

ODONTO-ESTOMATOLOGÍA Y LOS PACIENTES MAYORES

El odonto-estomatólogo, tiene la particularidad que su profesión la desarrolla en un campo muy limitado, requiriendo tiempo y destreza para alcanzar sus maniobras. No por ello implica que se olvide de su objetivo principal de trabajo, para saber que su paciente es una persona. Un ser con una alta complejidad emocional, que intervendrá en los resultados del tratamiento, donde se deben respetar aspectos que no necesariamente tienen relación con la técnica dental que ejecuta. Así, la atención odontológica del adulto mayor tiene como particularidad que puede presentar conductas y situaciones de salud no sólo por envejecimiento oral y general, sino además circunstancias sociales que provocarán el cambio de comportamiento y un trabajo diario, modificando las pautas del acto odontológico.

1. El profesional odontólogo en la atención de los adultos mayores

Las necesidades de tratamiento dental difieren de otros grupos de edades, debiendo ser consideradas por los profesionales de la salud oral, con el fin de mejorar la calidad de vida del adulto mayor. De esta circunstancia surge no sólo una capacidad técnica sino la habilidad de ayudar al paciente para conseguir una relación paciente-profesional de confianza; la responsabilidad profesional debe saber cómo manejar cada situación y relación particular, de manera que los pacientes se sientan acompañados y no desilusionados del tratamiento que consigue atender sus necesidades. Será necesario estar a la altura de lo que exigen, ofreciendo un tratamiento de la mejor manera posible, teniendo en cuenta que uno de los problemas principales es el cuidado tanto odontológico como de la persona misma que se encuentra frente al profesional.

Ante estos pacientes, existen una serie de variables que afectan sus cuidado y deben considerarse en la planificación del tratamiento odontológico:(27)

- El acceso al consultorio con pasamanos, rampas o puertas amplias.
- En caso de ser dependientes, contar con la predisposición del acompañante para la planificación del tratamiento.
- Capacitación de los profesionales para solucionar posibles complicaciones que puedan surgir con pacientes diabéticos, cardíacos, dializados, etc.
- Tener presente el tipo de discapacidad del paciente, ya que esta puede condicionar la atención.

- La actitud del profesional al brindar cuidados al paciente.
- Efectos de medicaciones que consumen.
- Las enfermedades de base del paciente.
- Informar al paciente del tratamiento.
- Respetar la autonomía del paciente.
- Acompañarlo en los distintos periodos del tratamiento, principalmente en los tratamientos de rehabilitación.

2. Salud buco-dental en las personas mayores

La esperanza de vida ha aumentado considerablemente, motivando la necesidad de readaptar la atención odonto-estomatológica en el adulto mayor y ampliando los objetivos tradicionales de sólo curar las enfermedades, implementando en particular las medidas preventivas. La salud oral, complementará el objetivo de una mejor calidad de vida en el anciano, ya que la misma contribuye al bienestar físico, psíquico y social del paciente adulto mayor, gozando de una madurez satisfactoria desde el punto de vista metodológico y ético. Socialmente suele existir una actitud negativa hacia la salud oral, ya que esta población se asocia normalmente a la pérdida dentaria, sin pensar la importancia de una estimulación con fines preventivos —aunque se reconozca que la salud oral del anciano presente mayores problemas. Se debe saber que el principal objetivo de la asistencia odontológica ha sido el curar la enfermedad; la mayoría de las veces en se trata la enfermedad y muy pocas veces se previene. así, es necesario considerar que no sólo se realizará tratamiento exodóntico y mutilante, sino se otorgará además una adecuada información preventiva, sesiones de higiene oral, junto a programas de mantenimiento periodontales y dentales, valorando la información relacionada con la prostodoncia.

