



Filial del Vallès Oriental

CEMAV, 10 i 17 de Desembre del 2015

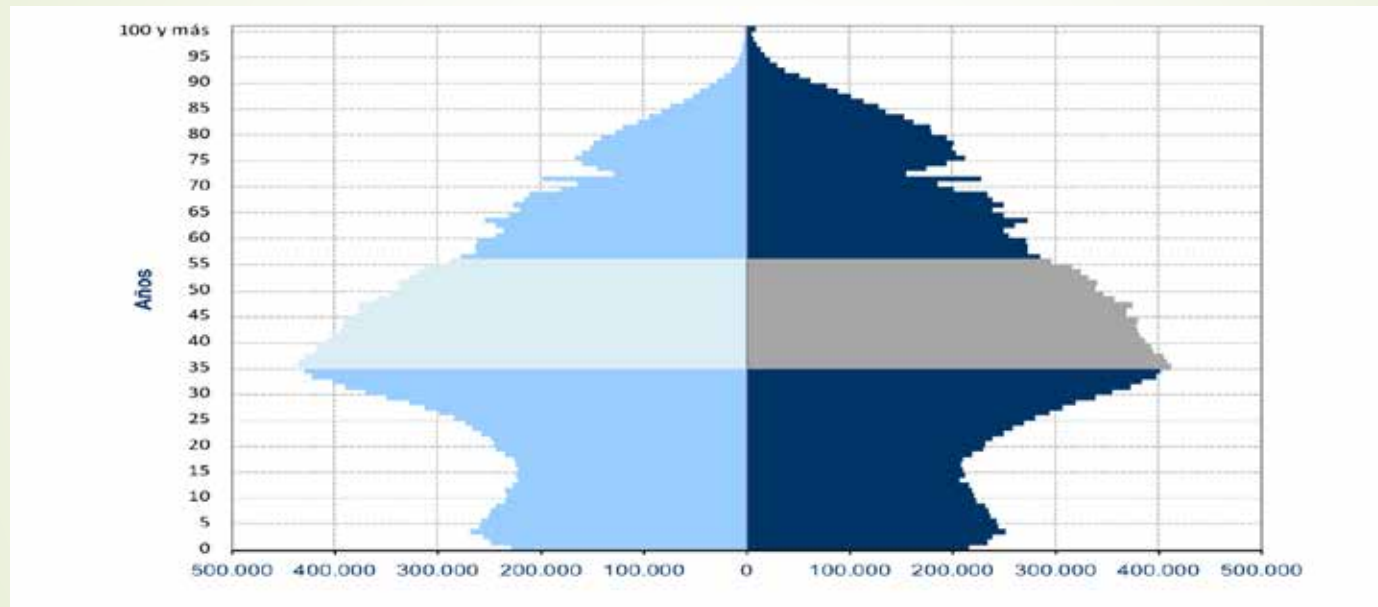
*Odontologia i Cirurgia Oral i Maxil.lofacial:  
un acostament als Metges de Família*

*Odontología en ancianos y pacientes con  
necesidades especiales : una visión integral*

*Dr. Manuel Ribera Uribe*

# Mayor longevidad

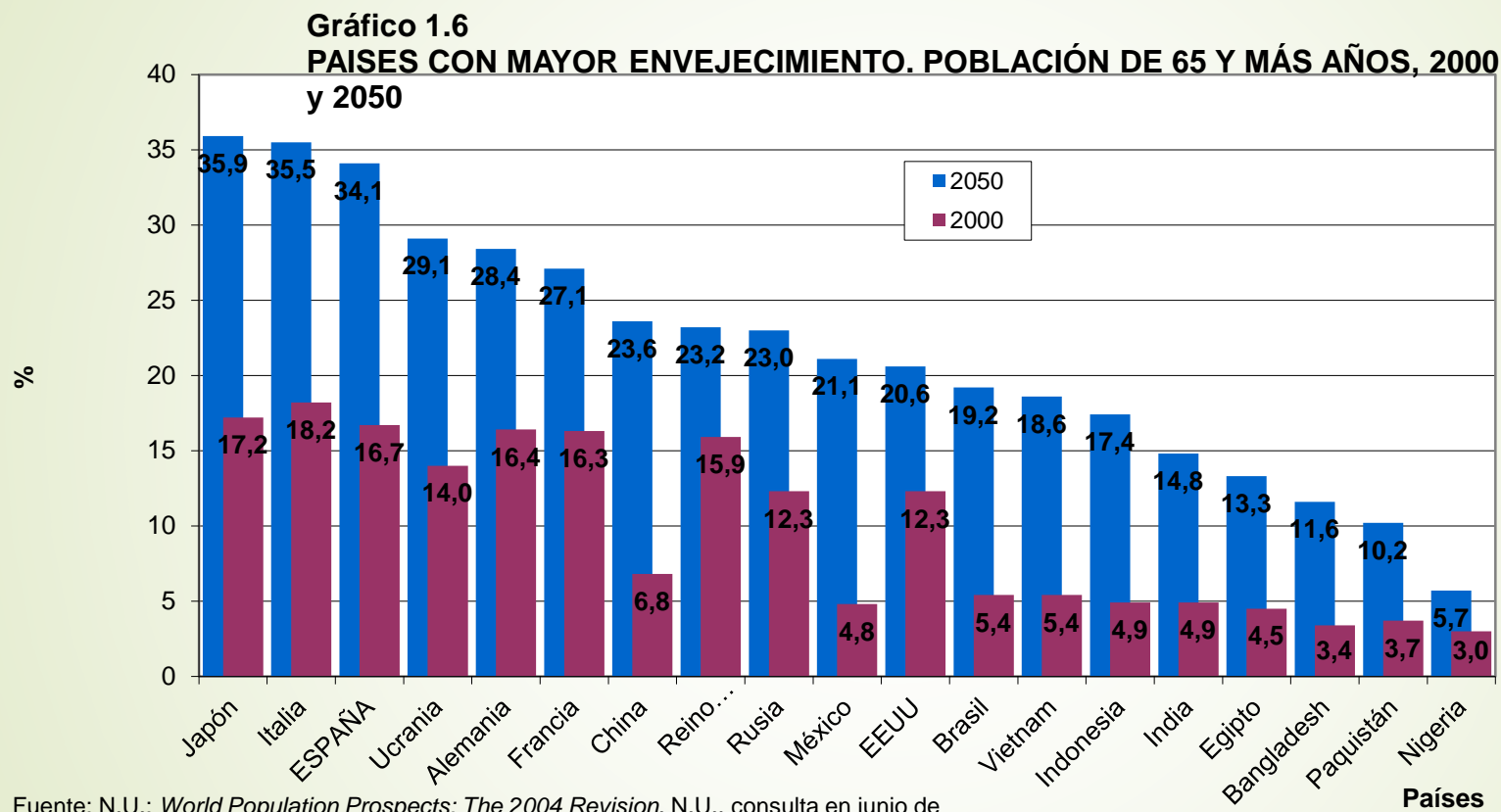
## Menor natalidad



NOTA: El sombreado corresponde a la posición de la generación del baby-boom (1957-1977)

Fuente: INE: INEBASE. 2012: Padrón Continuo a 1 de enero de 2012. Consulta en abril de 2013

# En el contexto mundial...



En el 2020 el 19,8% de nuestra población tendrá más de 65 años

Eurostat: "Statistiques sociales européennes, démographie"

