



**Abordaje integral
de la salud
en personas
mayores**
Salud bucodental



Ministerio de Salud
Argentina

*primero
la gente*

Abordaje integral de la salud en personas mayores

Salud bucodental



Ministerio de Salud
Argentina

**primero
la gente**

Autoridades

Presidente de la Nación

Dr. Alberto Fernández

Ministra de Salud

Dra. Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Dra. Sandra Marcela Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias

Dr. Juan Manuel Castellí

Director Nacional de Abordaje por Curso de Vida

Dr. Marcelo Daniel Bellone

Directora de Personas Adultas y Mayores

Dra. Adriana Elizabeth Capuano

EQUIPO DE REDACCIÓN

Equipo de Redacción: Dra. Adriana Capuano, Dra. María Belén Cesar Gallardo, Dra. Norma Isabel Plcaso.

REVISIÓN Y COLABORACIÓN

Dirección de Salud Bucodental: Dra. Claudia Martinelli, Dra. Andrea Fabiana Petrone.

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Carolina Berdiñas y Candela Goldschmidt

Índice

- 7. Introducción
- 10. Epidemiología
- 12. Cavidad Bucal y Envejecimiento Biológico
- 11. Bibliografía

Parte 1

Salud bucodental

¿De qué hablamos al referirnos a la salud Bucodental?

¿Cuáles son Patologías bucodentales más prevalentes?

Parte 2

Cuidados Generales

Cuidados Generales a tener en cuenta en personas mayores de 60 años.

¿Cómo realizar un autocuidado bucodental adecuado?

Parte 3

Equipos de salud

Orientación para el equipo de salud del PNA en el cuidado bucodental de las personas adultas con cardiopatías.

Introducción

El aumento de la población de personas mayores es un fenómeno mundial, que se da rápidamente en los países de América Latina y el Caribe. Las personas mayores tienen características particulares asociadas a su cuidado, que requieren una respuesta de los sistemas de salud. El entrenamiento de los equipos de salud ante el crecimiento poblacional es fundamental para el desarrollo de habilidades necesarias para la adecuada atención a las personas mayores en la República Argentina, y también para fortalecer los sistemas de salud.

Ya no sólo basta tener un indicador como el aumento de la esperanza de vida de la población. Es también momento de actuar respecto a cómo serán las trayectorias de esas personas que viven en este territorio. Ante una población que envejece, el bienestar integral debe ser un horizonte prioritario para las políticas públicas. Para cumplir este objetivo, una de las dimensiones involucradas es la salud bucal, que condiciona una alimentación adecuada y las relaciones sociales que se entablan con otras personas.

Este instrumento constituye una aproximación a esta dimensión de la salud de las personas mayores, que busca y propone que ésta debe tener un lugar preponderante en la sociedad desde las políticas públicas, tanto desde la atención de salud y el acompañamiento, como desde la educación para la promoción y prevención.

Con el mismo se pretende convocar a quienes toman decisiones, al equipo de salud local, a las personas mayores, a las personas cuidadoras y entorno cercano, así como a la sociedad civil en su conjunto, a visibilizar y actuar para no dejar de lado una de las piezas clave para el desarrollo integral de toda persona: su salud bucal.

Que el equipo de salud del primer nivel de atención esté sensibilizado con el reto que supone el envejecimiento para los servicios de salud, consciente del nivel de su competencia en el tema, comprometido con la oportunidad de brindar mejor atención de calidad a las personas mayores.

Dirigido a agentes del Equipo de Salud Local que están en contacto con la comunidad y que son la puerta de entrada para quienes demandan salud bucal, incluyendo a las personas mayores.

Es en el Primer Nivel de Atención, donde se encuentra el reto más importante y la mayor posibilidad de alcanzar un impacto en la salud de las personas mayores, por ello, la revisión cotidiana de la cavidad bucal en el Equipo de Salud de APS es una medida eficaz y de bajo costo, que no debe ser exclusiva del profesional de odontología.

Mediante la revisión de la cavidad bucal es posible la detección oportuna de padecimientos odontológicos y sistémicos ya que esta es una ventana clínica que nos aporta información valiosa sobre alteraciones hematológicas, metabólicas, inmunológicas, ortopédicas, procesos infecciosos, uso crónico de fármacos, deficiencias nutricionales, entre otras.

La atención en personas mayores tiene gran relevancia en la prevención y atención de la salud general, por ser un grupo poblacional donde coinciden la polipatología y la polifarmacia que deben ser motivo de intervención temprana en estos pacientes y de la importancia de fomentar una estrecha relación entre los integrantes del Equipo de Salud de APS, con el propósito de mantener una adecuada referencia y contrarreferencia de los pacientes. Es importante que conozcan el proceso de envejecimiento, diferenciarlo de patologías bucales comunes en este grupo de edad, además de las medidas de prevención y autocuidado que coadyuven a mantener y/o mejorarla salud de las personas mayores.

Este documento pretende ser una guía de consulta para que el equipo de salud de primer contacto pueda adquirir una serie de conocimientos sobre la prevención y atención de patología común que les permita hacer la identificación temprana y oportuna de entidades nosológicas comunes en las personas mayores, así como la toma de decisiones sobre el abordaje terapéutico o la referencia oportuna del paciente.

Así, como también adquirir nuevas competencias vinculadas al reto que otorga el envejecimiento interpretando la evaluación centrada en la función como una prioridad de su práctica clínica reconociendo los criterios básicos en la toma de decisiones e identificar las acciones y recursos formales e informales para optimizar los cuidados en la salud bucal de la persona mayor con enfoque de promoción y prevención teniendo como eje fundamental la preservación de la independencia y la autonomía desde la perspectiva de curso de vida.

De esta manera, profesionales, agentes/promotores de salud, las personas mayores, sus familias y toda la comunidad, tienen una gran oportunidad, pero también un gran desafío mejorando las percepciones, actitudes y habilidades para el cuidado de las personas mayores en el marco de un sistema de salud liderado por la Atención Primaria.

