



Guía

DE CUIDADOS BUCODENTALES EN PERSONAS MAYORES

DR. JOSÉ ANTONIO GIL MONTOYA



CONSEJO
DENTISTAS
ORGANIZACIÓN COLEGIAL
DE DENTISTAS
DE ESPAÑA

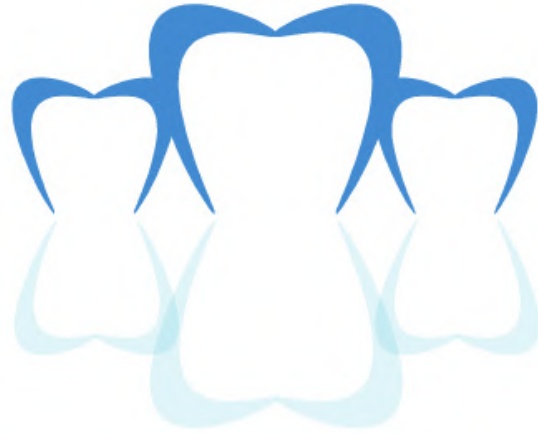


Título: Guía de cuidados bucodentales en personas mayores
Autor: Dr. José Antonio Gil Montoya
Coordinador: Dr. Juan Carlos Llodra

Prohibida la difusión total o parcial de los contenidos de esta publicación sin la autorización expresa de la editorial



Edita: Grupo ICM de Comunicación.
Avenida de San Luis, 47
28033 Madrid
www.grupoicm.es
Depósito legal: M-41361-2016
ISBN: 978-84-941966-2-1



GUÍA
DE CUIDADOS
BUCODENTALES
EN PERSONAS
MAYORES

DR. JOSÉ ANTONIO GIL MONTOYA

P R Ó L O G O

A través de un esfuerzo conjunto de la Fundación Dental Española (FDE) y de Glaxo-SmithKline (GSK), presentamos esta “Guía de cuidados bucodentales en personas mayores” magníficamente escrita por el Prof. José Antonio Gil Montoya de la Universidad de Granada. Como el propio autor indica, la principal finalidad de esta Guía es ayudar a la prevención y tratamiento bucodental de la población mayor. Va dirigida no solamente a los profesionales de la salud oral, sino también al personal sanitario cuidador del mayor con objeto de mejorar la salud y la calidad de vida de este segmento de la población.

Como presidente de la Fundación Dental Española quiero reiterar, una vez más, el claro compromiso que la FDE tiene en la promoción de la salud oral en la población española. Es evidente que el envejecimiento de nuestra población nos exige, cada día, más enfocar todos los esfuerzos posibles para ayudar a optimizar la calidad de vida de los mayores. La interacción entre la salud oral y la salud general es sobradamente conocida. El impacto de la patología bucodental en determinados procesos sistémicos nos obliga a redoblar esfuerzos en este sector poblacional en el que confluyen varios factores predisponentes: el propio envejecimiento biológico, pero también unas barreras socioeconómicas, a veces, lamentables.

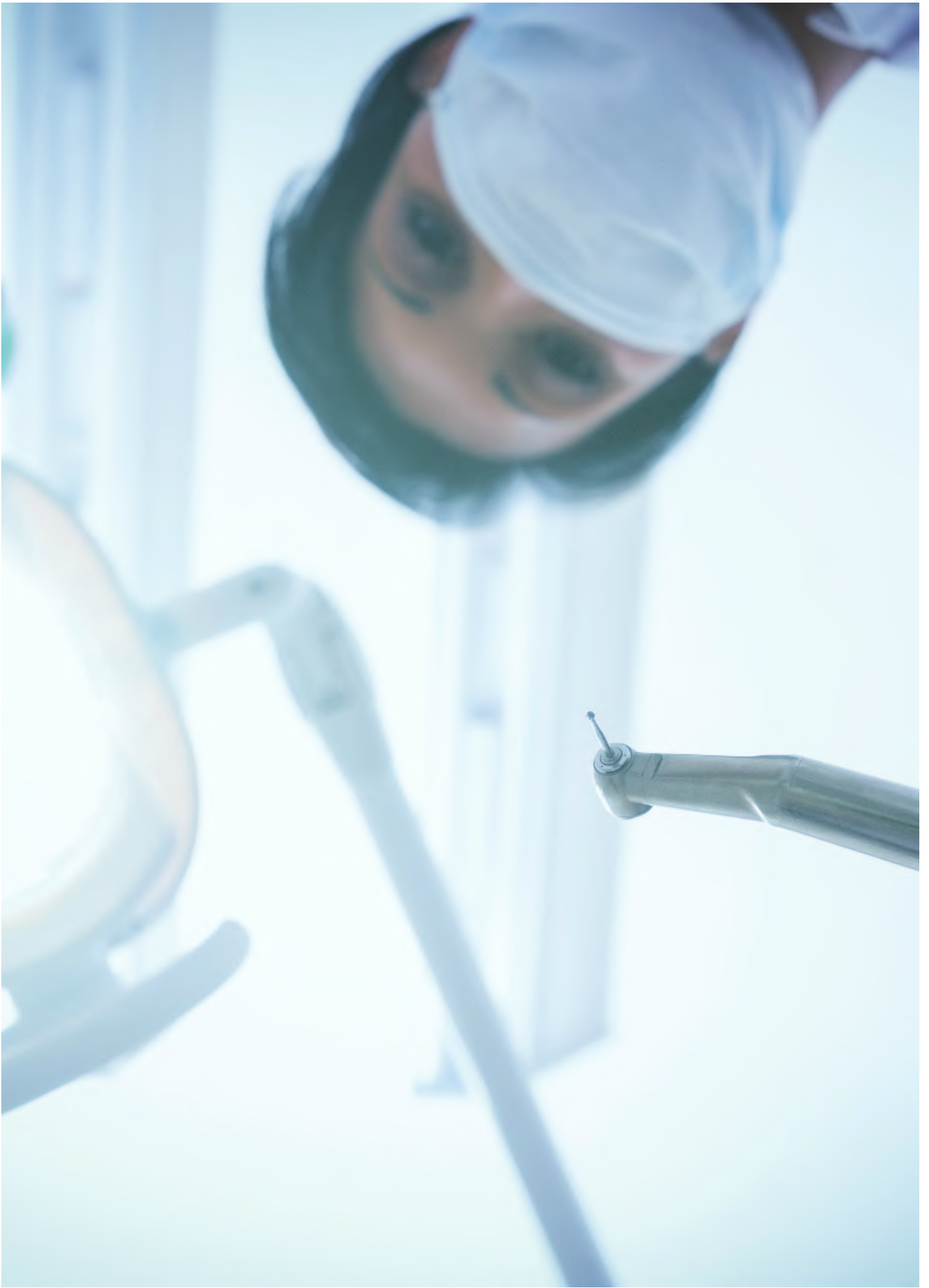
Por ello, nuestra sensibilidad institucional debe ser máxima y continuaremos apelando a las autoridades sanitarias para que instauren las medidas pertinentes al objeto de no continuar penalizando, a través de una salud oral deteriorada, los niveles de calidad de vida de nuestros mayores.

Esta Guía es el fruto de esa sensibilidad hacia nuestros mayores. No hubiera sido posible sin el patrocinio de GSK, a quien quiero agradecer su colaboración.

Finalmente, recordar a todos los que directa o indirectamente tenemos una responsabilidad en la salud oral, la importancia de nuestro compromiso en el intento de alcanzar un estado de salud oral óptimo.

Dr. Óscar Castro Reino
Presidente Fundación Dental Española (FDE)

1	Propósito de esta guía	7
2	El envejecimiento de la población y sus consecuencias sobre la salud oral	8
3	Situación de la salud oral de los mayores en España	12
4	Envejecimiento oral	16
5	Principales problemas que deben preocupar en la salud oral de los mayores	20
	a/ Higiene bucodental deficitaria	20
	b/ Caries dental	22
	c/ Enfermedad periodontal	25
	d/ Problemas relacionados con la prótesis dental	27
	e/ Trastornos del movimiento y desgastes dentarios	30
	f/ Síndrome de la boca seca	31
	g/ Candidiasis oral	36
	h/ Nutrición, dieta y salud oral	40
	i/ Cáncer oral	43
	j/ Repercusión sistémica de la patología oral	44
6	Cuidados de salud oral en los mayores funcionalmente dependientes e independientes	46
	a/ Valoración del estado de salud bucodental	48
	b/ Recomendaciones para el cuidado de los dientes naturales	48
	c/ Recomendaciones para el cuidado de las prótesis dentales	53
	d/ Recomendaciones para el cuidado y limpieza de las mucosas y los labios	55
7	Bibliografía, recursos online y enlaces de interés	58



1 PROPÓSITO DE ESTA GUÍA

El propósito de esta guía es proveer información, ayuda y recursos sobre la salud oral, prevención y tratamiento bucodental de la población mayor. Está orientada, básicamente, a los profesionales de la salud oral (dentistas, higienistas dentales, etc.), al personal sanitario cuidador del mayor que trate de mejorar la salud y calidad de vida de sus usuarios, y a los familiares y cuidadores no profesionales, pero altamente motivados con estos temas.

Este documento sintetiza, de alguna manera, los aspectos que nos parecen más relevantes en la asistencia odontológica de los mayores. Al principio de cada sección, señalamos una idea básica que pensamos debe estar en la mente de todo aquel profesional que trate con estos pacientes. Al final del documento, exponemos algunas de las referencias bibliográficas utilizadas para la elaboración de esta guía, recursos online de libre acceso que se pueden consultar y algunos enlaces de interés de estamentos o sociedades científicas.

2 EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y SUS CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD ORAL

La población envejece con consecuencias socio-sanitarias que afectan directa o indirectamente a la salud bucodental. Mantener más dientes en la boca supone multiplicar las necesidades de asistencia en esta población.