Tabla 2.26

TIEMPO DESDE LA ÚLTIMA VISITA AL DENTISTA SEGÚN EDAD Y SEXO, 2009

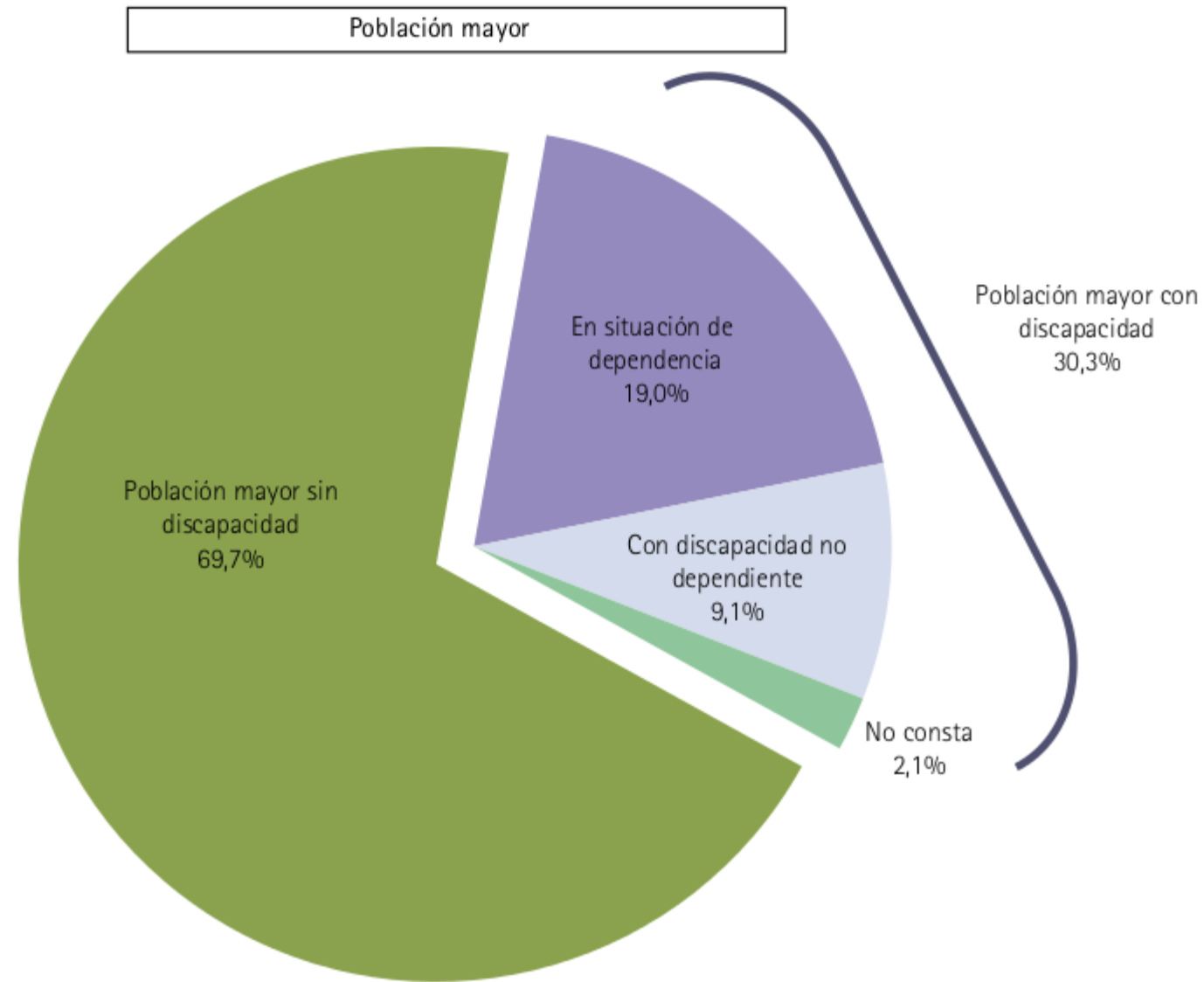
	Miles de personas					Porcentajes horizontales			
	Total	4 semanas o menos	Entre 4 semanas y 12 meses	Hace 12 meses o más	Nunca ha visitado al dentista	4 semanas o menos	Entre 4 semanas y 12 meses	Hace 12 meses o más	Nunca ha visitado al dentista
<b>AMBOS SEXOS</b>									
Total	38.442,1	3.061,1	14.135,9	19.990,8	1.254,3	8,0	36,8	52,0	3,3
De 16 a 24 años	4.456,8	416,6	1.773,9	1.984,5	281,8	9,3	39,8	44,5	6,3
De 25 a 34 años	7.449,7	556,4	2.947,3	3.577,2	368,8	7,5	39,6	48,0	5,0
De 35 a 44 años	7.622,9	615,4	3.104,5	3.693,1	209,9	8,1	40,7	48,4	2,8
De 45 a 54 años	6.390,8	616,3	2.592,1	3.064,7	117,7	9,6	40,6	48,0	1,8
De 55 a 64 años	4.966,7	410,7	1.820,4	2.637,6	98,0	8,3	36,7	53,1	2,0
De 65 a 74 años	3.792,8	294,9	1.235,7	2.184,2	77,9	7,8	32,6	57,6	2,1
De 75 y más años	3.762,5	150,8	662,0	2.849,6	100,0	4,0	17,6	75,7	2,7
De 65 y más años	7.555,3	445,7	1.897,7	5.033,8	177,9	5,9	25,1	66,6	2,4
<b>VARONES</b>									
Total	18.843,0	1.353,6	6.510,5	10.171,2	807,7	7,2	34,6	54,0	4,3
De 16 a 24 años	2.280,0	185,4	850,4	1.051,5	192,6	8,1	37,3	46,1	8,4
De 25 a 34 años	3.833,4	235,7	1.358,5	2.022,0	217,1	6,1	35,4	52,7	5,7
De 35 a 44 años	3.899,7	290,2	1.438,7	2.020,7	150,0	7,4	36,9	51,8	3,8
De 45 a 54 años	3.183,5	319,7	1.183,6	1.598,8	81,5	10,0	37,2	50,2	2,6
De 55 a 64 años	2.411,1	177,0	829,0	1.347,6	57,6	7,3	34,4	55,9	2,4
De 65 a 74 años	1.741,2	96,0	570,4	1.027,4	47,3	5,5	32,8	59,0	2,7
De 75 y más años	1.494,1	49,6	279,9	1.103,1	61,6	3,3	18,7	73,8	4,1
De 65 y más años	3.235,3	145,6	850,3	2.130,5	108,9	4,5	26,3	65,9	3,4
<b>MUJERES</b>									
Total	19.599,1	1.707,5	7.625,4	9.819,6	446,5	8,7	38,9	50,1	2,3
De 16 a 24 años	2.176,8	231,2	923,5	932,9	89,1	10,6	42,4	42,9	4,1
De 25 a 34 años	3.616,3	320,7	1.588,8	1.555,2	151,7	8,9	43,9	43,0	4,2
De 35 a 44 años	3.723,2	325,2	1.665,8	1.672,4	59,8	8,7	44,7	44,9	1,6
De 45 a 54 años	3.207,3	296,6	1.408,6	1.465,9	36,3	9,2	43,9	45,7	1,1
De 55 a 64 años	2.555,6	233,7	991,5	1.290,0	40,4	9,1	38,8	50,5	1,6
De 65 a 74 años	2.051,6	198,9	665,2	1.156,8	30,7	9,7	32,4	56,4	1,5
De 75 y más años	2.268,3	101,2	382,1	1.746,5	38,4	4,5	16,8	77,0	1,7
De 65 y más años	4.319,9	300,1	1.047,3	2.903,3	69,1	6,9	24,2	67,2	1,6

Fuente: INE: INEBASE: Encuesta Europea de Salud en España 2009. Consulta en febrero de 2011.

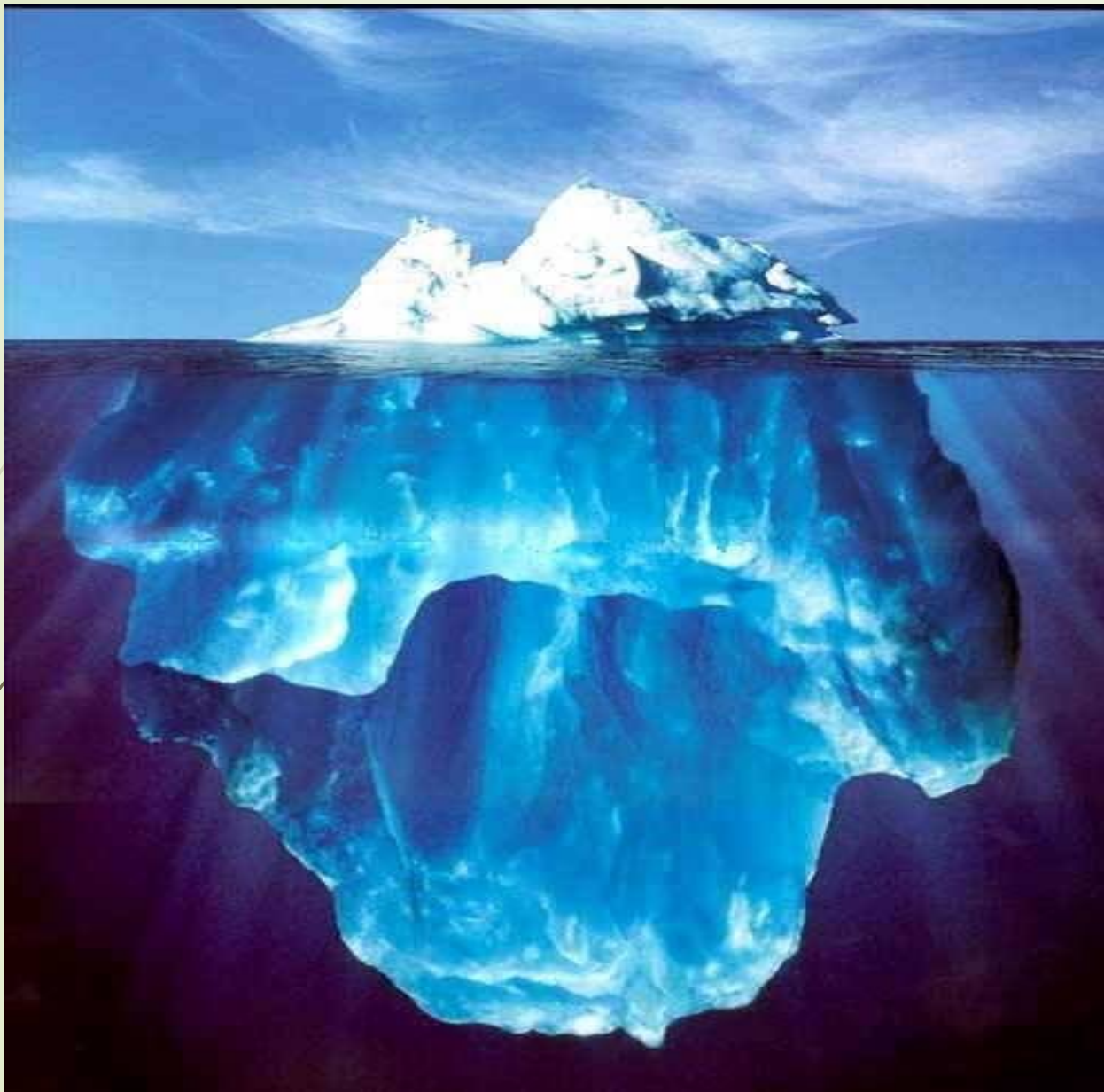
## ¿En qué se diferencia el anciano del resto de la población ?

