

EL ODONTÓLOGO

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA PANAMEÑA



Dr. Félix O. Núñez O.

Odontólogo egresado de la
Universidad de Panamá,
Especialista en Docencia Superior
egresado de la Universidad de Panamá,
Maestría en Gerencia de Servicios de
Salud de la UMECIT.

Docente de la Universidad
Latina de Panamá



Raul Villalobos

Estudiante de Odontología
de la Universidad Latina de Panamá

Décimo Semestre

ESTRATEGIAS EN EL MANEJO ODONTOLÓGICO INTEGRAL

PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE GERIÁTRICO CON DEMENCIA

*Strategies in comprehensive dental management
— for the care of geriatric patients with dementia—
Stratégies de prise en charge dentaire complète
— pour les soins des patients gériatriques
atteints de démence —*

**Dr. Félix O. Núñez O.
Raul Villalobos.**

Resumen

La población geriátrica a nivel mundial es un grupo etario que está en constante crecimiento y con ello la población de personas que sufre deterioro cognitivo. La demencia es una de las condiciones más comunes que puede sufrir el ser humano al llegar a este grupo etario. Las personas que padecen demencia pueden presentar distintas alteraciones dependiendo de la etapa en la que se encuentra. Problemáticas en la retención de pensamientos, pérdida significativa de la agilidad mental y pérdida de la capacidad de ejecutar acciones cotidianas son ejemplos de los signos y síntomas que caracterizan a las personas que la padecen. La demencia puede tener orígenes tanto reversibles como irreversibles de los cuales el control o tratamiento juega un papel fundamental en la velocidad de deterioro cognitivo. Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos PubMed, Scielo, Elsevier que incluyó siete artículos revisados. El artículo tiene como objetivo Determinar las estrategias odontológicas

necesarias para mantener una óptima salud bucal en pacientes geriátricos con demencia.

Palabras clave: Geriátría, Demencia, Memoria, Estrategia, Deterioro cognitivo.

Abstract

The geriatric population worldwide is an age group that is constantly growing and with it the population of people who suffer from cognitive impairment. Dementia is one of the most common conditions that humans can suffer from when they reach this age group. People who suffer from dementia can present different alterations depending on the stage in which they are. Problems in the retention of thoughts, significant loss of mental agility and loss of the ability to perform daily actions are examples of the signs and symptoms that characterize people who suffer from it. Dementia can have both reversible and irreversible origins, of which control or treatment plays a fundamental role in the speed of cognitive decline. An exhaustive search was carried out in the PubMed, Scielo, Elsevier databases that included seven reviewed articles. The objective of this article is to determine the dental strategies necessary to maintain optimal oral health in geriatric patients with dementia.

Key words: Geriatrics, Dementia, Memory, Strategy, Cognitive impairment

Resumo

A população geriátrica no mundo é uma faixa etária em constante crescimento e, com ela, a população de pessoas com distúrbios cognitivos. A demência é uma das condições mais comuns que os humanos podem sofrer quando atingem essa faixa etária. Pessoas com demência podem ter alterações diferentes dependendo do estágio em que se encontram. Problemas com retenção de pensamento, perda significativa de agilidade mental e perda da capacidade de realizar ações diárias são exemplos de sinais e sintomas que caracterizam as pessoas que sofrem com isso. A demência pode ter origens reversíveis e irreversíveis, cujo controle ou tratamento desempenha um papel fundamental na taxa de declínio cognitivo. Foi realizada uma busca exaustiva nas bases de dados PubMed, Scielo, Elsevier que incluiu sete artigos revisados. O objetivo deste artigo é determinar as estratégias odontológicas necessárias para manter a saúde bucal ideal em pacientes geriátricos com demência.

Palavras-chave: Geriatria, Demência, Memória, Estratégia, Comprometimento cognitivo

Introducción

La atención odontológica especializada para los pacientes geriátricos que padecen demencia es un aspecto crítico y en expansión dentro de la medicina y la odontología moderna, el gran incremento poblacional de este grupo etario en los últimos años genera una necesidad en remarcar los aspectos clínicos, éticos y operativos protocolares para mejorar la experiencia de vida y promover una longevidad más sana en la población. Al ser el aumento en la esperanza de vida un fenómeno tan reciente destaca la importancia de repasar la evidencia metodológica más actualizada para garantizar un servicio odontológico eficiente y digno.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos PubMed, Scielo, Elsevier que incluyó siete artículos revisados. El mismo tiene un enfoque cualitativo y descriptivo.

OBJETIVO GENERAL: Determinar las estrategias odontológicas necesarias para mantener una óptima salud bucal en pacientes geriátricos con demencia.

