

## 1. INTRODUCCIÓN

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) a fecha 1 de enero de 2020 la población residente en España era de 47.332.614 personas, de las cuales 9.28 millones son mayores de 65 años (1).

Esta franja de edad crece casi 10 puntos desde los años 70. Concretamente, los mayores de 65 años se situaban en el 16.6% del total de la población en 2009, en el 16.3% en 1999, en el 13.1% en 1989 y en el 10.9% en 1979.

Se estima que en el año 2050, las personas mayores de 65 años representarán más del 30% del total de la población.

El incremento de la esperanza de vida y la baja tasa de natalidad están originando un crecimiento acelerado en el porcentaje de personas mayores.

La ampliación de la esperanza de vida se debe a las mejores condiciones de vida, la mejora de la sanidad pública y los avances de la tecnología médica. La ampliación de la esperanza de vida ofrece oportunidades, no sólo para las personas mayores sino para sus familias y las sociedades en su conjunto.

Sin embargo, el alcance de esas oportunidades y contribuciones depende en gran medida de un factor: la salud.

En la 67ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS (Organización Mundial de la Salud) propone elaborar una estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. Este proyecto se fundamenta en los datos científicos del “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud” (2) y abordará cinco ámbitos de actuación: compromiso con un envejecimiento saludable, alineamiento de los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores, establecimiento de sistemas para ofrecer atención crónica, creación de entornos adaptados a las personas mayores y, por último, mejora de las mediciones, el seguimiento y la comprensión.

La investigadora Dolores Puga (científica titular en el Instituto de Economía, Geografía y Demografía del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) afirma que: “Cuanto

antes asumamos que no volveremos a ser las poblaciones jóvenes y crecientes del pasado, antes podremos abordar la transformación de nuestros modelos de bienestar.” (3)

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas y los que sobrepasan los 90 años se les denominan grandes, viejos o longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. (4)

Sin embargo, las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 años para los países en desarrollo.

Hay multitud de definiciones que pueden ser científicas, biológicas, médicas, geriátricas, psicológicas, etc., pero lo más importante es comprender que la vejez es una etapa de la vida como cualquier otra y que debemos tener en cuenta las percepciones y definiciones de la sociedad, de los mismos ancianos y de sus familiares como apuntó Lefrançois en “El Ciclo de la Vida”. (5)

La Gerontología es la ciencia básica que estudia el envejecimiento de los seres vivos, mientras que la Geriátrica es la rama de la medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos y terapéuticos y sociales de las enfermedades de los ancianos y su principal objetivo es prevenir y superar la pérdida de autonomía, a la cual estas personas son especialmente susceptibles.

A medida que pasan los años, aumenta la prevalencia de enfermedades y de discapacidad. Pero también es cierto que muchas personas llegan a edades avanzadas de la vida con buen estado de salud. Entre un 15-40% de los ancianos de 70 años carecen de enfermedades objetivables, por lo tanto, no es posible predecir la salud de un individuo en función únicamente de su edad. La población mayor de 65 años no es una población homogénea; es evidente que no todos los ancianos son iguales y que las personas mayores pueden ser radicalmente diferentes unas de otras, aunque tengan una edad similar. Así, en la práctica clínica, se diferencian distintos perfiles de ancianos. Las definiciones que de forma aproximada han adquirido un mayor nivel de consenso en nuestro entorno serían:

1. Anciano sano: se trata de una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas de la vida diaria y no presenta problemática mental o social.

2. Anciano enfermo: es aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Se comportaría de forma parecida a un paciente enfermo adulto. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales.

3. Anciano frágil: es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar. El hecho principal que define al anciano frágil es que, siendo independiente, tiene alto riesgo de volverse dependiente.

4. Paciente geriátrico: es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social.

La principal población diana de la geriatría está constituida por los dos últimos perfiles de pacientes anteriormente mencionados (ancianos frágiles y pacientes geriátricos), ya que estos grupos de personas son los que más beneficios obtienen de la atención en recursos asistenciales específicos de geriatría.

Tal y como recoge la página del Gobierno 'Envejecimiento en red', en el informe nº 27 de enero de 2021, el número de centros residenciales en nuestro país es de 5556, tomando como fecha de referencia septiembre de 2020.

En 2019 esta misma plataforma web colaborativa hace una estimación del número de personas que viven en estos centros, siendo de 322.180 personas mayores.