- ü Cambios propios del envejecimiento
- ü Pluripatología sistémica
- ü Polifarmacia
- ü Necesidades nutricionales
- ü Cambios esfera psicológica
- ü Cambios esfera social
- ü Discapacitación
- ü Reducción de la movilidad

## Porcentajes de discapacidad y dependencia en personas de 65 y más años







## **LA PATOLOGIA OCULTA DEL ANCIANO**

# Relación entre las patologías médicas prevalentes en el anciano y los tratamientos odontológicos



- INFLUENCIA DE LAS ENFERMEDADES SISTEMICAS



# HIPERTENSION

## Antihipertensivos: efectos adversos en odontología

### Hipotensión ortostática , xerostomía : Diuréticos .

*ANTIHYPERTENSIVES-WHICH ADVERSE DRUG REACTIONS ARE CLINICALLY RELEVANT?. SCHWEIZ RUNDSCH MED PRAX 2004 MAY 12; 93 (20); 871-6 GERMAN*

*NEW CLINICAL INDEX FOR DRUG-INDUCED GINGIVAL OVERGROWTH. INGLES E .ROSSEMAN JA. CAFFESSE RG. DEPARTMENT OF PERIODONTICS, SCHOOL OF ODONTOLOGY, UNIVERSITY OF BARCELONA. QUINTESSENCE INT. 1999 JUL; 30 (7):467-73*

*EFFECT ON SALIVARY FLOW RATE AND COMPOSITION OF WITHDRAWAL OF AND RE-EXPOSURE TO THE BETA 1- SELECTIV*

*ANTAGONIST METOPROLOL IN A HYPERTENSIVE PATIENT POPULATION. NEDERFORS T, DAHLOF C. EUR J Oral Sci 1996Jun;104(3):262-8*

### Hipertrofia gingival,hipotensión y alteraciones del gusto: IECAS

*DRUG-INDUCED GINGIVAL HYPERPLASIA : PHENYTOIN , CYCLOSPORINE AND NIFEDIPINE. BUTTLER RT, KALKWARF KL, KALDAHE WB. J. AM DENT ASSOC 114:56-60, 1987*

*DRUG-INDUCED GINGIVAL OVERGROWTH: OLD PROBLEM, NEW PROBLEM. HASSEL TM, HEFTI AF. CRIT REV ORAL BIOL, 2;103-137, 1995*

*DOES NIFEDIPINE AGGRAVATE CYCLOSPORINE-INDUCED GINGIVAL OVERGROWTH ? AN EXPERIMENT IN RATS. CHIU HC,CHIANG CY, LIUD. J. PERIODONTAL 2001 APR;72 (4); 532-7*

# DOLOR

## ALTERACIONES ORALES EN PACIENTES CON DOLOR

### **Relación contacto oclusal con fuerza y función manual y de las piernas**

Un interesante trabajo japonés(Yamaga T y cols 2002) relaciona la condición física de pacientes ancianos mediante una muestra de 591 individuos de 70 años y 158 de 80 años midiendo la fuerza de presión manual , la fuerza y potencia de extensión de las piernas encontrando una relación positiva entre contactos oclusales y fuerza y función de las piernas en edad avanzada

Del mismo modo un trabajo Finlandés (Sipilä y cols 2011)sobre la encuesta de salud efectuada en 2000- 2001 y publicada en 2011 sobre mas de 6000 sujetos mayores de 30 años establecía una relación significativa entre dolor de ATM y dolor de espalda cuello especialmente en mujeres con mas dolores asociados y tanto mayor cuanto mas mayores eran



# OSTEOPOROSIS

## ALTERACIONES BUCALES EN PACIENTES OSTEOPORÓTICOS

### Periodontitis

Ezoddini et cols 2009 afirman de la existencia de relación entre periodontitis y osteoporosis . También relacionan osteoporosis y periodontitis Renvert et cols 2011 en un estudio sobre 778 personas de las cuales un 53% eran mujeres mayores de 60 años

### Pérdida dental

Darcey J . Br Dent 2013 encuentran una relación significativa entre número de molares perdidos y osteoporosis



# OSTEOPOROSIS

## ALTERACIONES BUCALES EN PACIENTES OSTEOPORÓTICOS

### **Eficacia masticatoria**

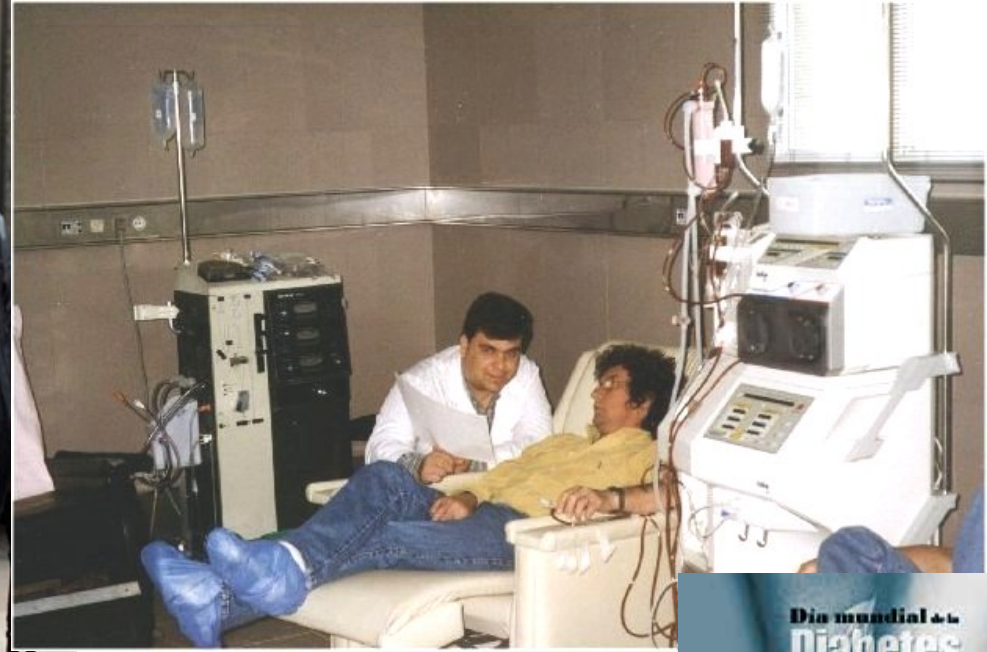
En dentados . Un artículo del Gerodontology. Tamut et cols . 2010 , describe una mayor eficacia masticatoria en ambos sexos en pacientes con una densidad ósea mayor que en los que la tienen disminuida

En desdentados . Portadores de completas . Estudio piloto 2012 publicado en Gerodontology por Singhal S y cols refiere percepción de mayor eficacia masticatoria en pacientes no osteoporóticos

### **Tratamiento osteoporosis y odontología. Bifosfonatos.**

Tratamientos antiresortivos : Bifosfonatos  
Terapias anabólicas : Hormona paratiroidea  
Nuevos tratamientos : Denosumab





RETINOPATIA DIABETICA  
Y CEGUERA

INSUFICIENCIA RENAL  
DIALISIS Y TRASPLANTE RE

OBESIDAD  
Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

ARTERIOPATIA PERIFERICA Y  
TRASTORNOS PODOLOGICOS









# PRINCIPALES PROBLEMAS ORALES ASOCIADOS A LA DIABETES

- ✓ ENFERMEDAD PERIODONTAL
- ✓ CARIES
- ✓ CANDIDIASIS ORAL
- ✓ DISFUNCION SALIVAR
- ✓ SINDROME ARDOR BUCAL
- ✓ LIQUEN PLANO – AFTOSIS ORAL
- ✓ COMPLICACIONES POSTEXTRACCION
- ✓ ALTERACIONES DEL GUSTO

## ALTERACIONES PERIODONTALES EN LA DIABETES

¿Por qué es importante tener en cuenta la periodontitis en un paciente diabético anciano?

