UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ASPECTOS GENERALES DE LA CONDICIÓN ORAL DEL ADULTO MAYOR CON DEMENCIA SENIL.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

TANIA RODRÍGUEZ GÓMEZ

TUTORA: Mtra. MARÍA PATRICIA DE LA ASUNCIÓN HENONÍN PALACIO

MÉXICO, D.F. **2013**

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A Dios

Le doy gracias por haberme dado la oportunidad de vivir por estar con migo en cada momento por guiarme por cada una y todas sus bendiciones, por darme a los mejores padres del mundo y una hija maravillosa, por ponerme en este camino q hemos caminado juntos por cada momento y cada día; por la salud y la fuerza que me ha dado para poder cumplir y llegar a concluir este gran sueño.
"Donde hay fe hay amor, donde hay amor hay paz, donde hay paz esta Dios y donde está dios no falta nada."

A mis padres

Norma y Salo mis Gorditos por darme la vida, por su apoyo incondicional, por todo el esfuerzo y sacrificio que hicieron para que yo pudiera cumplir este sueño y llegar al final de esta etapa de mi vida, porque día a día me dieron esa motivación para ser mejor, porque sin ustedes no lo hubiera logrado por que son la base primordial de mi esfuerzo, por darme lo mejor, por amarme tanto, por estar tan orgullosos de mi a pesar de que los eh defraudado, por esos desvelos juntos, por ser mis pacientes, por darme la educación que me dieron y un buen ejemplo.
MAMY gracias por ser mi cómplice y amiga, por cuidar a mi mayor tesoro como si fuera tuyo mi hermosa hija Thayli, por haberme llevado en tu vientre 9 meses los meses más maravillosos del mundo porque fui parte de ti y sé que todavía lo soy.

PAPY gracias por ser tan cariñoso, por iluminar mi camino, por todos tus valiosos consejos, por darme la orientación necesaria para salir adelante gracias por tu amor.

No encuentro las palabras suficientes para agradecerles todo lo que me han dado lo único que les puedo decir es que LOS AMOOO!!!!!!!!

Al AMOR DE MI VIDA

Mi hermosa hija **Thayli Renata** por existir, por ser parte de mi vida, por ser mi mayor motivación y mi más grande amor, porque tu amor es el más puro que puede existir; y más que agradecerte quiero pedirte perdón por todo ese valioso tiempo que no te pude dar por estar en la escuela, por cada momento especial que me perdí pero sabes sé que valió la pena porque ahora tengo algo más que ofrecerte y sé que todo sacrificio y

esfuerzo tiene una gran recompensa y espero y pronto llegue la nuestra Te adoro y te AMO Muchísimo.

A mi esposo Gil

Gracias Amor por ser parte de mi vida por todo tu amor y tu apoyo, por hacer tuyas mis preocupaciones y problemas pero también mis logros, por ser mi amigo, por aguantarme, por tu comprensión y paciencia, por esos bellos momentos que hemos pasado juntos, porque sé que no pude encontrar a alguien mejor, Gracias por ser parte de este logro, por darme el mayor regalo del mundo nuestra hija TE SUPER AMO.

A mí Adorado Hermano

Oscar gracias por todos esos buenos momentos que hemos pasado juntos, por la confianza y amor que nos tenemos porque sé que a pesar de tu carácter, tu forma de ser y de todo lo que hemos vivido me amas tanto como yo a ti, sé que tal vez piensas que mi padres no te brindaron la atención necesaria por dármela a mí pero sabes no es así porque yo sé cuánto te aman mis papas, perdón si alguna vez te he hecho sentir mal o si tuviste que sacrificarte por mí para que yo saliera adelante, por confiar en mí y ser mi paciente, no sabes cuánto te ¡¡¡¡AMO!!!! No solo por ser mi único hermano si no por ser el MEJOR.