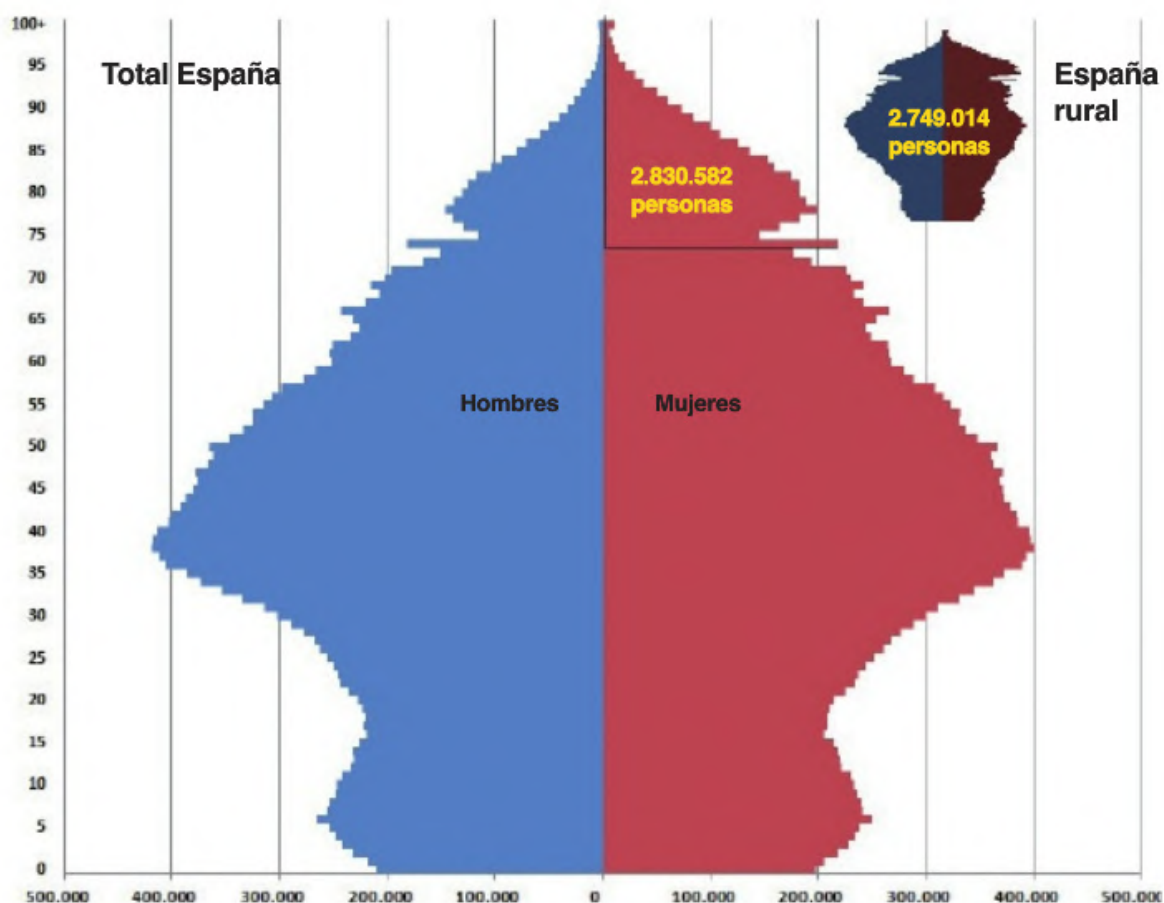


Figura 1. Pirámide poblacional de España y de la España rural, 2015. Fuente: INE, 2016.



El envejecimiento de la población mundial es un hecho incuestionable y preocupante, especialmente en países como España, donde a 1 de enero de 2015 existían 8.573.985 mayores de 65 años (18,4 % de la población total española). Se trata de una población mayor donde los octogenarios representan el 5,8 % de la población y donde las cifras de personas mayores con respecto a otras edades se acentúa especialmente en el mundo rural. Según la proyección del INE, en 2016 habrá más de 16 millones de personas mayores (38,7 % del total), por lo que las autoridades y profesionales socio-sanitarios tendrán que tomar las medidas oportunas para atender sus necesidades (Figura 1).

La esperanza de vida al nacer, uno de los indicadores principales que refleja las consecuencias de las políticas sanitarias, sociales y económicas de un país, es de 85,6 años en las mujeres y de 80,1 en hombres.



ASPECTOS ECONÓMICOS, POLÍTICOS Y DEL MEDIO AMBIENTE



- Ingresos.
- Cómo y con quién viven.
- Políticas de salud y sociales.
- Acceso a comida y bebida de manera regular.
- Acceso al transporte.
- Acceso a asistencia o cuidados bucodentales.
- Exposición a aguas fluoradas.

CONTEXTO SOCIAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO

- Costumbres familiares y sociales en relación a los cuidados bucodentales.
- Convivencia con grupos generacionales.
- Identidad cultural.
- Soporte social.
- Capital social.
- Tipo y localización de la vivienda.



Figura 2. Determinantes de la salud oral de los mayores. Adaptado de Watt & Fuller¹ y Chalmers².

Este hecho, unido a un cierto avance en la concienciación de la importancia de la salud bucodental, tiene una primera consecuencia en nuestra área y es, simplemente, que los mayores retienen cada vez más dientes en la boca y, por tanto, tienen más posibilidades de presentar caries y enfermedad periodontal, sin olvidar los propios problemas habituales derivados de las prótesis dentales, la presencia de boca seca de origen farmacológico, etc. A esta situación deben adaptarse tanto los cuidadores –sanitarios o no– de los mayores, los familiares y los profesionales de

COSTUMBRES Y COMPETENCIAS EN SALUD ORAL



- Dieta.
- Higiene oral.
- Consumo de alcohol.
- Tabaco.
- Uso de servicios de asistencia dental.
- Autoestima.
- Capacidad personal.
- Problemas de comportamiento.

FACTORES INDIVIDUALES

- Edad.
- Sexo.
- Legado genético y biológico.
- Condicionantes médicos.
- Fármacos y efectos adversos.
- Estado cognitivo y funcional.
- Hábitos nutricionales y capacidad de masticar y comer.



Figura 2 (Cont.). Determinantes de la salud oral de los mayores. Adaptado de Watt & Fuller¹ y Chalmers².

la Odontología para poder mantener unos niveles de salud oral y calidad de vida aceptable en esta población de alto riesgo. Es importante implementar en los centros geriátricos unos estándares de cuidados, prevención y tratamientos odontológicos sumados al resto de cuidados generales que ya se realicen en el mismo. Aún así, existen muchos condicionantes que determinan su estado de salud oral, y no todos dependen del normal envejecimiento, sino que se deben a aspectos como la situación económica o social, hábitos dietéticos y nocivos, condicionantes médicos, etc. (Figura 2).

3 SITUACIÓN DE LA SALUD ORAL DE LOS MAYORES EN ESPAÑA

El estado de salud oral de los mayores en España no es del todo aceptable. El objetivo propuesto por la OMS de al menos 20 dientes a la edad de los 80, no se cumple hasta el momento.

Las últimas encuestas nacionales de salud oral publicadas en España describen un estado de salud en los mayores no muy satisfactorio. De manera resumida, en la “Encuesta de Salud Oral”, publicada por el Consejo de Dentistas en 2015³, se observa como la prevalencia de caries ha empeorado de un 94,2 % en 2010 a un 99,5 % en 2015; el índice de caries CAOD ha pasado de 14,7 a 16,3, pese a que el índice de restauración ha mejorado ligeramente del 12,3 % al 18,4 % en la encuesta más reciente. En la franja de edad de 65-74 años se asiste a una disminución del porcentaje de desdentados totales hasta llegar al 10,6 en 2015, cumpliéndose de esta forma uno de los objetivos propuestos por la OMS para el 2020 (conseguir que el porcentaje de mayores desdentados sea <15 %) (Figura 3).

Sin embargo, es más improbable conseguir el objetivo de, por lo menos, un 30 % de los mayores con al menos 21 dientes funcionales.

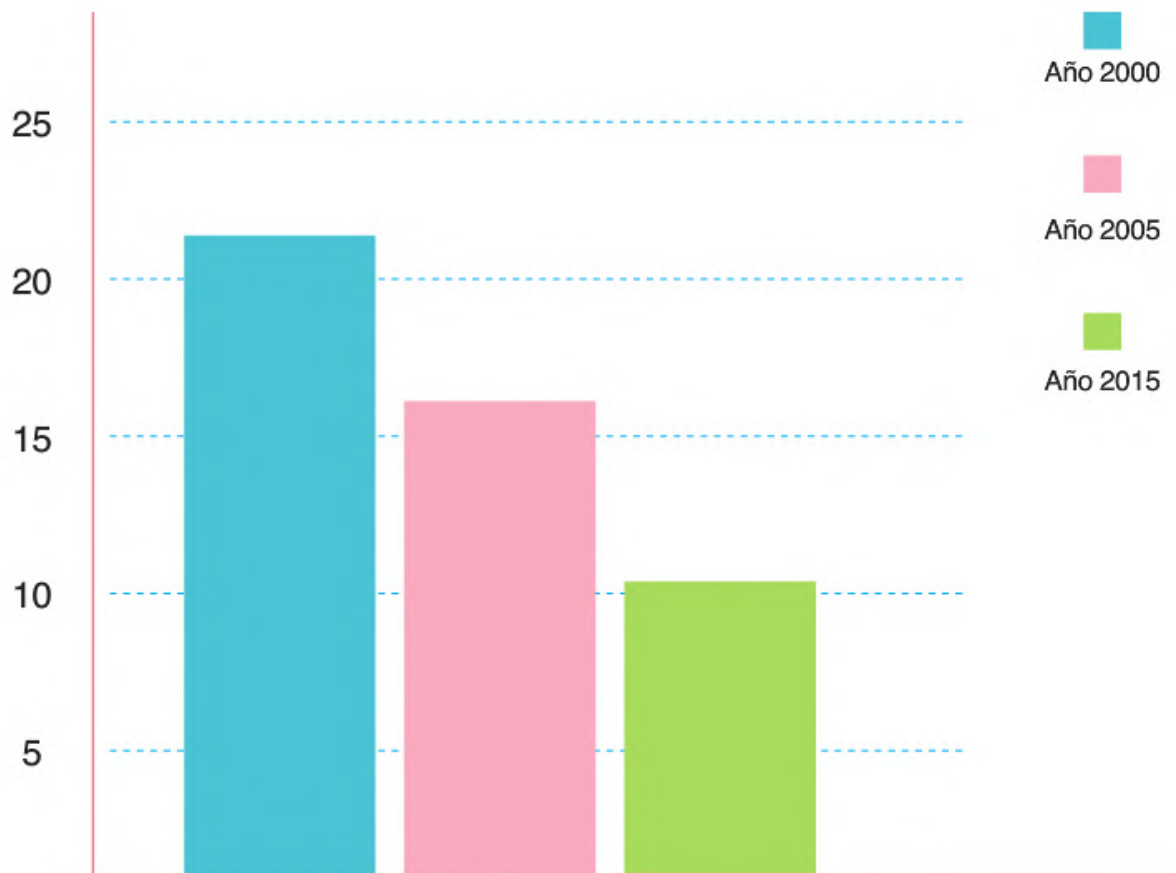


Figura 3. Evolución del porcentaje de desdentados en España en los mayores de 65-74 años.

El porcentaje actual de mayores con más de 20 dientes se sitúa en un 40,4 %, sin embargo, la aproximación calculada estimativa del porcentaje poblacional con, al menos, 21 dientes funcionales se sitúa en un 19,3 % (Imagen 1 y 2). Otro dato también relevante y preocupante es que más del 50 % de los mayores no han acudido al dentista en los últimos 12 meses.

Pero algo peor está ocurriendo en las cohortes de más de 75 años de lo que, desgraciadamente, tenemos pocos o ningún dato sólido. Según algunos estudios locales, la media de dientes presentes no supera los 13, consecuencia de una asistencia odontológica deficitaria desde edades más tempranas, y por determinantes diversos que se desconocen



Imagen 1. Paciente con menos de 20 dientes, pero rehabilitado.



Imagen 2. Desdentado parcial.

hasta el momento. La OMS también tiene como meta el “Objetivo 80-20”, es decir, mantener al menos 20 dientes a la edad de 80 años⁴. Este objetivo consigue preservar una masticación y trituración de alimentos aceptable hasta edades muy avanzadas. En España estamos aún lejos de alcanzar estos valores de salud oral, lo que predispone teóricamente a nuestros mayores a presentar riesgo de malnutrición y otras complicaciones derivadas del mal estado de salud oral que comentaremos posteriormente.