Porque la periodontitis es la sexta complicación de la diabetes mellitus.

Diabetes Care 1993;16:329-334.

1. Hipertensión
2. Accidente vasculo-cerebral
3. Enfermedades coronarias
4. Enfermedades renales
5. Retinopatía
6. Enfermedad Periodontal



## ALTERACIONES PERIODONTALES EN LA DIABETES

En el año 2001 el Dr. Stewart realiza un estudio de 36 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (grupo de tratamiento), que recibieron terapia para la periodontitis durante 18 meses. Otras 36 personas (grupo de control) con diabetes tipo 2 fueron incluidas en el estudio sin recibir tratamiento.

Los resultados fueron:

- ✓ Grupo Control: MEJORÓ LA GLICEMIA UN 6,7% (Niveles de HbA1c)
- ✓ Grupo Tratamiento: MEJORÓ UN 17,1% (Niveles de HbA1c).

### CONCLUSIONES:

LA TERAPIA PERIODONTAL ESTÁ ASOCIADA CON UNA  
MEJORA EN EL CONTROL DE LA GLICEMIA EN PERSONAS  
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.





## ALTERACIONES PERIODONTALES EN LA DIABETES

Estado periodontal del diabético comparado con el no diabético:  
Un metaanálisis. Khader YS et al J.Diabetes complications.2006  
jan-feb;20(1):59-68

Los diabéticos presentan peor higiene oral, más enfermedad gingival y una mayor severidad de enfermedad periodontal que los no-diabeticos

La enfermedad periodontal es un factor de riesgo para la mortalidad de estos pacientes . Saremi et cols Diabetes care 2005

En pacientes con similar higiene oral y el mismo nivel de cuidados dentales no se muestran diferencias significativas en los parámetros de salud oral entre los no diabéticos y los diabéticos tipo 2 con un buen control de los niveles de glucosa. Zielinski MB et cols Spec Care Dentist. 2002 May-Jun;22(3):94-8

## MEJORA DE LA DIABETES AL TRATAR LA PERIODONTITIS

El tratamiento periodontal es esencial en el diabético porque mejora su control metabólico. Grossi SG. 1997

Estudios controlados de tratamiento periodontal en personas diabéticas han mostrado una reducción en la necesidad de insulina después del tratamiento periodontal. Sara G, Grossi. Treatment of Periodontal disease and control of diabetes. Ann Periodontol 2001;6:138-145.

El tratamiento periodontal no quirúrgico se asocia con la mejora del control de la glicemia .El efecto de mejora de la salud periodontal en el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2 .Kiran M et al 2005. Gurav AN 2012

Lalla E et cols 2011 . Abundan en la bidireccionalidad de la relación diabetes -periodontitis y la influencia de la mejora de uno de los dos en el control de la otra.

# ANGINA ,INFARTO HEMORRAGIA CEREBRAL

## ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Relación significativa entre pérdida dental y AVC . Yoshida M et cols .2012 .  
Holmlund A y cols (estudio prospectivo de 7674 sujetos)  
Sin embargo otros autores ponen en duda la relación pérdida dental con AVC y  
con accidentes isquémicos cardíacos Syrjälä AM y cols 2009



**Fig. 2.** Ortopantomografía que ha sido cortada, escaneada y digitalizada para realzar el proceso aterosclerótico. Se observan dos líneas verticales radiopacas (flechas). (Por cortesía del Dr. Arthur H. Friedlander)

Una revisión del 2007 .Guzman et cols, concluye que la actividad el odontólogo en la detección de las calcificación carotídeas en ortopantomografías puede contribuir al diagnóstico y prevención precoz de eventos vasculares encefálicos

Utilización de la ortopantomografía como detección de las calcificaciones carotídeas en la prevención del AVC . Baumann- Bhalla et cols 2012. Bayer S. 2011

# BRONQUITIS CRONICA

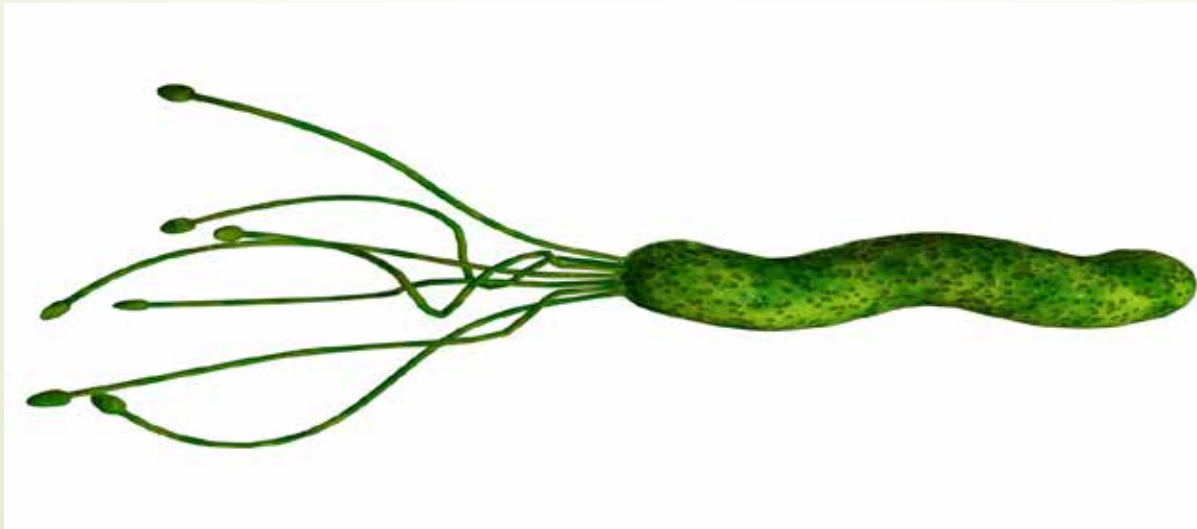
Basandose en lo publicado hasta 2012 ,un reciente metaanálisis sobre estudios observacionales que relacionan periodontitis con EPOC ,Xian – Tao Zeng y cols 2012, sostienen que hay evidencia significativa en que la patología periodontal es un factor de riesgo en la patología crónica obstructiva.

Sin embargo no tienen claro la relación causa- efecto , pese a que recomiendan las medidas preventivas en los afectos de EPOC. Aconsejan estudios aleatorios que aclaren si la intervención periodontal previene la progresión de la EPOC



# ULCERA DIGESTIVA

Relación úlcus gástrico – *Helicobacter pylori* – placa oral  
Algunos estudios refieren la placa dental como reservorio de reinfección por *Helicobacter* en pacientes afectados de úlcera gástrica (Esfahanizadeh N y cols 2010. Al Asqah M y cols 2009)  
Sin embargo un reciente metaanálisis desde 2000 hasta 2011 no encuentra evidencias que avalen la utilidad del tratamiento como prevención de la reinfección por úlcera . Nader et cols 2011.





# Associations Between Oral Health and Risk of Dementia in a 37-Year Follow-Up Study: The Prospective Population Study of Women in Gothenburg

Robert Stewart, MD,<sup>a</sup> Ulrika Stenman, LDS,<sup>b</sup> Magnus Hakeberg, LDS, PhD,<sup>b</sup>  
Catharina Hägglin, LDS, PhD,<sup>b</sup> Deb Gustafson, PhD,<sup>c,d,e,f</sup> and Ingmar Skoog, MD<sup>c</sup>

Journal of the American Geriatrics Society

[Volume 63, Issue 1](#), pages 100–105, January 2015



Table 2. Associations Between Number of Teeth Earlier in Life and Dementia in 2000–05

Teeth, n	1968 Tooth Count			1980 Tooth Count			1992 Tooth Count		
	N	Dementia in 2000–05, %	Age-Adjusted OR (95% CI)	N	Dementia in 2000–05, %	Age-Adjusted OR (95% CI)	N	Dementia in 2000–05, %	Age-Adjusted OR (95% CI)
≥25	244	15.2	1.0 (reference)	164	11.6	1.0 (reference)	119	9.2	1.0 (reference)
21–24	204	22.1	1.24 (0.74–2.09)	166	21.1	1.51 (0.79–2.89)	153	17.6	1.50 (0.68–3.32)
9–20	142	26.1	1.25 (0.72–2.17)	163	22.1	1.30 (0.68–2.47)	177	19.8	1.37 (0.64–2.95)
<9	107	36.4	1.81 (1.03–3.19)	120	36.7	2.25 (1.18–4.32)	131	30.5	1.99 (0.92–4.30)

OR = odds ratio; CI = confidence interval.