La función de los centros residenciales va más allá de la ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria. Es preciso desarrollar una atención integral que incluya cuidados asistenciales y de rehabilitación, acompañamientos, apoyo psicológico, servicios profesionales y ambientes relacionales orientados a la mejora de las condiciones de vida en el centro; con la idea de promover, en la medida de lo posible, la propia autonomía personal, la autoayuda y el apoyo mutuo, así como la colaboración y la participación de las familias.

Los residentes en la mayoría de los casos padecen enfermedades crónicas como consecuencia del proceso natural de envejecimiento y sufren cambios o modificaciones a nivel general afectando a todos los sistemas y órganos; y la boca no se queda al margen de esta transformación.

El control de la salud bucodental de los ancianos sigue siendo un aspecto prácticamente desatendido y no están recibiendo los cuidados odontológicos que necesitan.

En nuestra sociedad, a veces, se tiene la falsa idea de que la mala salud oral es inevitable en los mayores, pero no debe ser así.

Aunque las alteraciones orales no suelen poner en peligro inmediato la vida del paciente, si condicionan en gran medida la calidad de vida y no se debe ver como un problema aislado, dado que está estrechamente relacionado con la salud y el bienestar en general.

Como higienista dental me preocupa el estado bucal de la población mayor de las residencias, ya que aunque son atendidos por un equipo multidisciplinar (médicos/as, fisioterapeutas, enfermeros/as, auxiliares, psicólogos/as...) en pocas ocasiones cuentan con un equipo odontológico, y el traslado a una clínica dental del residente en ocasiones es complicado. Por ello, creo que es muy importante nuestro papel en la educación sanitaria, instruyendo sobre la higiene bucodental, controlando las medidas de prevención y poniendo en marcha programas de promoción de la salud.

## 2. OBJETIVOS

- Evaluar y conocer el nivel de salud oral y los hábitos higiénicos en la población mayor institucionalizada, así como el uso de los servicios odontológicos.
- Mejorar su salud y calidad de vida, interrelacionando la salud bucodental y la salud general del organismo.
- Desarrollar un programa educativo de salud bucodental dirigido a las personas mayores institucionalizadas, que incluya las herramientas necesarias para promocionar la salud bucodental.
- Facilitar a los cuidadores conocimientos y habilidades sobre la educación dental para que puedan evaluar el estado bucal de los residentes y apoyen las medidas preventivas de la salud dental.

### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

Para el estudio se solicitó la colaboración de las cuatro residencias geriátricas tanto de gestión pública como privada, ubicadas en el concejo de Valdés, Asturias.

Sólo un centro manifestó el deseo de participar en el estudio. Por medio del departamento de Terapia Ocupacional, y gracias a la colaboración de los trabajadores de la residencia pude recibir la encuesta propuesta, llegando así a los datos que me permiten desarrollar este estudio.

Se trata de un estudio descriptivo realizado en el mes de enero de 2021 y la muestra estuvo compuesta por 19 sujetos, 13 mujeres y 6 hombres, con edades comprendidas entre los 68 y los 96 años.

Se ha utilizado una encuesta cerrada (ver *Anexo 1: Encuesta*) que consta de 18 preguntas basadas en datos demográficos, datos sobre el uso de los servicios odontológicos, datos sobre el estado de salud oral y datos sobre los hábitos de higiene bucodental.

#### 4. RESULTADOS

Para este estudio contamos con 19 residentes, de los cuales 6 miembros son hombres, y 13 miembros son mujeres.

La media de las edades de los participantes es de 86,3 años. A continuación, podemos ver una tabla (*Tabla 1*) que refleja a que rango de edad pertenecen y como se distribuye según el sexo:

RANGOS	HOMBRE	MUJER
<b>65-75</b>	2	0
<b>76-85</b>	1	2
<b>86-95</b>	3	10
<b>+96</b>	0	1

*Tabla 1: Datos demográficos (sexo y edad)*

En cuanto a la variable del sexo, se observa que el número de mujeres que participaron es superior al de hombres, y además, el estudio apunta a la mayor longevidad de las mujeres respecto a los hombres entre la población residencial analizada.

Las revisiones odontológicas se han puesto a prueba y sólo un 10,5% afirma acudir al dentista para hacerse las revisiones anuales. El 89,5% confirma haber ido sólo cuando presentaba algún tipo de dolor o patología bucal. Sólo un encuestado realizó la última visita al dentista en el último año y dos personas acudieron a consulta en los últimos 2/3 años. La periodicidad de las visitas en los 16 encuestados restantes cae drásticamente superando los 3 años, y en algunos casos escuchamos que las últimas visitas fueron hace 8, 10, 17 e incluso hace 20 años. La media de años que hace que nuestros entrevistados no visitan una consulta odontológica es de 7 años.

