

E. Velasco¹
E. Machuca²
A. Martínez-Sahuquillo¹
V. Ríos²
P. Bullón³

1 Profesor Asociado
de Medicina Bucal.
2 Profesor Asociado
de Periodoncia.
3 Catedrático de Medicina Bucal
y Periodoncia.
Facultad de Odontología.
Universidad de Sevilla.

Correspondencia:
Dr. Eugenio Velasco Ortega
José Lagillo 18, 2º^a
41003 Sevilla

Salud oral en el anciano institucionalizado

RESUMEN

La sociedad actual envejece. Aunque la mayoría de las personas de edad avanzada viven independientemente en la comunidad, un porcentaje importante de los mayores de 65 años residen en centros gerontológicos asistenciales. La institucionalización supone, muchas veces, un nuevo reto para el anciano, que puede agravar su salud general y/o bucodental, ya deterioradas. Las enfermedades orales son muy prevalentes en el anciano institucionalizado, la caries dental, la enfermedad periodontal, el edentulismo y las alteraciones mucosas y salivales reducen su calidad de vida. Las necesidades de tratamiento oral son altas y, a menudo, insatisfechas, por lo que se requiere una planificación de servicios dentales para este grupo especial de pacientes odontológicos.

PALABRAS CLAVE

Anciano; Institucionalizado; Salud oral;
Gerodontología.

ABSTRACT

Today's society is aging. Though the majority of the elderly people live independently in the community, a high percentage of people over 65 live in nursing homes or long-term care facilities. Institutionalisation often means the worsening of their oral and general health. Oral diseases are very frequent in the institutionalised elderly. Caries, periodontal disease, tooth loss, salivary dysfunction and oral mucosa disorders lower the quality of life. Dental treatment needs are greathy but are often not satisfied. The planning of oral health care for this special group is necessary.

KEY WORDS

Elderly; Institutionalised; Oral health; Gerodontology.

INTRODUCCIÓN

La sociedad envejece rápidamente. El incremento en el número de ancianos es el factor poblacional más característico en los cambios demográficos actuales, junto con el descenso de la natalidad. En España, la población actual asciende a casi 39 millones de habitantes, de los cuales los mayores de 65 años suponen el 14%. En el año 2000, la población gerontológica representará el 17%. En el año 2040, este grupo puede suponer el 30% de la población española⁽¹⁾.

En Europa, se espera que habrá más de 100 millones de personas con más de 60 años en el año 2000⁽²⁾.

INSTITUCIONALIZACIÓN GERIÁTRICA

Aunque la mayoría de los ancianos viven en la comunidad de forma independiente, una minoría reside en instituciones para la tercera edad (hogares, asilos, hospitales, etc.). Esta población geriátrica institucionalizada comprende individuos sanos, pero, sobre todo, ancianos frágiles o funcionalmente dependientes que presentan un deterioro general, como consecuencia de trastornos médicos crónicos debilitantes y psicosociales que imposibilitan su independencia social en la comunidad⁽³⁾.

Aunque el porcentaje mayor de ancianos se encuentra en Asia, los ancianos institucionalizados residen, sobre todo, en los países occidentales (Europa Central, Escandinavia, Norteamérica), por razones socioculturales y económicas⁽²⁾.

La institucionalización de los ancianos en España es menor que en otros países europeos; el número de residencias geriátricas es insuficiente, siendo uno de los objetivos prioritarios, en este sentido, el incremento de plazas nuevas⁽⁴⁾.

El ingreso en una institución gerontológica supone para el anciano un hecho -generalmente- irreversible y su efecto permanece para el resto de su vida. Por tanto, es un acontecimiento que se debe cuidar al máximo, ya que cuanto más delicadamente se realice, la adaptación de la persona mayor a la residencia será mejor⁽⁵⁾.

La institución geriátrica residencial constituye un hábitat artificial -lejos del núcleo natural familiar- donde sus residentes ancianos no acuden por voluntad ni

deseo, sino por la presión de la necesidad (social, familiar, personal) y la carencia, lo cual provoca una ruptura en su forma de vida y, hasta cierto punto, un tener que empezar de nuevo⁽⁶⁾.

La presión institucional o institucionalismo gerontológico suele originar problemas o sentimientos de despersonalización, de indiferencia o pasividad que pueden precipitar o agravar el estado general de los ancianos, muchas veces ya debilitado.

La salud oral, como parte integrante de la salud general geriátrica, puede también deteriorarse, disminuyendo la calidad de vida y el bienestar físico y mental de los ancianos institucionalizados en residencias para la tercera edad.

En recientes años, se ha hecho manifiesto que los pacientes de edad avanzada residentes en instituciones corren el riesgo de desarrollar un inadecuado estado nutricional. Los factores que explican este hecho son un descenso del apetito por aislamiento social, ingesta inadecuada de alimentos, enfermedades generales con farmacoterapia múltiple y una pobre salud dental que afecta su función oral^(3,7).

La consciencia de la necesidad de una verdadera atención odontológica para el paciente anciano institucionalizado está cambiando rápidamente en el seno de la profesión dental. Las necesidades de tratamiento oral no terminan cuando la persona se hace vieja, enferma crónicamente, o está limitada a su hogar o institucionalizada⁽⁷⁾.

La mayor parte de los estudios sobre la salud oral de los ancianos institucionalizados reflejan una grave situación, encontrándose entre los miembros de la comunidad con peor salud oral, y con más altas necesidades insatisfechas de tratamiento bucodental^(7,8).

Comparando la salud oral de los ancianos residentes y no residentes en instituciones, se constata que los dependientes del cuidado institucional tienen peor salud oral⁽⁹⁾.

Los estudios sobre salud oral entre ancianos institucionalizados muestran una alta prevalencia de caries dental⁽¹⁰⁾ y enfermedad periodontal⁽¹¹⁾, siendo la mayoría de los ancianos edéntulos con necesidad de tratamiento prostodóncico⁽¹²⁾. Las alteraciones de la mucosa oral y de la función salival (xerostomía) son también muy prevalentes y menoscaban su salud oral⁽¹³⁾.

