales; lo cual aumenta el riesgo de caries dental y enfermedad periodontal. A su vez, las enfermedades bucodentales afectan a la salud general del individuo y tienen consecuencias fisiológicas aún más complejas en personas de edad avanzada, ya que pueden llegar a menoscabar su nutrición, las relaciones interpersonales y la salud mental (Hamilton, 1990).

Por lo tanto, una mala salud bucal y una mala salud general están interrelacionadas principalmente por los factores de riesgo en común; por ejemplo, la enfermedad periodontal severa está asociada a diabetes mellitus, enfermedad cardíaca isquémica y enfermedad respiratoria crónica. La pérdida de piezas dentarias también se ha relacionado con el incremento del riesgo de embolia isquémica y una pobre salud mental.

La forma en que las personas perciben su salud oral está relacionada significativamente con el bienestar, es decir; una boca saludable contribuye a que la persona se sienta bien y ayude a su satisfacción y felicidad. Por ello la percepción de salud bucal puede ser considerada como un factor predictor de calidad de vida.

La evaluación inicial del estado de salud bucal en las Personas Mayores para ser derivados a tratamiento o mantenimiento, tradicionalmente se realiza mediante un examen clínico y radiográfico; lo que hace indispensable la presencia de un odontólogo. Esta situación provoca una gran demanda de recursos a nivel de salud pública, por ello; los investigadores desarrollaron instrumentos que evalúan la salud bucal en base a la autopercepción del propio paciente (Kressin et al., 1996). Estos instrumentos específicos permiten estimar el impacto social y funcional de las patologías bucales, correlacionando los hallazgos con medidas clínicas objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos realizados.

Recientemente, muchas investigaciones han demostrado el impacto de la salud bucal sobre la calidad de vida y la salud general (Locker et al., 2002). Se ha demostrado que las alteraciones bucales tienen un efecto significativo en el bienestar y satisfacción de las Personas Mayores. Según estudios, existiría un patrón con respecto a la percepción de salud bucal; ésta sería positiva, a pesar de tener una gran cantidad de piezas dentarias perdidas y enfermedad periodontal (Reisine, 1980). En Personas Mayores con alteraciones físicas, mentales, con VIH o que se encuentran en residencias geriátricas; se ha establecido que la salud bucal está fuertemente asociada con la salud física y mental (Coulter et al., 2002).

El negativo impacto de las malas condiciones bucales sobre la vida diaria es particularmente significativo entre las personas desdentadas totales. A mayor cantidad de piezas dentarias perdidas en la boca, se reduce la capacidad masticatoria y, por lo tanto, la selección del tipo de comida; por ejemplo, las personas desdentadas totales tienden a evitar alimentos fibrosos y prefieren aquellos alimentos ricos en grasas saturadas y colesterol que les son más fáciles posteriormente deglutir. De esta forma se incrementa el riesgo de afectar la salud general al comprometer la masticación y los hábitos alimenticios influyendo negativamente sobre el estado nutricional (Walls, Steele, Sheiham, Marcenes & Moynihan, 2000).

A nivel mundial, se ha registrado un mal estado de salud bucal en las Personas Mayores, encontrándose con altos niveles de pérdida de piezas dentarias, presencia de caries, alta prevalencia de enfermedad periodontal, disminución de secreción salival y lesiones orales precancerosas o cancerosas (Schou, 1995).

El edentulismo o desdentamiento total es prevalente en las Personas Mayores alrededor de todo el mundo y está fuertemente relacionado con el estatus económico (Petersen, 2003). Estudios epidemiológicos muestran que las personas de bajo estrato social, con bajos ingresos y pobre o nada de educación; presentan una mayor tendencia a ser desdentados que aquellas personas de alto estrato social o con altos niveles de ingresos y educación.

La boca participa también en una de las etapas del desarrollo de la personalidad. La etapa oral del desarrollo se da en todos los seres humanos y cuando se produce la pérdida de las piezas dentarias, el individuo ve afectada su autoestima, disminuyendo su autoconfianza por el hecho de no poder sonreír.

Tanto la ausencia de piezas dentarias, como la presencia de restos radiculares en la boca, y el uso de prótesis dentales desajustadas; dan como resultado incapacidad para el acto de comer. Esto afecta evidentemente el estado nutricional del individuo, por otro lado afecta el estado de ánimo al no poder disfrutar del placer de una buena comida y finalmente interfiere en el establecimiento de relaciones sociales. Todo lo anterior puede llevar a estados de malnutrición, aislamiento social, apatía y depresión.