Objetivos específicos:

- ✓ Desglosar un protocolo de manejo de las diferentes situaciones que se pueden presentar en el adulto mayor adaptándose a las necesidades individuales.
- ✓ Examinar los métodos de prevención para responder a los requerimientos dentales de la población geriátrica con demencia
- ✓ Valorar las acciones interdisciplinarias a tomar en cuenta al momento de realizar la atención integral al paciente geriátrico con demencia.
- ✓ Inquirir acerca de las causas más comunes por las que se genera un deterioro

bucal no fisiológico apresurado en el paciente adulto.

MARCO TEÓRICO:

Estrategia de búsqueda

La revisión bibliográfica se restringió a una búsqueda de artículos de los últimos 10 años, es decir el lapso entre el año 2014 y el año 2024. Se usaron los buscadores SCIELO, RESEARCH GATE, PubMed.

DEMENCIA

Definición

La demencia es el término utilizado para describir un grupo de afecciones que destruyen gradualmente la capacidad cognitiva y, con ella, la capacidad de funcionar de forma independiente e interactuar socialmente. Muchas afecciones reversibles e irreversibles causan demencia. La enfermedad de Alzheimer (EA) representa el 50-75% de todos los casos de demencia, mientras que la demencia vascular y la demencia con cuerpos de Lewy representan otro 20% y 10-15% de los casos, respectivamente. La demencia frontotemporal representa menos del 5% de todos los casos. La mayoría de las formas de demencia limitan la vida, son incurables y tienen un impacto negativo en las personas afectadas, sus cuidadores y seres queridos. (2). Tabla #1.

El envejecimiento poblacional, es una realidad que enfrentan la mayoría de los países desarrollados y un reto que empiezan a plantearse los países en desarrollo. Tener una vida más larga, es un logro de la humanidad, pero es también una constante preocupación por las repercusiones demográficas, económicas, laborales, sanitarias y éticas que se plantean. Con los cambios asociados a la edad, la prevalencia de enfermedades crónicas, la polimedición y la

pérdida de autonomía, el objetivo es ahora procurar una vida en condiciones de calidad y bienestar. Dentro de las enfermedades comunes y asociadas a dependencia, en las poblaciones mayores están las demencias. Con las consecuencias que tiene, por el impacto físico, psicológico, social y económico, sobre la calidad de vida de los pacientes, familias y sus cuidadores. El odontólogo tiene un papel fundamental, dentro del equipo multidisciplinario que debe estar a cargo del cuidado y soporte de calidad de vida de estos pacientes. (6).

1. Etiología

Causas reversibles de demencia:

- ✓ Drogas, por ejemplo, el síndrome de Korsakoff debido al exceso de alcohol, especialmente cuando se asocia con mala alimentación y deficiencia de tiamina.
- ✓ Emociones, por ejemplo, depresión, ansiedad.
- ✓ Metabólicas, por ejemplo, anemia perniciosa.
- ✓ Endocrino, por ejemplo, hipotiroidismo e hipertiroidismo.
- ✓ Deficiencia nutricional, por ejemplo, ácido fólico, tiamina, vitamina B12.
- ✓ Tumores y traumatismos cerebrales [por ejemplo, conmoción cerebral, contusión, hematoma subdural.
- ✓ Infecciones, por ejemplo, tuberculosis, sífilis, virus de inmunodeficiencia humana.
- ✓ Arteriosclerosis de los vasos cerebrales, por ejemplo, accidente isquémico transitorio.

Causas irreversibles de demencia, Condición (enfermedad):

- ✓ Parkinson
- ✓ Huntington
- ✓ Alzheimer (Puede ser en la forma fami-

liar de inicio temprano o, más comúnmente, en la forma esporádica de inicio tardío).

- ✓ Infección neural con priones, por ejemplo, enfermedad de Creutzfeldt Jacob, virus por SIDA o bacterias, sífilis terciaria, especialmente cuando se combina con el VIH.
- ✓ Daño vascular traumático, enfermedad vascular y accidente cerebrovascular.
- ✓ Otros daños celulares cerebrales, por ejemplo, enfermedad con cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal y enfermedad de Pick, presión intracerebral.

Demencia en Panamá

Hasta los 5 años, la carga de los trastornos MNSS se debe principalmente a la epilepsia (51%) y el autismo (44%). Entre los 5 y 15 años, la carga de los trastornos de conducta (22%), dolores de cabeza (18%) incluyendo migraña y tipo tensional y los trastornos de ansiedad (14%), ganan importancia. Alrededor de los 20 años surge un patrón que se mantiene estable durante la juventud y la edad adulta: los trastornos comunes (ansiedad, depresión, autolesiones y trastorno somato forme) representan el 40% de la carga, los dolores de cabeza el 23%, los trastornos por consumo de sustancias el 14% (9% debido al alcohol), y los trastornos mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) alrededor del 9%. Los adultos mayores sufren principalmente trastornos neurocognitivos debido a la enfermedad de Alzheimer, que supera el 50% de la carga hacia los 75 años y se sitúa por encima del 70% después de los 85 años.