En la atención odontológica del paciente geriátrico, existe el gran inconveniente socio-económico y cultural por cuanto que, al llegar a la jubilación, en su gran mayoría sufre reducción de ingresos, dificultando el tratamiento correcto. Realmente este hecho nos marca un verdadero desafío asistencial tanto privado como público, acentuándose aún más en los pacientes institucionalizados en residencias que no cuentan con servicio odontológico. Asimismo la actitud del anciano para su atención odontológica suele ser negativa, por aceptar a las enfermedades buco-dentales como crónicas y ser consecuencia del envejecimiento oral, motivándolos que no busquen atención odontológica.

Cuando se atienden pacientes mayores, es importante diferenciar entre los pacientes independientes y activos integrados a su medio; a los “pacientes ancianos” de los que se presentan con alguna patología con dependencia, los “pacientes geriátricos”. Es responsabilidad de los profesionales el cuidado de esta población, reconociendo que están sujetos a un mayor conocimiento en geriatría, al enfrentarse en el momento de la consulta con: *mayor incidencia de enfermedades, mayor dificultad diagnóstica, mayor dificultad terapéutica, mayor asociación de enfermedades, mayor tendencia a la cronicidad e invalidez, mayores cuidados rehabilitadores y mayor necesidad de cuidados psíquicos y sociales.*(28) Es la población de mayor consumo en servicios de salud y los que menos concurren a sus controles odontológicos como consecuencia del: *bajo nivel de motivación para la salud buco-dental, miedo a cómo serán tratados, patologías que dificultan su traslado, bajo nivel socio-económico y largas horas de espera en los turnos.*

En general, es de notar la dificultad que presentan los profesionales del campo de odonto-estomatología, que si bien no es de dudar su saber en odontología general, desconocen en su gran mayoría la importancia de un trabajo interdisciplinario.

3. Diagnóstico en gerodontología

El odonto-estomatólogo debe evaluar en forma integral al paciente mayor mediante la observación, considerando la situación particular con sus determinantes. Comprendiendo la ansiedad que presentan estos paciente en la atención, el diagnóstico será el momento más difícil del tratamiento, lo que motiva a tener los objetivos bien definidos y valorar las necesidades del paciente a fin de elaborar un correcto plan de tratamiento. El proceso de diagnóstico tiene elementos específicos que no puede desconocer el equipo de salud buco-dental, por lo que deberá: a) *identificar y reconocer las variables médicas con su medicación y la conducta del paciente;* b) *realizar un diagnóstico completo con los problemas de salud oral;* c) *determinar los factores etiológicos,* y d) *identificar los tratamientos más favorables,* e) *prescribir un programa de mantenimiento.*(29)

Estos pacientes tienen características especiales asociadas a patologías sistémicas, lo que hace necesario una sucesión de momentos ordenados para un tratamiento adecuado, prevenir los problemas que puedan surgir y recurrir a tratamientos alternativos, que se deberán considerar al momento de elaborar la historia clínica. En referencia a lo anterior, es fundamental la planificación de la actividades:

- I. Determinar la causa con la definición del problema (la identificación de las enfermedades y problemas bucales con sus factores etiológicos puede ser compleja), con su posible análisis, el cual que se dará a través de la historia del paciente.
- II. Elección del plan de tratamiento con su objetivo (conjuntamente con las expectativas del paciente y sus familiares) con sus tratamientos alternativos y posibles consecuencias.
- III. Ejecutar el plan de tratamiento con la colaboración del paciente y técnicas adecuadas. Diferenciando: *a) tratamiento de emergencia* (dolor, infección, biopsias, etc.); *b) tratamiento propiamente dicho* (infecciones crónicas, cirugías, extracciones, caries, etc); *c) tratamiento de rehabilitación* (implantes, cirugía periodontal, odontología estética, etc).
- IV. Acciones preventivas antes del inicio del tratamiento (por ejemplo, complicaciones de medicaciones durante el tratamiento) y evitar el deterioro de la salud general.
- V. Determinar un pronóstico con la disminución al máximo de las tensiones del tratamiento y el cuidado del control de la medicación.
- VI. Prevención de las rehabilitaciones realizadas.
- VII. Elaboración de planes alternativos que permitirán minimizar aquellos tratamiento que han fracasado.