Las principales razones para la extracción de piezas dentarias en la boca son la caries dental severa y la enfermedad periodontal. El tabaco se considera también un factor de riesgo para pérdida de piezas dentarias, principalmente entre personas con un alto consumo por muchos años.

Aun así, existe una tendencia positiva en los países desarrollados con respecto a la salud bucodental de las futuras generaciones de Personas Mayores, los cuales tenderían a preservar sus piezas dentarias naturales y a conservar una dentición funcional.

El objetivo de la rehabilitación oral en una Persona Mayor es devolver la función masticatoria perdida, lo cual tiene gran impacto en la selección de alimentos y por lo tanto, en su estado nutricional. Por otra parte, el tratamiento rehabilitador mejora la comunicación oral y la estética del paciente, de modo de facilitar un bienestar social y emocional.

Prevención en personas mayores:

En comparación con otros grupos etarios, el uso de fluoruros en Personas Mayores es eficaz en la prevención de caries. Su aplicación tópica por parte del odontólogo o su uso por medio de enjuagues con flúor han demostrado una reducción de caries en la superficie radicular de las piezas

dentarias de Personas Mayores activas que viven en la comunidad, como en Personas Mayores institucionalizadas que requieren de cuidados a largo plazo. El uso de fluoruros en las pastas dentifrías también resultó ser efectivo en la reducción tanto de caries de la superficie radicular como coronaria de la pieza dentaria. Además, el uso tópico de fluoruros combinado con enjuagues de clorhexidina, puede disminuir la pérdida de piezas dentarias. Por su parte, los enjuagues de clorhexidina tienden a disminuir la inflamación gingival, la profundidad de los sacos periodontales en la enfermedad periodontal, y la incidencia de la estomatitis subprótesis (lesión inflamatoria que se instala bajo las prótesis dentales).

Los estudios clínicos sugieren que la educación para la salud bucal en Personas Mayores resulta ser efectiva. En pacientes mayores con enfermedad periodontal, la educación en el autocuidado de su higiene oral mejora sus habilidades con respecto al cepillado, el uso de seda dental, lo cual disminuye el sangramiento gingival (Little et al., 1997).

Programas de atención bucodental en personas mayores:

Se ha estudiado el efecto de la ansiedad en la búsqueda de atención odontológica y se ha determinado que su efecto en las Personas Mayores es menos importante que en personas más jóvenes (Locker, 1991). Con respecto a los motivos por los cuales las Personas Mayores acuden escasamente a consultar por su salud bucodental son variados, entre ellos podemos encontrar:

Considerar como parte del envejecimiento la pérdida inevitable e irreversible de las piezas dentarias con la edad.

Una baja percepción de sus necesidades preventivas de tipo odontológicas, general-

mente asociadas a falta de información y asesoramiento.

Temor frente a la atención odontológica, relacionada generalmente con malas experiencias durante su juventud, donde las técnicas en odontología se encontraban menos avanzadas.

Dependencia funcional que dificulta el acceso a los lugares de atención odontológica, más aún cuando la Persona Mayor vive sola y no cuenta con familiares o amigos que lo ayuden en su traslado.

Costo económico de la atención en las etapas de rehabilitación, situación que frecuentemente se da en el ámbito privado, ya que en el ámbito público se resuelven principalmente acciones de carácter general. Por ello se considera la atención odontológica un lujo y no una necesidad.

Falta de conocimiento de las Personas Mayores de las repercusiones de un mal estado de salud bucal en su salud general.

En relación a los odontólogos, entre los grandes obstáculos que enfrentan para una adecuada atención odontogerátrica, está la falta de conocimiento a la hora de enfrentar a un Paciente Mayor. Desconocer sus patologías prevalentes, las dificultades que presentan frente a los cambios en sus rutinas y la pérdida de adaptación a ellos.

Diversos reportes a través del mundo han demostrado que el uso de los servicios de salud odontológicos es bajo entre las Personas Mayores, principalmente en los grupos de bajo nivel socioeconómico (Petersen, 1995).

