

# La atención odontológica del paciente geriátrico con deterioro cognitivo

## *Dental management of the geriatric patient with cognitive impairment*

Haya Fernández MC\*, Blasco Garrido I\*\*, Cabo Pastor MB\*\*\*

### RESUMEN

La investigación clínica ha demostrado que una mejor función cognitiva se relaciona con un mejor estado de salud oral. Y, de la misma manera, los pacientes mayores institucionalizados con deterioro cognitivo presentan una pobre salud oral con mayor número de dientes ausentes, caries, acúmulo de placa y enfermedad periodontal. El diagnóstico precoz del paciente con deterioro cognitivo es fundamental para mejorar el pronóstico de la enfermedad y poder plantear un tratamiento odontológico preventivo que pueda mejorar su salud y su calidad de vida. Por este motivo, todo el personal sanitario, incluido el odontólogo, tiene que ser determinante en este proceso valorando los cambios conductuales y las pérdidas de memoria de sus pacientes. El objetivo de este artículo es realizar una visión geriátrica de las enfermedades que con mayor frecuencia van a provocar deterioro cognitivo. Así como revisar que cambios se producen en estos pacientes, en cuanto a su salud oral, debido a las alteraciones producidas en el desarrollo de la enfermedad. Para concluir recopilando las pautas de cómo y cuándo debería de realizarse el tratamiento odontológico dependiendo de la fase del deterioro cognitivo.

**Palabras clave:** Deterioro cognitivo, salud oral, paciente geriátrico, manejo odontológico, gerodontology.

### SUMMARY

Clinical research has shown that better cognitive function is associated with good oral health. In the same way, institutionalized elderly patients that suffer cognitive impairment present poor oral health with a high number of missing teeth, cavities, plaque formation and periodontal disease. It's important to do the diagnosis of patients presenting cognitive impairment as earlier as possible in order to improve the prognosis of the disease and to raise a preventive dental treatment that can improve their health and quality of life. Therefore, all health personnel, including dentists have to be decisive in this process by assessing the changes in behaviour and the loss of memory of their patients. The aim of this article is to perform a review about geriatric diseases that most often cause cognitive impairment. Also having a look to the changes that occur in these patients and in their oral health due to alterations in the development of the disease. To conclude compiling guidelines on how and when should the dental treatment be performed depending on the stage of cognitive impairment.

**Key words:** Cognitive impairment, oral health, geriatric patient, dental management, gerodontology.

**Fecha de recepción:** 2 de mayo 2015.

**Aceptado para publicación:** 6 de mayo 2015.

Haya Fernández MC, Blasco Garrido I, Cabo Pastor MB. La atención odontológica del paciente geriátrico con deterioro cognitivo. *Av. Odontostomatol* 2015; 31 (3): 117-127.

\* Profesora del Departamento de Odontología. Universidad CEU Cardenal Herrera Valencia.

\*\* Médico geriatra del Hospital Pare Jofré, Valencia. Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

\*\*\* Profesora del Departamento de Odontología. Universidad CEU Cardenal Herrera Valencia.

## DETERIORO COGNITIVO

Es conocido el envejecimiento de la población, relacionado en gran medida con el aumento de la esperanza de vida, ha ocasionado un aumento de las enfermedades relacionadas a dicho proceso. Esto ha causado un gran impacto sanitario y de consumo de recursos que previsiblemente aumentará conforme dicho envejecimiento siga incrementándose. La prevención de las complicaciones de dichas patologías se presenta por tanto como una de las principales formas de disminuir dicho incremento por ser una de las más eficientes, además de ser de indudable carácter ético. Probablemente ninguna otra de esas patologías sea tan devastadora y con mayor impacto en el consumo que los deterioros cognitivos y sus formas avanzadas, las demencias. Y en evitar sus complicaciones, la gerodontología tiene aún mucho que aportar y desarrollo potencial.

Uno de los países más afectados por dicho proceso y tendencia es España. Nuestro país pasó del 10% de mayores de 65 años en 1975, a ser el 17% en 2010 y a una estimación del 22% en 2040. Si admitimos en España una prevalencia para la demencia en dicho grupo del 8%, significa que en 2040 un 2% de la población tendrá una demencia, y debemos considerar una cifra como mínimo igual para deterioros cognitivos crónicos que no llegan a ser demencias. Debe destacarse que estos datos se refieren a deterioros cognitivos crónicos. El deterioro cognitivo agudo como es el delirium o síndrome confusional agudo es otra patología que se incrementa con la edad, de escaso registro, y que casi todos los estudios relacionan etiológicamente en primer lugar con las infecciones, de las que la tercera causa (tras las urológicas y las respiratorias) son las odontológicas. Las causas farmacológicas serían la segunda o tercera causa, según las mismas series, y entre ellas destacan las analgesias y, sobre todo, las anestésicas y sedaciones (1).