LA CARGA QUE AFECTA LA SALUD MENTAL EN HOMBRES Y MUJERES

Los tres trastornos principales en términos de años de vida ajustados por discapa-

cidad representan del 35 al 50% de la carga total de trastornos MNSS: no siendo igual en hombres y mujeres; mientras que los hombres se ven afectados principalmente por trastornos por dolores de cabeza, autolesiones y suicidio y enfermedad de Alzheimer y otras demencias, las mujeres se ven afectadas principalmente por dolores de cabeza, trastornos depresivos y enfermedad de Alzheimer y otras demencias. (1).

MANEJO ODONTOLÓGICO

1 Manejo general del paciente geriátrico

Un aspecto ético especialmente delicado es el de la información y el consentimiento ya que un paciente puede estar ya tutelado por un deterioro cognitivo. La elección de la anestesia también pondrá a prueba. Es conveniente consensuarla con el médico. Por ejemplo: su combinación con neurolépticos puede disminuir la dosis necesaria de anestesia, controlar las posibles alteraciones de conducta y disminuir el riesgo de delirium posterior. Debemos recordar que las benzodiazepinas deben evitarse en estos pacientes (5). Figura 1

La mayoría de las enfermedades que producen deterioro cognitivo afectan a pacientes de edad avanzada, abundante evidencia científica sugiere la existencia de una etapa "preclínica". Es importante reconocer en esta fase a los pacientes, para poder aplicar las medidas preventivas odontológicas necesarias.

Complicaciones orales más comunes en pacientes con deterioro cognitivo. Tabla #2.

- ✓ Pobre higiene por apraxia y falta de colaboración.
- ✓ Desajustes protésicos por pérdida de peso.

- ✓ Trastornos del movimiento (hipertonía, discinesias orales, bruxismo, etc.).
- ✓ Alteraciones de la secreción de saliva.
- ✓ Alteraciones propias secundarias a la patología o al tratamiento. (5)
- ✓ Medidas preventivas empleadas en pacientes con demencia
- ✓ Cepillos adaptados y cepillos con succión.
- ✓ Cepillos eléctricos.
- ✓ Utilización de separadores bucales.
- ✓ Productos fluorados.
- ✓ Sustitutos salivales.
- ✓ Productos antimicrobianos (clorhexidina).
- ✓ Retirar las prótesis dentales al realizar las técnicas de higiene bucal.
- ✓ Las prótesis dentales parciales o totales deben ser retiradas al acostarse a dormir. (5).

Reconocer la demencia en el consultorio dental

Los miembros del equipo dental pueden estar entre los primeros profesionales de la salud en notar los síntomas, especialmente cuando han estado involucrados en el cuidado del paciente durante varios años antes de su deterioro cognitivo. El reconocimiento precoz de la demencia es fundamental para permitir una planificación dental adecuada, para reducir la probabilidad de morbilidad futura y minimizar el riesgo de tratamiento de crisis a medida que aumenta la gravedad de la demencia. Por lo tanto, es útil conocer el nivel educativo previo, la ocupación y el consumo de drogas del paciente, ya que estos factores también influyen en las capacidades cognitivas. Los pacientes de edad avanzada que se vuelven inusualmente agresivos, bruscos o irritados pueden estar sufriendo de demencia temprana. Aunque

la demencia puede ocurrir repentinamente después de una lesión traumática en la cabeza o un accidente cerebrovascular, en la mayoría de los casos tiene un inicio gradual. En general, hay pérdida de memoria y síntomas de al menos otro dominio cognitivo que son lo suficientemente graves como para afectar a las actividades de la vida diaria. Los dentistas que están familiarizados con los síntomas de la demencia y las herramientas básicas de detección están en la posición privilegiada para detectar una posible demencia. Si bien los dentistas no diagnostican la demencia, pueden derivar a los pacientes a colegas médicos si creen que es probable que haya deterioro cognitivo. Este enfoque proactivo también ayudará a la planificación adecuada del tratamiento dental y a la prestación de cuidados. Después del consentimiento adecuado, es aconsejable comunicarse con el médico de cabecera del paciente para transmitir la información recopilada y cualquier inquietud que usted o el paciente tengan en relación con su función cognitiva. También vale la pena solicitar información sobre el diagnóstico de demencia, el estadio, el pronóstico y el régimen farmacológico del paciente. (2).

2. Generalidades del Estado de la salud bucal de los pacientes geriátricos con demencia

Las enfermedades orales más comunes encontradas en pacientes ancianos y más aún con demencia o algún tipo de discapacidad, se asocian a la presencia de placa bacteriana: caries dental y enfermedad periodontal, debido principalmente a la dificultad de realizar la higiene oral, a los cambios en la dieta y a la hiposalivación relacionada con el consumo de medicamentos.