En cuanto a los hábitos higiénicos, al preguntar a los encuestados por el número de veces que se cepillaban los dientes, se obtuvo como resultado que un 31,6% sólo lo hacía una vez al día, el 52,6% dos veces, y el 15,8 %, lo hacía 3 veces. Se puede observar que la mayoría tienen adquirido el hábito de la limpieza bucal diaria, aunque esta frecuencia es significativamente mayor en las mujeres. De todos los instrumentos incluidos en la encuesta se observa que un

aplastante 94,7% utiliza el cepillo manual, y sólo el 5,26% el cepillo eléctrico, dejando al completo de lado el uso de la seda, los cepillos interproximales y el irrigador bucal.

Aunque cabe esperar que este grupo de la población pueda tener dificultades para realizar las actividades de la vida cotidiana, preguntado a los encuestados si necesitan ayuda para su higiene bucal, el 15,8% afirmó que necesitaban apoyo, siendo el auxiliar de planta quien le proporciona dicha ayuda; el 84,2% asegura que no necesita apoyo, y que son ellos mismos quienes realizan la higiene bucal.

El uso de prótesis estuvo muy presente en todos los entrevistados. Tan sólo un 10,5% no utilizaba prótesis. Del 89,5% que si lo hacían, es imprescindible destacar la antigüedad de dichas prótesis. Tan sólo uno de los participantes tenía sus prótesis dentro del periodo de durabilidad apto, todos los demás excedían con creces los 10 años de antigüedad, llegando a verse hasta 6 miembros cuya prótesis tenía más de 20 años.

En cuanto al tipo de prótesis que utilizaban, 14 de los residentes entrevistados usaban prótesis completas, tanto en el maxilar superior como en el inferior; y 3 contaban con prótesis parciales removibles. Ninguno de los usuarios de prótesis encuestados utilizaba las prótesis implantosoportadas. Los 2 miembros restantes no utilizaban prótesis superior ni inferior.

Sorprendentemente el 100% de los residentes encuestados retiran las prótesis dentales para dormir. En cuanto a la higiene de las mismas, un 26,3% afirma que procede a su limpieza una vez al día, 36,8% lo hace 2 veces, y un 26,3%, 3 veces. Para la higiene de las prótesis, 16 residentes utilizan pasta de dientes, de los cuales sólo 13 se ayudan de un cepillo, y sólo uno lo hace con agua, jabón y cepillo. El uso de métodos auxiliares de higiene, como las pastillas limpiadoras, es aplicado por 6 residentes.

En los siguientes apartados se analizan los hallazgos en relación al estado de salud bucal y las distintas afecciones que se han detectado durante la realización del estudio.

El 100% declara tener problemas en la boca o en los dientes. Observamos que todos los problemas están relacionados en mayor medida con el uso de prótesis. Por ejemplo, 2 opinan que sus dentaduras postizas están desajustadas, y 4 presentan dificultades para la

masticación; 17 residentes afirman padecer xerostomía o boca seca. Sólo una persona manifiesta tener caries.

En la encuesta, nos interesamos por su salud general y por una selección de patologías que pueden estar relacionadas con la salud bucal. Del total, 9 miembros padecen enfermedades cardíacas, 7 problemas digestivos, 3 Parkinson y 1 Alzheimer. Cabe destacar que ninguno padece diabetes, enfermedad muy relacionada con la enfermedad periodontal y la consecuente pérdida dental.

De todas formas el 55% nos afirma que percibe su estado de salud general en el último año como bueno.

En cuanto al hábito de fumar, sólo son dos personas las que fuman, siendo los dos varones de menor edad del grupo encuestado, 68 y 75 años.

## 5. DISCUSIÓN

A medida que uno se hace mayor, resulta aún más importante cuidar los dientes y la salud bucodental. Una idea generalizada es que es inevitable perder los dientes a medida que se cumplen años. No es cierto, si se cuidan correctamente, los dientes pueden durar toda la vida.

Los entrevistados para este estudio han nacido entre 1925 y 1953 y esto nos sitúa en una época y un país caracterizados por una nula educación bucodental y una odontología que se decantaba por tratamientos no conservadores. Como resultado de esta época que les tocó vivir, muchos de ellos perdían sus piezas dentales cuando todavía eran muy jóvenes, y probablemente no fue hasta pasados muchos años cuando pudieron recibir pautas sobre la higiene bucal o, simplemente, acceder a una consulta dental.