A mis Abuelitos

Chatis por todo tu apoyo y tu cariño, por estar en esos momentos de felicidad, por el sacrificio que hiciste para ayudar a mis papas cuando no tuvieron los recursos suficientes para mi material, hay estuviste tu apoyándonos, por ser mi paciente, por ser esa gran persona a la que todos quieren mi chatita querida, TE QUIERO MUCHO!!!!!!

A don **Carlitos** porque sé que estaba muy orgulloso de mí.

A Mamá **Angelita** por todo tu cariño en donde quiera que te encuentres siempre estarás en mi corazón

A papá **Daniel** por ser como un abuelo para mí.

A mis Queridos Sobrinos

Puchu, **Chino** y **Santy**, Gracias por ser parte de mi vida y darle tanta felicidad y alegría. Los AMO.

A mis Tías

Carmen, Laura, Toña, Chonita, Hilda y Lulú *por sentirse orgullosas y por confiar en mí, por dejar que atendiera a sus hijos por todo su apoyo las quiero mucho.*
Gracias tía **Martha** *por confiar en mí y ser mi paciente.*

A mis padrinos

Ale y Aurelio, *por ser como mis segundos padres, por estar siempre al pendiente de mí y por todo su cariño y apoyo.*

A mis primos

Valdo *mi primo consentido,* **Erika** *porque aunque estas un poco loquita te quiero,* **Diana** *por todo tu apoyo,* **Vero, Beto, Carolina y Laura** *por los momentos que pasamos juntas,* **Diana** *(mugres),* **Andy**, **Diego** *y* **Juancho**, *por ser mis pacientes, a (Tochi)* **Ángel** *que eres mi sobrino pero fuiste mi paciente, a todos gracias por confiar en mí.*

A mis suegros

Judith y Fili *por todo su apoyo que nos han brindado a Gil, Thayli y a mí, no solo económico sino moral, por ayudarme a cuidar al amor de mi vida mi hija Thayli, por aceptarme en su familia.*

A mis Amigas

NAYE *e* **ILSE** *gracias Queridas amigas por todo su apoyo durante toda la carrera, pero más por darme el último empujón para terminar porque sin ustedes no lo hubiera logrado, Naye por tenerme tanta paciencia y ser tan linda, Ilse por venir de tan lejos a darme tu apoyo y aguantarme, por estar paso a paso durante la elaboración de mi tesina, por aceptarme tal y como soy las QUIERO MUCHO.*

Tañita

Gracias por todo tu apoyo y tu cariño, por ser mi amiga, porque has estado conmigo en mis mejores y peores momentos, cuando más te eh necesitado, por esos momentos inolvidables y felices que pasamos juntas. Te QUIERO Mucho.

Jessy

Amiga gracias por tu amor y cariño, por ser así como eres, por todos tus buenos consejos, por tu apoyo durante la carrera y por la confianza que me tienes. Te Quiero.

Erika mi gran amiga de la secundaria y Poleth mi amiga del CCH
Por ser mis amigas a pesar de la distancia y por todo su cariño. Las Quiero y extraño.

Gracias Ary por confiar en mí y poner en mis manos a tu abuelita doña Tomy gracias por ser constante y confiar en mí.

Gracias Mary por tu apoyo durante la periférica.

Gracias a el doctor Ocampo
Por todo el apoyo y comprensión que me brindo a mí y a mi hija, en Águilas

A mi tutora
Mtra. María patricia de la Asunción Henonín Palacio, Gracias por todo su apoyo, por guiarme y darme ánimos cada día para terminar la Tesina, por ser tan linda y comprensiva, por ser un gran ser humano con humildad y vocación.