Tabla 1. Prevalencia de edentulismo en ancianos institucionalizados

Estudio	Países	Edad	n°	% edentulismo
CDA 1986 ⁽¹⁵⁾	USA	65 o más	286	57
Mersel 1986 ⁽¹⁶⁾	Israel	60 o más	116	54
MacEntee y cols. 1987 ⁽¹⁷⁾	Canadá	ancianos	653	60
Stockwell 1987 ⁽¹⁸⁾	Australia	50 o más	1.144	74
Vigild 1987 ⁽¹⁹⁾	Dinamarca	65 o más	655	71
Tobias 1988 ⁽²⁰⁾	UK	60 o más	414	78
Caballero 1989 ⁽²¹⁾	España	54 o más	565	53
Ekelund 1989 ⁽²²⁾	Finlandia	65 o más	480	68
Stuck y cols. 1989 ⁽²³⁾	Suiza	65 o más	219	59
Angelillo y cols. 1990 ⁽²⁴⁾	Italia	65 o más	234	59
Merelie y cols. 1992 ⁽²⁵⁾	UK	65 o más	379	87
Miyazato y cols. 1992 ⁽¹²⁾	Japón	65 o más	1.908	43

ESTADO DE SALUD

Edentulismo

El edentulismo parcial o total es el estado oral más prevalente en los ancianos institucionalizados. Entre el 50%-80% de los residentes en asilos u hogares son totalmente edéntulos^(3,7), aunque este patrón está cambiando, y se espera que la tasa de edentulismo se modifique, resultando que un mayor porcentaje de ancianos retengan más dientes naturales⁽¹⁴⁾. En general, el edentulismo puede ser observado como un cruel indicador de la salud oral del paciente anciano institucionalizado^(12,15-25) (Tabla 1).

La prevalencia de edentulismo suele ser más alta entre las mujeres que en los varones ancianos institucionalizados, entre otras razones porque utilizan más frecuentemente los servicios dentales^(16,19,21). El edentulismo suele ser más elevado en el anciano institucionalizado comparado con el que vive de forma independiente en la comunidad⁽²⁶⁾.

La pérdida dental es consecuencia de las dos enfermedades dentales más frecuentes, caries dental y periodontitis, y de una asistencia odontológica sin medidas preventivas y restauradoras, basada primordialmente en tratamientos exodóncicos. En las últimas edades de la vida, las indicaciones prostodóncicas inadecuadas muchas veces condenan a un anciano parcialmente edéntulo al edentulismo completo⁽²⁷⁾.

El porcentaje de edentulismo aumenta con la edad; entre los ancianos de 80 años o más, el 90% son edéntulos totales. Sin embargo, entre los ancianos «jóvenes» de 60-75 años, cada vez son más los que presentan mayor número de dientes naturales remanentes^(28,29).

Caries dental

La prevalencia de caries primaria de localización coronal en los ancianos no es alta. Sin embargo, la caries secundaria y la que afecta a las superficies radiculares presentan una gran prevalencia.

Los índices CAOD y CAOS pueden utilizarse en los estudios sobre población de pacientes de edad avanzada institucionalizados para describir el estado dental. No obstante, el componente A (ausente) debe ser interpretado como el reflejo de las influencias que han contribuido a la pérdida dental a lo largo de la vida del paciente senecto institucionalizado (incluyendo pérdidas dentales por caries, enfermedad periodontal, traumatismo e indicación prostodóncica). El análisis del índice CAOD debe completarse con el índice de Katz⁽³⁰⁾ que informa de la proporción de caries que afecta a las superficies radiculares.

La caries radicular es un problema que se está incrementando notablemente, sobre todo, en aquellos ancianos frágiles con enfermedades crónicas invalidantes con tratamiento farmacológico múltiple que residen en instituciones con escasa o nula atención odontológica.

A menudo, el problema de la caries dental no es percibido como tal por los ancianos, que lo consideran un estereotipo del envejecimiento. Si consideramos la prevalencia de la caries de corona en proporción al número de dientes presentes en la boca, los ancianos sufrirían una frecuencia mayor de caries que los pacientes más jóvenes⁽⁸⁾.

La caries dental supone un problema de salud dental pública en todas las edades; no obstante, en la última época de la vida, sus efectos son acumulativos. Este hecho es especialmente grave en los ancianos residentes en instituciones. Los distintos estudios epidemiológicos ofrecen resultados variables, aunque todos ellos indican la enorme trascendencia del ataque de la caries dental sobre la dentición humana.

En USA, alrededor del 63% de los ancianos institucionalizados dentados presentan dientes remanentes cariados u obturados; de ellos en un 25% se observan lesiones sin tratar⁽⁹⁾.

Altieri y cols.⁽¹⁰⁾ en una población de ancianos dentados institucionalizados en Connecticut describen un CAOD de 22,9, El 28.7% de las superficies con caries eran radiculares, lo que indicaba que 1 de cada 3,5 raíces expuestas exhibían evidencia de caries dental.

En el estudio CDA⁽¹⁵⁾ realizado en California, los ancianos dentados tenían un porcentaje medio de 17 dientes remanentes, de los cuales un 52% estaban libre de caries, un 13% presentaban caries, mientras que el resto estaban restaurados (25%) o fracturados (7%). La media de dientes con caries (C) era de 2,2, el componente O (obturados) era de 4,2.

Angelillo y cols.⁽²⁴⁾ en Italia describe un CAOD medio de 27,7 en 234 ancianos institucionalizados de 81,4 años de edad media. Sus datos reflejan un valor promedio de 1,2 dientes cariados.