4. Valoración integral en el paciente odontológico anciano

En la actualidad, la odonto-estomatología está más presente en la medicina general; los médicos en su gran mayoría aún no comprenden los padecimientos y procedimientos dentro de la odontogeriatría. El olvido constante de la salud buco-dental y la permanente separación de la boca del resto del cuerpo por la mayoría de los profesionales del arte de curar, conjuntamente con la creencia de que los odontólogos sólo tienen la obligación del cuidado y tratamiento de los dientes, muestra la falta de comunicación en el equipo de salud, siendo que la atención integral del paciente en cualquier etapa de la vida es de gran importancia.

Los profesionales de la salud y principalmente los médicos tienen el primer contacto con el adulto mayor, por lo que deberán realizar a conciencia una exploración general

incluyendo la cavidad oral y tejidos adyacentes, sin desconocer los problemas buco-dentales básicos con sus implicancias sistémicas. Los odontólogos deberán elaborar una historia clínica general y completa, valorando la inter-consulta con el médico geriatra cuando están frente a su nuevo paciente odonto-geriátrico.(30) Durante la senectud con los cambios estructurales y biológicos, existirán modificaciones psicológicas de las actitudes, conductas y comunicaciones; (31) los odonto-estomatólogos con responsabilidad, elaborarán un diagnóstico integral evaluando el contexto psicológico y social del paciente, para poder hablar de “Gerodontología”. Así, los sistemas de salud se ven ante la necesidad de adaptarse a los requerimientos de esta población, teniendo en cuenta que el paciente gerodental precisa de un modelo asistencial integrado.

Ya refiriéndonos directamente al ámbito físico, la cavidad bucal está formada por un conjunto de estructuras: dientes, maxilares, articulaciones, glándulas, nervios, mucosa, etc., que determinan la función oral (masticación, comunicación y protección con el mundo exterior).¹ Si bien los cambios morfológicos y funcionales orales se presentan con el envejecimiento general del organismo en forma y tiempos diferentes, sus cambios estructurales son relativamente bajos. El envejecimiento continua asociándose con la pérdida dentaria total o la xerostomía, además de los diversos cambios orales por la edad (oscurecimiento de las piezas dentarias o desgaste dentario naturale). Es necesario considerar, en paralelo, los cambios relacionados con otros factores como las enfermedades con problemas periodontales, la xerostomía por medicamentos y los efectos socio-sanitarios, culturales y económicos con tratamientos de exodoncias y restauraciones. Del mismo modo, el odonto-estomatólogo no puede desconocer el padecimiento de los procesos degenerativos (cardiovasculares, cáncer, afecciones mentales y aparato locomotor), los problemas de índoles metabólicas (diabetes, trastornos nutricionales), o bien alteraciones de vista, oído, boca y pies, caídas o accidentes.² Poli-patologías que los conducirán al adulto mayor a la cronicidad e invalidez, siendo procesos que interferirán creando grandes dificultades en el momento de los cuidados.

¹ Deangelillo C. “Vulnerabilidad del paciente odontológico”. En Of. P, Chaparro E, Salvador H. *Bioética, Vulnerabilidad y Educación*. Mar del Plata: Suárez; 2003: 169-175.

² Procesos presentados en Tabla I, II y III en el presente trabajo en el punto: IV ASPECTOS GENERALES EN GERONTOLOGÍA / 5 Concepto de salud y enfermedad en el anciano.

La atención bucal de estos pacientes a medida que envejecen se hace más compleja; el odontólogo actual ya no debe fabricar y reparar prótesis de completas, sino que debe enfrentarse a:

- Altos índices de caries, con mayor presencia radicular.
- Alteraciones graves del soporte periodontal.
- Desgastes oclusales e incisales severos.
- Complicaciones en antiguas restauraciones.
- Bocas secas.
- Enfermedades de la mucosas.
- Grandes reabsorciones alveolares.
- Pacientes que demandan ser tratados.
- Pacientes que desean recuperar su imagen, entre otras.