Podemos definir el deterioro cognitivo como la disminución de diferentes aptitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motoras y de la personalidad, atribuibles a distintas causas patológicas que incluyen, además de las de naturaleza orgánica, otras de tipo social. No debe confundirse como deterioro cognitivo el "olvido be-

nigno del anciano" el cual, pese a las quejas subjetivas, presenta exámenes mentales normales. Así, una de sus formas, el delirium o síndrome confusional agudo, se desarrolla rápidamente; es de curso fluctuante, potencialmente reversible, con alteración grave de la atención y es causado generalmente por trastornos médicos sistémicos o por fármacos que requiere atención médica y tratamiento inmediatos y que, lógicamente, contraindica toda intervención odontológica salvo que fuera la patología bucal su causa más probable. Se he visto que el delirium a repetición es causa de desarrollo de demencia en los siguientes dos años (2,3).

Por otra parte, la demencia es un deterioro global y progresivo, generalmente irreversible, de las funciones intelectuales adquiridas previamente, con preservación del nivel de vigilancia, que interfiere con el rendimiento laboral o social del individuo y le hace perder su autonomía personal. Se estima que el ratio de conversión de deterioro cognitivo leve a demencia es de un 10-15% por año. No suele ser, por tanto, una patología aguda por lo que no requiere de atención médica inmediata, con lo que puede permitir las intervenciones odontológicas. El final de la definición introduce un concepto que no deja de ser paradójico y es que el concepto no solo depende del deterioro cognitivo, sino también de las exigencias sociales y laborales. Vemos pacientes con grandes deterioros cognitivos que no son considerados dementes si las sociedades donde viven son muy protectoras y poco exigentes, como solía ocurrir en la sociedad rural valenciana. Por el contrario, los deterioros cognitivos suelen detectarse de forma precoz y considerarse como demencias mucho antes en aquellos que desarrollan trabajos intelectualmente complejos o viven solos o en sociedades muy exigentes (2).

## ETIOLOGÍA

Las demencias etiológicamente se clasifican en: degenerativas (aproximadamente el 65%); vasculares (aproximadamente el 30%) y el restante 5% englobaría a otras etiologías como: infecciosas, tóxicas, nutricionales, neoplásicas, etc.

Las más prevalentes son las degenerativas seguidas de las vasculares, y ambas directamente asociadas a

la edad. Las degenerativas incluyen (por orden de frecuencia) la demencia de Alzheimer, la de cuerpos de Lewy/asociada a Parkinson, las frontotemporales (de las que la más frecuente es la enfermedad de Pick), la parálisis supranuclear progresiva (o PSP), la enfermedad de Huntington, etc. Por debajo de los 60 años afectan al 0,02% de la población, pero entre los 80 y los 90 años a más del 11%. Entre las vasculares debemos mencionar (por frecuencia) la multiinfarto, aunque también la de "infarto estratégico" (un solo infarto pero en una zona insustituible puede causar demencia) y la enfermedad de Binswanger. Entre las infecciosas están (por orden de frecuencia): la asociada a SIDA, la de Creutzfeldt-Jakob, la sífilis terciaria, la encefalitis por herpes virus, las asociadas a la enfermedad de Lyme, a la enfermedad de Whipple, etc. Las tóxicas más frecuentes son las causadas por consumo de alcohol seguida de por consumo de fármacos. Las nutricionales pueden ser por déficit de vitaminas B12, B9, B3 o B1. Entre las neoplásicas tenemos tanto las causadas por invasión encefálica directa como las causadas por síndromes paraneoplásicos. Y dentro del cajón de sastre de las "otras" no debemos olvidarnos de las postraumáticas, de la causada por hematoma subdural crónico y la causada por la hidrocefalia normotensiva.

Debemos tener en cuenta que las demencias nutricionales, las tóxicas y la causada por la hidrocefalia normotensiva e incluso algunas vasculares son potencialmente reversibles, total o parcialmente. La mayoría de las demencias vasculares, infecciosas, neoplásicas y traumáticas son de inicio agudo y rara vez prevenible o previsible. Las demás, que prácticamente son las degenerativas y ya hemos visto que las más frecuentes, son de evolución progresiva y eso nos permite poder planificar y prevenir complicaciones (2).

## CLÍNICA

En este campo, de las demencias debemos conocer cuatro conceptos básicos:

1. **Apraxia:** Pérdida de la capacidad de llevar a cabo movimientos de propósito, aprendidos o familiares, a pesar de tener la capacidad física (tono muscular y coordinación) y el deseo de

realizarlos. En otras palabras, es una disociación entre la idea (lo que el paciente quiere hacer) y la ejecución motora (lo que el paciente logra hacer) sin un déficit motor que lo justifique (2).