La evidencia muestra también que existen profundas diferencias con respecto a la salud bucal de las Personas Mayores entre las diferentes regiones y países; diferencias relacionadas principalmente con las condiciones de vida y el acceso a la salud bucodental. Por lo tanto, los desafíos varían

de un lugar a otro. Actualmente son pocos los países que han indicado claramente sus políticas y metas para la promoción y cuidado de la salud bucodental de las Personas Mayores, las cuales deben ser una parte importante de los programas de salud de la comunidad.

Lo que está claro es que las Personas Mayores institucionalizadas o en residencias, tienen una peor salud bucodental que aquellas Personas Mayores activas y que viven en la comunidad (Pajukoski, Meurman, Snellman-Gröhns & Sulkava, 1999).

En muchos países en vías de desarrollo, el pobre acceso a la salud bucal de las Personas Mayores se da también en otros grupos etarios debido a la escases de profesionales y a la baja prioridad que se le asigna a la salud bucodental por parte de las autoridades sanitarias. Otra barrera para el acceso a la salud bucal, se da en Personas Mayores con problemas de movilidad física, particularmente en aquellos que viven en zonas rurales donde el transporte público no existe o es deficiente.

Existen factores de riesgo para las enfermedades bucodentales como una mala higiene oral, una dieta cariogénica y el tabaco. Los estudios demuestran que estos factores de riesgo son modificables quedando de manifiesto en múltiples programas de intervención para la salud bucodental de Personas Mayores.

Los programas para Personas Mayores institucionalizadas han demostrado tener buenos resultados. Por ejemplo, en instituciones u hogares donde se les ha realizado a los residentes un examen bucal, tratamiento dental y educación en higiene oral tanto para el personal como a los residentes; se logró una reducción del número de piezas dentarias perdidas, de la necesidad de tratamiento periodontal, disminución de estomatitis subprótesis, y se lograron mejores

índices de higiene oral (Vigild, Brinck & Hede, 1998).

Por otro lado, el cepillado de las piezas dentarias, realizado por las enfermeras o los cuidadores, en conjunto con un cuidado bucal profesional efectuado por odontólogos o higienistas dentales; se asoció a una disminución de pulmonías, muerte por pulmonía, días febriles y a una mejor función de las actividades de la vida diaria y estado cognoscitivo de las Personas Mayores institucionalizadas (Yoneyama, et al., 2002).

Otros programas se han centrado principalmente en la educación del personal a cargo de las Personas Mayores con el fin de lograr una mejor salud bucodental de los residentes (Frenkel, Harvey & Newcombe, 2001).

Las asociaciones dentales, sociedades científicas y las organizaciones políticas y educativas han publicado muchos documentos sobre envejecimiento y salud bucodental, pero estos esfuerzos deben traducirse en la práctica a programas de intervención en todo el mundo.

Sin embargo, comparados con otros grupos etarios, existe una escases notable de trabajos de investigación publicados que divulguen el resultado de estos programas de intervención. Aparte de pocos estudios realizados en países industrializados, la investigación sobre el estado de salud bucodental de las Personas Mayores, la intervención y promoción de la salud oral es mínima en la mayoría de los países, especialmente en los en vías de desarrollo. Sin embargo el conocimiento está y se hace necesario compartir la información y las experiencias a través del mundo.

La odontogeriatría como disciplina:

La educación en Odontogeriatría se ha incluido por décadas en los planes de

estudio de las escuelas de odontología de Europa y Norteamérica; más incipiente ha sido en América latina, debido a la transición demográfica que sólo en años recientes se ha manifestado en nuestro continente.

En general, esta formación se ha enfocado principalmente en el aspecto biomédico y clínico de los cuidados de la salud bucodental, por sobre los factores sociológicos y psicológicos del proceso de envejecimiento. Entendiendo que las dimensiones psicosociales y económicas de una mala salud bucodental tienen también un impacto negativo sobre la calidad de vida de una Persona Mayor. Por lo tanto, se hace necesario enfatizar esta educación en las dimensiones de las ciencias sociales y en la importancia de los acercamientos multidisciplinarios.

La odontogeriatría en América Latina enfrenta un gran desafío, que consiste en incorporar a las Personas Mayores a los sistemas de salud bucodental con el objetivo de que las futuras generaciones lleguen a los 60 años con una mejor salud bucodental y entendiendo que las patologías bucodentarias no son parte inevitable del envejeci-

miento. De ahí la importancia de planificar a tiempo antes de que la situación actual empeore. Sabiendo, que en la prevención y educación está la respuesta para controlar eficazmente los principales trastornos bucodentales que afectan a las Personas Mayores. La educación enfocada no sólo a los profesionales del área odontológica y a los pacientes; sino que a otros profesionales como médicos, enfermeras, nutricionistas, trabajadores sociales y personal paramédico; cuyos conocimientos sobre salud oral en Personas Mayores son escasos, para así integrar realmente a la salud bucodental como parte importante de la salud general y de la calidad de vida.