No bastan datos epidemiológicos, sino que su atención deberá ser organizada de forma coherente para una salud buco-dental. Hay que asumir que lo importante de este nuevo desafío se expresará en su función, y que si sólo se expresa en números la cantidad de problemas y necesidades que presenta esta población en constante aumento, no modificará las mentalidades ni los prejuicios de los odonto-estomatólogos como así tampoco a los dirigentes en el área sanitaria. No sólo son importantes las necesidades globales, sino que hay que distinguir las necesidades individuales que presentan con manifestaciones muy claras cuando la persona se encuentra enferma o incapacitada. El concepto de enfermedad en estos casos difiere en relación con la población adulta y joven, y se deberá hablar de *Situación de enfermedad*, y no de patologías más o menos definidas por un diagnóstico.(33)

5. Envejecimiento oro-facial

Al igual que el resto del organismo, en el sistema estomatognático se manifiestan cambios morfológicos y funcionales que forman parte del envejecimiento general. No obstante, es poco lo que se conoce sobre la acción del envejecimiento en la fisiología oral; una buena parte de ello se relaciona a la creencia general de un deterioro progresivo con el paso del tiempo. Erróneamente los estudios se han fundamentado en datos comparativos entre personas de edad avanzada comprometidas médicamente y personas jóvenes y sanas, lo que ha llevado a considerar que la pérdida dentaria y la disminución del flujo salival son el estereotipo del envejecimiento. Se debe diferenciar que ciertos cambios orales

(oscurecimiento o desgaste dentario) son naturales con la edad, de aquellos que son consecuencia de la acción de enfermedades (periodontitis), medicamentos (xerostomía) o efectos socioculturales y económicos (exodoncias y restauraciones) en las personas ancianas. Por lo tanto tendremos modificaciones orales relacionadas a la edad de origen propio al envejecimiento y aquellas de origen por factores internos fisiológicos que manifestarán cambios biológicos, químicos, funcionales y estructurales.(34) Los cambios que se producen no sólo influyen mayormente en forma negativa en relación a la función oral y en la calidad de vida del anciano; pero cuando la salud oral está comprometida, la salud general y la calidad de vida del paciente se deteriora, ya que la posibilidad de hablar, masticar, estar sin necesidad de tratamiento dental, la ausencia de dolor y el bienestar de la persona, determinan su calidad de vida.

La cavidad oral cumple la función de masticación, comunicación y protección del mundo exterior, está conformada por distintas estructuras³ y presenta cambios normales que pueden aportar elementos para un manejo más adecuado del paciente anciano desde la perspectiva de las distintas especialidades odontológicas.

CAMBIOS ESTOGNATOMAGTICOS NORMALES PROPIOS DE LA VEJEZ⁴

DIENTES:

- Aumento de la densidad del color
- Atrición
- Grietas longitudinales
- Aumento de la dentina peritubular
- Disminución del tamaño de la cámara pulpar
- Disminución de la sensibilidad
- Aumento de la fragilidad
- Aumento de minerales
- Disminución del tamaño de los conductos
- Disminución de la vascularización
- Disminución de la inervación

³ Se hace referencia en páginas anteriores en: V – ODONTO-ESTOMATOLOGÍA Y LOS PACIENTES MAYORES / 4. Valoración integral en el paciente odontológico anciano.

⁴ Cuadro extraído de Matiz Cuervo J. *Odontogeriatría / Gerodontología: “Soluciones a la problemática de salud oral en el adulto mayor”*. Colombia: Produmeditos; 2006: 18–19.