2. **Disfagia:** Dificultad para la deglución. Afagia se debe reservar para la imposibilidad completa. Puede ser por causas neurológicas, postquirúrgicas, postradioterapia, farmacológicas, etc. Y muy frecuentemente por problemas bucodentales. "El manejo de los pacientes mayores con disfagia requiere la acción coordinada de un grupo de profesionales sanitarios, que incluye a los médicos de cabecera, neumólogos, logopedas, dietistas, terapeutas ocupacionales, enfermeras, fisioterapeutas, higienistas orales, odontólogos, así como a sus cuidadores" (4).
3. **Broncoaspiración:** Aspiración accidental de líquidos o sólidos por las vías aéreas, generalmente por alteraciones del nivel de conciencia, de los reflejos o por disfagia. Puede ser causada por reflujo esofágico. Es la principal causa de neumonías en personas institucionalizadas y la principal causa de muerte en demencias degenerativas avanzadas, aunque frecuentemente no es registrada por ausencia de pruebas funcionales, hasta ahora (4).
4. **Test de disfagia MECV-V (Método de Exploración Clínica de Volumen-Viscosidad):** Uno de los más grandes avances ha sido la capacidad de cuantificar la disfagia a pie de cama con este test, que tiene casi la misma sensibilidad y especificidad que la mucho más compleja y cara videofluoroscopia. Con el paciente en sedestación y con monitorización continua de la saturación de O<sub>2</sub> (pulsioxímetro) se administran bolos de 5, 10 y 20 ml de consistencias néctar, líquido y pudding. Se registra si hay signos de alteración de la seguridad (tos, desaturación >5%, o cambio del tono de la voz) y/o de la eficacia (fallo del sello labial, deglución fraccionada o residuos orales o faríngeos) y se concluye la viscosidad y volumen mínimo con seguridad (5).

## DIAGNÓSTICO

La detección del deterioro cognitivo depende mucho de las exigencias del medio y sociales. Por tanto,

en todos los casos sospechosos y para despistaje en general, existen numerosos instrumentos que deben distinguir dicho deterioro del atribuible al envejecimiento. El más utilizado en nuestro medio es el de Pfeiffer. Otros, ya más usados en la detección de demencias, son: el test del reloj, el Mini-Mental (MMSE), el Mini-examen cognoscitivo (MEC), el Blessed o el test del informador. Pero el hecho que algunos de ellos estén protegidos por patentes que exigen pagos comerciales y además sobreorientados a la detección de la enfermedad de Alzheimer ha hecho que en los últimos años hayan surgidos nuevos instrumentos sin esos defectos. En el Hospital Pare Jofré, Valencia, en concreto, utilizamos actualmente el Fototest.

El estudio de la etiología puede obligar, dependiendo del tipo que sospechemos en base a la clínica, los déficits y la historia clínica, a realizar pruebas de laboratorio (tanto en sangre como en líquido cefalorraquídeo) o pruebas de imagen (TAC, RMN, SPECT, etc.) (1).

## TRATAMIENTO

El tratamiento dependerá también de su etiología y gravedad. Pero debemos mencionar especialmente a dos tipos de fármacos que cada vez tienen más uso. El primero son los inhibidores de la acetilcolinesterasa (rivastigmina, galantamina y donepezilo) y el segundo el de los bloqueadores de los receptores NMDA (memantina). El primer grupo es especialmente interesante, ya que ha demostrado ser útil en el tratamiento de las demencias con déficit de acetilcolina en las sinapsis (como el Alzheimer) pero, posteriormente, se ha visto que también es muy útil en la demencia por cuerpos de Lewy, en la de Parkinson y en muchas vasculares. Dicho beneficio parece estar causado por un aumento del flujo sanguíneo cerebral, que está controlado por un sistema acetilcolinérgico. Este grupo se ha visto que aumenta, lógicamente, el efecto de la succinilcolina y, en general, de todos los relajantes musculares usados en anestesia. El segundo grupo, solo representado por la memantina, no ha demostrado mejoría alguna de las funciones mentales pero sí una marcada mejoría y mantenimiento de la funcionalidad de los pacientes, por lo que se reserva para la demencia tipo Alz-

heimer de grado moderado a severo. Es muy habitual verlo en combinación con un fármaco del primer grupo, especialmente con la rivastigmina. Se ha recomendado la memantina como sinergista de los anestésicos tipo lidocaína en el tratamiento de algunas neuritis, por lo que es posible que aumente el efecto de los anestésicos de dicho grupo, ampliamente usados en la anestesia odontológica. Aumento este que, si existe, no es muy marcado y que la mayor parte de las veces será hasta deseable. En casi todas las demencias vasculares y gran parte de las degenerativas nos encontraremos con tratamiento antiagregante y, ocasionalmente, con anticoagulación a dosis profilácticas (2).