# Tooth Loss Is Associated with Brain White Matter Change and Silent Infarction among Adults without Dementia and Stroke

*J Korean Med Sci 2013; 28: 929-933*

Yang-Ki Minn,<sup>1</sup> Seung-Han Suk,<sup>2,3</sup>  
Hyunyoung Park,<sup>4</sup> Jin-Sung Cheong,<sup>4</sup>  
Hyunduk Yang,<sup>2</sup> Sungik Lee,<sup>2</sup>  
Seung-Yeon Do,<sup>5</sup> and Ji-Sook Kang<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Department of Neurology, Hallym University, Seoul;  
<sup>2</sup>Department of Neurology, Wonkwang University  
Sanbon Medical Center, Gunpo; <sup>3</sup>Wonkwang  
University Ansan Municipal Geriatric Hospital and  
Center for Prevention of Stroke and Dementia,  
Ansan; <sup>4</sup>Department of Neurology, Wonkwang  
University, Iksan; <sup>5</sup>Division of Health and Nutrition  
Survey, Korea Centers for Disease Control and  
Prevention, Cheongwon; <sup>6</sup>Department of Nursing,  
Wonkwang University College of Medicine, Iksan,  
Korea

Received: 23 March 2012  
Accepted: 16 April 2013

In conclusion, tooth loss is associated with brain WMC/SI. Furthermore, tooth loss may be a predictor of WMC/SI. Almost all periodontal problems are preventable and treatable conditions. Therefore, we believe that community-based, early life and regular dental care education and campaign programs can decrease the incidence of stroke and dementia. We hope that further studies about the relationship between periodontal disease and brain lesions or cognitive impairments will be planned in the near future

REVIEW ARTICLE

# Can oral infection be a risk factor for Alzheimer's disease?

Ingar Olsen<sup>1\*</sup> and Sim K. Singhrao<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Oral Biology, Faculty of Dentistry, University of Oslo, Oslo, Norway; <sup>2</sup>Oral & Dental Sciences Research Group, College of Clinical and Biomedical Sciences, University of Central Lancashire, Preston, UK

Received: 14 July 2015; Revised: 21 July 2015; Accepted: 21 August 2015; Published: 17 September 2015

## Association between chronic periodontal disease and AD

There is increasing evidence for an association between chronic periodontitis and LOAD (185). Cross-sectional and longitudinal studies have demonstrated that gingival bleeding, loss of periodontal attachment, periodontal probing depth, alveolar bone loss, and antibodies to periodontal pathogens are significantly associated with lower cognitive function and decline after adjustment for co-variables (for a review see (12)). Acute-phase proteins, including cytokines are possible indirect links between periodontal pathogens and/or their virulence factors (12, 13). Elderly often show neglect of oral hygiene which can stimulate recurrent chronic oral infection (150). This

If periodontal disease is implicated in AD, periodontitis prophylaxis could be of help. It would be interesting to see if this has any effect on the initiation and aggravation of AD but an observation period of decennia is probably needed.

In a study of subjects with mild-to-moderate AD, a 3-month course of doxycycline and rifampicin reduced cognitive deterioration during a 6 months' follow-up interval (193). It was concluded that use of antibacterial compounds may not have had any effect on the treatment of *C. pneumoniae* but had a beneficial effect on cognitive

# **Tooth loss is associated with increased risk of total death and death from upper gastrointestinal cancer, heart disease, and stroke in a Chinese population-based cohort**

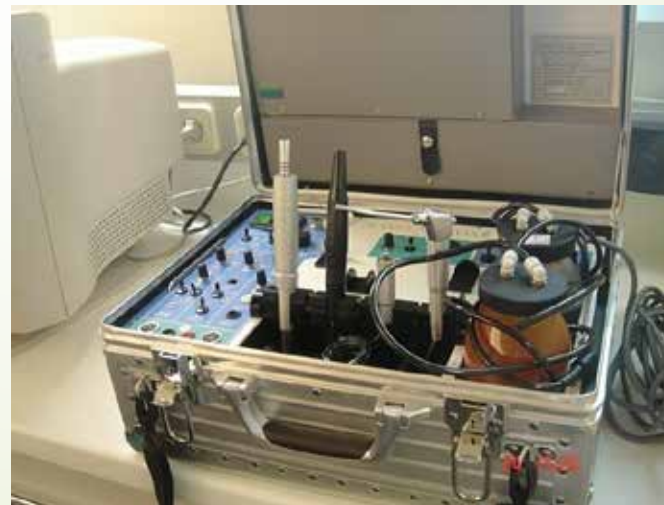
Christian C Abnet,<sup>1\*</sup> You-Lin Qiao,<sup>2</sup> Sanford M Dawsey,<sup>1</sup> Zhi-Wei Dong,<sup>2</sup> Philip R Taylor<sup>1</sup>  
and Steven D Mark<sup>3</sup>

**Conclusions** In this Asian population, tooth loss significantly increased the risk of total death and death from upper GI cancer, heart disease, and stroke. These associations were not limited to tobacco smokers.



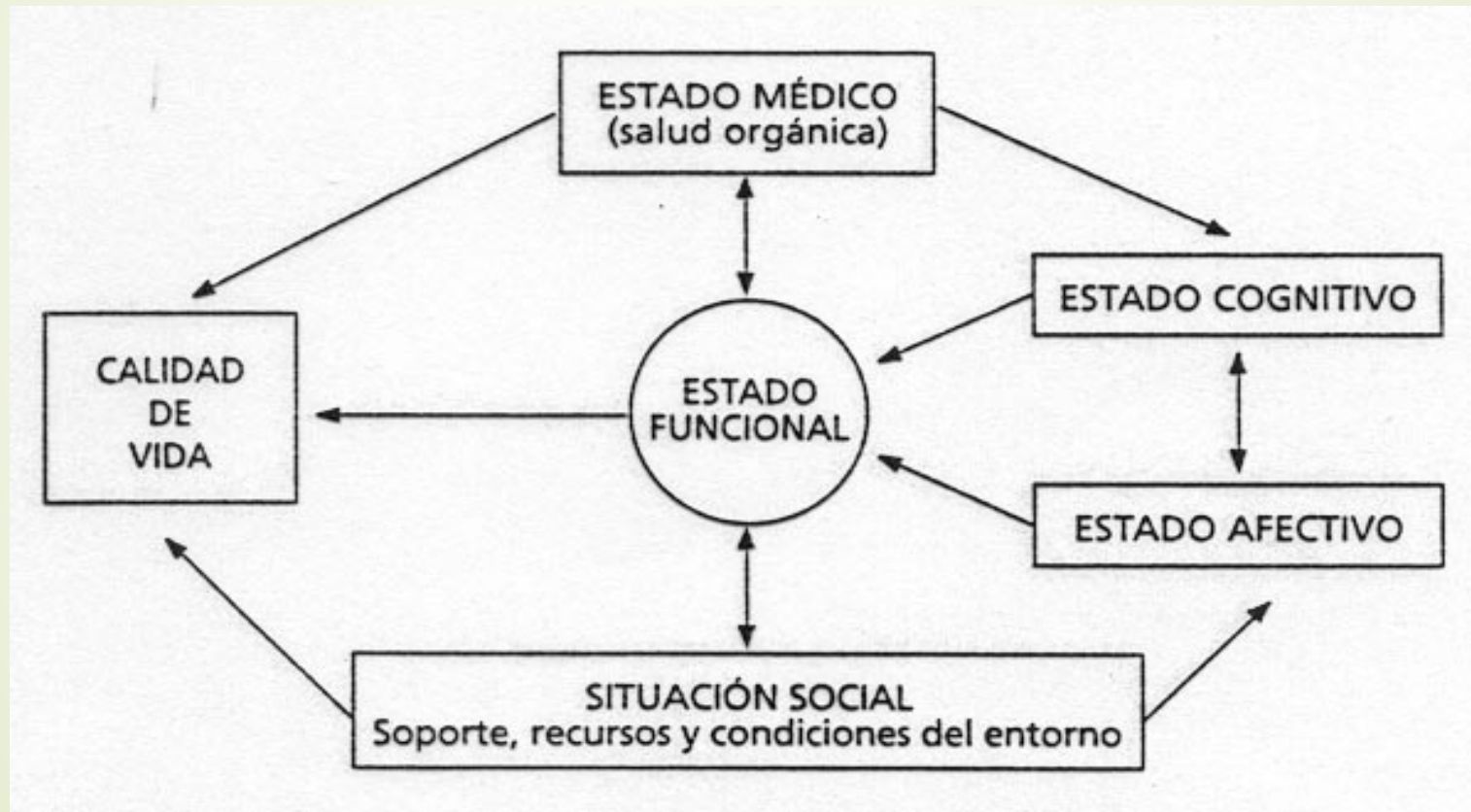
# EL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO

PROTOCOLO  
NECESIDADES  
EQUIPAMIENTOS





# VALORACION INTEGRAL GERIÁTRICA



## ASISTENCIA GERIÁTRICA EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS E INSTITUCIONES

# PRIMERA VISITA

HISTORIA CLINICA

- ✓ VALORACION ESTADO DE SALUD ORAL
- ✓ VALORACION DEL RIESGO
- ✓ VALORACION DEL GRADO DE COLABORACION



## TIPOS DE VALORACION DEL RIESGO DE LA SALUD ORAL

- BASADA EN EL EXAMEN INTRAORAL

Simple : screening

Complejo : basada en una hoja de exámen clínico

- BASADAS EN LA OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO

Para individuos con dificultad de colaboración las valoraciones basadas en el comportamiento tienen más utilidad que las basadas en el exámen oral. Este tipo de valoraciones pueden ser utiles además para cuidadores o profesionales con menor preparación o entrenamiento. : OHRA

- BASADAS EN LA PERCEPCION DE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE : GOHAI

Esto es útil en los estadíos iniciales , posteriormente la falta de comunicación y el deterioro cognitivo lo hacen poco útil

**LA MAYOR PARTE DE LAS VALORACIONES INCLUYEN LOS TRES SISTEMAS**

ASISTENCIA GERIÁTRICA EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS E  
INSTITUCIONES

# INTERVENCIÓN

PLAN DE INTERVENCION

- CURATIVO O PALIATIVO
- PREVENTIVO







# EXPRESION DE LOS SINTOMAS ORALES

## EL DOLOR

Algunas personas discapacitadas no pueden expresar o vocalizar el dolor y necesitan a interpretes u otras personas que valore cambios que pueden significar una expresión del dolor

## CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO

Rehusar comer especialmente sólidos

Golperarse la cara

Aumentar el babeo

Sacarse las dentaduras de la boca

aumento de la intranquilidad

lamentos , gritos o quejidos

Alteraciones del sueño

Rehusar cooperar en las actividades diarias como cepillarse los dientes, lavarse

Comportamientos injuriosos

Comportamientos agresivos






# FACTORES QUE INFLUYEN

- La severidad y el estadio de la demencia
- Los niveles cognitivos y la incapacidad física
- El carecer de percepción personal y de motivación hacia los problemas de salud oral
- La historia dental previa incluyendo los cuidados de higiene oral y la asistencia al dentista
- Impacto de la medicación especialmente la xerostomizante en la cavidad oral
- Capacidad para consentir cuidados de salud oral
- Conocimientos y actitudes hacia los cuidados de salud oral de trabajadores sociales y cuidadores
- El carecer de información sobre como acceder a los servicios dentales
- Las actitudes del equipo dental sobre el envejecimiento y la demencia
- La falta de entrenamiento y desconocimiento de los profesionales dentales en los cuidados de salud oral estratégicos y la falta de planificación estratégica a largo plazo de la salud oral de los pacientes con deterioro
- La incapacidad del personal dental para proveer servicios o cuidados adecuados
- El lugar donde se prestan : centro quirúrgico, centro de día , domicilio





## EL TRABAJO MULTIDISCIPLINAR

### **ENFERMERIA**

Hábitos dietéticos personales  
Índice de Barthel  
Índice de Pfeiffer  
Índice de Manejo Odontológico  
(Niessen)

### **FISIOTERAPEUTA**

Promover ejercicios que faciliten la recuperación muscular y articular necesarias para el manejo de los instrumentos de higiene oral

### **TERAPEUTA OCUPACIONAL**

Diseño de actividades que estimulen el manejo del cepillo oral  
Adaptaciones de los materiales a las limitaciones del paciente

### **DIRECCION**

Difusión del programa entre los familiares  
Facilite consentimiento informado  
Sistemas de Financiación

### **AUXILIARES – CUIDADORES**


Planillas de control de higiene oral y de prótesis  
Oral Health Risk Assessment

### **MEDICO GERIATRA**

Historia Médica  
Valoración Geriátrica  
Integral



# TRATAMIENTOS DENTALES



Eliminar el dolor  
Controlar la infección  
Prevenir nueva  
enfermedad

# Trastornos neurodegenerativos

## INICIALES

- Cualquier tipo de tratamiento conservador
- Mantenimiento de la higiene oral
- Aplicación de clorhexidina con colutorios, spray,
- Aplicación de fluoruros cubeta o en gel cada tres meses,
- Revisiones trimestrales y tartrectomías,
- Control , ajuste y rebases de prótesis removibles o elaboración de prótesis nuevas preferentemente fijas o implantes



## INTERMEDIOS

- Controlar infección y dolor
- Raspados , alisados
- Rebases ,
- Composturas simples
- No prótesis nuevas



# Trastornos neurodegenerativos



## AVANZADOS

- Control del dolor

### CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO

Rehusar comer especialmente sólidos

Golpearse la cara

Aumentar el babeo

Sacarse las dentaduras de la boca

aumento de la intranquilidad

lamentos , gritos o quejidos

Alteraciones del sueño

Rehusar cooperar en las actividades diarias  
como cepillarse los dientes, lavarse

Comportamientos injuriosos

Comportamientos agresivos

ES NECESARIO FACILITAR A LOS CUIDADORES FORMACION , MOTIVACION E INFORMACION PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DENTALES

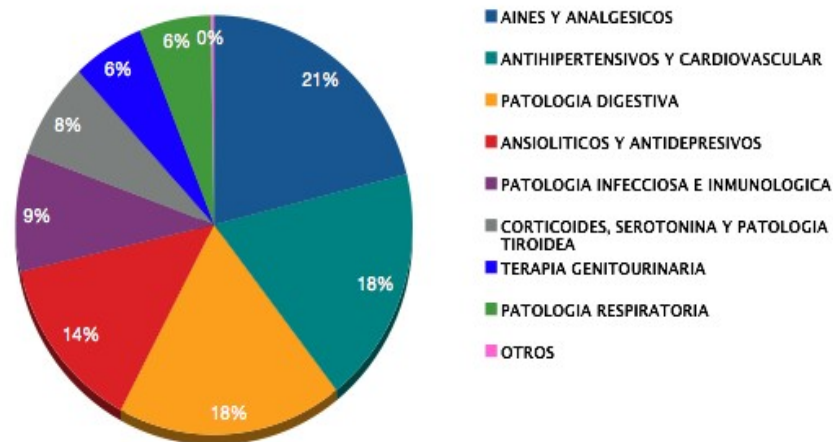
## EL PAPEL DEL CUIDADOR



# XEROSTOMIA

La trascendencia de la polimedicación

- a. La limitación o modificación del régimen farmacológico
- b. El control de enfermedades de base cuando son ellas las responsables
- c. La hidratación oral
- d. Los estimulantes salivares tipo pilocarpina, cevimilina y en casos de radioterapia , la amifostina
- e. Los sustitutos salivares con carboximetilcelulosa (mayor tiempo de retención ) o con mucina (más eficaz pero menos duradera) . También los productos tópicos que incorporan aloe vera, aceite de oliva, betaina ...



# PREVENCIÓN





# Patología periodontal

- ✓ Ancianos débiles mejor raspado y alisado solo y visitas de mantenimiento
- ✓ Plan de tratamiento limitado y paliativo
- ✓ Régimen preventivo radical
- ✓ Terapéutica para retener dientes estratégicos





# TRATAMIENTO CONSERVADOR

El tratamiento restaurador de las lesiones careadas en el anciano y la elección del material de obturación está en función de aspectos como la higiene oral, el índice CAO, los requerimientos estéticos, el patrón oclusivo y la conveniencia operatoria determinada por la situación y extensión de la lesión.