- Reducido recambio de colágeno
- Mayor presencia de cálculos pulpares
- Aumento de la dentina reparativa
- Aumento de la dentina secundaria
- Aumento de la fibrosis pulpar
- Aumento del grosor de la dentina
- Disminución de la permeabilidad
- Disminución del número de células
- Aumento del cemento radicular en el tercio cervical y medio
- Presencia de tractos desvitalizados

MUCOSA:

- Atrofia del epitelio oral
- Aumento del colágeno
- Disminución de la queratina (paladar – encía)
- Aumento de la queratina (labio – carrillo)
- Disminución táctil
- Aumento de glándulas sebáceas
- Adelgazamiento del epitelio
- Adelgazamiento de las paredes endoteliales

PERIODONTO:

- Disminución del espacio periodontal
- Aumento del cemento radicular
- Aumento de la reabsorción ósea
- Disminución del contenido orgánico óseo
- Disminución del número de células
- Disminución de las fibras elásticas
- Disminución de la actividad mitótica
- Disminución del ancho biológico
- Disminución del nivel de inserción
- Disminución del trabecular óseo
- Aumento de la sustancia intercelular

MUSCULATURA:

- Atrofia muscular
- Aumento del tejido adiposo
- Disminución del tejido muscular
- Disminución de la coordinación muscular

ARTICULACION TEMPORO-MANDIBULAR – ATM:

- Aplanamiento de la cavidad glenoidea
- Disminución del tamaño del cóndilo
- Disminución de la elasticidad del ligamento y cartílago
- Disminución de la propiocepción
- Disminución de la capacidad sensorio-motora.

6. Patologías frecuentes y la atención odontológica en pacientes geriátricos

La cavidad bucal no es un sistema u órgano aislado, por lo que la atención en el paciente odontológico ha de ser integral.⁵ El paciente geriátrico llega a la consulta con patologías propias del adulto y específicas de la edad,⁶ motivando una atención odontológica que requiere comprensión y respeto, por ser más susceptible a reacciones adversas a medicaciones⁷ y cambios fisiopatológicos⁸ que repercuten en el área bucodental. Lo primero a tener en cuenta en estos pacientes es el estado general de salud, sin descuidarnos de las patologías específicas de la boca, donde se hace imprescindible la interconsulta médica conjuntamente a una historia clínica exhaustiva y completa.

Los ancianos requieren un mayor número de consultas, por presentar Polipatologías frecuentes que intervienen en la atención odonto-estomatológica, como son (35):

- Hipertensión Arterial – Se debe evitar el estrés y la ansiedad asociados al tratamiento dental, ya que pueden elevar la presión sanguínea del paciente. Es aconsejable una premedicación mediante una consulta con el médico para las visitas odontológicas. Turnos matinales, sesiones cortas, ambiente agradable y

⁵ Deangelillo C. Vulnerabilidad del paciente odontológico. En: Of. P, Chaparro E, Salvador H. *Bioética, Vulnerabilidad y Educación*. Mar del Plata: Suárez; 2003:169-175.

⁶ Se hace referencia en páginas anteriores en: V – ODONTO-ESTOMATOLOGÍA Y LOS PACIENTES MAYORES / 5. Concepto de salud y enfermedad en el anciano.

⁷ Roisinblit R, Stranieri G. El anciano y los medicamentos” *Revista de la Asociación Odontológica Argentina*. 1999; 87 (2): 141.

⁸ Córlica O, Roisinblit R. Atención Odontológica en pacientes de riesgo Adultos Mayores. *Revista de la Asociación Odontológica Argentina* 2001; 89 (4): 407.

ayudarlos al ubicarse en el sillón. La medicación utilizada en la hipertensión afecta la boca y las piezas dentarias, pudiendo causar sequedad bucal.