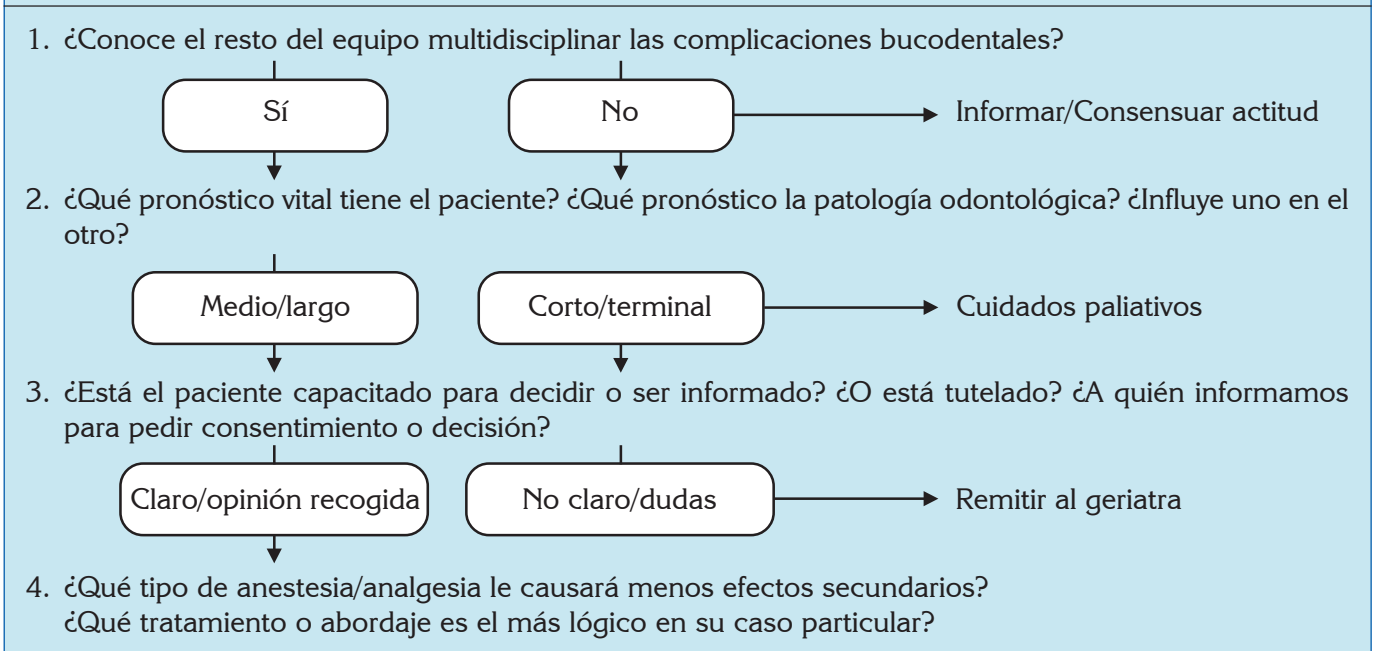
## TOMA DE DECISIONES EN GERODONTOLOGÍA

Ante una patología bucodental en un paciente con deterioro cognitivo, son varias las preguntas consecutivas que hemos de hacernos (Tabla 1).

Un aspecto ético especialmente delicado es el de la información y el consentimiento. Un paciente puede estar ya tutelado por un deterioro cognitivo, pero ser este moderado, con lo que sí puede tener conciencia y entendimiento suficiente para poder opinar sobre su tratamiento e, incluso, ser conveniente para lograr colaboración por el paciente. En el lado contrario, muchos pacientes con falta absoluta de conciencia o decisión pueden no estar tutelados y, en ocasiones, es difícil precisar quién es el familiar (o familiares) que puede tomar las decisiones. En ocasiones, sobre todo entre extranjeros, puede haber un documento de voluntades anticipadas al que el odontólogo no está legalmente autorizado a acceder pero está legalmente obligado a respetar. De ahí la importancia de la integración del odontólogo en el equipo multidisciplinar (4).

La elección de la anestesia también pondrá a prueba dicho equipo. 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 benzodicepinas deben evitarse en estos pacientes (2).

**TABLA 1.- TOMA DE DECISIONES EN RELACIÓN AL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA PATOLOGÍA BUCODENTAL**



**PRINCIPALES COMPLICACIONES ORALES**

Se recogen en la Tabla 2 las complicaciones orales que con más frecuencia se pueden observar en los pacientes con deterioro cognitivo.

El primero hace referencia al más claro y reconocido como fuente de complicaciones. Los pacientes con

deterioro cognitivo pueden olvidar retirar las prótesis por la noche, así como presentar apraxia del cepillado. Varios estudios confirman la asociación entre demencia, pobre higiene oral, empeoramiento de la calidad de vida y desnutrición. Y todo ello aumenta el riesgo de broncoaspiración (1,2).

El segundo punto hace referencia a la tan frecuente observación que, en dicho proceso de desnutrición o pérdida de peso del paciente, como consecuencia de la reducción del volumen gingival se produce el desajuste de las prótesis, que inicialmente suelen tratar de paliarse con pegamentos, para terminar siendo un contribuyente más del ciclo vicioso que conduce a la desnutrición.