Si bien la evidencia científica afirma que la edad no es considerada un factor de riesgo directo para el desarrollo de enfermedades bucales, éstas podrían estar influenciadas por los hábitos higiénicos, por la presencia de enfermedades sistémicas, el grado de incapacidad física y la posibilidad de acceso a los servicios odontológicos. Además, la salud bucal puede verse alterada por factores sociales, económicos, políticos, etc.

Las perspectivas y posibilidades de afrontar un envejecimiento sano son cada vez mayores, y las personas de edad avanzada están interesadas en que se produzca un cambio en el cuidado de la salud bucodental. En este sentido, los profesionales, la comunidad científica y su entorno han de hacer el esfuerzo de poner a su disposición todos aquellos recursos y estrategias de los que dispongan.

Numerosas investigaciones apuntan que la tasa de mortalidad es menor en mujeres que en hombres, siendo más notable en edades más avanzadas, y así se refleja en el estudio ya que de las 19 entrevistas realizadas, 13 son mujeres y 6 hombres, abarcando las mujeres el rango de edad más alto.

Acudir a una clínica dental supone para una gran parte de la población una situación incómoda, y no iba a ser menos para las personas mayores. Confluyen varios motivos para esta negativa.

El primero de ellos: el miedo. En la mayoría de los casos sufrieron experiencias traumáticas ya que antiguamente eran sometidos a tratamientos que en muchas ocasiones se realizaban casi sin anestesia, haciendo las intervenciones muy dolorosas. En mi experiencia laboral, cuando una persona mayor acude a la consulta, siempre comparto conmigo los malos momentos que pasaba tanto en su niñez como en la edad adulta cuando acudía al dentista. Eso les ha generado un trauma que perdura en el tiempo y les hace evitar acudir a una consulta dental. Otro motivo que justifica la negativa de acudir a una cita con el odontólogo es que, como he dicho anteriormente, las personas mayores no tienen una formación básica en higiene bucal, y ante la ausencia de dolor, la mayoría piensan que su boca se encuentra en un estado óptimo, por lo que solo acuden al dentista cuando no tienen más remedio. Cuando eso ocurre, ya existe un problema, y por ello, una de mis máximas es “Más vale prevenir que curar”. Otro punto clave es la economía. Sabemos que atajar cualquier dolencia dental supone una inversión económica y en muchos casos se priorizan otros gastos, por ejemplo, los residentes encuestados ya destinan una gran parte de su pensión a su internamiento. Muchas personas mayores tienen unos ingresos muy limitados. Un presupuesto para tratamientos bucodentales hace que su economía se desajuste, y por lo tanto, el tratamiento pasa a un segundo plano.

Por último, las personas institucionalizadas, pueden encontrarse con una mayor dificultad para acudir a una clínica dental de manera independiente, ya que están internos y muchos padecen de problemas de movilidad, relegando una vez más la visita al dentista. Es en este punto donde los cuidadores y la dirección de las residencias tienen que fomentar las visitas y poner todos los medios posibles para ayudarlos a acudir a los centros odontológicos.

Es muy evidente, al interpretar los resultados de las encuestas, la falta de revisiones anuales y la carencia de tratamientos odontológicos, que se debe en gran parte a los motivos arriba mencionados. En la mayoría de los casos, las últimas visitas se hicieron hace más de tres años y 17 de los 19 entrevistados acudieron por un problema o dolor dental, no siendo conscientes de la importancia de las revisiones periódicas.

La base de una buena salud bucodental es realizar una higiene correcta. En el caso de nuestros entrevistados nos consta que la mayoría tienen adquirido el hábito de la higiene bucal diaria. Sin embargo, sólo utilizan el cepillo manual, o en algún caso aislado el cepillo eléctrico,

sin dar importancia al uso de otras herramientas que complementan el cepillado. Es muy importante que las personas mayores se cepillen mínimo 2 veces al día, pero también han de utilizar seda dental o cepillos interproximales para las zonas interdentes donde se pueden acumular restos de alimentos que el cepillado no elimina. No podemos olvidar que, al tratarse de personas de edad avanzada, en muchos casos desconocen la existencia del hilo dental, los cepillos interdentes u otros aparatos, como los irrigadores, que ayudan en gran medida a una perfecta higiene bucal. Para que las personas mayores tengan toda la información a su disposición, los cuidadores pasan a ser un punto clave, y junto con la colaboración del odontólogo y del higienista han de asegurarse de que los ancianos dispongan de todas las herramientas necesarias: un cepillo de cerdas suaves-medias, una pasta dentífrica adecuada, hilo dental o cepillos interproximales dependiendo de la capacidad de movimiento que tenga la persona mayor. Han de revisar si el residente realiza su higiene bucal mínimo dos veces al día y estar pendiente de si necesitan ayuda para realizarla.