Dirección de Personas Adultas y Mayores

Epidemiología

En los últimos años, hay un aumento porcentual de la población de 60 años y más a nivel mundial, siendo los grupos de mayor edad los que más crecen proporcionalmente. A pesar de que estos cambios demográficos tuvieron su momento más dramático en la última parte del siglo XX y durante la primera parte del siglo XXI, se espera que la tendencia continúe e incluso se incremente en el futuro.

Según estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud en el año 2002 existían en el mundo 600 millones de personas mayores de esa edad, cifra que se duplicaría en el año 2025 y para el 2050 podrían llegar a los 2 billones de personas, la mayoría de ellos viviendo en países en desarrollo¹. La Convención de los Derechos Humanos de las Personas Mayores del año 2015 ratificado en Argentina en el año 2017 define a la persona mayor: “aquella de 60 o más años, la persona mayor como sujeto de derecho y entiende la vejez” “como la construcción social de la última etapa del curso de vida” y al envejecimiento como un “proceso gradual”. América Latina, igualmente, se encuentra en medio de esta transformación demográfica de largo alcance. La Argentina no es ajena a estos fenómenos, al igual que la región viene atravesando una transición epidemiológica, con baja mortalidad bruta, disminución de la fecundidad y elevada esperanza de vida con lo cual nos encontramos ante una sociedad envejecida donde según proyecciones del 2022, del Censo del 2010: la cantidad de personas mayores de 60 es de 7.429.972 (16% del total de la población) y de personas mayores de 75 años (en adelante) es de 2.358.514 (5%)². Esta situación nos pone frente a un abordaje diferente, a una atención de la persona mayor con un enfoque por curso de vida y centrada en la persona.

Cavidad bucal y envejecimiento



Las personas mayores, requieren un abordaje integral que considere los aspectos bio-sico-sociales. Ha persistido el mito de considerar natural llegar edéntulo a la vejez. Y no se ha generado una cultura de prevención y autocuidado de la salud bucodental. Es mejor invertir en ello que en la atención de los daños y rehabilitación, ya que con prevención y autocuidado podemos y debemos conservar la salud bucodental toda la vida.

La pérdida de la salud bucal, es una consecuencia y reflejo de factores que intervinieron durante toda la vida, es decir la historia familiar, socioeconómica y cultural, agregándole los cambios propios del envejecimiento.

Las personas mayores presentan una gran variedad de problemas bucales tales como caries, enfermedad periodontal, pérdida dentaria, prótesis dentales no funcionales, lesiones en la mucosa oral y xerostomía, entre otros. Estos problemas, a su vez, pueden impactar fuertemente en su calidad de vida. A modo de ejemplo, la pérdida de dientes o la presencia de lesiones de caries extensas y dolorosas pueden afectar el estado nutricional de una persona mayor, toda vez que el trastorno bucal llevará a que seleccione alimentos blandos, usualmente de bajo valor nutritivo. Aspectos de la esfera psicosocial también pueden ser afectados por problemas bucales, dado que limitan la capacidad de hablar, sonreír y socializar³. En otros ámbitos, se ha descrito una asociación entre la salud bucal y varias enfermedades sistémicas debido a factores de riesgos comunes, como es el caso de la diabetes mellitus⁴, las enfermedades cardiovasculares⁵ y respiratorias⁶, todas patologías de alta prevalencia en la población mayor. Además, las enfermedades crónicas limitan la tolerancia de las personas mayores a los procedimientos dentales o disminuyen su capacidad neuromuscular para adaptarse a los tratamientos rehabilitadores protésicos.

Por otro lado, la prolongación de los años de vida produce una disminución de la capacidad intrínseca, por lo que se deben proponer nuevas metas, para lo que es necesario adquirir nuevas competencias, de los equipos de salud, personas cuidadoras, y de las propias personas mayores, puesto que la prolongación de la vida significa enfrentar nuevas discapacidades, a la aparición de enfermedades degenerativas, y como profesionales de la salud se deberá tratar de mantener su independencia y autonomía decisoria.

Respecto a la salud bucal, conforme pasan los años aparecen cambios fisiológicos y patológicos, que son necesarios tenerlos en cuenta porque la prolongación de la vida hace que ciertos cambios se cronifiquen, y necesiten una atención diferente al resto, por otro lado no debemos descuidar que toda disfunción en el aparato estomatognático significa deterioro y disfunción, por ejemplo, el edentulismo causa una masticación deficiente, y de allí en más todo lo que sigue en el proceso digestivo se ve alterado.

En la actualidad se sabe, sin embargo, que es posible mantener la buena salud bucodental hasta edad avanzada y que las piezas dentarias no se pierden a causa del envejecimiento, sino debido a enfermedades bucodentales asociadas con diversos factores de riesgo: trastornos sistémicos crónicos que comienzan a edad temprana; estilos de vida malsanos; iatrogenias repetidas y un mal estado nutricional. La articulación temporomandibular tiende a sufrir una serie de anormalidades cuya relación con la vejez aún no ha quedado establecida. Las alteraciones del flujo salival muchas veces son efecto secundario de ciertos medicamentos y no una consecuencia fisiológica del envejecimiento.

Hay en este grupo etario predominio de enfermedades crónicas, que deben ser atendidas siempre en conjunto con el equipo odontológico, como las enfermedades cardíacas, el cáncer, la diabetes, las enfermedades mentales entre otras, que traen repercusiones en el organismo que un estado bucal deficiente profundiza y complica a estas patologías, los focos sépticos que asientan en la cavidad bucal se diseminan en el organismo y podrían producir afecciones en uno o varios órganos, por ejemplo las endocarditis bacteriana ante la presencia de focos sépticos bucales, acompañados, de deficiencia inmunológica, o presencia de una enfermedad preexistente. Así como también en infecciones asociadas a prótesis de cadera a partir de un foco séptico bucal, entre otros.