TRATAMIENTOS CONVENCIONALES

TÉCNICAS RESTAURATIVAS  
ATRAUMÁTICAS



# TECNICA RESTAURATIVA ATRAUMATICA

Ionómeros de vidrio



Reductor ozonoterapia



Fluoruro de Sodio al 0,24%

Geles – barnices de fluor



Fluoruro de Sodio al 5%

Fluoroplat (Fluoruro diamínico de plata)



# TRATAMIENTO REHABILITADOR

## LO QUE NUESTROS ANCIANOS PUEDEN PERMITIRSE

La situación económica actual de las personas mayores es notablemente inferior a la media de la población total estando el 21,1% de éstos por debajo del umbral de la pobreza



*Cordero P. Situación Social de las personas mayores en España 2006. Humanismo y Trabajo Social . Volumen 005 Universidad de León . Pp.161-195*



Las prótesis removibles son el tipo de prótesis más frecuentes entre los pacientes ancianos

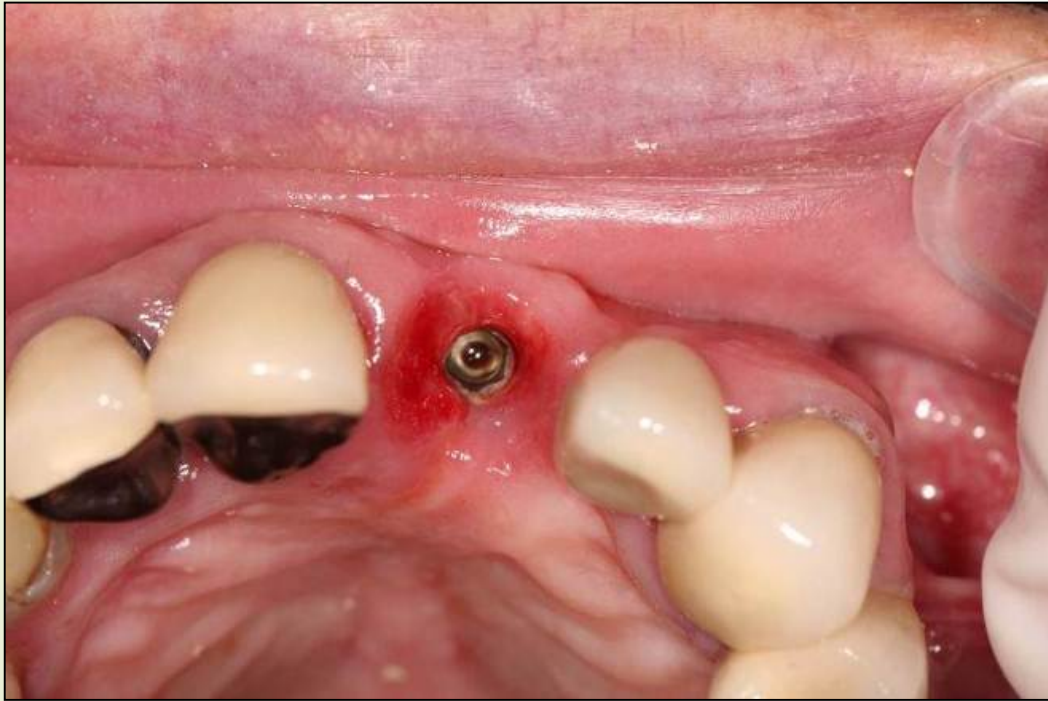


Zitmann N U What is the prevalence of various types of prosthetic dental restorations in Europe ? Clin.Impl.Res.18 (Suppl.3) 2007;20-33





# IMPLANTOLOGÍA ORAL



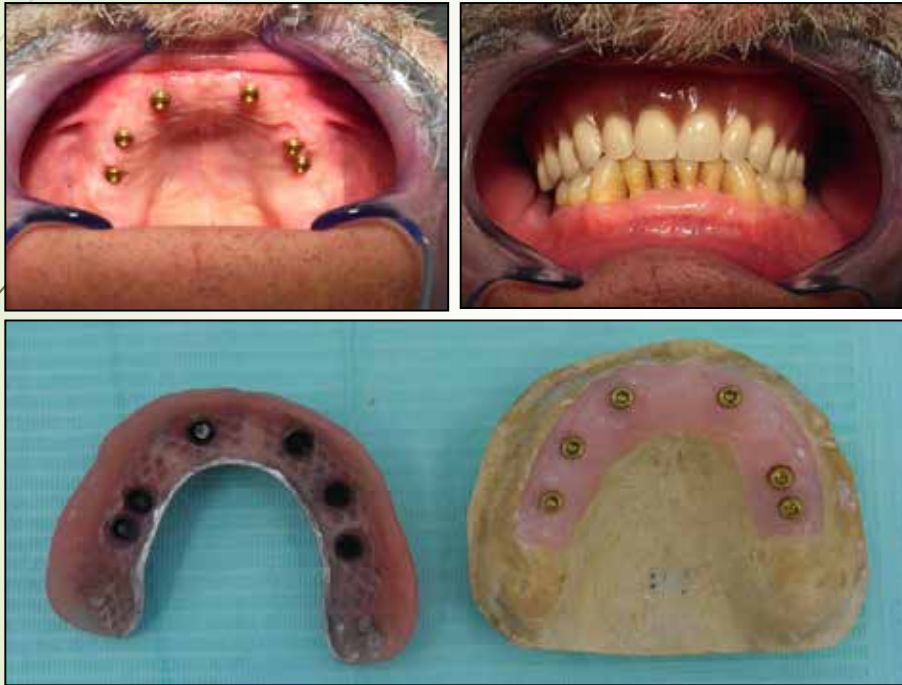
# IMPLANTOLOGÍA ORAL

*En pacientes con edentulismo de varios años de evolución, pueden ser adecuados dos implantes para la retención de una prótesis mandibular total.*

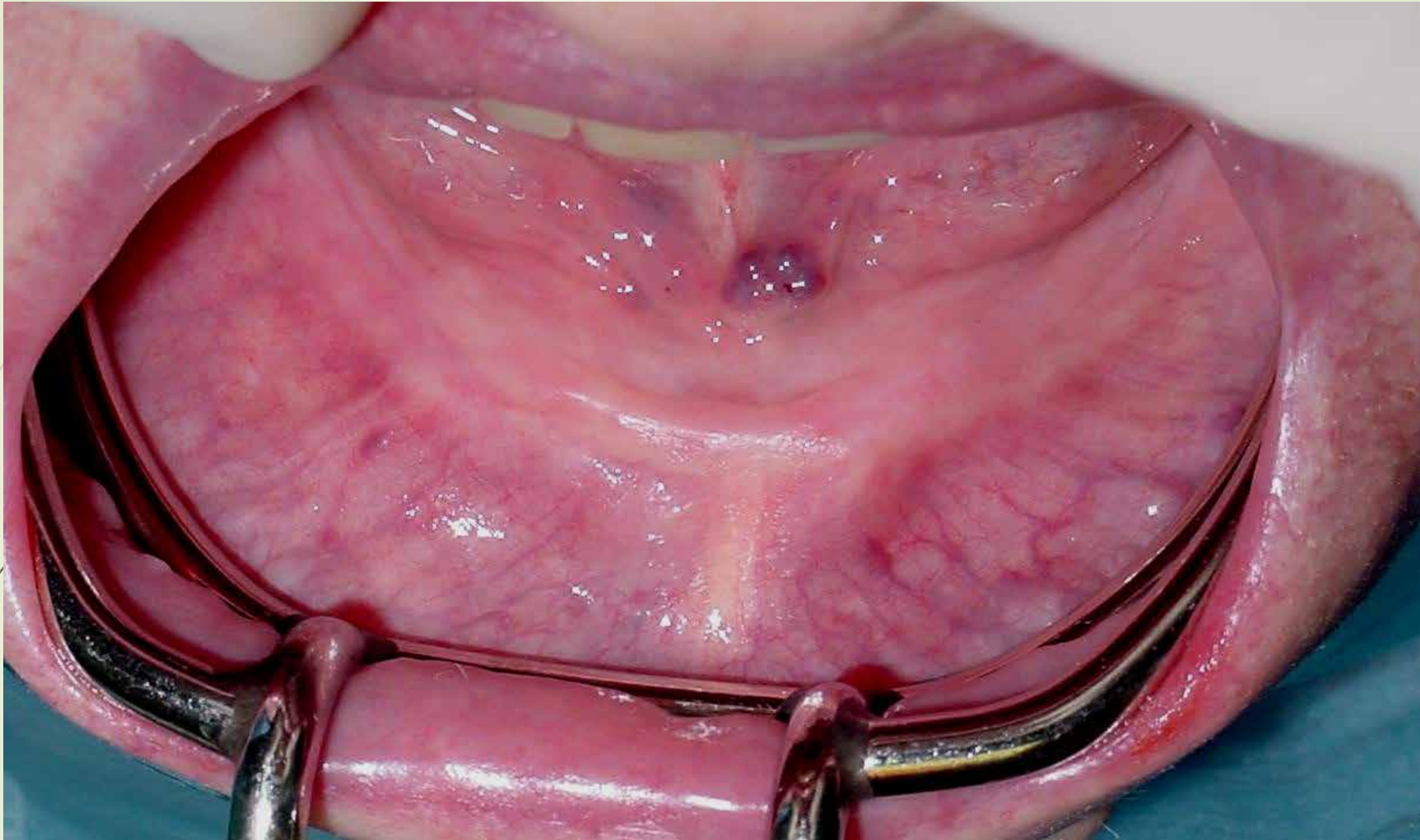
*La encía adherida alrededor de los implantes, no siempre es necesaria para el buen resultado*