- Accidentes cerebro-vasculares – Ante las consecuencia de un ACV se pueden observar manifestaciones bucales y funcionales, entre ellas una pérdida sensitivas oral como disestesia, la cual puede llegar al dolor facial que se suele asociar anomalías neurológicas. Puede presentarse una disfunción motora con alteraciones en la masticación, deglución y expresión facial con problemas en el lenguaje y babeo, limitándose la retención de las prótesis dentarias. Presentan generalmente regular higiene bucal por consecuencia de las limitaciones o parálisis de la mano, brazo y hombro. Se los debe acompañar mediante programas regulares de higiene bucal.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica – Son pacientes con riesgos a cualquier infección dental. Se debe procurar evitar el estrés y tener controlado el dolor, observando el tipo de medicación prescrito.
- Artrosis – Se debe controlar la duración de la consulta por presentar problemas articulares múltiples con diversos grados de dolor e inmovilidad, permitiendo al paciente cambios posturales. Pueden presentar problemas con la higiene bucal por sus incapacidades y la atención puede estar impedida por las propias limitaciones que se presentan. Controlar la medicación para el alivio del dolor. Son susceptibles a las infecciones.
- Cardiopatías – Es importante en estos pacientes un exhaustivo interrogatorio por los síntomas clásicos de descompensación que pueden presentar y habrá que posponer el tratamiento dental ante cualquier manifestación para que realice la interconsulta con el médico. Se mantendrá al paciente en posición semi-reclinada o erecta para evitar las descompensaciones del miocardio. Control de la ansiedad y de la medicación, a fin de prevenir una Endocarditis Bacteriana
- Diabetes – Pueden presentar cambios en la saliva y dentales, alteraciones periodontales y también en la mucosa. Son pacientes propensos a las infecciones. Es frecuente que desencadenen xerostomía en diabetes no controladas y dolor bucal generalizado, con alteraciones del gusto y sensación ardiente o de quemazón. Aumento de caries y problemas periodontales, los

cuales suelen ser muy comunes por la falta de control de la placa bacteriana, teniendo como consecuencia hiperplasia gingival y con frecuencia abscesos gingivales agudos, ensanchamiento del ligamento periodontal con pérdida ósea muy avanzada. Es importante la planificación del tratamiento con el control y regulación de la infección. Es conveniente que los horarios sean matinales, ya que es cuando presentan un alto nivel de glucosa y baja actividad de insulina, siendo importante para una rápida reducción del dolor. El estrés puede aumentar la necesidad de insulina. Si tienen que realizarse una intervención quirúrgica se indica profilaxis infecciosa.

- Demencia – Se debe otorgar a estos pacientes un ambiente tranquilo y silencioso, lenguaje claro y sencillo, y la presencia de algún familiar para evitar posibles reacciones. Intervenciones breves para evitar el estrés, profilaxis infecciosas, instrucciones concretas a los cuidadores, visitas periódicas y programadas, programa preventivo e instrucciones concretas en higiene oral.

7. Psicología en el paciente odontológico geriátrico

El envejecimiento no sólo estará representado por un cambio biológico y de estructuras, sino que con el paso de los años habrá un cambio en la psicología de las personas mayores en su actitud, conducta y comunicación. Estos procesos influyen negativamente en el trato individual del anciano, incrementándose con los tratamientos médicos y la medicación que necesitan. Como característica principal tenemos que la motivación disminuye con la edad, haciendo que se cansen y abandonen rápidamente el plan de tratamiento. Las sesiones deberán ser cortas y en caso de deterioro intelectual avanzado tendrá que estar con un familiar o la persona encargada de sus cuidados. Es importante una buena comunicación con el paciente mayor, ya que llevará al éxito del tratamiento; así evitaremos la desconfianza y retraimiento durante la consulta odontológica.

Entre otros conflictos odontológicos que se presentan, se deben a: *una pérdida auditiva que lo aísla psicológicamente y cambios en el lenguaje que los hacen más lentos y pobres en su habla.* La capacidad o función intelectual decrece con la edad, dificultando la posibilidad de resolver nuevos o complejos problemas. El profesional se manifestará en un clima de comunicación sincera, con gestos y expresiones que potencien la actividad, para llegar a obtener mayor participación de estos pacientes.