El tercero es menos referenciado. Podemos encontrar hipertensión marcada en los pacientes con enfermedad de Parkinson, demencia por Cuerpos de Lewy, algunas demencias vasculares, algunas frontotemporales, en la Parálisis Supranuclear Progresiva y, en general, en todas las que cursen con parkinsonismo. También podemos tener parkinsonismo como alteración secundaria a tratamientos anticolinérgicos y de otros tipos. En los casos primarios más incapacitados

**TABLA 2.- TOMA DE DECISIONES EN RELACIÓN AL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA PATOLOGÍA BUCODENTAL**

Complicaciones orales en pacientes con deterioro cognitivo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pobre higiene por apraxia y falta de colaboración.</li> <li>• Desajustes protésicos por pérdida de peso.</li> <li>• Trastornos del movimiento (hipertensión, discinesias orales, bruxismo, etc.).</li> <li>• Alteraciones de la secreción de saliva.</li> <li>• Alteraciones propias secundarias a la patología o al tratamiento.</li> </ul>

tantes puede plantearse relajantes musculares o incluso la toxina botulínica para hipertonías localizadas. Las discinesias orales pueden verse en todos los tipos de demencia, pero en muchas ocasiones son manifestación de prótesis mal ajustadas o efecto secundario de fármacos especialmente los neurolépticos. El bruxismo diurno también puede verse como manifestación de un estado hipertónico, y varios estudios sugieren que en ocasiones el nocturno podría ser manifestación de reflujo esofágico.

Respecto a las alteraciones en la secreción de saliva debemos resaltar que, en general, la sialorrea solo se suele observar en la enfermedad de Parkinson, con el problema que el medicamento de referencia para su tratamiento en el extranjero, el glicopirrolato, no está comercializado en su forma oral en España por lo que una de las pocas alternativas es la hioscina, con no pocos efectos secundarios. En las demás demencias, y en muchísimos medicamentos con efectos anticolinérgicos (antidepresivos, neurolépticos, antihistamínicos y antieméticos, etc.), lo inmensamente más frecuente es la disminución de la secreción de saliva y la xerostomía.

Respecto a las alteraciones propias secundarias a las patologías o al tratamiento, además de las que ya se han comentado, debemos destacar que varios estudios han registrado aumento de los depósitos de sarro en las demencias por cuerpos de Lewy, la macroglosia en las amiloidosis, la hiperplasia gingival secundaria a ciertos antiepilépticos, etc.

## SALUD ORAL DE LOS PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO

La demencia se caracteriza por déficit cognitivos múltiples que implican un deterioro de la memoria, lo que conlleva diferentes problemas de salud. Los pacientes que sufren este tipo de trastornos cognitivos, suelen olvidarse de tomar la medicación (incumplimiento terapéutico), tienen dificultades para llevar a cabo la higiene diaria satisfactoria (autocuidado insuficiente) y no utilizan adecuadamente los servicios dentales. El paciente con deterioro cognitivo tienen fundamentalmente problemas conductuales y de memoria. Uno de los primeros síntomas es el olvido de las citas, olvido de las instrucciones

postoperatorias, negligencia en la higiene bucal, no recordar como se usa el cepillo dental o como se limpia la prótesis removibles. Y a la vez, las consecuencias de una mala salud oral, que durante mucho tiempo se ha ignorado, pueden tener un impacto negativo en la calidad de vida de los ancianos empeorar sus problemas psicosociales, alterar la dinámica familiar y frustrar a los cuidadores (8).

El deterioro de las capacidades cognitivas y de las actividades de la vida diaria en los pacientes con esta enfermedad tiene implicaciones en la cavidad oral. En la literatura se ha encontrado asociación entre el deterioro cognitivo y una pobre salud oral (9), dificultades en la higiene bucal con acúmulo de placa (Fig. 1), en la higiene de la prótesis (10), caries dental (11,12), problemas periodontales (13), edentulismo (14), pobre estabilidad y falta de uso de las dentaduras. Como resultado de esta deficiente salud oral en los pacientes mayores con deterioro cognitivo se añaden otros problemas como disminución de la calidad de vida (15), deficiente estado nutricional (7) y enfermedades sistémicas como la neumonía por aspiración.

La disminución de reflejos, la aparición de movimientos involuntarios de la musculatura bucal, la pérdida de peso favorecida por problemas para alimentarse, repercuten en la estabilidad de las prótesis removibles. Un reciente estudio de salud oral en pacientes con enfermedad Alzheimer, pone de manifiesto que estos pacientes, olvidan retirarse las prótesis com-



Fig. 1. Paciente mujer de 71 años con demencia moderada, un índice de Barthel 65%, con dificultades para realizar su higiene oral diaria por lo que presenta gingivitis acúmulo placa.

pletas por la noche. Y de la misma manera, el cepillado de los dientes y el cuidado de las prótesis es más irregular y por tanto, es más frecuente las lesiones de la mucosa oral relacionadas con el empleo de prótesis como candidiasis, úlceras de decúbito e hiperplasias fibrosas inflamatorias (16).

Tanto la hipótesis de que las personas mayores con demencia tienen mayor riesgo de padecer enfermedades orales como la hipótesis de que las personas con mala condición oral podrían tener un mayor riesgo de desarrollar demencia ha sido motivo de estudio, evidenciándose esa relación en los dos sentidos (17,18).