4 ENVEJECIMIENTO ORAL

La mayoría de los cambios que acontecen en estas edades son más bien fruto de alguna patología que de un normal envejecimiento.

Con el paso de los años, los tejidos de la cavidad oral cambian al igual que el resto del organismo. Sin embargo, debe quedar claro en todo momento que “enfermedad” no es lo mismo que “envejecimiento” o “senescencia”. Algunas anomalías detectadas en los mayores no podemos limitarnos a afirmar que forman parte del envejecimiento natural sino que debemos descartar que se trate de una patología oral⁵.

Con la edad cambian varios aspectos perceptibles en el cuerpo humano y algunos afectan, en cierta forma, al tratamiento o al manejo odontológico. No es sorprendente que disminuyan con la edad casi todas las funciones internas, cuyo pico máximo de eficacia se sitúa en la franja de

los treinta años. A partir de esa edad se inicia un descenso gradual pero continuo. A pesar de esta pérdida, la mayoría de las funciones continúan siendo adecuadas durante el resto de la vida porque la capacidad funcional de casi todos los órganos es superior a la que el cuerpo necesita (*reserva funcional*). Por lo general son las enfermedades, más que el envejecimiento normal, las que explican la pérdida de la capacidad funcional en la vejez. Aún así, el decaimiento de las funciones incide en la predisposición de los ancianos a sufrir los efectos adversos de los fármacos, los cambios ambientales, el efecto de las sustancias tóxicas y las enfermedades.

En los mayores es muy característico el fenómeno de “homeostenosis”. Se trata de la pérdida de capacidad de adaptación del organismo frente a situaciones de estrés o agentes externos (*homeostasia*). Esta pérdida de función, asociada al envejecimiento, conlleva una respuesta diferente frente a la enfermedad que se manifiesta de distintas formas y deberemos tener en cuenta al tratar a nuestros mayores (Tabla 1).

Tabla 1. Cambios generales asociados a la homeostenosis

El anciano se vuelve más vulnerable a la enfermedad y a la muerte.

Existe una mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas.

Ocurren manifestaciones clínicas diferentes como menor sensibilidad al dolor agudo, estados confusionales o cuadros característicos como hipertiroidismo apático, etc.

Mayor tiempo de recuperación tras procesos agudos (necesitan de rehabilitación y readaptación de sus funciones).

Cambios en la composición y en la función corporal (como descenso de la masa muscular y agua, deterioro de las función renales y alteración de la sensibilidad de receptores titulares), es lo que altera la farmacodinamia y farmacocinética de los medicamentos.



Imagen 3. Aspecto del esmalte envejecido.



Imagen 4. Aspecto del esmalte envejecido.

Antiguamente se asociaba la imagen de las personas mayores con la del desdentado total; actualmente, en nuestro entorno, se asocia a la persona mayor con aquella portadora de prótesis removibles. Si se lograra una mejora de la salud oral de los ancianos, la imagen dental de las personas de edad avanzada solo debería asociarse al oscurecimiento y desgaste de los propios dientes, situaciones características del envejecimiento oral. En la tabla 2, se exponen los principales cambios acontecidos en la cavidad oral con el envejecimiento.



Tabla 2. Principales cambios relacionados con el envejecimiento en la cavidad oral	
ESMALTE (IMAGEN 3, 4)	Atricción incisal, interproximal y de los detalles estructurales de la superficie, dando una apariencia opaca y plana. Dientes más amarillos y menos transparentes debido a la formación de dentina secundaria. Aparición de grietas y fisuras. Menos permeables, más frágiles y más resistentes a la caries.
CEMENTO	Aumento de grosor por trauma oclusal, caries y enfermedad periodontal.
DENTINA	Formación de dentina secundaria y obstrucción progresiva de los túbulos dentinarios ("esclerosis dentinaria"), con la consiguiente disminución de la sensibilidad y la permeabilidad dentinaria (menor respuesta a estímulos dolorosos). Estrechamiento progresivo del diámetro pulpar. Frecuentes calcificaciones pulpares, tanto difusas como en forma de pulpolitos. Dientes más rígidos y proclives a la fractura.
PULPA	Disminución del volumen pulpar como resultado de la aposición continua de dentina. Aparente fibrosis del tejido pulpar y reducción de la vascularización, asociada a calcificaciones distróficas o degenerativas a lo largo de las fibras de colágeno. La disminución del aporte sanguíneo convierten a la pulpa en una estructura más vulnerable pero menos sensible a estímulos externos.
GLÁNDULAS SALIVALES	Cambios histológicos menores que no justifican la frecuente hiposalivación de los mayores.
MUCOSA ORAL	Indistinguible de la de las personas más jóvenes aunque los traumatismos repetidos, las enfermedades de las mucosas, algunos hábitos orales, y la hipofunción de las glándulas salivales, pueden provocar una alteración en su aspecto. Pérdida de elasticidad y de tejido submucoso. Disminución leve del sentido del gusto. El cáncer oral afecta especialmente a la mucosa oral y en más del 90 % de las ocasiones ocurre en mayores de 50 años, con una edad media de inicio situada en la sexta década de la vida.
HUESO ALVEOLAR	Más duro y menos flexible, lo que los hace más susceptible a las fracturas tras extracciones dentarias. Cortical más fina y menor trabeculado óseo, lo que facilita la pérdida ósea en caso de osteoporosis o enfermedad periodontal.
PERIODONTO	Pese a que existen ciertos cambios histológicos en el periodonto, en un sujeto sin enfermedad periodontal no existirían grandes diferencias.

5 PRINCIPALES PROBLEMAS QUE DEBEN PREOCUPAR EN LA SALUD ORAL DE LOS MAYORES

a/ Higiene bucodental deficitaria

El mantenimiento de la higiene bucodental diaria debe ser el pilar básico donde centrar la atención de los mayores, tanto los institucionalizados como los que residan en casa, especialmente en los funcionalmente dependientes.

Las dos patologías más comunes en la cavidad oral son la caries y la enfermedad periodontal. Ambas dependen, entre otras cosas, del acúmulo persistente de placa bacteriana (*biofilm oral*) en la superficie del diente y su remoción previene la aparición de nuevos episodios de enfermedad o agravamiento de la misma (Imagen 5). Sin lugar a duda, la clave en el manejo y prevención de la salud oral de los mayores es el control de dicha placa bacteriana por el propio usuario o por un cuidador, y el control de su salud oral/enfermedad por un profesional de manera periódica. La retención de placa bacteriana en dientes, encías o prótesis dentales, se agrava en los mayores por la existencia de restauraciones en mal estado, presencia de prótesis removibles y recesiones gingivales

importantes. Pero, quizá, el problema principal para controlar la placa en estas edades es la dificultad que tienen muchos mayores para eliminarla mecánicamente (cepillado dental) debido a la disminución en su destreza manual, la pérdida de visión o las dificultades más graves a causas de patologías como la enfermedad de Parkinson, el ICTUS, la artritis reumatoide severa, etc., que les impide, en definitiva, manejar el cepillo dental u otros utensilios de higiene bucodental. Por tanto, el control de la placa bacteriana por el propio mayor, familiar, cuidador o profesional dental, evitará la aparición de caries, enfermedad periodontal, cálculo (sarro) y posibles consecuencias sistémicas por paso de gérmenes patógenos orales a otros lugares de nuestro cuerpo⁶.



Imagen 5. Ejemplos de mala higiene oral en prótesis y dientes.





b/ Caries dental

Ante la aparición de múltiples caries en una persona mayor, debemos sospechar en un cuadro de boca seca o una disminución del cepillado habitual de dientes naturales por problemas físicos o deterioro cognitivo.

La caries es la principal causa de pérdida dental en todas las edades aunque, en los más mayores, la enfermedad periodontal juega quizás un papel más relevante. La caries dental aparece como resultado de múltiples ataques ácidos producidos por microorganismos sobre la superficie del diente. El riesgo de caries se incrementa, notablemente, en los casos en los que la mala higiene oral permite la presencia de grandes cantidades de bacterias en la superficie del diente y cuando la ingesta de azúcares y carbohidratos refinados favorecen la producción de ácidos por los microorganismos y la posterior desmineralización de los tejidos dentarios.

Los mayores son especialmente vulnerables por varios motivos⁷:

- Dificultad para acceder a los servicios de odontología públicos o privados debido a su condición física, económica o institucionalización.
- Dificultad física o deterioro cognitivo que les impide realizar una higiene oral correcta.



Imagen 6. Caries rampantes asociadas al acúmulo de placa y boca seca.

- Frecuentes casos de boca seca debido al consumo de fármacos (Imagen 6).

El aspecto más característico en la caries del mayor es la alta prevalencia de **caries radicular** en relación a otras edades. Se trata de una lesión localizada en la zona de la raíz del diente, donde existen tejidos más vulnerables al ataque ácido, como son la dentina y el cemento. La exposición de estos tejidos en los casos de recesión gingival típica en los mayores, junto con una falta de eficacia de la higiene dental y mayor consumo de hidratos de carbono, provoca la aparición de este tipo de caries (Imagen 7).

Por otro lado, los cambios que acontecen en el complejo dentino-pulpar de los dientes y la aposición de dentina secundaria, hace que los dientes de los mayores con caries sean **menos sensibles**, con posibilidad de restauración en muchas ocasiones sin utilizar anestesia local. La **restauración** de los dientes cariados en personas mayores siguen las pautas habituales de tratamiento. Sin embargo, se utilizan técnicas alternativas para los casos donde es complicado tratar al mayor con anestesia, tumbado en nuestro sillón dental y con los materiales habituales. Esta técnica alternativa es el **Tratamiento Restaurador Atraumático (ART)**. Consiste básicamente en eliminar el tejido cariado infectado con

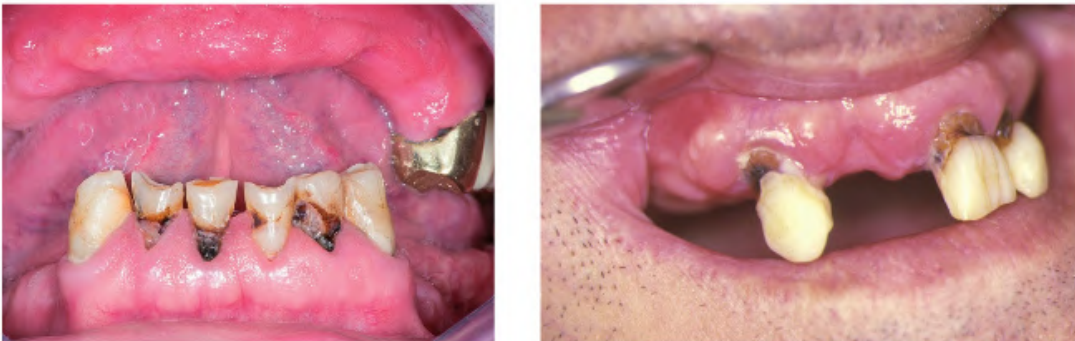


Imagen 7. Ejemplos de caries radicular.



instrumentos manuales y obturar con cementos de ionómero de vidrio. Esto facilita el tratamiento de la caries en esta población, con dificultades de posición, traslado y uso de anestésicos locales (Imagen 8)⁸.