Es común en los pacientes con demencia usuarios de prótesis bucales, encontrar las

prótesis en condiciones irregulares comprometiendo la salud de los tejidos circundantes. A esto, se le suman factores externos que pueden complejizar la prevalencia de enfermedades orales como: tipo de vivienda, dificultad de acceso a los servicios de salud, dependencia económica y dificultad de comunicación que irá en aumento en proporción directa con el progreso de la enfermedad. (4)

Durante mucho tiempo se ha especulado que las personas con demencia tienen una mayor prevalencia de periodontitis debido en parte al deterioro de las capacidades de autocuidado. La evidencia actual apoya la coexistencia de demencia y periodontitis. Se ha descubierto que la periodontitis tiene un impacto perjudicial en la calidad de vida de los pacientes con EA. Una revisión sistemática de la higiene bucal y la salud de los adultos mayores con demencia ha encontrado de manera similar que los niveles de placa fueron consistentemente más altos para aquellos con demencia en comparación con aquellos sin ella. La importancia de proporcionar tratamiento periodontal para aquellos con EA ha sido enfatizada por estudios que indican una conexión potencial entre el empeoramiento de la salud bucal y la progresión de la EA. (2)

3. Medicaciones utilizadas en el tratamiento de la demencia y sus implicaciones en la cavidad oral

Los efectos secundarios de los IECA (inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, galantamina y rivastigmina) que se producen de manera relacionada con la dosis incluyen náuseas, vómitos, dolores de cabeza, dolor abdominal y efectos cardíacos adversos. Si bien la mayoría de los IECA se toman por vía oral, la rivastigmina también se puede administrar por aplicación transdérmica, lo que

es menos probable que cause efectos secundarios. Con menos frecuencia, la galantamina puede causar alteraciones del gusto y la rivastigmina se asocia con un aumento teórico de la salivación. Existen pocas interacciones entre los IECA y los medicamentos recetados por los dentistas, aunque la eritromicina y el ketoconazol pueden aumentar la concentración plasmática de galantamina para potenciar sus efectos secundarios. Un efecto secundario raro del antagonista de NMDA, la memantina, es el síndrome de Stevens-Johnson, que, si se produce, podría presentarse como ampollas que afectan a la piel y las membranas mucosas, incluida la mucosa oral y los labios.

En la práctica, los IECA se asocian comúnmente con una reducción del flujo salival. La sequedad oral inducida por fármacos se encontró en el 70,5% de las personas con demencia, pero solo en el 36,5% de los controles, y se correlacionó en gran medida con el consumo de memantina, incluso después de ajustar los posibles factores de confusión. Se reconoce que la hiposalivación tiene un impacto negativo en el control de la placa y aumenta la probabilidad de inflamación gingival. Debido a la disminución de la higiene bucal, los pacientes con demencia ya corren un mayor riesgo de caries radicular. Como resultado de la pérdida de la inserción clínica o recesión gingival; Este riesgo aumenta aún más para aquellos que están tomando anticolinesterasas y memantina.

También se pueden prescribir antipsicóticos (por ejemplo, risperidona, olanzapina y haloperidol), estabilizadores del estado de ánimo (por ejemplo, carbamazepina), antidepresivos y ansiolíticos para controlar los efectos conductuales y psiquiátricos asociados a la demencia, todos los cuales se asocian de manera similar con niveles re-

ducidos de saliva. Un posible efecto secundario del uso prolongado de carbamazepina o haloperidol es la leucopenia, que podría afectar negativamente la respuesta del huésped a los patógenos periodontales. Los inhibidores selectivos de la recaptación de 5-hidroxitriptamina (por ejemplo, sertralina o citalopram) tienden a ser los medicamentos de elección para el tratamiento de la depresión en las personas con demencia, ya que los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa pueden aumentar la confusión. Los antihipertensivos e inhibidores de la bomba de protones utilizados en el tratamiento de la demencia vascular también se asocian con una reducción del flujo salival. La reducción del flujo salival como resultado de la reducción de las tasas de aclaramiento de medicamentos, la polifarmacia y la hidratación inadecuada también se reconoce entre los ancianos. El uso no nutritivo de los alimentos para controlar los comportamientos y los medicamentos puede aumentar aún más el riesgo de caries. (2)

4. Estrategias de manejo del paciente geriátrico con demencia por etapas

Una vez realizado el diagnóstico de demencia, es importante entrar en un plan a largo plazo de lo que será su atención odontológica; entendiendo que, con el tiempo y la evolución de la enfermedad, cada vez será más complejo realizar una atención directa del paciente, a este le será más difícil realizar la higiene oral de forma autónoma y por ende será más complejo mantener una buena salud oral. Por lo tanto, el pronóstico de salud oral mejorará, en la medida que al paciente se involucre desde las etapas tempranas de la demencia en el tratamiento y el manejo odontológico; debido a que es más receptivo al tratamiento y puede tener un papel más activo en la toma de decisiones.