Gracias a la máxima casa de estudios Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Por abrirme sus puertas y permitirme ser parte de ella.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN 8
II. OBJETIVO GENERAL 10
III. MARCO TEÓRICO 11
ENVEJECIMIENTO 11
Tipos de envejecimiento 16
Envejecimiento individual 16
Envejecimiento poblacional 16
Envejecimiento fisiológico 17
Consecuencias clínicas de los cambios fisiológicos del envejecimiento 19
Principales manifestaciones del envejecimiento en aparatos, órganos y sistemas corporales. 19
Cambios Anatómicos 20
Cambios fisiológicos 23
Envejecimiento patológico 24
Teorías del envejecimiento 25
a) Teorías Estocásticas 26
b) Teorías No Estocásticas 27
SITUACIÓN DEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR 28
Nivel mundial. 28
En México. 30
SERVICIOS DE SALUD PARA LOS ANCIANOS EN MÉXICO 32
ENFERMEDADES MÁS COMUNES QUE SE PRESENTAN EN LA VEJEZ 33
Enfermedades cardiovasculares 34
Artritis 35
Artritis reumatoide 35

Artrosis 35
Osteoporosis 35
Neumonía 36
Vías Urinarias 37
Diabetes Mellitus 37
Accidente Cerebro Vascular (Ictus) 37
Demencia senil 38
Cáncer de próstata 38
CONDICIÓN ORAL EN EL ADULTO MAYOR 40
Caries 44
Enfermedad Periodontal 45
Disminución de la Capacidad masticatoria y deglución. 47
Xerostomía sistémica (no asociada a fármacos) 47
Pacientes portadores de prótesis dentales 49
IV. DEMENCIA SENIL. 51
Antecedentes 51
Definición 53
Clasificación. 54
Signos y síntomas 55
Criterios Diagnósticos 57
Prevalencia de demencia 60
Tratamiento de la demencia. 60
Como tratar al adulto mayor con Demencia Senil en la consulta odontológica. 61
Atención bucal básica en el adulto mayor 62
V. CONCLUSIONES 65
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 68

I. INTRODUCCIÓN

El ser humano a través de su ciclo de vida atraviesa por diferentes etapas de su desarrollo y dentro de las mismas presenta varios cambios tanto en nivel físico como psicológico. Siendo una de estas etapas la del envejecimiento.
En los últimos años se ha observado a nivel mundial un incremento porcentual de adultos mayores de 60 años que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países.

El proceso de envejecimiento es inexorable e irreversible. Comienza en la edad adulta pero se hace evidente después de la sexta década de vida, por su mayor compromiso orgánico. En todos los órganos y sistemas del cuerpo humano se observan signos de envejecimiento, pero no en todos se presentan al mismo tiempo. Unos de los principales cambios tienen lugar en la cavidad oral, donde se conoce que un número importante de ellos presenta diversas alteraciones.

Es importante indicar que algunos cambios bucales que ocurren con la edad son naturales, como cierto grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes. En cambio otros, son resultado de la acción de enfermedades y de la ingesta de medicamentos.

En este sentido, estos cambios pueden tener dos orígenes: como expresión del envejecimiento propiamente dicho o como consecuencia de factores internos fisiológicos que no provocan enfermedad pero inducen a cambios bioquímicos funcionales y estructurales.

Debido al rápido crecimiento de este grupo de personas en la población general de nuestro país, es posible predecir que los requerimientos en la atención odontológica serán mayores en los próximos años, por lo que la prevención y atención en odontogeriatría se considera una necesidad del presente y futuro inmediato sobre todo en aquellos adultos mayores con Demencia senil, donde les resulta complicado mantener una higiene oral diaria adecuada, asi como una supervisión dental periódica, teniendo como consecuencia dolor y dificultad para su alimentación provocando por ello desnutrición, y por lo tanto cambios en el peso, habla, así como problemas de comportamiento, su aspecto físico y sus relaciones sociales influyen en el bienestar general de las personas mayores y en su calidad de vida .

Por tal motivo, el propósito de este trabajo es dar a conocer temas relacionados con el envejecimiento, sus características principales enfermedades que se presentan en esta etapa, y muy importante las manifestaciones bucales que tienen mayor prevalencia.