Una vez interpretados los resultados de la encuesta, y con afán de desarrollar uno de los objetivos de este proyecto propongo en el *Anexo 2: consejos para una correcta higiene bucal en pacientes gerontológicos* un conjunto de pautas higiénicas para las personas mayores. Asimismo, me he puesto a disposición del centro geriátrico colaborativo de este proyecto para programar unas charlas educativas, tanto para el equipo profesional como para los residentes.

El uso de prótesis dentales en personas mayores es una solución muy positiva para hacer frente a los problemas de edentulismo. Como observamos en los resultados, el 89,5% de los encuestados utilizaba algún tipo de prótesis, ya sean completas o parciales y, en ningún caso, implantosoportadas. Esto se debe a que la pérdida de dientes en ancianos es una situación muy frecuente, ya sea por una higiene bucal deficiente, enfermedad periodontal, caries, etc. Las prótesis dentales les ayudan a tener una buena comunicación, mejoran su calidad de vida, facilitan la masticación y son un punto clave en la autoestima, por lo que hay que prestar especial atención a este aspecto. Pero, es muy importante vigilar la antigüedad de estas prótesis. Teniendo en cuenta que los expertos recomiendan una revisión anual de las prótesis y un cambio cada 7 años aproximadamente, es abrumador el resultado de las encuestas realizadas. Sólo un miembro entrevistado atiende a ese límite de 7 años de durabilidad óptima de la prótesis. Por el contrario, 8 residentes superan los 10 años utilizando la misma dentadura

postiza, y 6 superan los 20 años con las mismas prótesis. Tenemos que tener en cuenta que las prótesis dentales son elementos artificiales sometidos a fuerzas de la masticación y el apretamiento. Además están sometidas a muchas agresiones que pueden alterarlas y a esto hay que sumar el inevitable envejecimiento de las personas, que modifica nuestros tejidos. Éstos y otros factores influyen en que las prótesis dentales, con el paso del tiempo, se muevan produciendo roces en la mucosa, facilitando la entrada de comida, ocasionando problemas a la hora de masticar, hablar y sonreír. Y si hablamos de prótesis parciales acrílicas ponen en peligro a los dientes sobre los que se sujetan pudiendo llegar a fracturarse por fuerzas descompensadas. De ahí la importancia de acudir a una revisión anual para verificar el buen estado de la prótesis y su correcto funcionamiento, y destacar, además, la caducidad de las prótesis.

Si bien la mayoría tienen prótesis muy antiguas, el 100% las retira durante la noche siendo un procedimiento muy favorable ya que el uso continuado de las prótesis puede ocasionar diversas patologías como son la estomatitis subprotésica, que es una inflamación crónica de la mucosa oral debido al contacto continuado de la prótesis. Esta patología involucra diferentes factores predisponentes como es la presencia de *Cándida*.

Tienen la misma importancia la retirada de la prótesis como su correcta higiene, y en este caso, los encuestados sólo realizan la higiene dos veces al día y con métodos erróneos. Lo ideal es retirar las prótesis después de cada comida, para eliminar los restos de alimentos que tienden a acumularse en el hueco que queda entre la prótesis y la encía o diente natural. El hecho de no limpiar e higienizar las prótesis correctamente también lleva a consecuencias negativas como mal aliento o enfermedades periodontales. Adquiere de nuevo importancia la ayuda de las auxiliares que asesoradas por especialistas han de explicar a los ancianos, ignorantes en su mayoría, como se lleva a cabo el procedimiento de limpiar una prótesis dental. En la encuesta se observa que si cepillan la dentadura postiza, pero utilizan un cepillo dental común y pasta de dientes, siendo este método erróneo. Lo correcto es utilizar un cepillo especial para prótesis dental, usando agua y jabón neutro ya que las pastas dentífricas son abrasivas con los materiales con que están fabricadas. Se deben limpiar todas las zonas, tanto la parte rosada como la metálica, si es que la tiene. En caso de querer guardar la prótesis debe hacerse en una caja o estuche destinado a tal efecto, y la prótesis siempre tiene que estar seca, ya que si

se guarda húmeda el crecimiento de microorganismos se ve favorecido. El mito de guardarla sumergida en un vaso de agua es totalmente erróneo. Por último, se aconsejará proceder a su desinfección con pastillas limpiadoras.