Si todavía hay colaboración y comprensión del paciente para llevar a cabo la atención dentro del consultorio odontológico, los objetivos del plan de tratamiento deben ser enfocados en dos aspectos: Promoción y prevención, con énfasis no solo al paciente, sino también en involucrar a sus familiares y cuidadores, identificando los factores de riesgo individuales. (4)

Debido al alto riesgo de los pacientes con demencia de desarrollar caries dental, se recomienda una dosis de 5.000 ppm de fluoruro de sodio. Cuando la mucosa es particularmente friable (debido a la hiposalivación, la mucositis y la candidiasis, comúnmente como resultado de la polifarmacia), el lauril sulfato de sodio (SLS) puede aumentar las molestias asociadas con estos cambios en la mucosa, por lo que puede ser aconsejable el uso de una pasta de dientes sin SLS (por ejemplo, Sensodyne daily care original u Oralieve ultra-mild) ya que reducen el dolor y las molestias de las personas con estomatitis aftosa recurrente. Los cuidadores que participan en la asistencia en materia de higiene bucal a las personas con demencia también deben ser conscientes de la friabilidad de la mucosa oral entre las personas mayores con polifarmacia. El enjuague bucal con clorhexidina (0,2%) puede ser un complemento útil y, a medida que la disfagia aumenta el riesgo, los cuidadores pueden aplicar un gel de clorhexidina al 1% como alternativa. Para el paciente que es alérgico o que no puede tolerar la clorhexidina, los enjuagues bucales con aceites esenciales proporcionan una alternativa adecuada. Fosfopéptido de cesina: fosfato de calcio amorfo (CPP-ACP comercializado como mousse dental) y xilitol también pueden resultar beneficiosos para remineralizar las lesiones de caries tempranas. (3)

✓ **Etapa inicial**

En esta etapa de promoción y prevención se deben eliminar factores locales que aumenten el riesgo: Ajuste de restauraciones y rehabilitaciones protésicas. Uso de cepillos eléctricos, o con una adaptación especial en el mango que son de gran ayuda. Prescripción de pastas dentales con fluoruro en altas concentraciones. Para la higiene interproximal pueden ser más eficaces el uso de cepillos, que el de la seda dental. (3)

En las fases iniciales, son fundamentales las medidas preventivas como: profilaxis, aplicación de flúor clorhexidina, visita regular al odontólogo para evitar focos de infección bucal que puedan agravar la situación sistémica de estos pacientes. (5)

✓ **Etapa media**

Se estima que esta etapa puede tener un promedio de duración de 4 a 8 años. En esta, pueden ocurrir con frecuencia quebrantos cognitivos adicionales, deterioro en el lenguaje y variaciones en el estado de ánimo presentando: falta de concentración, comprensión y actitudes que pueden parecer desafiantes. Aumenta la discapacidad en el autocuidado y el riesgo de accidentes.

Por lo tanto, la mayoría de pacientes en esta etapa pueden ser capaces de recibir atención dental con poca o ninguna dificultad; sin embargo, para algunos pacientes los cambios en el comportamiento podrán afectar el normal desarrollo de la atención. Si se ha logrado involucrar al paciente desde etapas iniciales en tratamiento odontológico, será común encontrarlo, aún con buena salud física pero mayor deterioro cognitivo. Por lo que empieza a ser más difícil la realización de procedimientos rehabilitadores, que no estarán indicados en todos los casos. El examen clínico deberá ser muy ex-

haustivo, porque el paciente puede presentar dificultades con la forma de referir dolor e incomodidad. Es vital el dialogo con el cuidador, porque será el quien pueda detectar cambios en comportamiento o rutinas que indiquen algún problema que el propio paciente no puede manifestar. En esta etapa se pueden encontrar respuestas emocionales aumentadas y reducción de la capacidad lógica y la razón; como consecuencia se pueden enfrentar pacientes con incapacidad para firmar un consentimiento informado, lo que implica que la relación terapéutica deberá establecerse de forma muy activa con el cuidador o responsable del paciente. Aquí es donde, de forma legal y ética, se establece que hay que actuar pensando en el mayor beneficio del paciente.

El odontólogo general juega un papel muy importante en esta etapa, porque más allá de un tratamiento odontológico especializado, las medidas de prevención deben ser rigurosas y se necesita que la persona desde etapas iniciales se involucre con el paciente y su cuidado bucal, continúe siendo el que esté al tanto de este, generalmente porque es el que ya ha establecido canales de comunicación con el cuidador y el paciente.