En Suiza, Stuck y cols.⁽²³⁾ en 219 pacientes ingresados en un hospital geriátrico de Berna, describen un 29,3% de dientes cariados y un 64,2% obturados. La frecuencia de dientes obturados con lesiones de caries secundarias alcanzaba un 16%.

Caballero⁽²¹⁾ en su estudio sobre la población geriátrica institucionalizada de Vizcaya, describe un CAOD medio de 27,8 para los varones y de 29,5 para las mujeres, con una media de 0,14 dientes obturados y 2,8 dientes cariados.

Vigild⁽³¹⁾ en Dinamarca, sobre 201 ancianos

institucionalizados en asilos y hospitales geriátricos, describe un 70% de caries sin tratar con una media de superficies cariadas de 8,7.

MacEntee y cols.⁽³²⁾ en Vancouver (Canadá) realizaron un estudio longitudinal de 2 años de duración en 50 ancianos institucionalizados con una edad media de 79 años. El CAOD medio de la muestra fue de 30, con 14 dientes remanentes, de los cuales 6 estaban restaurados. En el primer año aparecieron, de media, una nueva lesión de caries por paciente y tres nuevas lesiones a los 2 años. Existiendo una significación entre alto número de *Streptococos Mutans* y el desarrollo de nuevas lesiones.

Beck y Hunt⁽⁸⁾ sugieren que la mayor edad y la prevalencia de problemas generales físicos y mentales entre los ancianos institucionalizados pueden ser responsables del peor estado dental encontrado en las residencias geriátricas de larga estancia. Otra razón importante radica en el mayor consumo de medicaciones con efecto xerostómico en estos pacientes, que aumenta el riesgo de caries^(33,34). El deterioro en las medidas básicas de higiene oral unido a la dieta inadecuada cierra el círculo de la caries dental en el anciano frágil institucionalizado⁽³⁵⁾.

Enfermedad periodontal

La salud periodontal entre los ancianos institucionalizados es pobre, y el nivel de higiene oral está muy deteriorado, aumentando con la edad⁽²⁸⁾. La inflamación gingival se desarrolla más rápidamente y la periodontitis es más severa en comparación con los ancianos no institucionalizados⁽²⁸⁾. Como consecuencia, las necesidades de tratamiento periodontal están entre las primeras, con respecto a la salud oral, en los ancianos residentes en centros gerontológicos asistenciales.

La mayor severidad y extensión de la enfermedad periodontal en el anciano está relacionada con el periodo largo de tiempo que los tejidos periodontales han estado expuesto a la acción irritativa de la placa bacteriana dentogingival y a los sucesivos brotes de actividad de la enfermedad⁽³⁶⁾.

Un estudio danés⁽²⁸⁾ sobre dos grupos de ancianos institucionalizados en asilos (n: 126) y hospitales (n: 75) geriátricos refleja que el 0% de los primeros y sólo el 4% de los segundos no tenían placa, mientras que

560 globalmente 2/3 de todos los ancianos presentaban abundante placa. El cálculo fue un hallazgo periodontal frecuente. La gingivitis intensa con tendencia espontánea al sangrado se encontró en el 25% de ambos grupos. El hallazgo más significativo fue la alta prevalencia de bolsas superficiales (4-5,5 mm), que correspondió a un 60% y 35% en los dos grupos, respectivamente. Los ancianos mayores de 85 años presentaron mayor severidad de bolsas profundas que aquéllos con 75 años, sobre todo los residentes en asilos. Vigild⁽²⁸⁾ concluye indicando que los pacientes con mayor tiempo de institucionalización presentaban peor salud periodontal, pudiendo estar relacionado con una salud general más deficiente por trastornos médicos o mentales que dificultan su higiene oral.

Un estudio noruego⁽³⁷⁾ señalaba que los niveles de placa y gingivitis eran más elevados en los ancianos institucionalizados que en los que vivían independientes en la comunidad.

En este sentido, Miyazaki y cols.⁽¹²⁾, en Japón, valoran la salud periodontal de 1908 ancianos institucionalizados y expresan la influencia negativa sobre el estado periodontal de una salud general desfavorable. Sugieren que, para los ancianos frágiles con varias enfermedades sistémicas, los cuidados orales son secundarios.

Un estudio realizado en un hospital de veteranos en USA refleja resultados mayores de inflamación gingival (100%), por lo que todos los ancianos requerían instrucción de higiene oral, y un 97%, tartrectomía y/o raspado y alisado radicular⁽³⁸⁾.

La necesidad de un tratamiento periodontal básico en los pacientes ancianos dentados institucionalizados es señalado en la mayoría de los estudios. Así, en Reino Unido⁽³⁹⁾ se informó que la mayor necesidad de tratamiento oral, en una población geriátrica institucionalizada, correspondía a tratamiento periodontal (50%).

En España, Caballero⁽²¹⁾ describe unas necesidades de tratamiento periodontal básico (incluyendo higiene oral) del 91,7% en su muestra de población geriátrica institucionalizada, mientras que el 62,6% requería tartrectomía y/o raspado y alisado radicular; en el 13,5% era necesario efectuar tratamiento periodontal complejo o quirúrgico.

Ong y cols.⁽¹¹⁾, en Singapur, describen que sólo el 1,4% de 633 ancianos institucionalizados no presentaban

sangrado gingival al sondaje, mientras que el cálculo estaba presente en el 45,9% y las bolsas profundas afectaban al 11,3%.

En Australia, un estudio multicéntrico de 1144 pacientes de 26 asilos geriátricos reflejaba que el 76% de todos los ancianos dentados necesitaban un programa de higiene oral. Las necesidades de tratamiento periodontal complejo aumentaban en relación al mayor grado de deterioro general y dependencia funcional de los pacientes⁽¹⁸⁾.

Estos datos indican que los ancianos que viven en residencias tienen una condición periodontal e higiene oral peores que los no institucionalizados de la misma edad. Esta realidad puede ser explicada por la falta de esperanza y el abandono de su salud general^(11,12,28).