Relacionada directamente con el uso de las prótesis, concluyo con el análisis de las encuestas que todos los miembros que las utilizan presentan sequedad de boca o xerostomía, al margen de otros factores como la ingesta de ciertos medicamentos y la disminución del flujo salival (característico en personas mayores) que pueden agravar dicha xerostomía. Para aliviar la sensación de boca seca los expertos recomiendan beber mucha agua, utilizar sustitutos de saliva, no fumar ni consumir alcohol, enjuagues bucales con antimicrobianos y controles periódicos con un odontólogo.

Otro de los problemas odontológicos relacionados con el uso de las prótesis es que algunos de los ancianos refieren que sus prótesis están desajustadas lo que nos lleva de nuevo a la recomendación de revisar periódicamente el estado y la antigüedad de las prótesis, y la necesidad de manifestar al especialista la incomodidad que provoque la prótesis mal ajustada. Destacar que una prótesis mal ajustada también implica problemas en la masticación ya que se mueve dentro de la cavidad bucal impidiendo que el anciano coma con normalidad. En el caso de los encuestados, 4 miembros presentar este problema fácilmente solucionable con el reajuste, de nuevo, de la prótesis o la fabricación de una nueva prótesis.

Otro de los problemas odontológicos que presenta alguno de los encuestados es la halitosis o mal aliento. Múltiples estudios concluyen que la halitosis tiene su origen en la boca. Es un problema muy común aunque muchas de las personas que lo presentan no son conscientes de ello. También algunos fármacos o problemas gástricos pueden agravar la halitosis. El tabaco y el alcohol también influyen en esta patología, e incluso las caries y la enfermedad periodontal pueden provocar mal olor. Es básica la instauración de métodos correctos de higiene bucal y lingual así como eliminar el factor causante (dejar de fumar/beber, tratar patologías dentales, etc). También existen tratamientos farmacológicos para el tratamiento de la halitosis que evitan el crecimiento y la proliferación de las bacterias que provocan los malos olores.

Debido a que pocos encuestados tienen sus propias piezas dentales, solo uno de ellos es consciente de tener caries. La caries es la enfermedad dental caracterizada por la destrucción

de los tejidos dentarios provocada por las bacterias que forman parte de la placa bacteriana. Por ello, es muy importante la higiene bucal y destacar que ante una mínima sospecha de caries debe pedir cita con su dentista. Probablemente en este paciente hasta que la caries no llegue a fases más avanzadas donde el dolor se manifieste no acuda a consulta, siendo quizás demasiado tarde para salvar la pieza.

La boca refleja indicios y síntomas de salud y de enfermedad, incluso algunas enfermedades que afectan al organismo en su conjunto pueden tener su primera manifestación en la cavidad oral.

De todas las patologías analizadas en las encuestas, los problemas cardiacos son los que más afectan a los residentes y están directamente relacionados, aunque dicha relación sea bastante desconocida, con la necesidad de una buena salud bucal. La relación parte de que a través del torrente sanguíneo las bacterias presentes en la boca pueden llegar a diversas zonas, incluso al corazón, adhiriéndose y creando una inflamación. Podemos hablar de que pueden causar problemas tan graves como la endocarditis, que es una infección del revestimiento interno del corazón.

La segunda patología más presente en los residentes son los problemas digestivos. Los problemas en nuestra boca pueden provocar que nuestro estómago no asimile los alimentos de manera correcta ocasionado dolor de estómago, acidez, mal aliento, etc. La mala masticación por prótesis desajustadas o por falta de piezas agravaría también la correcta asimilación de los alimentos.

En cuanto a las enfermedades neurodegenerativas como ser el Alzheimer y el Parkinson pueden afectar a que las personas mayores no consigan realizar por si mismos unos hábitos de higiene bucal adecuados o incluso no poder manifestar las dolencias y necesidades bucales.

Por último, se analiza el hábito de fumar. Se observa que solo son 2 varones los que fuman, y además, que son los miembros de menos edad del grupo. Hemos de insistir en que el tabaco no solo provoca meros daños estéticos, tanto a nivel bucal como de salud general los efectos

más nocivos derivados del tabaquismo no se ven a simple vista. El consumo de tabaco empeora la respuesta del cuerpo a enfermedades periodontales como la gingivitis o la periodontitis. También reduce las posibilidades de éxito en cirugías con implantes. Pero, sin duda, el peor efecto ocasionado por la relación boca-tabaco es el cáncer oral.