Basados en la capacidad del individuo para colaborar, el incremento en su dependencia, y el nivel de compromiso con su la salud general y las necesidades de tratamiento, en esta etapa se podrá hacer necesario incluir la sedación o anestesia general, para poder atender al paciente y/o prescripción de benzodicepinas, como ansiolíticos, con consentimiento médico; así mismo, puede ser más indicada la atención domiciliaria y lo ideal es atenderlo siempre acompañado de alguien que para el paciente sea familiar o conocido y con quienes se establecerá más interacción.

Es importante también hacer parte del equipo interdisciplinario para estar en constante comunicación con el personal tratante para tomar decisiones de manejo en equipo. El enfoque del tratamiento odontológico se basa en mantener libre de focos de infección la cavidad oral y prevenir lesiones traumáticas por uso de prótesis. Deben de igual manera, individualizarse las estrategias de cuidado en esta etapa es posible que se presenten, a medida que evoluciona la demencia, comportamientos de resistencia al cuidado, además de presentarse compromiso en las habilidades comunicativas y cognitivas. (6)

✓ Etapa avanzada

El paciente podría progresar a esta etapa hacia los 10 años después del estado inicial. Es determinado por desconcierto profundo, apatía y dependencia. Puede haber pérdida del control de esfínteres. Es común el riesgo de desnutrición. El progreso de la enfermedad lleva a estado de coma y muerte.

Desafortunadamente en esta etapa no todos los pacientes cuentan con la posibilidad de estar al cuidado de un odontólogo y su fragilidad ante la enfermedad aumenta. El tratamiento en esta etapa se centra en la prevención, mantener al paciente cómodo y sin dolor y solo atender casos de urgencia.

Autores como McNamara, sugieren tratamientos lo menos invasivos posibles, como por ejemplo la eliminación de la caries de forma no traumática, obturaciones para el manejo de caries con ionómero de vidrio y de forma regular aplicación de barniz de flúor, si es posible.

En esta etapa la atención es exclusivamente domiciliaria porque la posibilidad de desplazar al paciente, fuera de su entorno habitual no es sugerida y debe estar cen-

trada únicamente a controlar procesos de infección, trauma y dolor. Con enfoque de mantener calidad de vida y de ser parte activa del equipo multidisciplinario de trabajo. En esta etapa está más indicado los protocolos de atención con anestesia general o sedación.

Es común que extravíen sus prótesis, por lo que se sugiere si el paciente está institucionalizado marcarlas, para ubicarlas más fácil en caso de pérdida. En esta etapa, es importante valorar la necesidad real para elaborar nuevas prótesis. Ya que el proceso de adaptación está acompañado, generalmente por incomodidades o dolor, que quizás el paciente no pueda manifestar. Y casi siempre es la familia o sus cuidadores quienes demandan el deseo de realizar una nueva prótesis, sin que necesariamente esto mejore la calidad de vida del paciente.

En las etapas avanzadas no solo la higiene oral empeora de forma dramática, aumentando la caries y enfermedad periodontal, sino que aparecen reflejos neurológicos como mordisqueo de labios, carrillos y movimientos mandibulares. Como se hace difícil manifestar verbalmente una situación dolorosa, se debe indagar y observar por conductas que indiquen de forma indirecta esta situación: cambios en la alimentación, en los periodos de sueño, irritabilidad al realizar la higiene oral. Casi siempre sus cuidadores lo relatan, porque son los primeros en identificarlos.

La incapacidad para tomar decisiones está soportada desde la ética en considerar lo “mejor para el paciente”, tras una valoración individual que se hace con su familia y/o encargados/cuidadores. (6)

Estrategias para el tratamiento periodontal del paciente con demencia

Utilizando datos de estudio de cohorte prospectivo de 12 años, se encontró que en comparación con los adultos mayores que no recibieron tratamiento para las encías, aquellos con tratamiento para las encías experimentaron una disminución en la puntuación TICS que fue en promedio 0,025 puntos menos por año y una incidencia 38% menor de demencia. Cabe destacar que estas asociaciones persisten independientemente de los factores de riesgo comunes de demencia y la cobertura del seguro dental. Además, estas asociaciones fueron consistentes entre los participantes con diferente gravedad de los síntomas periodontales y características sociodemográficas, excepto por el nivel de ingresos. (7)

Conclusión

El cuidado oral integral para los pacientes geriátricos con demencia necesita un enfoque multidisciplinario y personalizado para cada individuo, en donde la comunicación con el paciente, el acudido y el médico de cabecera juega un papel fundamental para el desarrollo de un tratamiento adecuado. En donde las técnicas preventivas, tratamientos conservadores y el apoyo de los cuidadores jugaran un papel fundamental para mejorar la calidad de vida de estos pacientes vulnerables.