Otra situación que sucede a menudo y que se debe PREVENIR son los tratamientos odontológicos URGENTES demandados por especialidades médicas oncológicas, neurológicas, y otras que requieran realizar prácticas invasivas como cirugías, diálisis, radioterapia entre otras, para lo cual necesitan eliminar totalmente los focos sépticos bucales para evitar complicaciones en las intervenciones. Aquí es donde se debe enfatizar en la importancia que cobran las patologías bucales en el proceso salud enfermedad de las personas, por lo que no deben ser MINIMIZADAS, u OLVIDADAS a la hora de planificar una atención integral e integrada centrada en la persona. Dejar de lado o en última instancia el control odontológico, la detección precoz y el tratamiento oportuno de lesiones bucales trae aparejadas problemáticas invisibilizadas, que ocurren con mayor frecuencia de la que se evidencia. Los requerimientos médicos al equipo odontológico previos a las intervenciones anteriormente citadas no se pueden cumplir con una planificación previa donde se contemplen los tiempos biológicos de recuperación de los tejidos bucales que permitan realizar prácticas invasivas con el menor riesgo posible por parte de focos sépticos bucales. Así es como no todas las indicaciones médicas pueden resolverse en los tiempos requeridos y aquí es donde comienza la espera y el peregrinaje de la persona buscando profesionales que resuelvan la problemática en tiempo récord, donde es imposible no solo por la disponibilidad y programación de turnos, sino por los tiempos necesarios para realizar intervenciones previas al tratamiento odontológico, como el caso de planificar extracciones dentales en pacientes dializados, anticoagulados u otros coordinando con el profesional médico tratante, de no ser así, devienen atrasos en los tratamientos o a veces la realización en condiciones no óptimas, si nos ponemos a pensar en esta situación, es TOTALMENTE EVITABLE por ello y muchos otros motivos.

La OMS nos habla del componente bucal de la salud, como otro que impacta en la salud general, así es como hablamos del abordaje centrado en la persona mayor que debe ser integral e integrado, personalizado e interdisciplinario.

Actualmente, la mayoría de las personas mayores en los países industrializados conservan más dientes naturales. Esto, debido entre otras razones a las mejoras en el acceso y condiciones sanitarias, al impacto del uso de los fluoruros y al desarrollo de una odontología más conservadora. La población mayor

actual, a diferencia de sus predecesores, tiene mayor conocimiento y expectativas más altas. En ese sentido, uno de los aspectos más destacados es que las personas mayores que permanecen funcionalmente independientes buscan atención dental al igual que las personas más jóvenes dentadas.

Si bien es cierto que los problemas bucales en este grupo etario son más complejos, la solución radical, basada en la extracción dentaria y una prótesis completa, ya no satisface las necesidades para estas personas que demandan la conservación de su remanente biológico. El conservar los dientes naturales, un objetivo altamente deseable, implica al mismo tiempo mayor riesgo de padecer las enfermedades bucales más prevalentes como caries en la corona y raíces de los dientes y enfermedad periodontal.

El mayor riesgo se debe principalmente a cambios patológicos relacionados con la edad, como la recesión gingival y modificaciones en el microambiente bucal, los que se asocian, a su vez, a cambios en el biofilm microbiano que se deposita sobre los dientes, el cual muchas veces es difícil de eliminar de la superficie dentaria. Así también, otra situación a considerar es el efecto que tienen los fármacos utilizados para el tratamiento de las enfermedades crónicas, muchos de los cuales tienen propiedades anticolinérgicas, produciendo hipofunción salival o xerostomía en aproximadamente 30% de la población mayor⁷. Una disminución en la calidad y cantidad de saliva provoca alteraciones en la masticación, degustación y deglución, incluso para el uso confortable de las prótesis dentales removibles. Debido a que la mayoría de las personas mayores utiliza este tipo de aparatos, también tienen mayor riesgo de presentar lesiones de la mucosa bucal asociadas a las prótesis. Por su parte, una prótesis mal ajustada o defectuosa repercute en patrones de alimentación y nutrición inadecuados, como así también lesiones en la mucosa y carrillos por la movilidad de la prótesis, estas son a veces precancerosas como la hiperplasia hipertrófica.

Así, las personas mayores médicamente comprometidas con algún grado de dependencia funcional, ven limitado su acceso a la atención odontológica debido a barreras de tipo médico, socio-económico, psicológico, geográfico y educacional y en ese escenario la salud bucal puede impactar aún más en su salud general. La evidencia ha mostrado que una mala higiene bucal y la pérdida dentaria puede aumentar la morbilidad e incluso la mortalidad en personas mayores frágiles.

La percepción de la salud oral está en relación a la satisfacción personal, una boca saludable contribuirá al sujeto a sentirse bien contribuyendo a su satisfacción y felicidad, brindando de este modo óptimas condiciones de vida en sus últimos años⁸.

El Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI), es una herramienta que permite detectar los requerimientos de cuidados del paciente y medir la auto percepción de salud oral debido a su fácil aplicación, fue desarrollado en 1990 por Atchison y Dolan, consta de 12 preguntas divididas en tres dimensiones que evalúan el efecto de las condiciones orales en la satisfacción del paciente y la autoestima, así como la socialización⁹.

Índice de Valoración de Salud Oral en Geriatria, GOHAI (Geriatric/ General Oral Health Assessment Index¹⁰)

El Índice de Valoración de Salud Oral en Geriatria (Geriatric Oral Health Assessment Index, GOAHI), evalúa la función física (comer, tragar, hablar), la función psicosocial (preocupación acerca de la salud oral, autoimagen, conciencia de la salud y limitación de los contactos sociales por causa de problemas orales) y el dolor asociado a los problemas bucodentales que, a nivel comunitario aporta información epidemiológica valiosa y, a nivel individual, tiene funciones de screening. (TABLA 1).