Así mismo se proporciona orientación a los familiares y/o cuidadores de estas personas sobre las medidas pertinentes que deben llevarse a cabo para mantener en buenas condiciones su cavidad bucal.

II. OBJETIVO GENERAL

Proporcionar información sobre los conocimientos generales que debe tener el CD así como los cuidadores de los adultos mayores con demencia, sobre el envejecimiento y aspectos bucales que se deben tener en cuenta para que estas personas mantengan una buena salud oral y en consecuencia una calidad de vida aceptable.

III. MARCO TEÓRICO

ENVEJECIMIENTO

Se considera al envejecimiento como un proceso dinámico irreversible inevitable y progresivo, de modificaciones morfológicas, funcionales, psicológicas y bioquímicas que se inician en el momento del nacimiento y se desarrollan a lo largo de nuestras vidas. Es considerado un fenómeno universal, durante esta etapa se van produciendo cambios en los órganos y sistemas, en el estado social, en la percepción sensorial y en las funciones cognitivas y motoras de los individuos. [1-2]

El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. La satisfacción de las necesidades de la especie humana es lo que condiciona la llamada "calidad de vida" y ésta es, a su vez, el fundamento concreto de bienestar social. [3]

Fuente: coepojalisco.blogspot.mx

En todos los órganos y sistemas del cuerpo humano se observan signos de envejecimiento, pero no en todos se presentan al mismo tiempo. Los cambios morfológicos y funcionales que tienen lugar en la cavidad bucal con la edad, forman parte del envejecimiento general del organismo.[1]

En relación a la definición de envejecimiento, no existe una que sea lo suficientemente convincente, sin embargo, se puede destacar algunas que consideran algunos investigadores, donde la mayoría concuerda en que el envejecimiento es un proceso, que es continuo, progresivo e irreversible y solo concluye con la muerte del individuo. Este proceso se caracteriza por ocurrir en todos los seres vivos y llevar paulatinamente al organismo a un estado de disminución de la reserva funcional, lo que aumenta su labilidad ante situaciones de stress.

Según Bellami (1998), el envejecimiento es el "último periodo de la vida, caracterizado por una declinación global en la competencia fisiológica que resulta en una falla en la capacidad de adaptación a las demandas del ambiente y culmina con la muerte". En la práctica con frecuencia es difícil separar los diferentes periodos de la vida, por ejemplo el límite entre desarrollo y envejecimiento no es del todo claro. El proceso de envejecimiento lleva a una falla en la adaptación al ambiente y resulta finalmente en la muerte.[4]

Johnson (1999) define como proceso de envejecimiento al estado en el que se conjugan dos criterios:

- La probabilidad de morir aumenta con el paso del tiempo y la edad del organismo

- Ocurren cambios fenotípicos en todos los individuos, con el paso del tiempo.

Esta definición fenotípica es general, pero es útil para diferenciar el proceso de envejecimiento en sí mismo de aquellas enfermedades asociadas al envejecimiento, como el cáncer y la enfermedad cardiovascular.

Los fenotipos de envejecimiento afectan a todos los individuos de una población, mientras que las enfermedades afectan solo a un subgrupo. Ambos impactan la longevidad, pero de diferente manera. Los grandes avances de la medicina y la salud pública en este siglo han logrado aumentar significativamente la expectativa de vida de los individuos de países desarrollados, a través de la prevención y el control adecuado de las enfermedades crónicas. Sin embargo, ya que estos avances no alteran el proceso de envejecimiento en sí (salvo la restricción

calórica, que es muy difícil de aplicar en la práctica clínica en humanos), no ha habido un cambio sustancial en la longevidad o máxima sobrevida del hombre.[5]