Área	Signos y síntomas
Pérdida de memoria	Incapacidad para recordar eventos recientes, por ejemplo, citas anteriores, vacaciones, noticias importantes. Normalmente, la pérdida de memoria la percibe otra persona (Olvidar las listas de compras, las citas y los números de teléfono no son necesariamente una señal).
Reducción de la atención y la orientación	Falta de orientación en el tiempo y en el lugar No se puede deletrear una palabra común de 5 letras al revés Reducción de la capacidad para concentrarse en cosas que son de interés
Trastorno del lenguaje	Anomia o incapacidad para encontrar la palabra correcta Deterioro de la comprensión. Habla y escrituras difíciles de entender Incapacidad para repetir una frase o una palabra
Deterioro visoespacial	Imposibilidad de copiar formas complejas Dificultad para identificar rostros que son bien conocidos por el paciente Olvidarse de cómo volver a casa. Alucinaciones
Apraxia	Incapacidad para ejecutar respuestas motoras a pesar de las funciones motoras intactas Dificultad para realizar un pasatiempo de toda la vida
Deterioro de la función ejecutiva	Deterioro del juicio y dificultad para tomar decisiones Dificultad para administrar las finanzas Olvidar los pasos a seguir preparando una comida o utilizando un electrodoméstico Poner cosas en lugares inusuales, por ejemplo, cepillo de dientes en la nevera
Alteración del comportamiento y la interacción social	Desinhibición, cambios de humor, agresividad, suspicacia, miedo Falta de motivación para actividades que antes se disfrutaban Inusualmente pasivo o irritable. Paranoia posible Depresión, ansiedad, largos períodos frente al televisor
Alteración de la percepción sensorial	Disminución del sentido del olfato, alteración del gusto y falta de interés en comer sin causa física.

Tabla 1. Signos y síntomas de demencia. (2).

Tabla 2. Complicaciones más comunes por etapa en pacientes con deterioro cognitivo.(6).



Etapa	Deterioro	Síntomas	Duración	Cuidado periodontal
1	Sin deterioro cognitivo	Libre de deterioro cognitivo, funcional, conductual y emocional	3-5 décadas de vida adulta	Igual al de los adultos sanos
2	Deterioro cognitivo subjetivo	Autoconciencia de que el recuerdo de nombres y objetos ha disminuido o dificultad para encontrar las palabras correctas al hablar No se nota para cercanos o profesionales. También se denomina olvido de edad normal	Aprox. 1-5 años	Igual al de los adultos sanos
3	Deterioro cognitivo leve	Déficits sutiles en la función cognitiva que son perceptibles por los demás, por ejemplo, repetición de preguntas, incapacidad o dificultad para aprender nuevas habilidades	2-7 años	Tratamiento para minimizar los riesgos de morbilidad futura Reducción de la capacidad para dominar nuevas rutinas de higiene bucal. Puede olvidar las citas. La cognición empeora durante los procedimientos estresantes. Planifique para el futuro cuando no pueda cuidar de la dentición. Evite procedimientos que aumenten el mantenimiento
4	Demencia leve	Incapacidad para manejar actividades complejas de la vida diaria. Pérdida de memoria a corto plazo. Puede permanecer razonablemente independiente, pero necesita ayuda. Menos sensible emocionalmente y retraído	Duración media de 2 años	Tratamiento para minimizar los riesgos de morbilidad futura Capaz de continuar con la higiene bucal si se establece, posiblemente no se da cuenta de la pérdida de capacidad. Tratamiento para ayudar a minimizar el mantenimiento futuro, extraer dientes con mal pronóstico, finalizar cuidados complejos, reducir la complejidad de las prótesis implantosoportadas. Puede requerir la participación del cuidador para la planificación del tratamiento / toma de decisiones
5	Demencia moderada	Incapacidad para funcionar de forma independiente o completar las actividades básicas de la vida diaria Cada vez más vulnerables. Problemas de conducta: ira y paranoia comunes	Duración media de 1,5 años	Cuidados paliativos Deterioro significativo de la higiene bucal. Capacidad de consentimiento poco probable. Atención odontológica primaria si el comportamiento lo permite, más probable si el paciente ha acudido regularmente al dentista.
6	Demencia moderadamente grave	Incapacidad para vestirse Necesitan apoyo durante las visitas al baño Incontinencia urinaria Incontinencia fecal Pérdida grave de memoria, incapacidad para reconocer a la familia Dificultad para hablar	Duración media de 2-3 años	Los cuidados paliativos/de emergencia dependen de la capacidad de cooperación del paciente Se pierde toda la capacidad para la higiene bucal. Los cuidadores deben inculcar una rutina diaria de higiene bucal adecuada. Capacidad para consentir altamente improbable; tratamiento en el mejor interés del paciente, con el consentimiento adecuado
7	Demencia grave	Expresión oral: seis palabras Habla: una sola palabra. Pérdida de la deambulación. Incapacidad para sentarse. Incapaz de sonreír Incapaz de mantener la cabeza erguida. Resurgimiento de reflejos primitivos	Cada subetapa 1,5 años	Solo atención dental de emergencia. Por lo general, se administra bajo anestesia general después de una decisión tomada en el mejor interés del paciente, con el consentimiento cuando sea posible