# IMPLANTOLOGÍA ORAL





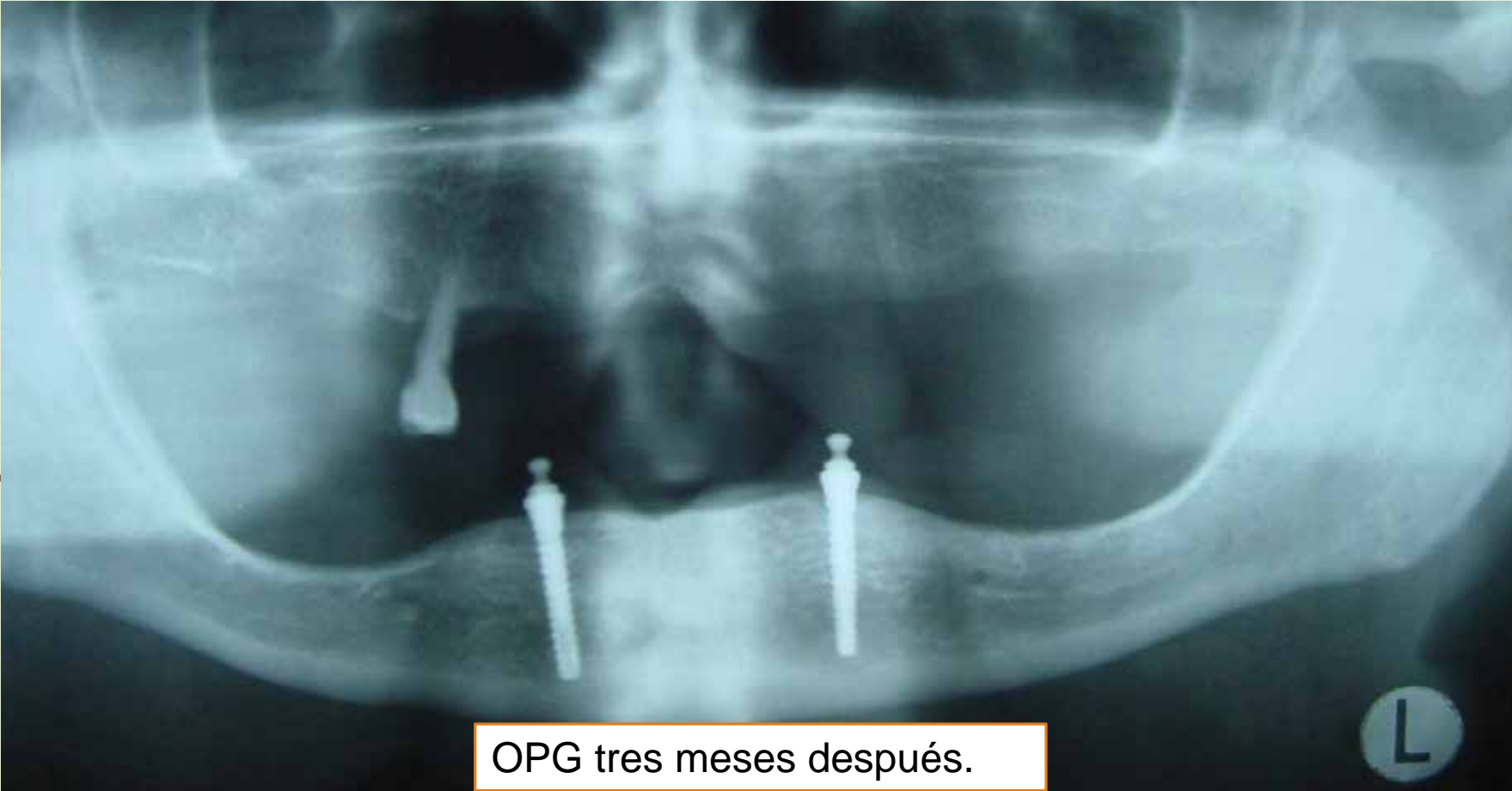


- Anestesia local
- Técnica directa sin colgajo, (transmucoso)



Estructuras en boca tres meses después.





OPG tres meses después.



Rebasado y aspecto definitivo.



- Prótesis adaptada después de la intervención.

# Actuaciones a desarrollar

## Conclusiones :

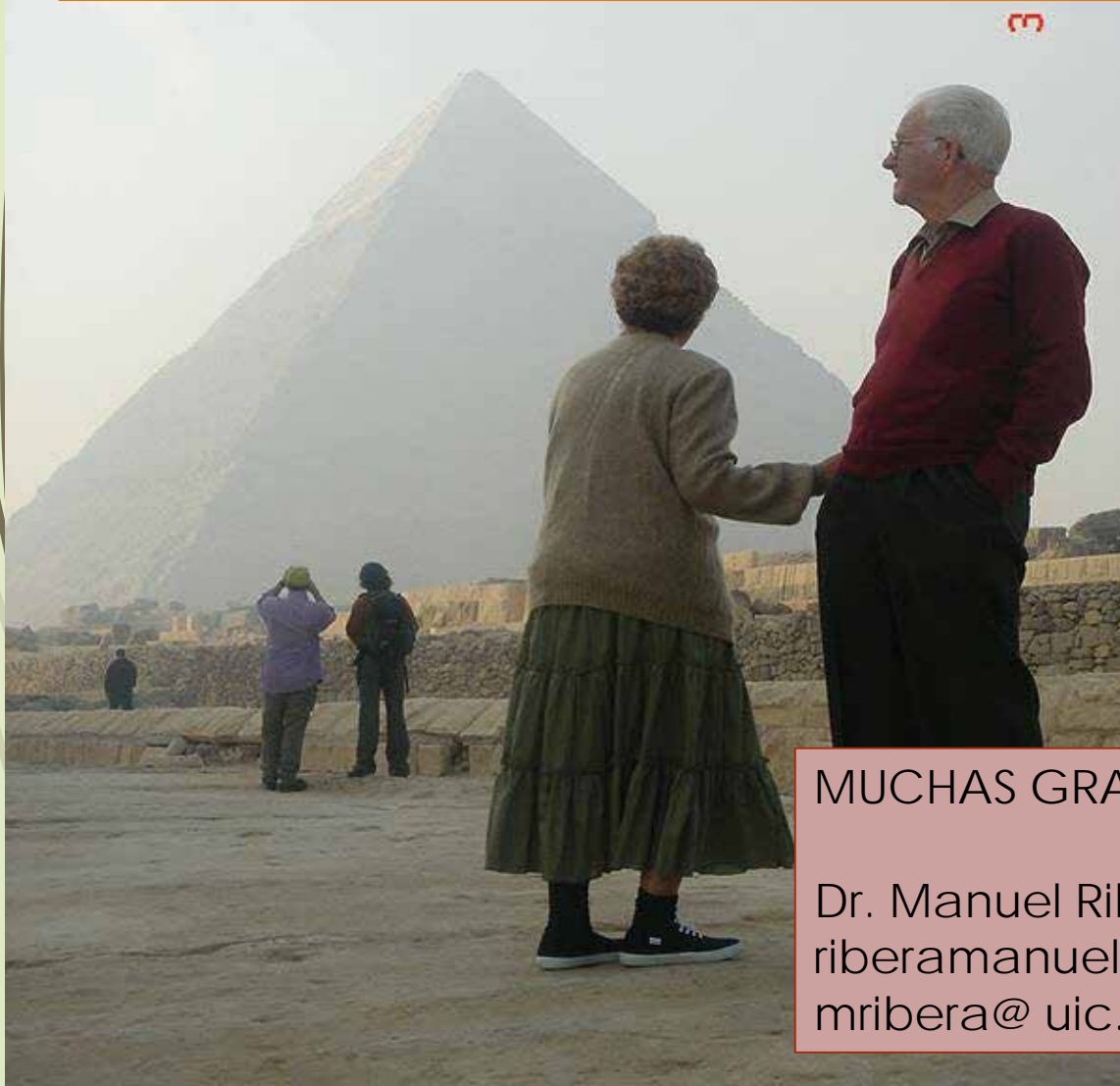
Cuidar la salud oral es mejorar la vida del paciente con necesidades especiales.

Hay una bidireccionalidad entre la salud oral y la salud general que cobra mayor trascendencia en el caso del anciano

1. CONCIENCIAR AL PERSONAL SANITARIO DE LA EXISTENCIA DE ESA BIDIRECCIONALIDAD
2. UTILIZAR PROTOCOLOS DE ACTUACION ODONTOLOGICA DENTRO DE CADA UNA DE LAS PATOLOGIAS MEDICAS DE MAYOR PREVALENCIA EN EL ANCIANO
3. INSTAURAR PROGRAMAS DE ASISTENCIA ODONTOLOGICA PARA PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS Y A PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES
4. INSTAURAR PROGRAMAS DE ASISTENCIA DENTAL DOMICILIARIA



“Todo anciano es un vencedor, los vencidos se han quedado por el camino” F. Sabater  
Los pacientes con necesidades especiales son el grupo minoritario mas mayoritario



MUCHAS GRACIAS

Dr. Manuel Ribera  
riberamanuel@gmail.com  
mribera@uic.es