El GOAH, descrito por Atchison y Dolan en 1990, está basado en tres supuestos:

- la salud bucodental puede ser medida utilizando la autoevaluación ;
- los niveles de salud bucodental varían entre las personas, y esta variación puede demostrarse utilizando una medición basada en la auto percepción de la persona;
- la auto percepción ha sido identificada como predictora de la salud bucodental.

El GOHAI consiste en un cuestionario de 12 ítems con respuesta tipo Likert que evalúa los problemas relacionados con la salud bucodental en los últimos tres meses. La versión del GOHAI en español y validada en población geriátrica mexicana, consta de 12 ítems (dos ítems positivos y diez ítems negativos) con respuesta tipo Likert y valores que van del uno al cinco: siempre (1); frecuentemente (2); algunas veces (3); rara vez (4); nunca (5). Los ítems 3 y 4 tienen valores inversos al resto de los ítems, conversión que se realiza al momento del análisis. Se evalúan los problemas relacionados con la salud bucodental en los últimos tres meses. Los ítems 1, 2, 3 y 4 evalúan la función física que influye en el comer, hablar y deglutir. Los ítems 6, 7, 9, 10 y 11 evalúan la función psicosocial, incluyendo preocupación por la salud bucodental, insatisfacción con la apariencia, autoconciencia acerca de la salud bucodental y dificultad en el contacto social debido a problemas bucodentales. Los ítems 5, 8 y 12 evalúan dolor e incomodidad, incluyendo el uso de medicamentos para aliviar el dolor en la cavidad bucodental. El GOHAI se construye a través de la sumatoria simple de las respuestas para cada sujeto, dando un rango entre 12 y 60 puntos; el valor más alto indica la mejor auto percepción de la salud bucodental.

TABLA 1: Índice de Valoración de Salud Oral en Geriatría,
GOHAI (Geriatric/ General Oral Health Assesment Index)

N	Pregunta: En los tres Últimos meses...	S	F	AV	RV	N
1	¿Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o de su dentadura?	1	2	3	4	5
2	¿Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas como la carne o las manzanas?	1	2	3	4	5
3	¿Cuántas veces ha tragado usted bien?	1	2	3	4	5
4	¿Cuántas veces no ha podido usted hablar bien por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
5	¿Cuántas veces no ha podido comer las cosas que usted quería sin tener ninguna molestia?	1	2	3	4	5
6	¿Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con la gente por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
7	¿Cuando usted se mira al espejo, cuántas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o su dentadura?	1	2	3	4	5
8	¿Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca?	1	2	3	4	5
9	¿Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?	1	2	3	4	5
10	¿Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o de su dentadura?	1	2	3	4	5
11	¿Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
12	¿Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por el frío, el calor o las cosas dulces?	1	2	3	4	5

S= siempre (1); F= frecuentemente (2); AV= algunas veces (3); RV= rara vez (4); N= nunca (5). Los ítems 3 y 7 tienen una valoración inversa al resto de los ítems (siempre= 5; frecuentemente= 4; algunas veces= 3; rara vez= 2; nunca= 1), conversión que se realiza al momento del análisis. La puntuación mínima total son 12 puntos (un punto por cada uno de los ítems) y la máxima son 60 puntos (cinco puntos por cada ítem).

Parte 1

Salud bucodental

De qué hablamos al referirnos a la salud bucodental

La salud bucodental es un indicador clave de la salud general, el bienestar y la calidad de vida en general. La mayoría de patologías bucales y enfermedades no transmisibles están íntimamente vinculadas y comparten factores de riesgo comunes, como una dieta poco saludable, nutrición deficiente, consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol, por lo tanto la intervención contra enfermedades bucodentales y enfermedades no transmisibles debe integrarse¹¹.

Muchas enfermedades sistémicas incrementan el riesgo de enfermedades bucodentales, como el incremento de riesgo de enfermedades periodontales en pacientes. Como así también se debe considerar que la cavidad bucal es un nicho de gran cantidad de flora microbiana que impacta seriamente en el estado de salud general de pacientes inmunodeprimidos, con comorbilidades como diabetes, patologías cardiovasculares, cáncer, entre otros.

Los problemas bucales se pueden definir como toda aquella alteración de cualquier órgano o tejido, blando o duro, dentro de la cavidad bucal como labios, carrillos, piso de boca, lengua, encía, paladar, istmo de las fauces y dientes o los de su contorno como la zona perilabial, los músculos de la masticación, el hueso hioides, articulación temporomandibular, la cara y el cuello. Cualquier alteración puede afectar la nutrición, la comunicación, la expresión causando molestias o dolor, afectando la calidad de vida de las personas, tanto el bienestar físico como psicosocial.

La salud bucodental y la salud general están íntimamente relacionadas y deben ser consideradas de manera integral.

La salud bucodental es una parte muy importante de la salud general: tener la boca, los dientes y las encías sanas son aspectos claves para una vida saludable. Comprende la capacidad de morder, masticar, sonreír, hablar, comunicar y transmitir emociones a través de las expresiones faciales con confianza, sin dolor, incomodidad ni enfermedad craneofacial.