Estado prostodóncico

La planificación de cuidados dentales para los ancianos institucionalizados requiere información completa sobre su estado prostodóncico, que resulta fundamental en orden a mantener la masticación, la digestión, el habla y el bienestar psicológico en este grupo especial de población.

Como el edentulismo es aún muy prevalente en los ancianos residentes en instituciones, las necesidades prostodóncicas son elevadas, aunque en un porcentaje variable están satisfechas⁽¹⁹⁾.

En este sentido, el estado oral puede ser expresado por la presencia o ausencia de prótesis. Las necesidades de tratamiento protético indicarán la posibilidad de reparación, renovación, o simplemente la creación de nuevas prótesis dentales⁽⁴⁰⁾.

El estado prostodóncico de los ancianos institucionalizados es muy variable, dependiendo de la localización geográfica del estudio, debido a factores socioculturales, económicos y existencia de servicios dentales públicos y/o privados.

Braver y cols.⁽⁴¹⁾ en Dinamarca reflejan que el 80% de los ancianos residentes en un hospital geriátrico tenían algún tipo de prótesis removible. El 4% eran edéntulos sin prótesis. La necesidad de realizar nuevas prótesis alcanzaba el 62%.

Otro estudio danés indica resultados similares en el estado prostodóncico, si bien las necesidades eran menores (19-32%)⁽¹⁹⁾.



Lemasney y Murphy⁽⁴²⁾, en Irlanda, describen un estado protético muy inferior, en ancianos institucionalizados, donde el 27% de los edéntulos llevaban prótesis completa, mientras que la presencia de prótesis maxilar o mandibular era de 18% y 21%, respectivamente. El 33% de los pacientes edéntulos nunca habían tenido prótesis dental.

Otros estudios realizados en Europa describen resultados similares. Así, en Italia⁽²⁴⁾, un estudio sobre 234 ancianos institucionalizados muestra que el 44,3% de los edéntulos eran portadores de prótesis completa y sólo el 7,9% tenían una prótesis superior o inferior. Stuck y cols.⁽²³⁾, en Suiza, describen una necesidad de tratamiento protético en los ancianos edéntulos del 14,6%. En el Reino Unido⁽³⁹⁾, un estudio señala que el 87% de los ancianos institucionalizados edéntulos tenían algún tipo de prótesis dental.

En España, Caballero⁽²¹⁾, en la población geriátrica institucionalizada de Vizcaya (n: 565), describe unas necesidades prostodóncicas en maxilar superior e inferior del 80,5% y 76,8% del total de la muestra, mientras que la utilización de prótesis completa superior e inferior correspondían al 52,5% y 39,4%, respectivamente.

Un estudio en Japón⁽¹²⁾ describe unas necesidades de prótesis removible del 36%, aunque el 41% necesitaba reparar su dentadura. En Australia, Stockwell⁽¹⁸⁾ describe una necesidad insatisfecha prostodóncica del 70%.

Es manifiesta la gran variabilidad de datos sobre estado y necesidades de prótesis dentales en ancianos institucionalizados. Es necesario señalar la subjetividad de los investigadores para evaluar sobre todo las necesidades de reparación y renovación protéticas.

Una consideración importante radica en valorar el grado de uso de las prótesis dentales, por los ancianos residentes en instituciones. En un estudio realizado en California⁽¹⁵⁾, el 10% de los individuos con prótesis maxilar (47% de la muestra) o mandibular (34% de la muestra) no llevaban su prótesis de forma cotidiana. McIntire y cols.⁽⁴³⁾, en Canadá, observan que el 6% de los ancianos residentes estudiados sólo usaban su prótesis durante las horas de comida y el 1% cuando recibían visitas. El 19% de los edéntulos se quejaban de sus prótesis completas.

La pérdida de las prótesis dentales en el medio institucional es un factor importante en la valoración prostodóncica de este grupo de pacientes⁽⁷⁾.

Como conclusión, aunque el edentulismo es aún

muy prevalente en los ancianos institucionalizados, esta situación está cambiando, por lo que las futuras necesidades de tratamiento prostodóncico van a ser más realistas, pero a la vez más complejas.

561

Estado de la Articulación Temporo-Mandibular (ATM)

Las alteraciones de la ATM son relativamente poco frecuentes en los ancianos institucionalizados. Aunque los pacientes con ausencia de dientes posteriores han mostrado una mayor incidencia de chasquidos y crujidos en la ATM, sobre todo al cerrar la boca, lo cierto es que los ancianos más relacionados con la presencia de patología temporomandibular son los edéntulos que tienen prótesis completa removible⁽³⁰⁾. Existen pocos estudios que reflejen la patología de la ATM en la edad geriátrica. En Minesota (USA)⁽⁴⁴⁾ se valoraron los signos clínicos de ATM en una congregación de 117 religiosas, de edad comprendida entre 75 y 94 años. El 15,2% de las pacientes presentaban algún síntoma de disfunción ATM. Estos hallazgos guardaban relación significativa con el padecimiento de cuadros reumáticos (artritis y artrosis), edentulismo y la presencia de prótesis dentales removibles completas⁽⁴⁴⁾.

En Japón, un estudio en ancianos institucionalizados mostró un 17% de pacientes con chasquidos de ATM⁽¹²⁾. Resultados similares han sido descritos en Canadá⁽²⁹⁾.

Estos resultados sugieren la gran capacidad de adaptación de la ATM, que sólo presenta síntomas clínicos, cuando se reduce su función en un alto grado.