En Chile el desarrollo de la Odontogeriatría es muy incipiente, existiendo escasas investigaciones sobre salud oral de las Personas Mayores. Se sabe que entre un 30% a 50 % de los mayores de 60 años son desdentados totales, observándose una alta prevalencia de lesiones de la mucosa oral y enfermedad periodontal. La mayoría presenta higiene inadecuada, caries en las piezas remanentes y muy baja frecuencia de visitas al odontólogo (Gamonal, 1996).

Bibliografía:

- “Oro-dental health of the elderly: reality, myth and perspective”, Bulletin of the Pan American Health Organization, Vol 28, N° 3, 1994.
- Aranguiz, V.: “Prevención y cuidados de la salud bucal en tiempo nuevo para el AM”, Mann P. Ediciones, Vicerrectoría Académica PUC Chile, 1994, Pág. 239-254.
- Beck JD. The epidemiology of root surface caries. *J Dent Res* 1990; 69: 1216-21.
- Berkey D, Berg R.: “Geriatric oral health issues in the United States”. *Int Dent J* 2001; 254-64.
- Brodeur J. Nutrient intake and gastro-intestinal disorders related to masticatory performance in the edentulous elderly. *J Prosth Dent.* 1993, 70: 468-73.
- Budtz-Jorgensen E, Mojon E; Rentsch A, Deslauriers N. Effects of an oral health program on the occurrence of oral candidosis in a long-term care facility. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 141-9.
- Chen M, Andersen RM, Barmes DE et al. Comparing Oral Health Care Systems. A Second International Collaborative Study. Geneva, Switzerland: WHO; 1997.
- Coulter ID, et al. “Associations of self-reported oral health with physical and mental health in a nationally representative sample of HIV persons receiving medical care”. *Qual Life Res*, Feb, 2002; 11(1), pg: 57-70.
- Dolan TA, Gooch BF, Bourque LB. “Association of self-reported dental health and general measures in the Rand Health Insurance Experiment”. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991, Feb; 19(1), pg: 1-8.
- Espinoza, I. :“Prevalencia de lesiones de la mucosa oral en el AM de la provincia de Santiago, RM” Tesis para optar al grado de Magister en Ciencias Odontológicas con mención en Patología Oral, 2001.
- Ettinger RL: “Clinical training for geriatric dentistry”. *Gerodontology* 1987; 3(6): 275-9.
- Frenkel HF, Harvey I, Newcombe RG. Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 289-97.
- Gamonal, J.: “Prevalencia de enfermedades periodontales y de caries dental en la población de 35-44 y de 65-74 años de nivel socioeconómico bajo y medio bajo de la RM, y determinación de los recursos humanos necesarios para su tratamiento” Tesis para optar al grado de Magister en Ciencias Odontológicas con mención en Periodontología, Fac Odont U de Chile, 1996.
- Gerodontología: Estado actual y perspectivas de futuro: Sociedad Espanola de Epidemiología y Salud Pública Oral, Promolibro, Valencia, 1997.