Es importante que el plan de cuidados en la salud oral de estos pacientes se realice en consenso con sus cuidadores puesto que en el progreso de su enfermedad, va a tener un papel importantísimo. El número de dientes y la salud oral va a depender del número de procedimientos de higiene oral realizados por día en estos pacientes y por tanto de la implicación de sus cuidadores (19).

Con respecto a la salud oral estos pacientes residentes en instituciones especiales, los resultados de la literatura demuestran que: su higiene oral es pobre, tienen menos flujo salival y mayor incidencia de caries con respecto a los pacientes sanos. Y estos problemas orales son más pronunciados en los estados severos de la enfermedad (20).

Existen diferencias en el estado nutricional entre los pacientes con enfermedad Alzheimer que viven en instituciones y que viven en casa. La elección en la consistencia de las comidas está correlacionando con el estado dental, pero el estado nutricional no parece estar influenciado por el estado dental. Sin embargo, la habilidad de comer sin ayuda parece estar fuertemente correlacionado con el estado cognitivo (7).

## **MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO**

Como hemos visto, 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 (9).

La investigación anuncia la posibilidad de desarrollar estrategias de tratamiento, con terapias más eficaces para retardar o prevenir la aparición de los síntomas, realizando un diagnóstico precoz mediante biomarcadores sanguíneos específicos para estos trastornos, como metabolitos lipídicos. El empleo de biomarcadores sanguíneos, en saliva o en orina para la detección temprana del deterioro cognitivo va a resultar simple de realizar, de bajo costo y no invasivo (21,22).

El diagnóstico temprano permitirá prolongar la expectativa de vida del paciente al iniciar un tratamiento igualmente temprano. Por lo tanto, cuando el odontólogo identifique en su paciente algún síntoma de la enfermedad (dificultades de memoria, alteraciones conductuales, o incoordinación motora) debe hacer la interconsulta médica respectiva. Es importante que el odontólogo forme parte integral del equipo multidisciplinario que aborda estos casos en etapas tempranas. Incluso a nivel odontológico, el diagnóstico precoz permitirá una mejor evolución y un mejor pronóstico, y elevará sin duda alguna la calidad de vida del paciente (23,24).

En este sentido, son varios los estudios que investigan la calidad de vida relacionada con la salud oral, medida por el GOHAI o OHIP-14, resultando ser mejor entre aquellos con función cognitiva normal en comparación con aquellos con demencia (6).

La prevención de las enfermedades bucales en los pacientes con deterioro cognitivo es fundamental. Se ha comprobado que las siguientes medidas (Tabla 3) son eficaces si se aplican en conjunto con un programa de formación para los cuidadores o familiares, es determinante el odontólogo en la promoción de la salud (23).

El plan de tratamiento odontológico en el paciente con deterioro cognitivo debe ser consensuado con los familiares, cuidadores (las personas que se encargan del cuidado del paciente), y el equipo sanitario multidisciplinario encargado de su salud y además debe tener en consideración la severidad de la enfermedad.

**TABLA 3.- MEDIDAS ADOPTADAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA PATOLOGÍA ORAL EN PACIENTES CON DEMENCIA**

**Medidas preventivas empleadas en pacientes con demencia**

- Cepillos adaptados y cepillos con succión.
- Cepillos eléctricos.
- Utilización de separadores bucales y utensilios adaptados para facilitar el acceso de los cuidadores al interior de la boca de los pacientes mayores.
- Productos fluorados.
- Sustitutos salivales.
- Productos antimicrobianos (Clorhexidina).
- Si el paciente lleva prótesis dental parcial hay que retirarla antes de realizar el cepillado de los dientes.
- Las prótesis dentales parcial o completa deben ser retiradas antes de acostarse y cepillarlas.
- Para evitar daños durante la limpieza, debemos asegurarnos de que el fregadero está lleno con agua, así evitaremos fracturas si cae la prótesis.

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.

Cuando la enfermedad está establecida, el odontólogo debe instruir a los familiares y cuidadores en las técnicas de cepillado, empleo de cepillos eléctricos, gasas húmedas, en la limpieza de las prótesis removibles, incluso en marcarlas con el nombre del paciente (Fig. 2) para evitar pérdida o extravíos, en caso de pacientes residentes en centros geriátricos.

En esta fase, los tratamientos son más complicados desde procedimientos sencillos como la toma de radiografías (Fig. 3) y de impresiones resultan cada vez más complicados debido a la incoordinación motora, al aumento del reflejo nauseoso y la falta de cooperación del paciente a aceptar intervenciones dentales. En este momento, hay que ser realista a la hora de restaurar protésicamente a estos pacientes y



**Fig. 2.** Imagen de una completa superior realizada a una paciente de 80 años con demencia, que la había perdido en su residencia. Se coloca su nombre para evitar que se extravíe.



**Fig. 3.** Ortopantomografía de la paciente de la figura 1 a la que resulta difícil realizarla.

considerar balance riesgo beneficio del tratamiento planificado. Se debe excluir del plan de tratamiento las prótesis removibles especialmente en fases avanzadas para evitar accidentes con compromiso de la permeabilidad vías aéreas superiores.