Estado de la mucosa oral

La prevalencia de lesiones de la mucosa oral es relativamente alta en los ancianos institucionalizados⁽¹³⁾. Más del 50% de esta patología está relacionada con la presencia de prótesis dental removible que puede alterar la normal estructura de los tejidos blandos orales⁽⁴⁵⁾. Otros factores que predisponen a la aparición de lesiones orales en los ancianos residentes en centros asistenciales son la xerostomía farmacológica⁽³⁴⁾ y hábitos nocivos como el tabaco y el alcohol⁽⁴⁶⁾. Un estudio danés⁽¹³⁾ mostró que la prevalencia de lesiones mucosas de la cavidad oral en ancianos institucionalizados era muy alta. Aproximadamente la mitad de la muestra tenía una o más alteraciones patológicas. Las lesiones más frecuentes

562 estaban relacionadas con el estado protético de los pacientes (estomatitis, hiperplasia, queilitis angular, etc). Un 2,5% de la muestra presentó algún tipo de leucoplasia oral y el 1,8% signos clínicos de candidiasis. La estomatitis protética estaba relacionada con el grado de limpieza de la prótesis y el uso y edad de la misma⁽⁴³⁾. Resultados similares⁽⁴¹⁾ fueron obtenidos en un hospital geriátrico donde el 52% de la muestra presentaba lesiones orales, fundamentalmente candidiasis (18%).

Las condiciones linguales de un grupo (n: 478) de residentes en un asilo de Copenhagen fue valorado, encontrándose un 70,5% de lengua fisurada con atrofia papilar. La lengua lobulada se encontró en un 8,4% también con atrofia papilar. Los pacientes que recibían medicación xerostómica incrementó el porcentaje de atrofia papilar⁽⁴⁷⁾.

Un estudio desarrollado en California describió un 43% de lesiones orales, de las que algunas necesitaban atención inmediata⁽⁴⁵⁾. En Canadá, McIntyre y cols.⁽⁴³⁾ identificaron, en 345 residentes ancianos, un 30% de patología oral incluyendo lesiones rojas (70%), blancas (8%) y úlceras (3%).

La prevalencia de candidiasis es una condición que ha sido frecuentemente valorada en pacientes ancianos institucionalizados^(48,49).

En un estudio realizado en Escocia, en 137 ancianos residentes en un hospital geriátrico, la infección oral por *Cándidas* estaba presente en el 47% de los pacientes, de los cuales el 26% eran queilitis angulares y el 38%, candidiasis crónica atrófica en los portadores de prótesis removibles⁽⁵⁰⁾.

Kreher y cols.⁽⁵¹⁾ comprueban la relación directa entre consumo de fármacos xerostómicos e incremento del número de *cándidas* y la relación indirecta o efecto negativo sobre la mucosa oral que soporta la prótesis removible, en una población anciana de Rochester (Nueva York).

Se carece de estudios epidemiológicos de lesiones mucosas orales como leucoplasia o cáncer, en ancianos institucionalizados, si bien, esta patología ha sido descrita en algún caso⁽⁵²⁾.

NECESIDADES DE TRATAMIENTO

La consecuencia de una pobre salud oral en los

ancianos institucionalizados es la alta necesidad de tratamiento bucodental que requieren. El objetivo principal de la odontología geriátrica es el paciente anciano. El mantenimiento de una dentición natural, sana y funcional a lo largo de la vida con los beneficios físicos, psicológicos y sociales que conlleva debe considerarse un criterio mayor para envejecer con éxito⁽¹⁴⁾. En este sentido la calidad de vida y la salud de un paciente anciano, están íntimamente unidas a la salud oral.

Sin embargo, la institucionalización en residencias, asilos u hospitales geriátricos de larga estancia proveen de atención médica, pero no suelen prestar cuidados orales. Los ancianos institucionalizados reciben diariamente la medicación necesaria, la adecuada nutrición y dieta, y una aceptable higiene personal. Pero, el medio institucional no asume la responsabilidad de la higiene oral y de los cuidados dentales.

Por esta razón es importante, que el odontólogo forme parte del equipo médico responsable de la salud del anciano⁽⁵³⁾. El estereotipo en los países industrializados consiste en que la realización de prótesis completa es sinónimo de necesidades satisfechas de tratamiento oral en ancianos institucionalizados. Esto sugiere, que en este grupo especial de población, el incremento de la edad eleva los requerimientos protodóncicos y descende otras formas de tratamiento dental restaurador. Sin embargo esta creencia se está modificando y en un futuro cercano los ancianos retendrán mayor número de dientes naturales, utilizando más frecuentemente los servicios dentales.

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DENTALES

Un principio básico que conduce a cualquier paciente a buscar cuidados odontológicos es que sienta su necesidad. El anciano debe creer que él necesita esa atención odontológica y que estará peor sin el cuidado o tratamiento oral. Esto requiere que el paciente de edad avanzada institucionalizada tenga un mínimo concepto de salud oral⁽⁵⁴⁾. Hay que añadir en contra los efectos de la edad cronológica sobre las expectativas de salud oral, que en los ancianos parecen tener un estereotipo muy negativo, asumiendo las inevitables consecuencias del envejecimiento⁽⁵⁴⁾.

Los ancianos institucionalizados incrementan sus visitas al médico mientras que decrece la asistencia al dentista⁽⁵⁵⁾. Este hecho es atribuido al incremento de riesgo de enfermedades generales crónicas y a la alta prevalencia de edentulismo. La mayoría de los ancianos institucionalizados no han visitado al odontólogo en los últimos 5-8 años, y sus prótesis dentales tienen una antigüedad media de 10 hasta 20 años^(3,21). Numerosas barreras que imposibilitan esta prestación dental han sido identificadas⁽⁵⁶⁾. En primer lugar el grado de dependencia física o mental con grave afectación del estado general constituye una barrera mayor entre los ancianos frágiles e institucionalizados. En segundo lugar, la pobre actitud del anciano hacia su salud oral le lleva a aceptar de hecho su estado deficiente oral, otorgándole una baja prioridad comparado con su salud general. No sienten la necesidad de ser tratados. En tercer lugar, las instituciones geriátricas no poseen generalmente servicios dentales en el mismo centro⁽⁵⁵⁾, por lo que el acceso al consultorio odontológico supone muchas veces un reto importante para el paciente anciano frágil que debe abandonar su hábitat cotidiano. En cuarto lugar, si el centro no suministra la atención odontológica, es el anciano quien debe satisfacer sus necesidades de tratamiento de su propia economía. La barrera económica ha imposibilitado enormemente el acceso al tratamiento dental restaurador y protodónico, por parte del anciano institucionalizado.