- Ghezzi EM, Ship JA. "Systemic diseases and their treatments in the elderly: Impact on oral health". *J public Health Dent* 2000; 60(4): 289-96.
- Hamilton FA, Grant AA, Worthington HV.: "Dental care for elderly people by general dental practitioners". *Br Dent J* 1990; 168: 108-112.
- Heydecke G, et al."Oral and General Health-related Quality of life with Conventional and Implant Dentures". *Community Oral Dent Epidemiol*. Jun 2003; 31(3), pg: 161-8.
- Jensen ME, Kohout F. The effect of a fluoridated dentifrice on root and coronal caries in a older adult population. *J Am Dent Assoc* 1988;117:829-32.
- Joshipura KJ, Hung H-C, Rimm EB; Willett WC, Ascherio A. Periodontal disease, tooth loss, and incidence of ischemic stroke. *Stroke* 2003; 34: 47-52.
- Kapur KK, Soman SD. "Masticatory performance and efficiency in denture wearers". *J Prosth Dent*, 1964; 14(4), pg: 687-94.
- Knapp A.: "Nutrition and oral health in the elderly" *Dent Clin North Am* 1987; 109-125.
- Kressin et al."Assessing Oral Health-Related Quality of life: Findings from the normative aging study". *Med Care* 1996; 34, pg: 416-27.
- Little SJ, Hollis JF, Stevens VJ, Mount K, Mulloly JP, Johnson BD. Effective group behavioral intervention for older periodontal patients. *J Periodont Res* 1997;32:315-25.
- Locker D, et al. "Oral health related quality of life on a population of medically compromised elderly people". *Community Dent Health*, Jun., 2002; 19(2)pg: 90-97.
- Locker D, Lidell AM. "Correlates of dental anxiety among older adults. *J Dent Res* 1991; 70: 198-203.
- Morita M, Kimura T, Kanegae M, Ishikawa A, Watanabe T. Reasons for extraction of permanent teeth in Japan. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22: 303-6.
- OPS. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Santa Fé de Bogotá, Colombia, 1992.
- Oral health strategy group. *An Oral Health Strategy for England*, London: Department of Health, 1994.
- Pajukoski H, Meurman JH, Snellman-Gröhns, Sulkava R. Oral health in hospitalized and nonhospitalized community-dwelling elderly patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88: 437-43.
- Persson RE, Truelove EL, Leresche L, Rovinovitch R. Therapeutic effects of daily or weekly chlorhexidine rinsing on oral health of a geriatric population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;172:184-91.
- Petersen PE, Holst D. Utilization of dental health services. In: Cohen L, Gift HC, editors. *Disease Prevention and Oral Health Promotion*. Copenhagen: Munksgaard; 1995.

- Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31 (Suppl. 1):3-24.
- Pinzón S.: "Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral", *Rev Mult Gerodontol*, 1999; 9: 216-224.
- Reisine, S.T., Bailit, H.L.: "Clinical oral health status and adult perceptions of oral health", *Soc Med*, 1980, 14(A): 597-605.
- Salud Oral: Guía de diagnóstico y manejo. OPS, Oficina regional de la OMS.
- Scannapieco F. Role of oral bacteria in respiratory infection. *J Periodontol* 1999; 70: 793-802.
- Schou L. Oral health, oral health care, and oral health promotion among older adults: social and behavioral dimensions. In: Cohen LK, Gift HC, editors. *Disease Prevention and Oral Health Promotion*. Copenhagen: Munksgaard; 1995.
- Shimazaki Y, Soh I, Koga T, Miyazaki H, Takehara T. Risk factors for tooth loss in the institutionalized elderly; a six-year cohort study. *Community Dent Health* 2003; 43: 348-54.
- Shlossman M, Knowler WC, Pettitt DJ, Genco RJ. Type 2 diabetes and periodontal disease. *J Am Dent Assoc* 1990; 121: 532-6.
- Smith JM, Sheiham A. How dental conditions handicap the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 1979; 7: 305-10.
- Strayer MS. Dental health among homebound elderly. *J Public Health Dent* 1993; 53:12-16.
- US Department of Health and Human Services. *Oral Health in America: A Report of Surgeon General*. Rockville, MD; USA: National Institutes of Health, National Institutes of Health, National Institute of Dental and Craniofacial Research; 2000.
- Vehkalahti MM, Paunio IK. Occurrence of root caries in relation to dental health behavior. *J Dent Res* 1988; 67: 911-4.
- Vigild M, Brinck JJ, Hede B. A one-year follow-up of oral health care programme for residents with severe behavioural disorders at special nursing homes in Denmark. *Community Dent Health* 1998; 15: 88-92.
- Wallace MC, Retief H, Bradley EL. The 48-month increment of root caries in a urban population of older adults participating in a preventive dental program. *J Public Health Dent* 1993;53:133-7.
- Walls AWG, Steele JG, Sheiham A, Marcenes W, Moynihan PJ. Oral health and nutrition in older people. *J Public Health Dent* 2000; 60: 304-7.

World Health Organization. Active Ageing: a Policy Framework. Geneva, Switzerland: WHO; 2002.

Wyatt CCL, MacEntee MI. Caries management for institutionalized elders using fluoride and chlorhexidine mouthrinses. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32:322-8.

Yoneyama T, Yshida M, Ohru T, Mukaiyama H, Okamoto H, Hoshiba K et al. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 430-3.