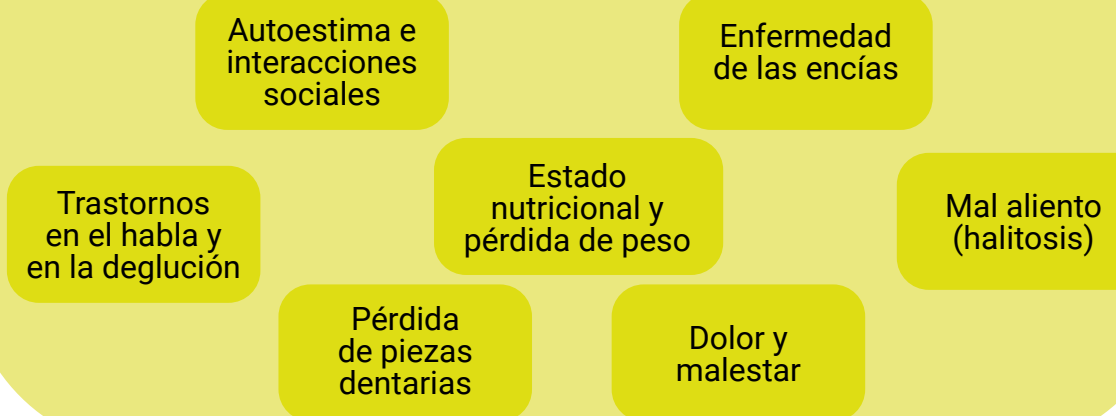
Para tener una buena salud bucodental es muy importante seguir hábitos de higiene desde temprana edad y realizar visitas odontológicas con regularidad de acuerdo a cada etapa de la vida.

La boca refleja el estado de salud general de una persona y puede dar cuenta de deficiencias nutricionales o síntomas de otros problemas de salud (trastornos alimenticios, malnutrición, consumo de sustancias que afectan la salud general y de la boca).

Existe un vínculo estrecho entre la salud bucodental y las enfermedades no transmisibles (ENTs). Las enfermedades bucodentales son un factor de riesgo para desarrollar ENTs como diabetes, enfermedades cardíacas, respiratorias y algunos cánceres.

Además, las condiciones generales de salud de una persona pueden aumentar el riesgo de tener problemas de salud bucal.

Una mala salud oral afecta a la calidad de vida de las personas mayores produciendo:



¿Cuáles son Patologías bucodentales más prevalentes?

Caries

Es una enfermedad multifactorial, es decir, que se produce por la confluencia de varios factores: **la placa bacteriana**, que se pega en la superficie del diente, **los hidratos de carbono** de los alimentos que ingerimos y el tiempo que tienen **las bacterias** que forman la placa bacteriana para utilizar los hidratos de carbono y producir ácidos que comienzan a destruir el esmalte dental.

Actualmente, las caries dentales se hacen más recurrente en las poblaciones de adultos mayores^{12,13}, debido a que estos tienen un perfil diferente al de las generaciones que les precedieron, y al mantener su propia dentadura durante más tiempo, la prevalencia de caries se incrementa: la incidencia de caries de la raíz en personas mayores de 60 años es casi el doble de la reportada en adultos en su tercera década de vida; el 64% de las personas mayores de 80 años presentan caries radicular y más del 96% presentan lesiones de la corona^{14,15}.

Una correcta higiene dental acompañada de una dieta equilibrada, baja en azúcares, evita la formación de caries.

Gingivitis

Es la **inflamación de las encías que causa sangrado, enrojecimiento, dolor e inflamación**. Este es un proceso reversible con una adecuada higiene bucal

Generalmente se debe a la presencia de placa bacteriana producto de una mala higiene dental.

Es importante llevar una buena higiene para evitar este problema.

Si la gingivitis no se trata puede causar periodontitis.

Periodontitis

Es una enfermedad inflamatoria crónica. Afecta a las encías y al hueso alveolar, que es el hueso de los maxilares que sostiene los dientes.

Cuando no es tratada, los dientes y muelas comienzan a moverse y pueden terminar perdiéndose.

La periodontitis puede prevenirse. Cepillarse los dientes por lo menos dos veces al día, usar hilo dental diariamente y realizar consultas odontológicas reducen las posibilidades de desarrollarla.

Estudios epidemiológicos han demostrado la elevada prevalencia de las enfermedades gingivo periodontales, cercana al 100% para la gingivitis y con un amplio rango entre 5 a 40% para periodontitis (Brown, 1990) variando según la edad, los países estudiados y el índice utilizado.

Las razones por las cuales es importante prevenir y controlar las enfermedades periodontales incluyen: aumentar la longevidad de los dientes, eliminar el sangrado gingival, reducir la halitosis, mantener una óptima masticación y prevenir que se afecte la salud general ya que se ha encontrado que es un factor de riesgo para problemas cardiovasculares, parto prematuro, diabetes (Williams & Offenbacher, 2000), por ende mejorar la calidad de vida de la población.

El Estudio Epidemiológico Nacional sobre Diagnóstico de la Necesidad de Tratamiento Periodontal en Adultos de la República Argentina realizado por la Sociedad Argentina de Periodontología (Seccional A.O.A.) y la Confederación Odontológica de la República Argentina (Departamento de Educación para la Salud), llegó a las siguientes conclusiones:

- A nivel nacional el 96,8% de los pacientes mayores de 18 años, requieren alguna forma de atención periodontal. Estos resultados concuerdan con 137 trabajos de 74 países registrados en la base de Datos de la OMS.
- Los resultados confirman que en Argentina, el 17,3% de los pacientes adultos requiere instrucción en técnicas de higiene bucal como única terapia (TR 1), un 65,2% necesitan higiene bucal y raspaje subgingival (TR2) y el 14,4% diagnóstico más exhaustivo y posiblemente tratamiento de mayor complejidad (TR 3).
- Con respecto a los grupos etáreos, los grupos de mayor edad presentaron mayor porcentaje de personas con bolsas mayores a 5,5 mm (valores 4 del índice), (24 % vs 6.2%) y menor porcentaje salud o con bolsas menores a 3.5 con sangrado (valores 0 y 1 del índice), (9,1% vs 25,1%) siendo esta diferencia estadísticamente significativa.
- Por otra parte, el mayor porcentaje de sextantes con valor 4 se halló en el grupo de más de 40

años. Esto concuerda con otras publicaciones confirmando que a mayor edad se requiere una mayor complejidad de tratamiento.