También está recomendado, en estas edades, la aplicación de medidas de **remineralización** para caries no cavitadas antes que la intervención con técnicas de operatoria convencionales. Para ello se utilizan materiales como el “fosfato de calcio amorfo” junto con los fluoruros, consiguiendo la remineralización del esmalte únicamente con su uso de 3 minutos en cubeta o incluso aplicándose con los dedos⁹.

Finalmente, al igual que en otras edades, la prevención primaria y secundaria para evitar casos nuevos de caries se hace imprescindible, sobre todo en mayores de alto riesgo como los institucionalizados o los que presentan hipofunción salivar o xerostomía. Esta prevención pasa por el cepillado diario con pasta de flúor, reducción de la ingesta de azúcares y fluoración tópica con barniz de flúor como método más eficaz (ver apartado 6b).



Imagen 8. Tratamiento restaurador atraumático.

c/ Enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal severa es menos frecuente en personas muy mayores. Los tratamientos periodontales habituales son igualmente efectivos, con las adaptaciones pertinentes en función del estado de salud general y deterioro cognitivo del paciente.

La enfermedad periodontal en los mayores presenta dos aspectos importantes a considerar. En los más mayores, derivado lógicamente de la ausencia de dientes, los casos de periodontitis moderada o severa disminuyen con respecto a los adultos (Imagen 9). Sin embargo, esto no presupone que los protocolos de prevención y tratamiento de la enfermedad periodontal (control de la higiene oral, tartrectomía, raspado y alisado radicular, cirugía periodontal, etc.) no tengan la misma eficacia que en otras edades, lógicamente con las adaptaciones y precauciones necesarias derivadas de la condición física y cognitiva del paciente. Por otro lado, la enfermedad periodontal es la patología oral clave en la conexión infección/inflamación oral y enfermedad sistémica, como veremos en apartados posteriores, lo que nos obliga como mínimo a prestar especial atención a esta patología en mayores médicamente comprometidos.

Según algunas estimaciones, la periodontitis leve moderada o severa afecta al 64 % de los mayores de 65 años y aunque la edad puede ser un factor asociado a la aparición de la misma, solo un 15 % de los mayores presentan periodontitis en sus formas más agresivas¹⁰. En cambio, los más mayores, y especialmente los mayores frágiles o institucionalizados, presentan casi en su totalidad un cierto grado de gingivitis.

El tratamiento periodontal dependerá del estado físico-psíquico del sujeto. Algunas consideraciones a tener en cuenta son:

- Hay que valorar en profundidad la capacidad funcional del sujeto para mantener un control de la placa bacteriana después del tratamiento.
- En los casos con pronóstico dudoso, se optará posiblemente por la exodoncia.
- En pacientes médicamente comprometidos, especialmente los anti-coagulados, se tomarán medidas de control de hemorragias tras la cirugía, raspado o exodoncias.
- En los casos claramente necesarios (ej, algunas valvulopatías o existencia de prótesis valvulares cardíacas) se aplicarán los protocolos de prevención de endocarditis bacteriana publicados a tal efecto, aunque siempre consultando a su médico para controlar posibles complicaciones sistémicas o interacciones farmacológicas.
- Para los mayores con escaso control de la placa bacteriana se recomienda el uso de clorhexidina diaria al 0,12 %.



Imagen 9. Ejemplos de periodontitis en el mayor.

d/ Problemas relacionados con la prótesis dental en las personas mayores

La dificultad en la adaptación de los muy mayores a nuevas prótesis dentales nos obliga a reparar, modificar o incluso copiar las prótesis antiguas que posean.

El restablecimiento de la pérdida de dientes para conseguir una estética y función aceptable en los mayores es uno de los tratamientos y, a la vez, una de las quejas más habituales en estas edades. Las prótesis dentales pueden ser de diferentes tipos, en función de si pueden o no retirarse por el paciente o sus cuidadores, del tipo de material utilizado y de si se retienen gracias a la colocación previa de implantes dentales o no¹¹.

Cada uno de los tipos de prótesis dentales deberán ser prescritas en función de varios factores:

- Capacidad de los mayores para mantener una higiene oral correcta por sí mismo o con ayuda de un cuidador.
- Capacidad de adaptarse a una nueva situación o a un objeto extraño en su boca.
- Riesgo de caries que presenten sus dientes remanentes.
- Deseos y expectativas reales del paciente.

Lamentablemente, en muchas ocasiones, el estado físico y cognitivo del paciente impide la rehabilitación protésica de un sujeto, por lo que deberá permanecer sin dientes ni prótesis pero con adaptación de la comida. En otras ocasiones, los inconvenientes para realizar un tipo de prótesis u otro son más de índole económico o por motivos anatómicos o funcionales de la cavidad oral (huesos alveolares muy reabsorbidos

o parálisis faciales con hipotonía muscular que impide la colocación de prótesis removibles). Dada la escasa capacidad de los mayores para adaptarse a nuevas situaciones, como norma general, en los más mayores trataremos de evitar la construcción de prótesis completas o extensas nuevas y más bien tenderemos a reparar o incluso copiar las antiguas. Técnicas como rebases blandos directos en clínica, sustitución de dientes de resina con aumento progresivo de la dimensión vertical o copiado de prótesis, son muy útiles en estas edades. Las indicaciones de prótesis más complejas, dento/implanto soportadas dependerá del estado funcional y cognitivo del paciente, aunque pocas contraindicaciones absolutas existen para su elaboración.

Son varios los problemas que ocasiona el ser portador de prótesis, fundamentalmente las prótesis removibles (Tabla 3). En algunas ocasiones, estos problemas surgen por la discrepancia entre el hueso alveolar y la prótesis, bien sea por la reabsorción del hueso alveolar o por la extracción reciente de algún diente.

Tabla 3. Problemas y soluciones habituales con las prótesis dentales

Úlceras	Retocar la prótesis con instrumental rotatorio a baja velocidad (Imagen 10).
Falta de retención	Rebasar la prótesis con materiales de rebase directo en clínica (Imagen 11) o con silicona de condensación para laboratorio (Imagen 12).
Problemas de adaptación	Acondicionadores de tejidos (Imagen 13).
Dientes muy desgastados	Sustitución de dientes (Imagen 14).
Roturas/falta de dientes	Reparación de las zonas fracturadas en el laboratorio o sustitución del diente perdido (Imagen 15).
Pérdida de la prótesis	Marcar las prótesis con el nombre del sujeto o con código de barras (Imagen 16).
Mala higiene	Extremar los cuidados de cepillado de prótesis.



Imagen 10. Úlcera por prótesis mal adaptada antes y después de retocarla.



Imagen 11. Material para rebase directo en clínica.

Imagen 12. Silicona de condensación para rebase en laboratorio.

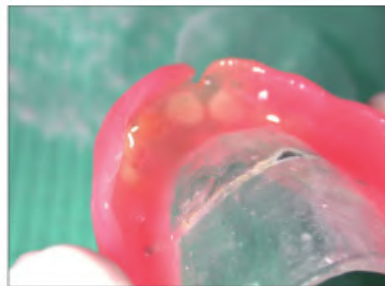


Imagen 13. Preparación de la prótesis para el acondicionador de tejidos.



Imagen 14. Sustitución de dientes respetando la prótesis antigua.



Imagen 15. Dientes perdidos y prótesis fracturada que necesita ser reparada pero no sustituida.

Imagen 16. Identificación de las prótesis dentales.



En otras, simplemente se deben a un mal cuidado de la prótesis o por dentaduras muy envejecidas. En un caso u otro, todos los sujetos portadores de prótesis deben ser revisados periódicamente por un profesional para controlar el estado y estabilidad de la misma.

e/ Trastornos del movimiento y desgastes dentarios

El trastorno de movimiento más nocivo en los mayores es el bruxismo. Su clínica y tratamiento se asemeja al de edades adultas. La discinesia, normalmente debida a fármacos, es poco lesiva para los tejidos orales aunque molesta para comer.

Los trastornos en el movimiento de la musculatura oral en los mayores pueden ser hipercinéticos (disonía, discinesia, estereotipias o bruxismo) o hipocinéticos (Parkinson), afectando a la lengua, los labios, la mandíbula y, en ocasiones, acompañados de dolor. Además de las complicaciones funcionales que los movimientos de este tipo pueden ocasionar a la hora de comer o hablar, es especialmente importante el desgaste dentario que produce, por ejemplo, el bruxismo. La discinesia (movimientos de lengua, labio o mandíbula, repetitivos, irregulares e involuntarios) viene normalmente ocasionada como efecto adverso de fármacos antipsicóticos, antiparkinsonianos (levodopa), antidepresivos, psicoestimulantes, anticonvulsivantes y antihistamínicos. También ocurre en casos de demencia como la enfermedad de Huntington o la de Alzheimer. Sin embargo, estos movimientos no producen daño en las mucosas o en los dientes como el bruxismo¹².

El bruxismo ocurre normalmente en edades adultas pero las consecuencias las podemos ver en los más mayores (Imagen 17). La causa de estos movimientos parafuncionales no está del todo clara, pero en



Imagen 17. Ejemplos de bruxismo en personas mayores.

ocasiones se relaciona con el estrés o la ansiedad¹³. El tratamiento pasa por la utilización de dispositivos intraorales como las férulas de descarga para evitar el daño sobre los dientes y relajar la musculatura encargada del cierre bucal. En los muy mayores, y cuando además no existen dientes naturales, la adaptación a estos dispositivos nocturnos es realmente compleja. Lamentablemente, en casos de enfermedades neurodegenerativas donde el apretamiento y ruidos son constantes, el único tratamiento posible son las exodoncias de todos sus dientes.

El trastorno de movimiento que provoca la enfermedad de Parkinson a nivel oral se caracteriza por alterar y enlentecer los movimientos mandibulares lo que impide hablar, masticar y tragar. También es frecuente observar disfagias, con o sin aspiración, en los casos más avanzados.

f/ Síndrome de la boca seca

La causa principal de una boca seca en las personas mayores es la farmacológica. Una gran cantidad de fármacos producen xerostomía o hiposalivación y, a veces, ambas. En la mayoría de los casos, el único tratamiento posible es el sintomático.

Probablemente sea una de las patologías que con más frecuencia refieren los mayores y de las que menos soluciones definitivas tenemos. El síndrome de la boca seca cursa básicamente con “xerostomía” (síntoma referido por los pacientes como una sensación de boca seca permanente), disminución parcial del flujo salival y, por tanto, consecuencias clínicas derivadas de esa hipofunción salival, como es la mayor incidencia de caries, infecciones orales, etc. (Figura 4).

Figura 4. Etiología y clínica del síndrome de la boca seca.





Imagen 18. Boca seca en un paciente polimedocado.



Imagen 19. Caries radicular en caso de hiposalivación por radioterapia.

En general, en las personas mayores sanas permanece intacta la función salival lubricante, antibacteriana y digestiva. Por tanto, ante la presencia de boca seca, debemos pensar en un problema externo al propio envejecimiento, como puede ser alguna patología sistémica aguda o crónica, la toma de fármacos xerostomizantes, enfermedades autoinmunes del tipo del Síndrome de Sjögren, extirpación quirúrgica de parte o la totalidad de glándulas salivales mayores o en el tratamiento oncológico con radioterapia¹⁴ (Imagen 18, 19).