Por otra parte, Ollar considera al envejecimiento como "Un proceso natural de duración variable, homogéneo para cada especie, sobre el que influyen numerosos factores condicionantes, algunos propios del individuo (genéticos) y otros ambientales o circunstanciales. Este proceso es dependiente del tiempo y consiste en un progresivo incremento de la vulnerabilidad y la disminución de la viabilidad del organismo, asociados con una creciente dificultad en las posibilidades de adaptación y una mayor susceptibilidad de contraer enfermedades, lo que eventualmente conduce a la muerte".[6]

En las personas, con el paso del tiempo se modifican todos los órganos, aparatos y sistemas del organismo, y pierden la capacidad de hacerle frente a la enfermedad, lo cual hace a los mayores más vulnerables. Estos cambios no se producen al mismo tiempo en todas las personas ni aun en todos los órganos en una misma forma: la variabilidad individual que hace que podamos observar personas de la misma edad con funcionalidad completamente diferente. Las modificaciones están influenciadas por los hábitos de vida, algunos aspectos genéticos, y efectos del ambiente en el que vive.[7]

De acuerdo a la concepción holística el envejecimiento puede ser considerado desde diversos puntos de vista:

a. *Cronológico:* Es aquel donde cuenta el tiempo transcurrido desde el nacimiento. La edad cronológica y el proceso de envejecimiento son fenómenos paralelos pero no relacionados causalmente.

b. *Biológico:* La edad biológica corresponde a etapas en el proceso de envejecimiento biológico, es decir, de órganos y funciones: es también multiforme, pues se produce en varios niveles: molecular, celular, tisular y orgánico, y es a la vez, estructural y funcional.

c. *Psíquico:* Este aspecto se manifiesta en dos esferas: la cognitiva, afectando la manera de pensar y las capacidades, y la psicoafectiva, incidiendo en la personalidad y el afecto. Estos cambios no sobrevienen espontáneamente, sino que son más bien el resultado de acontecimientos vitales como un duelo, jubilación, menopausia.

d. *Social:* Comprende los papeles que se supone han de desempeñar en la sociedad. Es cierto que ciertas variables sociales evolucionan con la edad, pero sin seguir necesariamente a la edad cronológica. El ciclo dependencia/independencia que afecta a muchos individuos de edad avanzada es un ejemplo: la dependencia produce efectos diferentes según las variables sociales y psicológicas.

e. *Fenomenológico:* La percepción subjetiva de la propia edad, aquella que el individuo manifiesta honestamente sentir, se refiere al asentimiento de haber cambiado con la edad a la vez que se permanece en lo esencial. Tal percepción subjetiva parece adquirir cada vez más valor al introducirnos al estudio de los mecanismos de adaptación que conducen a un envejecimiento exitoso.

f. *Funcional* El estado funcional en las distintas edades es el resultado de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales constituyendo probablemente el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento.[8]

Tipos de envejecimiento

En lo que respecta a la especie humana en particular, se reconocen dos tipos diferentes de envejecimiento: envejecimiento individual, y envejecimiento demográfico o poblacional

Envejecimiento individual

El envejecimiento individual debe considerarse como un proceso fisiológico determinado por factores intrínsecos (carga genética, presencia de radicales libres, envejecimiento celular, deterioro del sistema inmunitario, aumento de enlaces cruzados en el tejido de colágena) a los que se agregan factores extrínsecos de tipo social, económico y de disponibilidad de servicios, entre otros, que en conjunto condicionan envejecimiento normal, que no forzosamente está ligado al concepto de enfermedad.[9]

Envejecimiento poblacional

Es el incremento del número de los “muy viejos", o sea los mayores de 80 años de edad, con respecto al conjunto de la población a la que pertenecen.[9]

En términos generales podría decirse, desde la psicología de la vejez, que la evolución normal que lleva aparejada la edad está causada por la unión de cuatro factores:

- El deterioro progresivo de las propias funciones físicas.
- La declinación progresiva de las facultades y de las funciones mentales.

• La transformación del medio familiar y de la vida profesional.

• Las reacciones del sujeto ante estos diversos factores.