- El grupo de pacientes sin hábitos de higiene bucal, cepillado con técnica y uso del hilo dental presentó con mayor frecuencia bolsas mayores a 3.5 mm (valores 3 y 4 del índice).
- Sólo el 12% de los individuos consultaron por sangrado de encías mientras que presentaron sangrado cerca del 90%, esto indica que el sangrado no es considerado un motivo para solicitar tratamiento odontológico, lo que evidencia la importancia de implementar tanto a nivel comunitario como individual, acciones específicas que fomenten la adquisición de hábitos de higiene y de los conocimientos de auto-cuidado necesarios para lograr la prevención de las enfermedades periodontales.
- Es fundamental el papel que desempeñaron conjuntamente las instituciones y el sector empresarial, trabajando mancomunadamente en la obtención de datos epidemiológicos que permitieron comprobar específicamente el grado de necesidad de tratamiento periodontal de los Adultos de la República Argentina.

Edentulismo

Es la ausencia de piezas dentarias. Existen dos tipos: el edentulismo parcial cuando faltan múltiples dientes y el edentulismo total cuando se presenta ausencia completa de estos. Ambos son trastornos muy extendidos y afectan especialmente a las personas mayores.

El edentulismo parcial o total representa una situación de inferioridad de condiciones en las relaciones vinculares de las personas que lo padecen. Las acciones más comunes como hablar o sonreír (estética y fonación) se ven condicionadas por un evento que avergüenza y genera desagrado y prejuicios en las demás personas, ya que se relaciona la ausencia de piezas dentarias con “descuido” por la imagen e higiene personal y con baja condición socioeconómica y educativa. Una de las funciones de los dientes es el soporte de los tejidos blandos oro faciales. La falta parcial o total de piezas dentarias se traduce en cambios estéticos en el rostro como hundimiento de carrillos, retracción labial, acortamiento de la distancia entre la espina nasal y el mentón, y otros cambios como ensanchamiento lingual, avejentando el aspecto normal de la persona y desfigurando la facie normal. La ausencia de piezas dentarias parcial o total influye en la masticación y por lo tanto en la digestión y la nutrición. “Las personas edéntulas suelen ir eliminando de la dieta las frutas, las hortalizas y la carne es de-cir los alimentos con un mayor

cantidad de vitaminas, proteínas y minerales”^{16 17 18 19 20}

La primer causa de edentulismo es la caries;

la segunda es la enfermedad periodontal,

que además es un reconocido factor de riesgo de enfermedades cardio y cerebro vasculares^{21 22}, parto prematuro^{23 24}, bajo peso al nacer²⁵ en hijos de madres con periodontitis no controlada.

Índice tomado sobre 19.775 casos del segundo semestre del 2021 y primer semestre del 2022

Fuente: SIRGe (Sistema Integral de Reporte de Gestión- Programa SUMAR)



Cáncer bucal

Es una enfermedad altamente invasiva, puede afectar labios, lengua, cara interna de las mejillas, paladar, piso de boca, glándulas salivales y maxilares.

El consumo de tabaco y alcohol son dos de las principales causas de cáncer oral.

La infección por virus del papiloma humano (VPH) que se transmite por contacto sexual también está asociado a los cánceres orales.

Solamente un 30% de los cánceres orales y faríngeos se identifican en etapas tempranas, y un 50% se diagnostica en estados avanzados de metástasis²⁶.

Principales factores de riesgo

- **VPH**
- **Exposición a rayos UV**
- **Factores traumáticos crónicos o repetidos**
- **El tabaco y el alcohol son dos de los factores más importantes, incluso usados conjuntamente**
- **Factores medioambientales e infecciosos**

Algunas cifras:

- Cada año se diagnostican 3.000 nuevos casos de cáncer bucal.
- El 30% de los pacientes manifestó no haber tenido ningún síntoma antes del diagnóstico.
- El 50% de los casos fue diagnosticado entre 4 y 9 meses después de su aparición.
- El abuso del alcohol y tabaco se relaciona con el 75% de los tumores bucales

Algunos Signos y Síntomas a tener en cuenta:

- Cambio de coloración en las mucosas
- Vegetaciones, (similar a una verruga)
- Ulceraciones y lesiones que sangran con facilidad y no cicatrizan en 15 días
- Sensación de adormecimiento en alguna zona de la cavidad bucal
- Dientes roto o prótesis que lastimen

El examen bucal es muy fácil y permite un diagnóstico temprano. La consulta al odontólogo es fundamental. Si el tumor es pequeño aumenta la probabilidad de curación cerca del 90%.

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/prevencion-del-cancer-bucal>



Xerostomía

Es una disminución en el flujo salival. Las personas lo manifiestan con la sensación de boca seca, en la mayoría de los casos es una consecuencia de enfermedades sistémicas como Síndrome de Sjogren, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Fibrosis Quística, SIDA, etc; de hábitos como el tabaquismo y alcoholismo; efectos secundarios a tratamientos de radioterapia o farmacológicos. Los fármacos que tienen como efecto secundario la aparición de xerostomía son: antidepresivos (Amitriptilina, Nortroptilina, Clomipramina, Imipramina, Clorpromacina, Doxepina); antipsicóticos (Lorazepam); antihipertensivos (Clonidina); anticolinérgicos (Atropina, Escopolamina, Propantelina, Cimetidina y Ranitidina); antihistamínicos; Difenilhidramina ^{27 28 29}.

Los síntomas más frecuentes son:

Sed, boca seca, dificultades en la realización de las funciones bucales, disfagia, problemas en el habla, dificultad para portar prótesis, incomodidad nocturna, infecciones orofaríngeas, ardor orofaríngeo, acumulación de mucus, retención de comida en la boca, acumulación de placa, cambios en la flora bucal, alteraciones en el gusto.

Las complicaciones de la xerostomía:

El tener una boca seca, impacta en la calidad de vida de las personas afectando la comodidad con que una persona puede comer, hablar, tragar, masticar y sonreír. Dentro de las complicaciones se encuentra la aparición de caries dentales, de candidiasis o dificultades para el uso de las prótesis dentales.