No siempre que exista xerostomía coincide con una hipofunción salival. El número de fármacos que pueden provocar xerostomía es muy amplio (Tabla 4). Sin embargo, no existen claras evidencias que todos

Tabla 4. Fármacos que producen xerostomía

- Anticolinérgicos.
- Antihistamínicos.
- Antihipertensivos: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), bloqueadores de los receptores de angiotensina, bloqueadores α y β adrenérgicos y diuréticos.
- Opioides.
- Agentes psicotrópicos: antidepresivos, antipsicóticos.
- Relajantes musculares.

Fuente: Scully S & Bagan JV. Adverse drug reactions in the orofacial region. Crit Rev Oral Biol Med 2004;15:221-239.



Tabla 5. Consecuencias de la xerostomía y de la falta de saliva

Boca seca.	Caries.
Dificultades al comer/masticar.	Gingivitis.
Dificultades al tragar.	Candidiasis oral.
Halitosis.	Queilitis angular.
Intolerancia alimentos picantes y secos.	Labios secos y agrietados.
Dificultad para dormir.	Ulceras traumáticas en la mucosa oral.
Poca retención de las prótesis removibles.	Lengua agrietada, depapilada y reseca.
Dificultades para hablar.	Mucosa oral friable y pegajosa.
Retención de alimentos en la boca.	Acúmulo de placa bacteriana.

provoquen falta de saliva y, por tanto, consecuencias clínicas más allá del malestar de sentir, permanentemente, la boca seca.

Como resultado de esta disminución en la cantidad de saliva se producen ciertas alteraciones o molestias en la cavidad oral. Probablemente, la de mayor repercusión en los pacientes sea la propia sensación de sequedad, quemazón o incluso dolor, pero existen otras como vemos en la tabla 5 y en ejemplos de la imagen 20.



Imagen 20. Ejemplos de mucosa seca por hipofunción salival.

Figura 5. Estrategias de tratamiento orientadas a la boca seca en los mayores.

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

- Beber pequeños sorbos de agua.
- Hidratar labios con vaselina.
- Humidificadores nocturnos en la habitación.
- Líneas de productos farmacéuticos para boca seca (Ej. Biotene®, Xerostom®, etc).
- No fumar, ni beber alcohol, ni tomar comidas picantes.



TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA CARIES Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

- Cepillado diario con pasta de flúor.
- Uso de barniz o gel de flúor trimestral en cubetas.
- Uso de colutorios de clorhexidina en casos de gingivitis.
- Líneas de productos farmacéuticos para boca seca (Ej. Biotene®, Xerostom®, etc).

ESTIMULACIÓN TÓPICA Y SISTÉMICA DE LA SECRECIÓN SALIVAL

- Uso de caramelos ácidos sin azúcar, o elementos que permanezcan en la boca sin tragar (Imagen 21).
- Uso de otros alimentos ácidos.
- Pilocarpina para estimulación sistémica en casos graves (importante efectos secundarios).





Imagen 21. Remedios caseros para combatir la boca seca.

En general, el tratamiento en la mayoría de los mayores sigue siendo fundamentalmente paliativo sin tener resultados hasta el momento realmente definitivos¹⁵. Son varias las estrategias de tratamiento orientadas a la boca seca en los mayores (Figura 5). Cuando la causa se deba a la destrucción del parénquima de las glándulas salivales por cirugía o radioterapia, la única solución será tomar medidas para paliar los síntomas o los sustitutos salivares. Cuando la causa sea la farmacológica, en la medida de lo posible hay que recomendar la revisión de la historia clínica médica-farmacológica del paciente y tratar de evitar aquellos fármacos con potencial xerostómico o, al menos, cambiar sus dosis, cuando tomarlos, etc. Por último, dependiendo de la causa de la boca seca, tendremos que tratar la enfermedad de base como Síndrome de Sjögren, diabetes, artritis reumatoide, etc. En muchas ocasiones, los mayores aplican sus propios tratamientos paliativos como sorber pequeños tragos de agua continuamente a lo largo del día o chupar alimentos que estimulen mecánicamente la producción salival (Imagen 21).

g/ Candidiasis oral

La forma clínica de candidiasis oral más frecuente en los mayores es la estomatitis por prótesis, aunque no siempre

que se observe una lesión similar debajo de las prótesis tiene que estar colonizada por cándida.

La candidiasis oral es una infección producida por hongos del género *Cándida*. Las más comunes son las *C. albicans*, *C. tropicales*, *C. glabrata*, *C. parapsilosis* y *C. Kruseis*, aunque la *C. albicans* es la más frecuente¹⁶. Son muchos los factores predisponentes que llevan a la aparición de la candidiasis, destacando en las personas mayores la presencia de prótesis, el estado de inmunosupresión aguda o crónica derivado de enfermedades como la diabetes o la ingesta de fármacos que favorecen la boca seca. Ante ciertas situaciones, principalmente por alteración inmunológica del hospedador, estos gérmenes tienden a actuar como patógenos oportunistas, resultando en una infección con una clínica más o menos agresiva.

La **clínica** de las candidiasis oral es muy variada. Destaca la presencia de zonas eritematosa (en lengua y paladar fundamentalmente) y depósitos blandos blanquecinos que se desprenden fácilmente con una gasa dejando un lecho eritematoso (Imagen 22). En los mayores, la candidiasis más común es la asociada a prótesis: "*estomatitis por prótesis*"¹⁷ (Imagen 23). Se caracteriza por un área eritematosa que coincide con la



Imagen 22. Candidiasis en el dorso de la lengua.



Imagen 23. Estomatitis por prótesis.



Imagen 24. Estomatitis por prótesis tipo I.



Imagen 25. Estomatitis por prótesis tipo II.



Imagen 26. Estomatitis por prótesis tipo III.



Imagen 27. Queilitis angular.

zona de apoyo de las prótesis removibles. Suele ocurrir por acúmulo de placa debajo de las prótesis y por una mala adaptación con importante fricción sobre la mucosa. Suele ser asintomática. Existen 3 tipos: tipo I, una inflamación simple localizada en un punto de la mucosa (Imagen 24); tipo II, zona eritematosa generalizada debajo de las prótesis (Imagen 25); tipo III, una inflamación papilar o granular que se sitúa en el centro del paladar y/o reborde alveolar (Imagen 26). También es frecuente ver candidiasis en forma de queilitis angulares (Imagen 27) o fisuras labiales, y referir síntomas como quemazón o ardor lingual que nos pueden confundir con un Síndrome de boca ardiente.

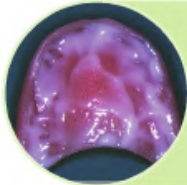
El tratamiento de las candidiasis principalmente en personas mayores no debe ir orientado exclusivamente al farmacológico, más aún



MEJORAR LA HIGIENE Y EL ESTADO DE LAS PRÓTESIS DENTALES, NO FUMAR.



SUMERGIR LA PRÓTESIS EN HIPOCLORITO SÓDICO AL 10 % DURANTE UNAS HORAS AL DÍA, 4-5 DÍAS.



USAR ANTIFÚNGICOS TÓPICOS (MICONAZOL) A DOSIS DE 100 MG, 4 VECES AL DÍA, 3-4 SEMANAS.



ANTIFÚNGICOS SISTÉMICOS EN SOLUCIÓN (NISTATINA), ENJUAGÁNDOSE PRIMERO Y TRAGÁNDOSE EL PRODUCTO DESPUÉS. CONTINUAR DURANTE 3-4 SEMANAS.

Figura 6. Tratamiento de la estomatitis por prótesis.

cuando sabemos que, en algunas ocasiones, observándose una situación clínica compatible con una estomatitis por prótesis no existe una colonización por *Candida*. Idealmente habría que realizar cultivos para cerciorarnos de la existencia de *Candida* y actuar en consecuencia. Puesto que no está siempre al alcance de todos dichos cultivos, se recomienda tratar de solucionar el problema con otras medidas previas como indicamos en la figura 6. Los tratamientos farmacológicos con antifúngicos deben continuarse pasados unos días desde la desaparición de los síntomas. Además, hay que ser cuidadosos con las posibles interacciones farmacológicas de los antifúngicos sistémicos, en especial con algunos anticoagulantes orales y con las benzodiacepinas (aumenta su efecto sedante) y también con los efectos adversos hepatotóxicos del fármaco.

h/ Nutrición, dieta y salud oral

Los mayores desdentados o con pocos dientes tienden a seleccionar determinados tipos de alimentos, lo que los puede llevar a situaciones comprometidas de riesgo nutricional.

La nutrición es un aspecto esencial para preservar el estado de salud general, especialmente en las personas mayores. Una nutrición adecuada permite, además, en este colectivo mantener los niveles de independencia necesarios para vivir en la comunidad y no ser institucionalizados. En España, se estima en un 25 % los mayores no institucionalizados con riesgo de malnutrición y en un 4,3 % los sujetos con malnutrición, utilizando herramientas de cribaje estandarizada como el *MNA (Mininutritional Assessment)*. En población geriátrica institucionalizada, las cifras de riesgo de malnutrición publicadas ascienden al 57 %. La etiología de la malnutrición es multifactorial, siendo los problemas propios de la cavidad oral los que impiden una correcta masticación una de las causas más frecuentes. La pérdida de dientes, las prótesis dentales mal ajustadas o la pérdida de sabor y olor de las comidas son algunos de los aspectos que terminan alterando la ingesta de alimentos en la población geriátrica. Amplios estudios epidemiológicos nacionales en Reino Unido y EE.UU., para mayores de 65 años demostraron como el pobre estado dental se asociaba inversamente a la ingesta dietética, siendo la situación de edentulismo un factor de riesgo claro frente a los mayores con dientes. Algunos estudios han confirmado cómo el hecho de ser desdentado, con presencia o no de prótesis, limita la masticación y el consumo de verduras y frutas, tanto en la población adulta general como en los estratos sociales más desfavorecidos^{18,19}.



Otro problema añadido es el consumo de hidratos de carbono, muy común en estas edades. El riesgo de caries, además de los problemas de salud general que acarrear, tales como: obesidad, diabetes o patología vascular coronaria hace necesario un control, asesoramiento y supervisión de dichos alimentos por parte del personal cuidador del centro. También es necesario este control con el consumo de agua y de líquidos para evitar la deshidratación, característica común en los mayores debido a la pérdida de sensación de sed, así como la supervisión de los alimentos más secos en los casos de problemas con la deglución.

Finalmente, hay que prestar especial atención a los mayores con dieta triturada. Es importante conocer las razones de dicha prescripción y en el caso de ser por un problema bucodental, tratar de solucionarlo. Además es importante que los responsables de la elaboración de dichas

Tabla 6. Recomendación sobre dieta y nutrición para mayores

Impedir el consumo regular de alimentos dulces y pegajosos, y de bebidas comerciales azucaradas, pues aumentan el riesgo de caries.

Impedir el consumo de aperitivos o alimentos dulces entre comidas a lo largo del día, puesto que provocan una acidificación de la placa bacteriana causante de la caries dental.

Asegurarse que los alimentos ricos en hidratos de carbono se consuman durante las comidas para que la saliva realice su efecto tampón y evite la caries.

Limpie los dientes o prótesis después del consumo de alimentos dulces pegajosos o al menos dos veces al día.

Tratar de proporcionarles dulces sin azúcar como alternativa.