En esta etapa puede ser de utilidad la atención en domicilio. El tratamiento dental tiene como fin eliminar posibles fuentes de infección, como problemas periodontales, y especialmente la eliminación de cualquier posible factor determinante de dolor. Son frecuentes las úlceras traumáticas causadas por prótesis mal ajustadas y dientes fracturados. Estos procedimientos dentales a menudo se realizan bajo sedación. El grado de evolución determinará la elección de la vía de sedación y la profundidad de la misma.



La técnica endovenosa puede ser la de elección por permitir el ajuste escalonado y requerir menos colaboración que la vía inhalatoria. No existe ninguna contraindicación para la utilización de anestésicos locales de tipo amida ni de vasoconstrictores salvo que coexista una enfermedad sistémica. Una benzodiazepina de corta duración, como el midazolam, puede ser utilizada con éxito en la mayoría de los casos. En geriatría se prefieren las de corta duración debido a que en el paciente anciano la duración de la sedación es mayor a la normal, así como la profundidad de la misma. A dosis terapéuticas debe

monitorearse a este tipo de pacientes debido al riesgo de depresión respiratoria (25).

En las fases avanzadas, la finalidad va a ser paliativa eliminar dolor. El odontólogo debe estar presente en las decisiones clínicas para mejorar la calidad de vida de los pacientes, manteniendo siempre la integridad, el confort y el bienestar de los mismos.

Diferentes autores, como recoge la Tabla 4, han propuesto qué tratamiento es más indicado y en qué estadio de la enfermedad realizarlo.

**TABLA 4.- TRATAMIENTOS DENTALES PROPUESTOS SEGÚN LA EVOLUCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO**

<b>Autores</b>	<b>Tratamiento Estado inicial</b>	<b>Tratamiento Estado medio</b>	<b>Tratamiento Estado avanzado</b>
McClain (26)	Higiene oral diaria. Flúor tópico.	Valorar sedación. Flúor tópico. Control de placa.	Sedación. Flúor tópico. Control de placa.
Velasco et al. (27)	Sanear la boca. Educación oral a cuidadores. Prevención: higiene oral diaria, flúor tópico, cepillado 2 veces/día, enjuagues clorhexidina/triclosán.	Mismas medidas preventivas. No prótesis nuevas, solo cuidados paliativos. Higiene de las prótesis.	Valorar anestesia general ante tratamiento dental urgente. Higiene oral diaria y cuidado de las prótesis a cargo de los cuidadores.
Friedlander et al. (28)	Sanear la boca. Educación oral a cuidadores. Prevención: cepillado diario, seda dental, gluconato de clorhexidina Saliva artificial. Revisiones cada 3 meses: examen oral, tartrectomía y fluoruro tópico 1% Controlar prótesis.	Eliminar foco de dolor y/o infección. Control de caries. Preferible no prótesis nueva, solo cuidados paliativos.	El cuidador debe inspeccionar la boca del enfermo para detectar posible patologías. Es preferible la exodoncia para eliminar focos infecciosos.
Frenkel (29)	Cualquier tratamiento dental, momento de elección. Eliminar posibles focos infecciosos. Fomentar su independencia en la higiene con el cepillo eléctrico. Fluoruros o clorhexidina tras el cepillado.	Evitar cualquier problema dental. Los cuidadores que apliquen todas las medidas preventivas. Visitas cortas y a primera hora. Intentar mantener sus dientes, evitar prótesis dental inferior.	Educación en higiene oral al cuidador. No recomendable prótesis removibles, mantener sus dientes. Mantener la boca libre de toda infección.
Little (30)	Instrucciones en higiene oral al enfermo y al cuidador: cepillado diario con pasta fluorada, gel de flúor tópico. Tratamiento dental oportuno. Revisiones frecuentes.	Tratamientos enfocados al mantenimiento, higiene, visitas frecuentes y cortas Valorar tranquilizantes. Prevención de infecciones, candidiasis y xerostomía.	Valorar sedación. Higiene y control de infecciones orales. Mantenimiento.
Fiske et al (31)	Tratamiento dental reparador, restablecer la función oral. Higiene y mantenimiento.	Solo tratamientos necesarios, valorar sedación. Eliminar focos de infección, higiene y mantenimiento Revisiones frecuentes.	Solo tratamientos de urgencia. Prevención, higiene y mantenimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Geriátría y Gerodontología. Tratado de Geriátría para Residentes. SEGG: Madrid; 2006.
2. Gil Gregorio P. Tratado de Neuropsicogeriatría. SEGG: Madrid; 2010.
3. Petersen RC. Mild Cognitive Impairment. *NEJM* 2011;364:2227-34.
4. Marik PE, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest* 2003;124:328-36.
5. Ferrero MI, García JF, Botella JJ, Vidal OJ. Detección de disfagia en mayores institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2012;47:143-7.
6. Kyung Hee Lee, Bei Wu, Brenda L. Plassman. Cognitive Function and Oral Health-Related Quality of Life in Older Adults *J Am Geriatr Soc* 2013;61:1602-7.
7. Nordenram G, Ryd-Kjellen E, Johansson G, Nordstrom G, Winblad B. Alzheimer's disease, oral function and nutritional status. *Gerodontology* 1996;13:9-16.
8. Foltyn P Ageing, dementia and oral health. *Aust Dent J* 2015;60:86-94.
9. Ship JA. Oral health of patients with Alzheimer's disease. *JADA* 1992;123:53-8.
10. Syrjälä AM, Ylöstalo P, Sulkava R, Knuuttila M. Relationship between cognitive impairment and oral health: results of the Health 2000 Health Examination Survey in Finland. *Acta Odontol Scand* 2007;65:103-8.
11. Chalmers JM, Carter KD, Spencer AJ. Caries incidence and increments in community-living older adults with and without dementia. *Gerodontology* 2002;19:80-94.
12. Ellefsen B, Morse DE, Waldemar G, Holm-Pedersen P. Indicators for root caries in Danish persons with recently diagnosed Alzheimer's disease. *Gerodontology* 2012;29:194-202.
13. Warren JJ, Chalmers JM, Levy SM, Blanco VL, Ettinger RL. Oral health of persons with and without dementia attending a geriatric clinic. *Spec Care Dentist* 1997;17:47-53.
14. Avlund K, Holm-Pedersen P, Morse DE, Viitanen M, Winblad B. Tooth loss and caries prevalence in very old Swedish people: the relationship to cognitive function and functional ability. *Gerodontology* 2004; 21:17-26.
15. Zini A, Sgan-Cohen HD. The effect of oral health on quality of life in an underprivileged homebound and non-homebound elderly population in Jerusalem. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56: 99-104.
16. Hatipoglu MG, Kabay SC, Güven G. The clinical evaluation of the oral status in Alzheimer-type dementia patients. *Gerodontology* 2011;28: 302-6.
17. Arrivé E, Letenneur L, Matharan F, Laporte C, Helmer C, Barberger-Gateau P, Miquel JL, Dartigues JF. Oral health condition of French elderly and risk of dementia: a longitudinal cohort study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012;40: 230-8.
18. Syrjälä AM, Ylöstalo P, Ruoppi P, Komulainen K, Hartikainen S, Sulkava R, Knuuttila M. Dementia and oral health among subjects aged 75 years or older. *Gerodontology* 2012;29:36-42.
19. Machado MC, Lopes GH, Marchini L. Oral health of Alzheimer's patients in Sao José dos campos, Brazil. *Geriatric Gerontol Int* 2012;12:265-70.
20. Rejnfeldt I, Andersson P, Renner S. Oral health status in individuals with dementia living in special facilities. *Int J Dent Hygiene* 2006;4:7-71.
21. Mapstone M, Cheema A, Massimo S, Fiandanca X, Mhyre T, MacArthur L, Hall W, Fisher S, Peterson D, Federoff H. Plasma phospholipids identify antecedent memory impairment in older adults. *Nature Medicine* 2014; 20,415-8.