Para finalizar, quisiera mencionar las limitaciones con las que me he encontrado en el desarrollo del estudio. Lo realicé en los meses de diciembre y enero de 2020 y 2021 respectivamente, estando en plena 3ª ola de la pandemia por COVID-19 por lo que no pude hacer las encuestas personalmente ni realizar exámenes bucales a los entrevistados. Para las encuestas conté con la ayuda de la Terapeuta Ocupacional del centro, que realizó las encuestas a 19 miembros del centro, me las entrego y con la que pude comentar algunos de los datos y algunos apuntes extras. También hemos acordado que una vez mejore la situación actual desarrollaremos programas de prevención y promoción de salud bucodental para las personas mayores de la residencia, y también para el personal sanitario.

## 6. CONCLUSIONES

- Del total de 19 encuestados, 13 son mujeres y 6 hombres.
- El rango de edad con más miembros es de 86 a 95 años, siendo las mujeres las más numerosas en este parámetro.
- El uso de servicios odontológicos en la muestra es prácticamente exclusivo cuando aparece un problema o una dolencia. Es mínimo el número de miembros que acuden para una revisión anual.
- El hábito de la higiene bucal está instaurado entre los miembros del centro geriátrico.
- El 100% utiliza cepillos, la mayoría manuales, aunque aparecen excepciones con el eléctrico.
- La utilización de métodos auxiliares de higiene (hilo dental, cepillos interproximales, irrigadores bucales) es nula.
- El número de miembros encuestados que necesitan ayuda para su higiene bucal es mínimo.
- En el caso de necesitar ayuda para la higiene bucal siempre cuentan con la ayuda de auxiliares de planta.
- Un 89,5% de los encuestados utiliza prótesis, completas o parciales.
- Es nula la aparición de prótesis implantosoportadas.
- El 82,3% de los ancianos tienen sus prótesis con una media de más de 15 años de antigüedad.
- Todos los residentes que tienen prótesis las retiran para dormir.
- Todos los portadores de prótesis las limpian con frecuencia.
- Los encuestados no utilizan métodos adecuados para la limpieza de las prótesis.
- Todos los miembros encuestados presentan problemas odontológicos.
- Los principales problemas bucales presentes en los encuestados son la xerostomía, seguidos de disfunción masticatoria, prótesis desajustadas, halitosis y caries.
- Las principales patologías de los encuestados son problemas cardíacos, problemas digestivos y en menor medida enfermedades neurodegenerativas.

- De todos los entrevistados, sólo dos varones fuman, siendo los miembros más jóvenes del grupo.

## 7. CONFLICTO DE INTERESES

Yo declaro que no tengo ningún interés comercial o asociativo que presente un conflicto de intereses con el trabajo presentado.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Encuesta poblacional: la salud bucodental en España 2010. Madrid. Grupo Saned; 2010

envejecimiento.csic.es

seger.es

### *Referencias:*

(1) Instituto Nacional de Estadística. INE. Comunidad de Madrid. 2020. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=01002.px&L=0>

(2) Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Autores: Organización Mundial de la Salud, 2015 Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza. Disponible en:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1)

(3) Autor: Dolores Puga. Fundación General CSIC. Artículo núm. 09. Diciembre 2020

Disponible en:

<http://envejecimientoenred.es/reconocernos-en-la-poblacion-que-somos-reflexion-de-la-investigadora-dolores-puga/>

(4) Autor: Organización de las Naciones Unidas. Informe de la segunda asamblea mundial sobre envejecimiento, 2000.

Disponible en:<http://www.cinu.org.mx/envejecimiento/informe2asambleavejez.pdf>

(5) Autor: Guy R. Lefrançois. El ciclo de la vida. Thomson 2001.

## 9. ANEXO 1: ENCUESTA

### ENCUESTA ANÓNIMA SOBRE SALUD BUCODENTAL EN GERONTOLOGÍA

1-EDAD:

2-SEXO:

A- HOMBRE

B- MUJER

3- ¿HACE CUANTO FUE LA ULTIMA VISITA AL ODONTOLOGO?

4- ¿CUÁL FUE EL MOTIVO DE SU VISITA?

A- REVISIÓN PERIÓDICA

B- DOLOR U OTRO TIPO DE PROBLEMA DENTAL

5- ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA SE CEPILLA LOS DIENTES?

A- NUNCA

B- 1 VEZ

C- 2 VECES

D- 3 O MÁS VECES

6- INDIQUE LO QUE UTILIZA PARA LIMPIAR SUS DIENTES (Puede marcar varias opciones)

A- CEPILLO MANUAL

B- CEPILLO ELECTRICO

C- SEDA DENTAL

D-CEPILLOS INTERPROXIMALES

E- IRRIGADOR BUCAL

D-OTROS (Indique cuales).....

7-¿ES PORTADOR DE ALGÚN TIPO DE PRÓTESIS DENTAL?