Recomendar suplementos nutritivos para aquellos mayores con poco apetito, consultando al nutricionista o dietista.

Limitar el uso de medicamentos con alto contenido en azúcares y en caso de no poder evitarlo, hacerle enjuagar la boca después de la ingesta del fármaco.

Recomendar beber agua del grifo antes que bebidas azucaradas o zumos de fruta.

No restringir la cantidad de líquidos a los mayores con incontinencia urinarias. Hay que tratar o prevenir dicha incontinencia.

Solicitar a los terapeutas ocupacionales la adaptación de cubiertos, platos y vasos para que puedan ser independientes a la hora de la comida.

Derivar los mayores con problemas recurrentes de deglución al logopeda para su control y supervisión.

Fuente: Oral Health for older people. A practical guide for aged care services. Victoria government department of human services, Melbourne, Victoria.

dietas varíen las texturas y sabores para no hacerlas inapetentes, razón por la que dejan de comer en muchos casos. Y por último, cualquier tratamiento de prótesis dental en estas edades, sobre todo al realizar la prótesis completa, debe ir acompañado de unas recomendaciones dietéticas para cambiar los hábitos de comida si fuera necesario. En la tabla 6 se exponen otros consejos prácticos que se deben tener en cuenta para el control de la dieta y nutrición en los mayores.

i/ Cáncer oral

La edad es un factor relacionado con la aparición del cáncer oral, por lo que la exploración periódica como cribaje para detección de lesiones maligna o premaligna en esta edades debería ser una rutina en la asistencia de los mayores.

El cáncer oral es una lesión maligna no muy frecuente pero con una mortalidad a los 5 años de aproximadamente el 50 % (Imagen 28). Varía mucho su prevalencia según el país. En España, la incidencia de cáncer oral es, en general, mayor que en el resto de Europa, sobre todo en lo referente al cáncer de lengua y labio, no así el de orofaringe (Imagen 29, 30). Al igual que ocurre con la mayoría de los cánceres, los tumores de la



Imagen 28. Leucoplasia verrucosa proliferativa (lesión premaligna).



Imagen 29. Carcinoma epidermoide secundario a una leucoplasia en lengua.



Imagen 30. Carcinoma epidermoide en labio.





Imagen 31. Liquen plano oral erosivo (lesión premaligna).



cavidad oral aumentan con la edad. El tabaco y el alcohol se identifican como factores de riesgo de esta enfermedad. Su tratamiento, una vez confirmado el diagnóstico, es eminentemente quirúrgico. El diagnóstico precoz es de vital importancia siendo el profesional dental, personal médico, cuidadores o familiares los que deben revisar periódicamente al mayor para detectar posibles lesiones premalignas o malignas^{20,21} (Imagen 31).

j/ Repercusión sistémica de la patología oral

Pese a que no existen aún evidencias científicas concluyentes sobre la relación de la periodontitis con la patología cardiovascular o las demencias, la importancia de prevenir ambas patologías en estas edades nos obliga a controlar un posible factor de riesgo modificable como es la enfermedad periodontal.

Existen cada vez más evidencias de la relación que guardan algunas enfermedades orales, como la periodontitis, y algunas enfermedades sistémicas, como la diabetes, patología cardiovascular, demencias, infecciones pulmonares, algunos tipos de cánceres, disfunción eréctil

y niños con bajo peso al nacer. La explicación más extendida se basa en que la periodontitis, al ser una enfermedad infecciosa e inflamatoria, tiene la capacidad de provocar una respuesta inflamatoria a nivel sistémico debido al paso de gérmenes y productos de la inflamación desde la bolsa periodontal al torrente sanguíneo. Una vez ahí, por distintos mecanismos, que aún no están confirmados, se producen ciertos desajustes con la inflamación como factor etiológico común²².

En el caso de la relación que guarda la diabetes con la enfermedad periodontal se ha visto cómo un agravamiento de la enfermedad periodontal puede alterar las cifras de glucemia basal, y cómo unas cifras de glucemia no controladas pueden afectar el control de la enfermedad periodontal²³.

Por otro lado, existen evidencias importantes, aunque no del todo concluyentes, que demuestran como los pacientes periodontales presentan un mayor riesgo de desarrollar patología cardiovascular isquémica o ICTUS²⁴.

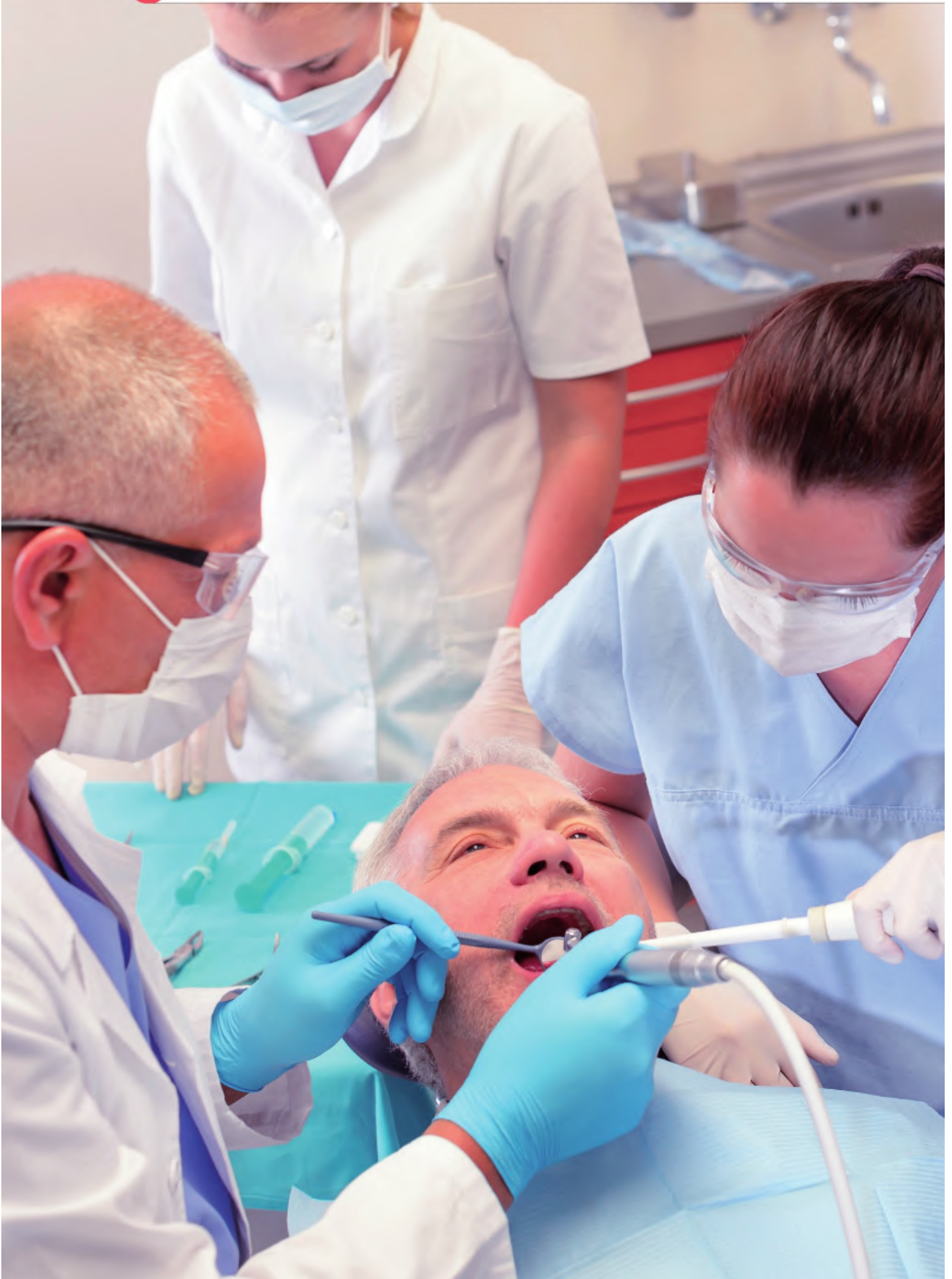
Y finalmente, también existen evidencias de cómo los mayores con patología periodontal tienen un mayor riesgo de demencias o deterioro cognitivo²⁵.

Dado que en la población mayor coincide una alta prevalencia de periodontitis, de patología cardiovascular y demencia, es necesario que atendamos al avance de la investigación en esta área para concienciarnos de la importancia de controlar las infecciones periodontales en los adultos y evitar, en la medida de lo posible, el agravamiento o el desarrollo de patologías sistémicas.

6 CUIDADOS DE SALUD ORAL EN LOS MAYORES FUNCIONALMENTE DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES

De toda la población mayor, lógicamente los funcionalmente dependientes, estén o no institucionalizados, deben ser nuestro principal objetivo de asistencia dental. Mantener unos niveles aceptables de higiene oral en dientes, prótesis y mucosas orales evitará la mayoría de los problemas de salud bucodental.

Como ya hemos comentado en esta guía, los problemas que pueden suceder en la cavidad oral de los mayores son múltiples, por lo que su control o prevención reportaría múltiples beneficios para su salud general, calidad de vida y nutrición. Por este motivo, el cuidado diario de la salud oral de los mayores es de vital importancia tanto en mayores institucionalizados como en los que viven en su propio domicilio y, en especial, en los mayores funcionalmente dependientes. Veamos algunos aspectos relacionados con el mantenimiento de una salud oral óptima, refiriéndonos básicamente al más débil del eslabón, los mayores dependientes institucionalizados, aunque estas recomendaciones se pueden hacer extensivas a cualquier persona mayor.



a/ Valoración del estado de salud bucodental

Cualquier persona que ingresa por primera vez en un centro debe recibir la visita de un dentista o higienista dental para valorar diferentes aspectos de su salud oral y recibir, posteriormente, un control cada 6 meses o anual en función del riesgo de desarrollar nuevas patologías orales o agravamiento de las existentes. Los mayores que viven en sus domicilios deben recibir la visita del dentista al menos una vez al año.

Durante estas visitas se valorará (Figura 7):

- Integridad e hidratación de las mucosas orales, lengua y labios.
- Presencia de dientes naturales y control de caries, y enfermedad periodontal si existieran.
- Presencia de prótesis dentales: estado, tipo, antigüedad, funcionalidad e higiene.
- Dolor dental o de mucosa oral por cualquier causa.
- Capacidad para mantener por sí solos una higiene bucodental correcta. En su defecto, conocer quien y cómo realizaría dicha función.
- Limitación a la hora de masticar y tragar alimentos por culpa de sus dientes o de las prótesis.

b / Recomendaciones para el cuidado de los dientes naturales

El cepillado de dientes naturales en los mayores difiere poco de las poblaciones más adultas. El uso de pastas fluoradas, la recomendación de hacerlo idealmente después de cada comida, movimientos verticales o circulares del cepillo, etc., son también una buena práctica en esta población.