Es importante la valoración conductual del adulto mayor para reconocer su tipo de pensamiento, su carácter, memoria, capacidad de comprensión, personalidad o lenguaje que utiliza. De este modo serán acompañados y la pérdida dentaria será asumida como una situación más que debe enfrentar.⁽³⁶⁾ Es común entre los profesionales de la salud oral, no tratar de establecer de manera sistemática los cambios de conductas que se producen a causa de la condición oral en esta población y sus implicancias psicológicas; tampoco existen metodologías que indiquen cómo pueden ser aprovechadas en beneficio la atención oral.

El uso de prótesis y la pérdida de las piezas dentarias no deja de condicionar al paciente adulto en el comportamiento humano: repercute en la capacidad orgánica y emocional de la persona. Como toda situación de pérdida,⁹ es factible que el paciente pase por el proceso de sus cuatro fases de adaptación psicológica: *impacto, negación, depresión y aceptación*. Es posible que las manifestaciones de la cavidad oral no sean ajenas a esta situación ya que el cuerpo humano es una combinación armoniosa de sus partes, lo que hará que se compense a otro nivel. Culturalmente, el anciano refleja en el envejecimiento la pérdida de las piezas dentarias. El paciente considera que el cuidado de la salud oral no es de gran importancia, cansándose a largas horas de tratamiento y procedimiento odontológico, concluyendo con un elemento extraño en el cuerpo y difícil adaptación. Aquí recae la necesidad, por parte del profesional, de comprender el significado de **cuidar** y **ayudar** a la persona que tiene frente a él.

Es necesario tomar en cuenta diversos factores que el odonto-estomatólogo debe considerar durante el tratamiento. Hay ancianos que sienten que su propio cuerpo es el testimonio del paso de los años, con un fuerte sentimiento de angustia, actuando con un mecanismo de defensa a través de la negación de su cuerpo o de cualquier tratamiento. Así,

⁹ Dicen: "Lógicamente, todas estas modificaciones y pérdidas (aunque no siempre los cambios tengan que implicar pérdidas) obligan al anciano ir reformulando la aparición, el concepto de sí mismo y de su propia identidad personal. Reformulando ésta que, como decíamos, puede hacerse de una forma positiva y satisfactoria, o de tal forma que genere malestar, sufrimiento y mala calidad de vida; o que incluso potencie, secundariamente su deterioro físico y / o mental". En Antequera-Jurado R, Blanco A. Percepción de control, autoconcepto y bienestar en el anciano. En Salvarezza L. (compilador) *La Vejez*. Buenos Aires: Paidós; 2000: 96.

el odonto-estomatólogo requiere estar atento a la motivación del paciente y su colaboración con el tratamiento.

8. Enfoque preventivo en la atención gerodentológica

La prevención de la salud buco-dental, tanto individual como comunitaria ha marcado grandes beneficios en las personas mayores, modificando la imagen que relaciona envejecimiento con la pérdida dentaria total. En la actualidad, nos encontramos con personas mayores que cuentan con sus piezas dentarias y con una mejor salud buco-dental, estando más preocupados por el aspecto de sus dientes.¹⁰

El equipo de salud dental debe tener un cambio de actitudes, creencias y conductas, donde se predisponga a los pacientes a confiar en medidas preventivas y terapéuticas mediante una información correcta, evitando una confusión que los puedan desalentar en una conducta con hábitos de higiene oral.

El determinante en salud que más influye en todas las poblaciones es la mejora en los hábitos de estilo de vida; en segundo lugar los esfuerzos por mejorar la biología humana; el tercero es el de mejorar la calidad del medio ambiente y, finalmente, se encuentran los servicios de salud. En estos últimos, la mayor parte de los recursos son dirigidos a la asistencia sanitaria y con un mínimo a la mejora de los estilos de vida (aproximadamente un 1,5 %). El tratamiento odontológico integral no comienza ni concluye en el consultorio: se debe incentivar al paciente de edad avanzada a estilos de vida saludable, utilizando servicios preventivos para mantener un grado aceptable de salud oral.