A- SÍ

B- NO

8- ¿HACE CUÁNTOS AÑOS LLEVA PRÓTESIS DENTAL?

9-¿QUÉ TIPO DE PROTESIS DENTAL UTILIZA EN EL MAXILAR SUPERIOR?

- A- COMPLETA
- B- PARCIAL
- C- IMPLANTOSOPORTADA ( LA PRÓTESIS VA SUJETA GRACIAS A UNOS IMPLANTES )
- D- NINGUNA

10- ¿QUÉ TIPO DE PROTESIS DENTAL UTILIZA EN EL MAXILAR INFERIOR?

- A- COMPLETA
- B- PARCIAL
- C- IMPLANTOSOPORTADA ( LA PRÓTESIS VA SUJETA GRACIAS A UNOS IMPLANTES )
- D- NINGUNA

11-¿CON QUÉ FRECUENCIA LIMPIA SUS PRÓTESIS?

- A- NUNCA
- B- 1 VEZ AL DÍA
- C- 2 VECES AL DÍA
- D- 3 O MÁS VECES AL DÍA

12- SEÑALE LO QUE UTILICE PARA LA LIMPIEZA DE SUS PRÓTESIS (Puede marcar varias opciones)

- A-AGUA Y JABON
- B-PASTA DE DIENTES
- C-CEPILLO
- D-PASTILLAS LIMPIADORAS

13- ¿NECESITA AYUDA PARA SU HIGIENE BUCAL?

- A-SI
- B-NO
- C-EN OCASIONES

14-¿QUIÉN LE PROPORCIONA ESA AYUDA?

15- ¿RETIRA LAS PRÓTESIS PARA DORMIR?

- A- SIEMPRE LAS RETIRO
- B- NUNCA LO HAGO
- C- A VECES SI, Y OTRAS NO

16-¿TIENE ALGUNO DE ESTOS PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS? (Puede marcar varias opciones)

- A- ENFERMEDAD PERIODONTAL(piorrea)
- B- HIPERSENSIBILIDAD DENTAL
- C- CARIES
- D- BOCA SECA
- E- BOCA ARDIENTE
- F- PRÓTESIS DESAJUSTADAS
- G- HALITOSIS (mal aliento)
- H- DIFICULTAD PARA COMER
- I- DIFICULTAD PARA HABLAR

17-¿TIENE ALGUNA DE ESTÁS PATOLOGÍAS? (Puede marcar varias opciones)

- A-PROBLEMAS CARDIACOS
- B-DIABETES
- C-PROBLEMAS DIGESTIVOS
- D-CÁNCER ORAL
- E-ALZHEIMER
- F-PARKINSON

18- ¿FUMA?

- A- SI
- B- NO

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

10. ANEXO 2: CONSEJOS PARA UNA CORRECTA HIGIENE BUCAL EN  
PACIENTES GERONTOLÓGICOS

**CONSEJOS PARA UNA CORRECTA HIGIENE BUCAL EN PACIENTES  
GERONTOLÓGICOS**

- 1.** CEPILLE 3 VECES AL DÍA SUS DIENTES, DESPUÉS DE CADA COMIDA.
- 2.** UTILICE UN CEPILLO DE DUREZA SUAVE – MEDIA.
- 3.** QUIZÁS LE RESULTE MÁS SENCILLO UTILIZAR UN CEPILLO ELÉCTRICO.
- 4.** PARA LIMPIAR LOS ESPACIOS ENTRE LOS DIENTES PASE LA SEDA DENTAL O LOS CEPILLOS INTERPROXIMALES, AL MENOS UNA VEZ AL DÍA.
- 5.** NO OLVIDE LIMPIAR SUS PRÓTESIS DESPUÉS DE CADA COMIDA, UTILIZANDO UN CEPILLO DE PRÓTESIS, AGUA Y JABÓN NEUTRO.
- 6.** POR LAS NOCHES HA DE QUITARSE LAS PRÓTESIS Y GUARDARLAS SECAS EN SU CAJA.
- 7.** UNA VEZ A LA SEMANA PODEMOS DESINFECTAR LAS PRÓTESIS CON PRODUCTOS ESPECIALES PARA ELLAS.
- 8.** SI TIENE ALGUNA DIFICULTAD PARA REALIZAR SU HIGIENE BUCAL O CUALQUIER DUDA, PIDA AYUDA A SUS CUIDADORES.
- 9.** VISITE A SU DENTISTA UNA VEZ AL AÑO, PARA UNA REVISIÓN DENTAL GENERAL