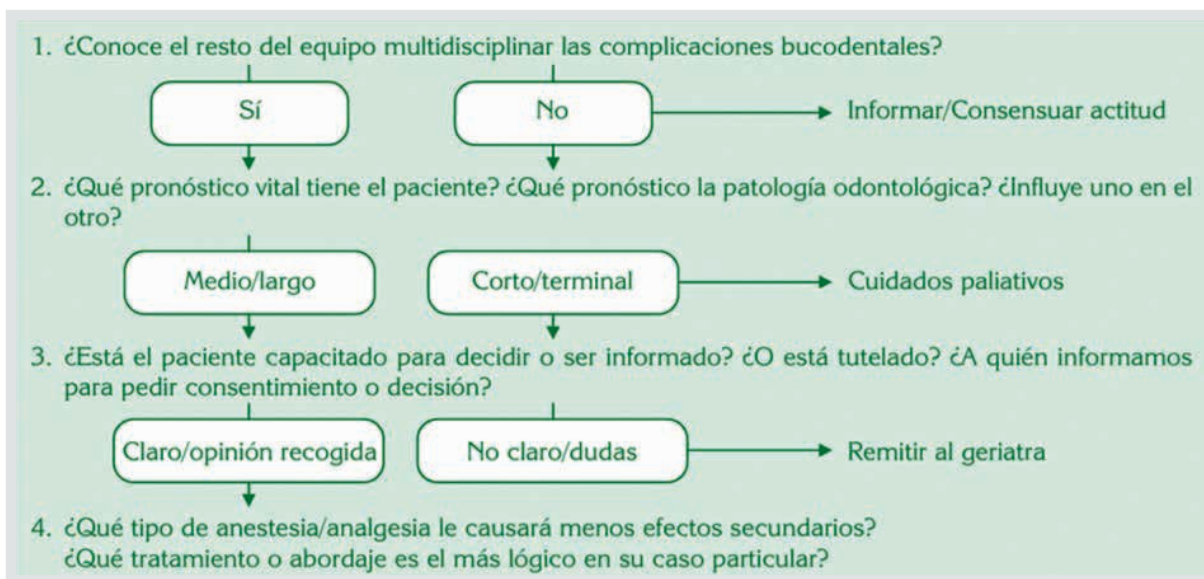


Figura 1. Guía a través de la toma de decisiones en relación con el abordaje multidisciplinar de la patología bucodental. (5).

REFERENCIAS

Brennan, L. J., & Strauss, J. (2014). Cognitive impairment in older adults and oral health considerations. *Dental Clinics of North America*, 58(4), 815–828. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2014.07.001>

Cerajewska, T. L., & West, N. X. (2019). Dementia friendly dentistry for the periodontal patient. Part 1: recognising and assessing patients with dementia. *British dental journal*, 227(7), 563–569. <https://doi.org/10.1038/s41415-019-0726-4>

Cerajewska, T. L., & West, N. X. (2019). Dementia friendly dentistry for the periodontal patient. Part 2: Ethical treatment planning and management. *British Dental Journal*, 227(7), 570-576. <https://www.paho.org/es/documentos/salud-mental-perfil-pais-panama>

Davalos-Vargas, C. R., Monroy-Beltrán, S. L., Muñoz-Benítez, J., Olvera-Flores, V., Sánchez-Gómez, K. E., & Avila, A. J. M. (2020). Protocolo de atención odontológica para el adulto mayor. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 9(17), 89-95.

Fernández, H., Blasco Garrido, I., & Pastor, C. (2015). La atención odontológica del paciente geriátrico con deterioro cognitivo. *Avances en Odontoestomatología*, 31(3), 117-127.

Mejía-Pérez, Paula Natalia, Arbeláez-Lelión, Daniela, & Múnera, María Camila. (2017). Una mirada al manejo odontológico del paciente geriátrico con demencia. *CES Odontología*, 30(1), 51-67. Retrieved July 19, 2024, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2017000100006&lng=en&lng=es.

Qi, X., Zhu, Z., Wang, K., Zheng, Y., Li, A., & Wu, B. (2024). Association of gum treatment with cognitive decline and dementia risk among older adults with periodontal symptoms: a 12-year prospective cohort study. *Neuroepidemiology*.