Desde los orígenes del ser humano, la caries dental se ha hecho presente con un aumento gradual hasta convertirse en una enfermedad universal debido a factores ligados a estilos de vida, fundamentalmente los dietéticos, lo que provoca el surgimiento de una nueva perspectiva ampliando medidas preventivas. Asimismo conjuntamente a la caries

¹⁰ “ La falta de interés que puede percibir en la profesión odontológica por la odontología preventiva es, sin duda, el resultado de factores diversos y complejos. La evaluación de la salud bucal de la población, aun en los países más avanzados, señala la urgente necesidad de un cambio de orientación. Para que la profesión pueda responder a los requerimientos crecientes de la población en materia de salud bucal, y satisfacer al mismo tiempo su responsabilidad social, es indispensable que su base filosófica cambie de predominantemente restaurativa a predominantemente preventiva. Esto es particularmente válido si la profesión admite —como debe hacerlo— que su objetivo primario es el mantenimiento de los dientes naturales en una boca sana y no el reemplazo de las estructuras dañadas (que sólo debe ser su objetivo secundario)”. En: Katz S, Mac Donald J, Stookey G. *Odontología Preventiva en Acción*. Buenos Aires: Panamericana; 1975: 22.

dental, debemos actuar preventivamente en la enfermedad periodontal y el cáncer oral, que son las tres enfermedades sobre las que se debe centralizar la promoción de la salud oral de esta población. En la personas mayores el tratamiento preventivo deberá ser lo más específico posible, adaptándolo a las necesidades particulares de cada paciente con los controles periódicos que se necesite.

Es importante conocer la actitud del anciano ante la salud buco-dental y educación recibida relacionada en la técnica de cepillado, hábitos dietéticos y medidas preventivas que serán la base para ofrecerles un programa de atención dental.

DIPLOMATURA EN GERONTOLOGIA – SAGG

PRESENTACION 21 DE NOVIEMBRE 2015

DRA. DEANGELILLO CRISTINA ALICIA

cadan@intramed.net

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

ODONTOLÓGICA - SALUD

Bates J, Adams A, Stafford G. *Atención a los ancianos y cuidados posteriores. Tratamiento odontológico del paciente geriátrico*. México DF: El Manual moderno; 1996.

Castellanos J L. *Medicina en Odontología*. México DF: El Manual Moderno; 2002.

Cuenca E, Manau Y. *Manual de odontología preventiva y comunitaria*. México DF: Masson; 1990.

Curtís H. *Biología*. Buenos Aires: Médica-Panamericana; 1994.

Fichman JC, Luberti R. *El diagnóstico en clínica Estomatológica*. Bogotá: Panamericana; 2007.

Gallan M. *Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente*. Madrid: Thomson 7 Paraninfo; 2006.

Grispan D. *Enfermedades de la Boca*. Mundi; 1983.

Jáuregui CA, Suárez P. *Promoción y prevención de la Enfermedad – “Enfoque Familiar”*. Bogotá: Médica Panamericana; 2008.

Mandel I. *Servicios de prevención dental para el anciano*. Clínicas odontológicas de Norteamérica; 1989.

Mesa Redonda. *Gerodontología, estado actual y perspectivas de futuro*. Valencia: Promolibro; 1997.

Menéndez M, Flores E. *Odontología Integral Actualizada*. São Paulo: Artes Médicas Ltda; 2006.

Newbrun E. *Cariología*. México DF: Limusa; 1984.

Nibiforuwk G. *Caries Dental*. Mundi; 1986.

OPS. *Programa de Educación no Convencional*. Publicación 1998

Velasco E. Subirà Pifarré C. Caballero J. *El Manual de la Odontología*. Barcelona: Masson; 2007.