VALORACIÓN DE LA SALUD ORAL

Usuario:

Personal que atiende:

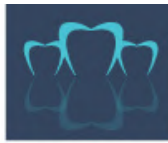
Fecha exploración:

Fecha revisión:

Características básicas del usuario

<input type="checkbox"/> Independiente higiene oral	<input type="checkbox"/> Tiene dientes naturales	<input type="checkbox"/> No abre la boca	<input type="checkbox"/> Movimientos continuos de la boca
<input type="checkbox"/> Necesita que le ayuden o supervisen	<input type="checkbox"/> Tiene prótesis dental y la usa	<input type="checkbox"/> Agresivo/muerde/ rechaza cuidados bucodentales	<input type="checkbox"/> Bruxista
<input type="checkbox"/> Necesita que le realicen la hicie- ne oral diaria	<input type="checkbox"/> Desdentado total con pró- tesis	<input type="checkbox"/> No puede tragar bien	
	<input type="checkbox"/> No usa su prótesis dental	<input type="checkbox"/> No puede enjugarse y escupir bien	

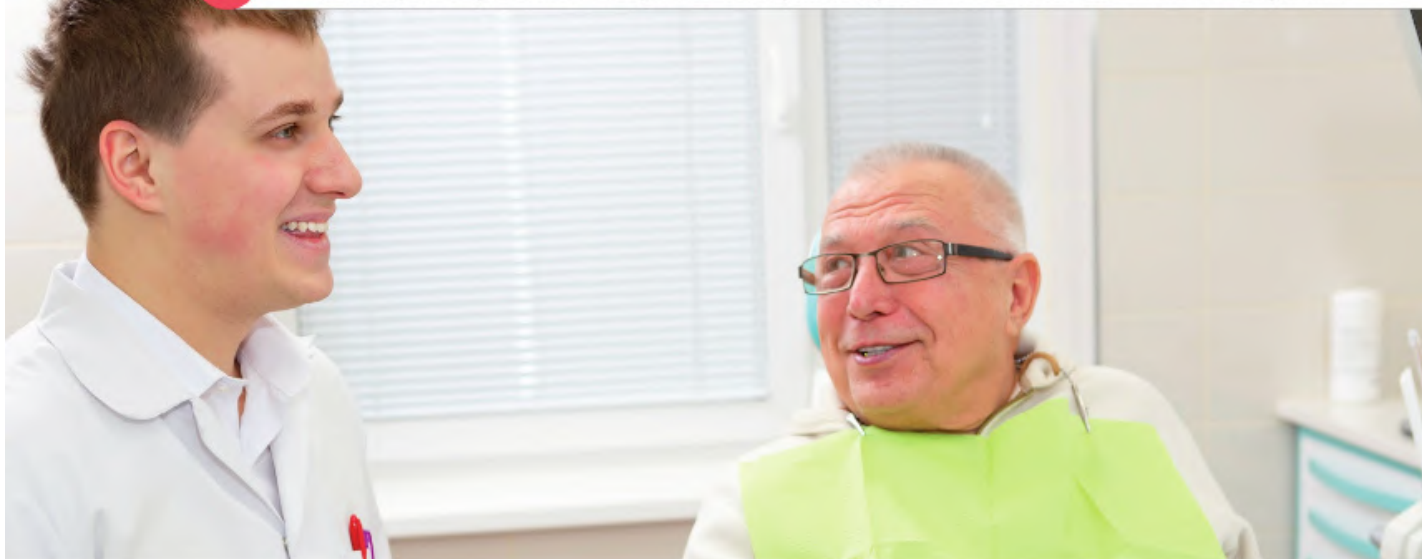
Figura 7. Hoja de recogida de datos sobre el estado de salud oral del usuario.



VALORACIÓN ESPECÍFICA			
Buen estado	Algunos cambios	Mal estado	Visita dentista
MUCOSAS Y LABIOS			
<input type="checkbox"/> Lisas, hidratadas y rosáceas	<input type="checkbox"/> Secas, agrietadas	<input type="checkbox"/> Ulceradas, pálidas	SÍ
			NO
DIENTES NATURALES			
<input type="checkbox"/> No hay caries, no hay desgastes graves, no hay restos radiculares, no hay dientes rotos	<input type="checkbox"/> Alguna caries, rotura sin daño a mucosas, dientes algo gastados	<input type="checkbox"/> Caries extensa, múltiples caries, dientes muy gastados, restos radiculares dañando mucosa	SÍ
			NO
ENCÍAS			
<input type="checkbox"/> Rosáceas, no inflamadas, no sanguinolentas	<input type="checkbox"/> Algo inflamadas, sangran al cepillar o tocar, recesión moderada	<input type="checkbox"/> Inflamadas, sangrado espontáneo, grandes recesiones	SÍ
			NO
LENGUA			
<input type="checkbox"/> Hidratada, aspecto habitual	<input type="checkbox"/> Secas, algo lisa, agrietada	<input type="checkbox"/> Depapilada, inflamada, rojiza, úlcera	SÍ
			NO
PRÓTESIS DENTALES			
<input type="checkbox"/> Buena retención y estabilidad, dientes funcionales, nombre del paciente en la prótesis	<input type="checkbox"/> Alguna zona rota, algún diente roto, pero estabilidad aceptable, no tiene nombre	<input type="checkbox"/> Dientes o prótesis rota, mala estabilidad y retención, no se la pone, provoca úlcera, no tiene nombre	SÍ
			NO
HIGIENE ORAL			
<input type="checkbox"/> No hay placa bacteriana en dientes/prótesis	<input type="checkbox"/> Algún depósito de placa bacteriana, no restos de alimentos	<input type="checkbox"/> Mucha placa bacteriana, sarro o restos de alimentos	SÍ
			NO

Nota: cualquier tipo de dolor bucodental, absceso, lesión en la mucosa que no remite en una semana o pérdida de peso por no poder masticar, debe ser remitido con urgencia al dentista.

Figura 7 (cont.). Hoja de recogida de datos sobre el estado de salud oral del usuario.



Algunos aspectos a destacar en cuanto al cepillado y cuidado de los dientes naturales son:

- En caso de usuarios con un riesgo de caries alto, por ejemplo, en sujetos con hipofunción salival, está recomendado el uso de flúor adicional (Tabla 7), de manera sistemática y aplicado en el propio centro si es necesario (Imagen 32). Cuando el cepillado se realice con pastas fluoradas habituales no es necesario un enjuague intenso, para que de esta forma el flúor actúe de manera tópica durante más tiempo.
- En sujetos con enfermedad periodontal, el control de placa se puede hacer adicionalmente con spray de Clorhexidina. Este medio es más cómodo de utilizar que el enjuague diario. La dosis será de 0,12 % de clorhexidina 1 o 2 veces al día. El uso de la clorhexidina para el control de caries no está recomendado dado su escasa eficacia para este fin.

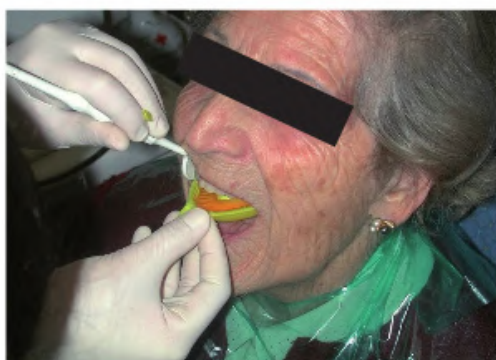


Imagen 32. Aplicación de flúor tópico en cubetas.





Imagen 33. Posición adecuada para realizar la higiene oral y utilización de cepillos con intercambio de cabezales para la atención de diferentes pacientes.



Imagen 34. Adaptación del medio para la higiene oral.



- La mejor posición del cuidador para cepillar los dientes del mayor es por la espalda y controlando el cuello con sus brazos (Imagen 33).
- El trabajo conjunto con el terapeuta ocupacional del centro, nos ayudará a adaptar los utensilios necesarios para la higiene dental, por ejemplo, agrandando los mangos de los cepillos o identificando correctamente el colutorio (Imagen 34).
- El uso del cepillo eléctrico puede ser de utilidad por dos motivos: para el usuario es más fácil en ocasiones su manejo que el manual; para el cuidador, los cabezales intercambiables facilitarán la tarea diaria cuando son muchos los usuarios a los que atender (Imagen 33).

- Cambiar el cepillo dental o el cabezal intercambiable después de una infección por *Candida*.

c / Recomendaciones para el cuidado de las prótesis dentales

Son varias las consideraciones que debemos hacer en este apartado:

- El personal del centro donde reside el mayor debe tener conocimiento del tipo, antigüedad y estado de la prótesis dental removible, para ello, deben anotarlo en su historial en el momento de la valoración inicial (Figura 7).
- En centros geriátricos, las prótesis deben ser marcadas con el nombre del usuario, bien cuando se construye en el interior de la resina o a posteriori con un rotulador indeleble y posterior aplicación de laca de uñas para que no se borre. Existen sistemas de identificación con código de barras (Imagen 16).

Tabla 7. Protocolos de actuación con flúor y clorhexidina para dientes naturales

Características del paciente	Aplicación de la pasta de dientes	Clorhexidina al 0,12 % en colutorio	Barniz de flúor (22600 ppm)
Bajo riesgo de caries e hipersensibilidad	1.100 ppm 2 veces/día	No se necesita	1 o 2 veces al año
Bajo riesgo de caries y gingivitis	1.100 ppm 2 veces/día	Una vez al día después de comer durante 4 semanas y después reevaluar	1 o 2 veces al año
Alto riesgo de caries y alteración producción saliva	5.000 ppm 2 veces al día	Una vez al día después de la comida durante 4 semanas y después reevaluar	Varias veces al año en función del estado del sujeto

Adaptado de: Chalmers J. Minimal intervention in Dentistry: Part 1. Strategies for addressing the new caries challenge in older patients. *J Can Dent Assoc*; 72:427-433.



Imagen 35. Limpieza de prótesis en un lavabo con agua para evitar su caída o rotura.



Imagen 36. Agente limpiador de prótesis dental.



Imagen 37. Adhesivo para prótesis dental.

- Salvo algunas excepciones, la prótesis debe ser retirada siempre para dormir. Se evitan infecciones fúngicas.
- La prótesis debe guardarse por la noche en un recipiente seco o con agua fría.
- Cuando retiremos la prótesis para limpiarla se debe revisar la mucosa oral en busca de úlceras traumáticas.
- Recomendar al usuario que limpien sus prótesis en un lavabo con agua (para evitar que se caigan y se rompan) (Imagen 35), con jabón líquido y, si es necesario, con un cepillo de uñas (mejor prensión). Se recomienda también el uso de agentes limpiadores de prótesis dentales no abrasivos (Ej. Corega Oxígeno Bio-Activo) (Imagen 36).
- Solo en los casos de sospecha de candidiasis por prótesis se recomendará sumergir durante unas horas la prótesis en un vaso de agua con hipoclorito sódico al 10 % durante varios días, además de seguir las recomendaciones descritas en el apartado 5 g.

- En aquellos casos donde no se consiga estabilidad y retención en las prótesis dentales se recomendará el uso de adhesivos para prótesis, almohadillas u otros elementos que ayuden a su retención. Este tipo de ayudas implican una mayor higiene de la prótesis dental (Imagen 37).

d/ Recomendaciones para el cuidado y limpieza de las mucosas y los labios

En mayores con demencia o mayores en estado terminal, además de la limpieza de dientes y prótesis, es importante mantener las mucosas limpias e hidratadas, con el objeto de mejorar su calidad de vida y evitar posibles infecciones locales o respiratorias por aspiración. Para ello, se recomienda el uso de una gasa impregnada con clorhexidina para pasarla por todas las mucosas incluso por los dientes en aquellos pacientes que no pueden enjuagarse ni escupir (Imagen 38). También se recomienda en estos sujetos funcionalmente dependientes el uso de saliva artificial, aplicándoselas varias veces al día y el uso de vaselina para los labios.