La frecuencia de visitas al consultorio dental del paciente geriátrico residente en centros para la tercera edad es muy variable. En un estudio realizado por la Asociación Dental de California⁽¹⁵⁾, el 22% de la muestra visitó al odontólogo en el último año; de esta proporción el 31% eran dentados y el 15%, edéntulos. Sin embargo, el estudio realizado en Canadá, por MacEntee⁽²⁹⁾ demostró que el 29% de los participantes no habían visitado al dentista en los últimos diez años, y el 30% de los pacientes no recordaban su última visita al consultorio dental.

La falta de percepción de necesidades era la razón más frecuentemente citada por los residentes en ambos estudios^(15,29). Esta misma explicación fue dada en el realizado en Iowa⁽⁵⁷⁾, por un 46% de los participantes, para los cuales, el factor económico era poco importante, ya que el 55% poseían un seguro privado que le cubría la prestación dental. Berkey y cols.⁽⁵⁸⁾ indican, al

contrario, que el 70% de todas sus pacientes citaron el aspecto financiero como una barrera moderada alta en la utilización de los servicios dentales.

La salud general deteriorada por trastornos médicos o mentales pueden ser también una barrera importante. Mercer⁽⁵⁹⁾, en Indiana, informa que más de la mitad de los ancianos imposibilitados mostraban gran dificultad para ser atendidos.

Shareff y Strauss⁽⁶⁰⁾ encuentran que la mayor parte de los ancianos de su estudio eran intratables dentalmente por su estado mental (31%) o médico (25%). Una revisión sugiere que entre el 9% y el 32% de los asilos y residencias geriátricas en Usa y Canadá han sido visitadas por un odontólogo durante el último año⁽⁷⁾.

PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS DENTALES

Los estudios epidemiológicos de salud oral en ancianos institucionalizados han mostrado la alta prevalencia de enfermedades bucodentales con un grado elevado de edentulismo y una gran necesidad de tratamiento oral sin satisfacer. Es, por tanto, prioritario, desarrollar un programa de atención odontológica para los ancianos residentes en instituciones geriátricas.

Papel del odontoestomatólogo

Cada residencia o centro asistencial gerontológico debería contar con la colaboración de un odontólogo para asistir al diagnóstico y tratamiento oral de los ancianos residentes. Junto con la dirección y el personal sanitario elaborar programas específicos de salud oral para cada institución. Debe realizar un examen oral periódico de los pacientes (uno previo al ingreso) para valorar el tratamiento oral más adecuado y los cuidados de higiene oral para su dentición natural y estado protodónico.

Siguiendo a Ettinger y cols.⁽⁹⁾ el cuidado oral al paciente geriátrico institucionalizado puede realizarse por varios métodos:

- 1) El desplazamiento del paciente al gabinete dental requiere un buen estado general del anciano, que va a ausentarse 2-3 horas fuera de la institución. Supone contar con un vehículo apropiado.
- 2) Atención dental en la institución: Supone la instalación

- 564 de una unidad dental en el centro gerontológico con un mínimo de rentabilidad de 150-200 residentes. Su principal ventaja radica en que los ancianos son tratados en su propio medio. Es el método ideal.
- 3) Programa con equipo dental móvil. Tiene la ventaja principal de que el paciente anciano es atendido en cualquier lugar, aunque los medios técnicos del equipo son limitados.
 - 4) Programa mixto en atención móvil hospitalaria. Consiste en el hecho de que una institución hospitalaria o universitaria desarrolla un programa de atención para residencias de ancianos. En este sentido, la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla y el Instituto de Servicios Sociales de la Junta de Andalucía ha iniciado un programa piloto para establecer los criterios asistenciales de salud oral y el tratamiento bucodental necesario en los ancianos institucionalizados de Sevilla. El soporte económico del programa es concedido por la administración autonómica, y los recursos humanos por el centro universitario.

Papel del personal sanitario del centro asistencial gerontológico

La colaboración del personal sanitario del centro gerontológico es esencial en el desarrollo de una buena atención odontológica de los ancianos residentes⁽⁶¹⁾.

Hay que tener en cuenta que el personal sanitario institucional es el que conoce mejor la actividad cotidiana, las actitudes y la conducta de cada paciente, por lo que ningún programa de salud oral puede tener éxito si no contamos con la ayuda del personal sanitario geriátrico.

El estado oral del paciente anciano institucionalizado requiere un adecuado control de placa que muchas veces puede ser difícil de realizar por ellos mismos. Debiendo recaer esta responsabilidad en los miembros del personal sanitario, que están a su cuidado, ya que el grado de dependencia se incrementa conforme se deteriora el estado físico y mental del anciano frágil⁽⁶²⁾.

Sin embargo, el personal sanitario de la institución geriátrica no posee el conocimiento, las técnicas o las actitudes suficientes para llevar a cabo la ingente labor de la higiene oral⁽⁶³⁾. Suelen ser personas con bajo nivel de educación y socioeconómico. A menudo, cobran

suelos reducidos y su salud oral es pobre con dientes perdidos y prótesis inadecuadas, siendo la última visita al dentista hace 5 años. Si estos auxiliares o enfermeras no poseen un método de higiene oral para ellos mismos, ¿Van a realizar un trabajo extra, manteniendo la salud oral de los ancianos residentes?⁽³⁾ Es preciso, pues, que el odontoestomatólogo con interés en el área de la salud oral del anciano institucionalizado valore el personal sanitario y junto con la dirección del centro, desarrolle un programa continuado de formación para médicos, enfermeras y auxiliares. Si no logramos implantar una conducta de higiene oral en los cuidadores de ancianos, difícilmente, ellos, la transmitirán a los ancianos que cuidan día a día.