Autocuidados que se recomienda en pacientes con xerostomía:

Visitas periódicas al odontólogo; utilización de pastas dentales fluoradas; evitar alimentos con azúcares, picantes, astringentes, muy calientes y fríos; eliminar tabaco y alcohol; utilizar saliva artificial. Se sugiere tomar constantes sorbos de agua a lo largo del día, y durante las comidas para facilitar la deglución.

Utilizar estimulantes de saliva: cítricos, caramelos o chicles sin azúcar.

Mantener limpias las prótesis removibles evitando su uso durante la noche.

Parte 2

Cuidados generales

Cuidados Generales a tener en cuenta en personas mayores de 60³⁰

- Para tener una boca sana es importante realizar una correcta higiene, llevar una alimentación y hábitos saludables y realizar una **consulta odontológica dos veces por año**.
- **Cepillarse los dientes durante dos minutos**, al menos dos veces al día, usando cepillo y pasta dental con flúor e hilo dental, al menos una vez al día después del cepillado.
- **Cambiar el cepillo dental cada 3 meses**, cuando se observa que las cerdas comienzan a abrirse o deteriorarse. El uso del cepillo es individual, no debe compartirse con otras personas.
- Ante los siguientes **síntomas o signos de alerta**, realizar una consulta odontológica: dolor al consumir bebidas o comidas frías o calientes, sangrado de las encías, movilidad, cambio de color o posición de las piezas dentarias.
- Es importante **revisar la lengua, la cara interna de las mejillas, el paladar y el piso de la boca**. Si hay lesiones que perduran largo tiempo o que no cicatrizan (mancha, un aumento de tamaño, dificultad de mover la lengua, una úlcera, sensación de hormigueo,



adormecimiento y ardor) se debe consultar de inmediato a la/el odontóloga/o.

- Si una persona percibe que aprieta o rechina los dientes, puede que se trate de **bruxismo**. Es importante la consulta odontológica ya que los dientes pueden desgastarse, sufrir fisuras o fracturas por esta razón.
- Si las **encías están inflamadas** (rojas, hinchadas o sangran) es señal de que están enfermas. Se debe cambiar la técnica de higiene bucal y realizar una consulta odontológica.
- Es importante comenzar a usar cepillos interdenciales (son pequeños penachos que entran en el espacio interdental).

Autocuidado en el manejo de prótesis dental

- La prótesis dental debe lavarse con un cepillo de uñas y jabón blanco. Una vez por semana, sumergirla en agua con unas gotas de lavandina. Cepillarla todos los días antes de usarla, después de cada comida y antes de acostarse.
- No usar pasta dentífrica para lavar la prótesis ya que puede deteriorarse, desgastar su brillo natural y generarle porosidad.
- Usar la prótesis todos los días para acostumbrarse a ella y quitarla para dormir, para que los tejidos de la boca descansen. Si hay molestias hay que realizar una consulta al/la odontólogo/a.
- Para la higiene bucal, utilizar un cepillo de cerdas suaves.
- En el caso de edentulismo, hay que higienizar la mucosa con delicadeza para retirar restos de alimentos, bacterias y posibles restos de adhesivo. También puede ser de ayuda pasar una gasa húmeda enrollada en el dedo índice por la mucosa oral.

¿Cómo realizar un autocuidado bucodental adecuado?

Se encuentra en el documento de Salud Bucodental de la página del Ministerio de Salud de la Nación.

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-cuidados-de-la-salud-bucodental>



Parte 3

Equipos de salud

Orientación para el equipo de salud del PNA en el cuidado bucodental de las personas adultas con cardiopatías³¹

Se recomienda la profilaxis antibiótica para procedimientos dentales solamente en aquellos pacientes con afecciones cardíacas relacionadas con un riesgo muy alto de presentar consecuencias adversas debido a la endocarditis, entre ellas:

- Válvula cardíaca protésica.
 - Historia previa de endocarditis.
 - Cardiopatía congénita únicamente en las siguientes categorías:
 - Cardiopatía congénita cianótica que no ha sido corregida, que abarca aquellas con derivaciones o conductos paliativos.
 - Cardiopatía congénita corregida por completo con un dispositivo o un material protésico, colocado mediante una cirugía o cateterismo, durante los primeros seis meses posteriores al procedimiento ³².
 - Cardiopatía congénita corregida con un parche protésico o una prótesis (que inhibe la epitelización) con defectos residuales en el sitio o al lado de este.
 - Receptores de trasplantes cardíacos con enfermedad cardíaca valvular.
- Estudios recientes ponen de manifiesto el riesgo de El tras manipulaciones dentales en pacientes con válvula aortica bicúspide y prolapso de válvula mitral pero aún no existe una recomendación especificada por las diferentes guías.