A modo de resumen exponemos uno de los protocolos sobre cuidados bucodentales en personas mayores institucionalizados llevado a cabo en países de nuestro entorno, donde los centros geriátricos deben cumplir



Imagen 38. Limpieza de las mucosas con una gasa.



Tabla 8. Recomendaciones sobre cuidados de salud oral para el personal cuidador de centros geriátricos

Facilitar a los residentes cuidados orales sistemáticos para mejorar su calidad de vida.

En sujetos dentados y, especialmente, en los portadores de prótesis removible, tratar de prevenir las infecciones por *Cándida* de la mucosa oral y tratarlas, en su caso, con mejora en el cuidado de la salud oral.

Facilitar el cuidado de la salud oral, al menos una vez al día, para minimizar los riesgos de infecciones sistémicas como la neumonía.

El uso de los cepillos eléctricos puede contribuir en una mejora sustancial de los cuidados en salud oral.

Limpie la prótesis parcial o completa removible del usuario cuando este vaya a dormir y guárdela en un recipiente seco.

Programe una exploración oral en un dentista al menos cada 6 meses para usuarios con dientes naturales.

Programe una exploración oral en un dentista, al menos, una vez al año para usuarios sin dientes y portadores de prótesis completa.

En los casos en los que los usuarios se quejen de dolor bucal, trate de examinar los dientes, mucosas y prótesis, y consulte con un dentista, higienista o personal médico del centro. Si el usuario no puede comunicarse, preste atención a los cambios de comportamiento, pérdida de apetito o pérdida de peso, pues puede estar relacionado con problemas bucales.

En los casos de mal aliento frecuente del usuario, consulte con su dentista, higienista o personal médico del centro.

En los casos de quejas por boca seca, consulte con su dentista, higienista o personal médico del centro.

Valore los efectos adversos orales de la medicación que le han prescrito.

En los casos que el usuario se queje o se observe una lesión en las mucosas no relacionada con la prótesis dental, consulte con su dentista, higienista o personal médico del centro.

En el caso que el usuario experimente un aumento repentino del número de caries, consulte a su dentista y pídale que le prescriba un colutorio diario de flúor al 0,025-0,01 % o al 0,1 % si es semanal.

En el caso que detecte durante el cepillado dental alguna lesión en los dientes, consulte con su dentista, higienista o personal médico del centro.

En el caso que sea imposible los cuidados de salud oral en un residente por su estado físico o problemas de comportamiento, pídale al dentista, higienista o médico del centro que prescriba una aplicación diaria de clorhexidina al 1 % en gel o clorhexidina en gel al 0,5 % dos veces al día para prevención de problemas periodontales.

En el caso de que los cuidados orales diarios sean del todo imposibles, use la clorhexidina en spray para uso diario. Si esto tampoco es posible, aplique clorhexidina al 1% en gel con una gasa. La clorhexidina debe ser prescrita por un dentista, higienista o personal médico del centro.

Con permiso de: Visschere L et al. An oral health care guideline for institutionalised older people. *Gerodontology* 2011; 28: 307-310.



unos estándares de calidad y asistencia en aspectos de salud oral. En este caso, se exponen una serie de recomendaciones al personal sanitario de los centros geriátricos holandeses (Tabla 8). Indudablemente, cada centro debe adaptar estos protocolos a sus necesidades, en función básicamente del estado de salud oral de sus residentes, pero sobre todo del nivel de dependencia física de cada uno de ellos. Este tipo de protocolos de actuación clínica, van acompañados de una serie de premisas:

- Los cuidados de salud oral en los centros deben estar integrados en el resto de protocolos de actuación sanitaria y ser evaluados anualmente para el control de su buen funcionamiento. Algunas de las enfermeras/os del centro deben ser los responsables y coordinadores de esta actuación y ser los intermediarios con el personal dental específico que tengan asignado.
- Se requiere una formación del personal sanitario y auxiliar del centro en cuestiones de salud oral, y ser reforzada al menos una vez al año.
- Es muy importante monitorizar la adherencia al programa, reconocer los problemas que surjan por parte del cuidador o del personal del centro, discutir las posibilidades de mejora y, en definitiva, controlar que se cumpla el protocolo de manera rigurosa.

7 BIBLIOGRAFÍA, RECURSOS ONLINE Y ENLACES DE INTERÉS

Bibliografía

1. Watt R, Fuller R. Practical aspect of oral health promotion. En C Pine, R Harris eds. Community Oral Health. United Kingdom, *Quintessence* 2007: 357-375.
2. Chalmers JM. Oral health promotion for our ageing australian population. *Aus Dent J* 2003; 48: 2-9.
3. Bravo M et al. Encuesta de Salud Oral en España 2015. *RCOE* 2016; Vol 21, Supl 1.
4. Shinsho F. New strategy for better geriatric oral health in Japan: 80/20 movement and Healthy Japan 21. *Int Dent J* 2001; 51(3 Suppl): 200-6.
5. Lamster IB, Asadourian L, Del Carmen T, Friedman PK. The aging mouth: differentiating normal aging from disease. *Periodontol 2000* 2016; 72(1): 96-107.
6. Sloane PD et al. Effect of a person-centered mouth care intervention on care processes and outcomes in three nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2013 Jul; 61(7): 1158-63.
7. MacEntee M, Müller F, Wyatt C. Oral healthcare and the frail elder. A clinical perspective. Wiley-Blackwell, ed. 2011.
8. Gil-Montoya JA et al. Atraumatic restorative treatment and Carisolv use for root caries in the elderly: 2-year follow-up randomized clinical trial. *Clin Oral Investig* 2014; 18(4): 1089-95.
9. Li J et al. Long-term remineralizing effect of casein phosphopeptide-amorphous calcium phosphate (CPP-ACP) on early caries lesions in vivo: a systematic review. *J Dent* 2014; 42(7): 769-77.
10. Kanasi E, Ayilavarapu S, Jones J. The aging population: demographics and the biology of aging. *Periodontol 2000* 2016; 72(1): 13-8.
11. Zarb G, White SN, Creugers N, Müller F, MacEntee M. Prothodontics, endodontics, and other restorative care for frail elders. En: MacEntee M et al. Oral healthcare and the Frail Elder. A clinical perspective. Wiley-Blackwell, ed. 2011. Pg: 211-235.
12. Blanchet P, Sessle B, Lavigne G. Oral pain and movement disorders in aging. En: MacEntee M et al. Oral healthcare and the Frail Elder. A Clinical perspective. Wiley-Blackwell. Ed. 2011. Pg: 31-50.

13. Manfredini D, Ahlberg J, Winocur E, Lobbezoo F. Management of sleep bruxism in adults: a qualitative systematic literature review. *J Oral Rehabil* 2015; 42(11): 862-74.
14. Mortazavi H, Baharvand M, Movahhedian A, Mohammadi M, Khodadoustan A. Xerostomia due to systemic disease: a review of 20 conditions and mechanisms. *Ann Med Health Sci Res* 2014 Jul; 4(4): 503-10.
15. Plemons JM, Al-Hashimi I, Marek CL. American Dental Association Council on Scientific Affairs. Managing xerostomia and salivary gland hypofunction: executive summary of a report from the American Dental Association Council on Scientific Affairs. *J Am Dent Assoc* 2014; 145(8): 867-73.
16. Singh A, Verma R, Murari A, Agrawal A. Oral candidiasis: an overview. *J Oral Maxillofac Pathol* 2014; 18: S81-5.
17. Gendreau L, Loewy ZG. Epidemiology and etiology of denture stomatitis. *J Prosthodont* 2011 Jun; 20(4): 251-60.
18. Tsakos G, Herrick K, Sheiham A & Watt RG. Edentulism and fruit and vegetable intake in low-income adults. *J Dent Res* 2010; 89: 462-7.
19. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Lowe C, Finch S, Bates CJ et al. The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *J Dent Res* 2001; 80: 408-13.
20. Petti S. Oral cancer screening usefulness: between true and perceived effectiveness. *Oral Dis* 2016 Mar; 22(2): 104-8.
21. Varela-Centelles P, López-Cedrún JL, Fernández-Sanromán J, Seoane-Romero JM, Santos de Melo N, Álvarez-Nóvoa P, Gómez I, Seoane J. Key points and time intervals for early diagnosis in symptomatic oral cancer: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2016: 14.
22. Scannapieco FA, Cantos A. Oral inflammation and infection, and chronic medical diseases: implications for the elderly. *Periodontol 2000* 2016 Oct; 72(1): 153-75.
23. Kudiyirickal MG, Pappachan JM. Diabetes mellitus and oral health. *Endocrine* 2015; 49(1): 27-34.
24. Linden GJ, Lyons A, Scannapieco FA. Periodontal systemic associations: review of the evidence. *J Periodontol* 2013 Apr; 84(4 Suppl): S8-S19.
25. Kamer AR, Craig RG, Dasanayake AP, Brys M, Glodzik-Sobanska L, de Leon MJ. Inflammation and Alzheimer's disease: possible role of periodontal diseases. *Alzheimers Dement* 2008; 4(4): 242-50.

Recursos online

Nombre del recurso	URL	Año
Oral Health for adults in care homes	https://www.nice.org.uk/guidance/ng48/chapter/Recommendations#care-home-policies-on-oral-health-and-providing-residents-with-support-to-access-dental-services	2016
British Society of Gerodontology (resumen de recursos online)	http://www.gerodontology.com/content/uploads/2015/10/BSG-OH-RESOURCE-Revised-June20151.pdf	
Guideline for the development of local standards of oral health care for people with dementia	https://www.gerodontology.com/content/uploads/2014/10/Guidelines-for-the-Development-Of-Local-Standards-of-Oral-Health-Care-for-People-with-Dementia.pdf	2006
Guideline for oral health care for long-stay patients and residents	http://www.bsdh.org/userfiles/file/guidelines/longstay.pdf	2000
Guidelines for the development of local standards of oral health care for dependent, dysphagic, critically and terminally ill patients	http://www.bsdh.org/userfiles/file/guidelines/depend.pdf	2000
Oral health for older people: a practical guide for aged care services	https://www.dhsv.org.au/__data/assets/pdf_file/0020/3269/oral-health-for-older-people.pdf	2002
Oral health care for older people in NSW. A support package for family carers and support workers of older people with care or support needs	http://www.health.nsw.gov.au/oralhealth/Publications/oral-health-carer-support-kit.pdf	2014
Oral health care for older people in NSW. A toolkit for oral health and health services providers	https://www.adansw.com.au/getattachment/Community/Patient-Information/Older-Persons/oral-health-older-people-toolkit.pdf.aspx	2014



Enlaces de interés

Organismo	URL
Fundación Dental Española	http://fundaciondental.es
Consejo General de Dentistas de España	http://www.consejodentistas.es
Sociedad Española de Gerodontología	http://www.seger.es
Sociedad Española de Geriátría y Gerontología	https://www.segg.es
European College of Gerodontology	http://www.gerodontology.eu
British Society of Gerodontology	https://www.gerodontology.com