Papel de la higienista o auxiliar dental

La higienista dental es el miembro clave en la prestación de cuidados orales en los ancianos institucionalizados. Constituye el eslabón intermedio entre el odontólogo y el personal sanitario del centro⁽³⁾.

Debe colaborar estrechamente en la promoción de la higiene oral, cepillado dental, limpieza de las prótesis dentales, dentífricos y colutorios recomendados por el odontólogo; en muchos aspectos debe constituir su brazo ejecutor preventivo^(56,57).

Procedimientos básicos de la odontología preventiva como el control de placa, aplicación de soluciones y barnices fluorados, control cariostático de la dieta, pueden ser realizados por la higienista dental, supervisada por el odontólogo.

CONCLUSIONES

La salud oral de los ancianos residentes en instituciones merece un especial interés por la profesión odontológica. Debemos contribuir de forma decisiva a mejorar esta situación.

Resulta desalentador observar cómo los distintos estamentos de la administración pública descuidan este aspecto básico de la salud oral en la asistencia gerontológica. Una adecuada prestación de cuidados orales para el anciano institucionalizado requiere iniciativa política y acción por parte de las autoridades locales, regionales y nacionales. Deben planificarse los

servicios de salud comunitarios, incluyendo la salud oral, que deben estar basados en datos epidemiológicos.

Las necesidades de tratamiento bucodental deben valorarse adecuadamente en cada caso, de acuerdo a la salud física, mental y social del anciano

institucionalizado⁽⁵⁹⁾. Los profesionales de la salud oral, la sociedad en general, no pueden ni deben olvidar su obligación y responsabilidad en la satisfacción de este aspecto básico de la calidad de vida de nuestros mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Instituto Nacional de Estadística. *Censo de Población y Vivienda de 1991*. Madrid 1992.
- 2 World Health Organisation. *World Assembly on Aging. Introductory document: demographic considerations*. Viena, 1982.
- 3 Ettinger R, Rafal S, Potter D. Dental care programs for chronically ill homebound patients, for residents of nursing homes and for patients in geriatric hospitals. En: *Geriatric Dentistry* (ed. Holm-pedersen P, Loe H). Munksgaard. Copenhagen 1986, pp: 393-412.
- 4 Instituto de Servicios Sociales (INSERSO). *La tercera edad en España: aspectos cuantitativos*. Ed. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid. 1989.
- 5 Neill J. *Evaluación de los ancianos para los cuidados asistenciales. Guía práctica*. SG editores. Barcelona 1993.
- 6 Altarriba F. *Gerontología. Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer*. Ed. Boixaren Universitaria. Barcelona, 1992.
- 7 Berkey D, Berg R, Ettinger R, Meskin L. Research review of oral health status and service use among institutionalised older adults in the United States and Canada. *Spec Care Dent* 1991; **11**(4): 131-136.
- 8 Beck J, Hunt R. Oral health status in the United States: problems of special patients. *J Dent Educ* 1985; **49**(6): 407-425.
- 9 Kandleman D, Bordeur J, Simard P, Lepage Y. Dental needs of the elderly. A comparison between some European and North American surveys. *Community Dent Health* 1986; **3**: 19-39.
- 10 Altieri J, Vogler J, Goldblatt R, Katz R. The dental status of dentate institutionalised older adults: considerations of retained roots. *Spec Care Dent* 1993; **13**(2): 66-70.
- 11 Ong G, Soh G, Chong Y. Periodontal institutionalised elderly in Singapore. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; **20**: 382-383.
- 12 Miyazaki H, Shirahama R, Ohtami I y cols. Oral health conditions and denture treatment needs in institutionalised elderly people in Japan. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; **20**: 297-301.
- 13 Vigild M. Oral mucosal lesions among institutionalised elderly in Denmark. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; **15**: 309-313.
- 14 Kalk W, Baat C, Meeuwissen J. Is there a need for gerodontology? *Int Dent J* 1992; **42**: 209-216.
- 15 California Dental Association. *California skilled facilities' residents: a survey of dental needs*. Sacramento. CDA, 1986.
- 16 Mersel A, Berenholz R, Fiez-Vandal A. Gerodontics: an epidemiologic perspective. *Spec Care Dent* 1986; **6**: 13-14.
- 17 MacEntee M, Weiss R, Wasler-Morrison T y cols. Factors influencing oral health in long term care facilities. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; **15**: 314-316.
- 18 Stockwell A. Survey of the oral health needs of institutionalised elderly patients in Western Australia. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; **15**: 273-276.
- 19 Vigild M. Denture status and needs for prosthodontic treatment among institutionalised elderly in Denmark. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; **15**: 128-133.
- 20 Tobias B. Dental aspects of an elderly population. *Age and Ageing* 1988; **17**: 103-110.
- 21 Caballero J. *Estudio y evaluación de la salud oral en la población geriátrica institucionalizada de Vizcaya*. Tesis doctoral Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco, 1989.
- 22 Ekelund R. Dental state and subjective chewing ability of institutionalised elderly people. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989; **17**: 24-27.
- 23 Stuck A, Chappuis C, Flury H, Lang N. Dental treatment needs in an elderly population referred to a geriatric hospital in Switzerland. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989; **17**: 267-272.
- 24 Angelillo I, Sagliocco G, Hendrick S, Villari P. Tooth loss and dental caries in institutionalised elderly in Italy. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; **18**: 216-218.
- 25 Merelie D, Heyman B. Dental needs of the elderly in residential care in Newcastle-upon-Tyne and the role of formal carers. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; **20**: 106-111.
- 26 Slade G, Locker D, Leake J, y cols. Differences in oral health status between institutionalised and noninstitutionalised older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; **18**: 272-276.
- 27 Ettinger R. Restoring the aging dentition: repair or replacement? *Int Dent J* 1990; **40**: 275-282.
- 28 Vigild M. Oral hygiene and periodontal conditions among 201 institutionalised elderly. *Gerodontics* 1988; **4**: 140-145.
- 29 MacEntee M, Silver J, Gibson G y cols. Oral health in a long-term care institution equipped with a dental service. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985; **13**: 260-263.