Referencias

- 1 Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005 Apr;33(2):81-92
- 2 Proyección 2022, Censo INDEC. Año 2010.
- 3 Rodrigues HL, Scelza MF, Boaventura GT, Custódio SM, Moreira EA, Oliveira De L. Relation between oral health and nutritional condition in the elderly. *J Appl Oral Sci.* 2012; 20 (1): 38-44.
- 4 Mealey BL, Ocampo GL. Diabetes mellitus and periodontal disease. *Periodontol* 2000. 2007; 44: 127-53.
- 5 Syrjälä AM, Ylöstalo P, Hartikainen S, Sulkava R, Knuutila M. Number of teeth and selected cardiovascular risk factors among elderly people. *Gerodontology* 2010; 27 (3): 189-92.
- 6 Puisieux F, D'Andrea C, Baconnier P, Bui-Dinh D, Castaignes-Pelet S, Crestani B, et al. Swallowing disorders, pneumonia and respiratory tract infectious disease in the elderly.
- 7 Guggenheimer J, Moore PA. Xerostomia: etiology, recognition and treatment. *J Am Dent Assoc* 2003; 134 (1): 61-9; quiz 118-9.
- 8 Jiménez FJ, Esquivel RI, Gonzales AL La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos *Revista ADM* 2003; LX(1):19-24.
- 9 Slade GD. Ed. *Measuring oral health and quality of life.* Chapel Hill: University of North Carolina. 1997.
- 10 • S. Sánchez-García, T. Juárez-Cedillo, H. Reyes-Morales, J. De la Fuente-Hernández, F. Solórzano-Santos, C. García-Peña. State of dentition and its impact on the capacity of elders to perform daily activities *Salud Publica Mex.*, 49 (2007), pp. 173–181
• K. Cohen, J.D. Jago Toward the formulation of socio-dental indicators *Int J Health Serv.*, 6 (1976), pp. 681–687
• S. Sánchez-García, E. Heredia-Ponce, T. Juárez-Cedillo, K. Gallegos-Carrillo, C. Espinel-Bermúdez, J. de la Fuente-Hernández, et al.
• Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and their relationship in the state of dentition of an elderly Mexican population *J Public Health Dent.*, 70 (2010), pp. 300–307 D. Locker, D. Matear, M. Stephens, H. Lawrence, B. Payne Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly *Community Dent Oral Epidemiol.*, 29 (2001), pp. 373–381 |
- 11 WHO. Oral Health and Noncommunicable Diseases [Internet]. [Citado el 8 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health/policy/oral-health-and-noncommunicable-diseases>
- 12 Wasterlain SN, Hillson S, Cunha E. Dental caries in a Portuguese identified skeletal sample from the late 19th and early 20th centuries. *Am J Phys Anthropol.* 2009; 140 (1): 64–79.
- 13 Bagramian RA, García-Godoy F, Volpe AR. The global increase in dental caries. A pending public health crisis. *Am J Dent.* 2009; 22 (1): 3–8.
- 14 Innes N, Evans D. Caries prevention for older people in residential care homes. *Based Dentistry.* 2009;10: 83–7.
- 15 Ellefsen B, Holm-Pedersen P, Morse DE, Schroll M, Andersen BB, Waldemar G. Assessing caries increments in elderly patients with and without dementia: a one year follow-up study. *J Am Dent Assoc.* 2009; 140 (11):

- 1392 – 4000.
- 16 Krall E, Hayes C, Garcia R (1998). How dentition status and masticatory function affect nutrient intake. *J Am Dent Assoc* 129:1261-1269
 - 17 Sheiham A, Steele JG, Marcenos W, Lowe C, Finch S, Bates CJ, et al. (2001) The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *J Dent Res* 80:408-413
 - 18 oshipura KJ, Willett WC, Douglass CW (1996). The impact of edentulousness on food and nutrient intake. *J Am Dent Assoc* 127:459-46
 - 19 Hamada MO, Garrett NR, Roumanas ED, Kapur KK, Freymiller E, Han T (2001). A randomized clinical trial comparing the efficacy of mandibular implant-supported overdentures and conventional dentures in diabetic patients. Part IV: Comparisons of dietary intake. *J Prosthet Dent* 85:53-60
 - 20 Haraldson TU, Karlsson, Carlsson GE (1979). Valoración de eficacia masticatoria y prótesis dentaria. *J Oral Rehabil*;6:41-8
 - 21 Isasti, G. Inflamación y cardiopatía isquémica. En: Isasti G (2009). *Patología periodontal y cardiovascular, su interrelación e implicancias para la salud*. 1ra edición. Ed. Panamericana, Madrid; Pág. 46- 51
 - 22 Feres, Magda Fonte, (2010). Desde la infección focal hasta la medicina periodontal/From focal infection to periodontal medicine. *Rev. Fundación Juan Jo-sé Carraro*; 15: 41-46.
 - 23 Louis J, Muglia MD, Katz M (2010). Article "The Enigma of Spontaneous Preterm Birth" *M.D.N Engl J. Med* ;362:529-535.
 - 24 Uppal A, Uppal S, Pinto A, Dutta M, Shrivatsa S, Dandolu V, Mupparapu M. (2010). The effectiveness of periodontal disease treatment during pregnancy in reducing the risk of experiencing preterm birth and low birth weight: a meta-analysis. *J Am Dent Assoc* 141:1423-34.
 - 25 La Organización Mundial de la Salud (2009). Política de salud oral del municipio de Ibagué, Secretaría de Salud Municipal, Colombia. Disponible en In-ternet www.paho.org/hq/index.php?option=com.
 - 26 https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2020-11/fdi-oral_cancer-prevention_and_patient_management-a4-es.pdf
 - 27 Gonzalez-Moles MA, Morales P, Rodriguez-Archilla A, Isabel IR, Gonzalez-Moles S. Treatment of severe chronic oral erosive lesions with clobetasol propionate in aqueous solution. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002 Mar;93(3):264-70.
 - 28 Zakrzewska JM, Forssell H, Glennly AM. Interventions for the treatment of burning mouth syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, issue 1 Art N°: CD002779.
 - 29 Thomason JM. The use of mandibular implant-retained overdentures improve patient satisfaction and quality of life. *J Evid Based Dent Pract.* Mar;10(1):61-3.
 - 30 <https://www.argentina.gob.ar/salud/bucodental/boca-sana>
 - 31 Cuidado de la salud bucodental en personas con cardiopatías <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/cuidado-de-la-salud-bucodental-en-personas-con-diabetes-mellitus>
 - 32 Se recomienda la profilaxis porque la epitelización del material protésico ocurre dentro de los seis meses posteriores al procedimiento. El comité no recomienda profilaxis para procedimientos dentales más de 6 meses después del procedimiento, y siempre que no exista ningún defecto desde la reparación

argentina.gob.ar/salud
0800.222.1002
Av. 9 de julio 1925. CABA



Ministerio de Salud
Argentina

***primero
la gente***