22. Bermejo F, Antequera D, Vargas T, Molina J, Carro E. Saliva levels of Abeta 1-42 as potential biomarker of Alzheimer's disease: a pilot study. *BMC Neurology* 2010;10:108.
23. Pearson A, Chalmers J. Oral hygiene care for adults with dementia in residential aged care facilities *JBI Reports* 2004;2:65-113.
24. Haya MC, Fabado B, Cabo MB. Revisión odontológica para la detección del deterioro cognitivo. *El farmacéutico* 2014;513:37-43.
25. López Jiménez J, Giménez Prats MJ. Sedación en el paciente geriátrico. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004;9:45-55.
26. McClain, DL. Dental Hygiene care for the Alzheimer's patient. *Dental Hygiene* 1987;61:500-3.
27. Velasco E, Valencia S, Gallardo I, Vigo M, Bullón P. La atención odontológica del paciente con enfermedad de Alzheimer: un enfoque multidisciplinario. *Av Odontoestomatol* 1999;15:163-73.
28. Friendanler AH, Norman DC, Mahler ME, Norma KM, Yagiela JA. Alzheimer's disease: psychopathology, medical management and dental implications. *J Am Dent Assoc* 2006;137:1240-51.
29. Frenkel H. Alzheimer's disease and oral care. *Dent Update* 2004; 31: 273-4.
30. Little JW. Dental management of patient with Alzheimer's disease. *Gen Den* 2005;53:289-96.
31. Fiske J, Frenkel H, Griffiths J, Jones V. Guidelines for the development of local standards of oral health care for people with dementia. *Gerodontology* 2006;23:5-32.

#### **CORRESPONDENCIA**

M<sup>a</sup> Celia Haya Fernández  
Clínica Odontológica  
Universidad CEU Cardenal Herrera  
Pozo, 5  
46115 Alfara del Patriarca. Valencia  
Correo electrónico: [celiahaya@uch.ceu.es](mailto:celiahaya@uch.ceu.es)