- 566 30 Katz R, Meskin L. The epidemiology of oral diseases in older adults. En: *Geriatric Dentistry* (ed. Holm-Pedersen P, Loe H) Munksgaard. Copenhagen, 1986, pp: 221-237.
- 31 Vigild M. Dental caries and the need for treatment among institutionalised elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989; **17**: 103-105.
- 32 MacEntee M, Wyatt C, McBride B. Longitudinal study of caries and cariogenic bacteria in an elderly disabled population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; **18**: 149-152.
- 33 Handelman S, Baric J, Espeland M, Berglund K. Prevalence of drugs causing hyposalivation in an institutionalised geriatric population. *Oral Surg* 1986; **62**: 26-31.
- 34 Baker K, Levy S, Chrischilles E. Medications with dental significance: usage in a nursing home population. *Spec Care Dent* 1991; **11**(1): 19-25.
- 35 Katamura M, Kiyak H, Mulligan K. Predictors of roots caries in the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 1986; **14**: 34.
- 36 Holm-Pedersen P. Periodontal treatment and prof ilaxis . The frail elderly. *Int Dent J* 1991; **41**: 225-232.
- 37 Ambjornsen E. Remaining teeth, periodontal condition, oral hygiene and tooth cleaning habits in dentate old-age subjects. *J Clin Periodontol* 1986; **13**: 583-586.
- 38 Maseman D, Huntley D, Whetstone S. Need for dental hygiene and dental care in Veterans Administration patients. *Spec Care Dent* 1988; **8**(1): 30-33.
- 39 Diu S, Gelbier S. Oral health screening of elderly people attending a community care centre. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989; **17**: 212-215.
- 40 World Health Organisation. *Oral health surveys*. Basic Methods. Ginebra, 1987.
- 41 Brauer L, Bessermann M, Frijs-Madsen B, Brauer E. Oral health status and needs for dental treatment in geriatric patients in a danish district hospital. *Community Dent Oral Epidemiol* 1986; **14**: 132-135.
- 42 Lemasney J, Murphy E. Survey of the dental health and denture status of institutionalised elderly patients in Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol* 1984; **12**: 39-42.
- 43 McIntyre R, Jackson M, Shosenberg J. Dental health status and treatment needs of institutionalised seniors. *Ontario Dentist* 1986; **63**: 12-14, 18-23.
- 44 Harriman L, Snowdon D, Messer L, y cols. Temporomandibular joint dysfunction and selected health parameters in the elderly. *Oral Surg* 1990; **70**: 406-413.
- 45 Budtz-Jorgensen E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. Review article. *J Oral Pathol* 1981; **10**: 65-80.
- 46 Pindborg J. Pathology and Treatment of diseases in oral mucous membranes and salivary glands. En: *Geriatric Dentistry*. (Ed. Holm-Pedersen P, Loe H) Munksgaard. Copenhagen, 1986, pp: 290-306.
- 47 Glenert V, Pindborg J, Andreasen J. Tongue surface conditions of 478 residents of a large danish rest home. *Gerodontology* 1986; **2**: 83-86.
- 48 Holbrook W, Hjorleifsdottir D. Occurrence of oral Candida Albicans and other yeast-like fungi in edentulous patients in geriatric units in Iceland. *Gerodontology* 1986; **2**: 153-156.
- 49 Schou L, Wight C, Cumming C. Oral hygiene habits, denture plaque, presence of yeasts and stomatitis in institutionalised elderly in Lothian, Scotland. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; **15**: 85-89.
- 50 Wilkieson C, Samaranyake L, MacFarlane T y cols. Oral candidosis in the elderly in long term hospital care. *J Oral Pathol Med* 1991; **20**: 13-16.
- 51 Xreher J, Graser G, Handelman S, Eisenberg A. Oral yeasts, mucosal health, and drugs use in an elderly denture-wearing population. *Spec Care Dent* 1991; **11**(6): 222-226.
- 52 Velasco E. *Estudio epidemiológico de salud oral en una población psiquiátrica institucionalizada de Sevilla*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Sevilla, 1992.
- 53 Heyden G. Critical issues of ageing: the dentist as a supervisor of the general health of the elderly. *Int Dent J* 1990; **40**: 63-65.
- 54 Ettinger R. Attitudes and values concerning oral health and utilization of services among the elderly. *Int Dent J* 1992; **42**: 373-384.
- 55 Soh G. Disparity between medical and dental care of institutionalised elderly in Singapore. *Int Dent J* 1992; **42**: 97-102.
- 56 Kiyak H. Reducing barriers to older persons' use of dental services. *Int Dent J* 1989; **39**: 95-102.
- 57 Ettinger R, Beck J, Miller J, Jakobsen M. Dental service use by older people living in long-term care facilities. *Spec Care Dent* 1988; **8**(4): 178-183.
- 58 Berkey D, Call R, Gordon S, Berkey K. Barriers influencing dental care in lona term care facilities. *Gerodontology* 1988; **4**: 315-319.
- 59 Mercer V. Dentistry in the nursing home. *Gerodontology* 1985; **1**: 274-276.
- 60 Shareff H, Strauss R. Behavioral influences on the feasibility of outpatient dental care for nursing home residents. *Spec Care Dentist* 1985; **5**: 270-273.
- 61 Power P. Shared responsibility for oral health in long-term care facilities. *Spec Care Dentist* 1990; **10**(5): 164-165.
- 62 Katz M, Schuchman L. Oral Health care attitudes of nursing assistants in long-term care facilities. *Spec Care Dentist* 1988; **8**(5): 228-231.