Los tres primeros factores ejercen sobre la mentalidad humana, ya que los efectos directos procedentes del deterioro o de las transformaciones sufridas, y efectos indirectos sobre el comportamiento (así, la vista cansada soporta la disminución de la agudeza visual de cerca, pero también crea la costumbre de mirar las cosas de lejos). El último factor provoca diversas reacciones tanto en el plano de las actitudes expresadas como en el de la vida interior.[3]

Las principales dificultades en la vejez son los problemas de salud, las pérdidas sociales y una mayor discrepancia entre las metas y las posibilidades de alcanzarlas. [3]

Por otro lado, es necesario distinguir entre el envejecimiento normal o fisiológico y el envejecimiento patológico. Estas diferencias se manifiestan en alteraciones fisiológicas que a su vez se acompañan de modificaciones en la función y estado mental, con repercusiones en el medio social y en la situación económica del afectado y su familia.

Envejecimiento fisiológico

Se refiere a la etapa normal del ciclo vital que, de acuerdo a la edad cronológica del individuo, le permite desenvolverse con plenitud en los aspectos físico, mental y social, en cualquier ambiente y circunstancia.

El paso de los años produce una disminución del funcionamiento general del organismo, pero, a pesar de esto, muchos adultos mayores pueden vivir con ellos

sin que conlleve ningún trastorno importante en su salud. Estos cambios fisiológicos normales de ningún modo se presentan de igual forma en todos los seres humanos.

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de eventos fisiopatológicos que llevan al adulto mayor a presentar variadas enfermedades. A continuación se citan algunos de los cambios más importantes.

1. La función fisiológica de muchos órganos y sistemas declina con la edad, considerando diferencias en el grado de afectación de los diferentes sistemas y con amplia variabilidad individual.

2. Los cambios fisiológicos asociados a la edad no tienen significación clínica cuando el organismo está en reposo, pero sí en situaciones de estrés (ejercicio, enfermedad, fármacos) donde el anciano tiene menor respuesta o capacidad reactiva.

3. Hay una alteración en los sistemas homeostáticos con el curso del envejecimiento.

4. Los cambios fisiológicos determinan la esperanza de vida o supervivencia máxima potencial de una especie (de 120 años en el ser humano,) mientras que la expectativa de vida al nacer en los individuos de cada sociedad viene determinada por la interacción entre factores personales, ambientales y sociales.

Consecuencias clínicas de los cambios fisiológicos del envejecimiento

- ✓ Diferente forma de presentación de las enfermedades en el anciano.
- ✓ Susceptibilidad ante la enfermedad.
- ✓ Alteraciones o cambios en la cinética y dinámica de los fármacos en relación con cambios en la composición corporal y variaciones en la función hepática y renal.
- ✓ Alteración de los rangos de referencia de las pruebas complementarias de diagnóstico usadas en la práctica clínica.[10]

Principales manifestaciones del envejecimiento en aparatos, órganos y sistemas corporales.

Los cambios en la composición corporal de los ancianos están en relación al proceso catabólico que comienza a fines de la edad adulta y se prolonga durante la senectud.

Por estos motivos, los adultos mayores son menos capaces de mantener el "ambiente fisiológico interno" ante un traumatismo o una infección. Se presentan cambios en todos los órganos del cuerpo como hipotrofia en riñón, cerebro e hígado e hipertrofia en pulmones y corazón principalmente.[11]

Todos los órganos envejecen, pero no lo hacen a la misma velocidad, ni tampoco de forma armónica. A continuación se citarán algunos de los cambios más

evidentes que son los anatómicos, pero los más importantes son los cambios en el funcionamiento de los órganos y sistemas de nuestro organismo:

Cambios Anatómicos

> Músculo-esquelético: A los 80 años hay una pérdida de hasta 40% de masa muscular y los tendones se rigidizan. El aumento de velocidad de reabsorción ósea produce osteoporosis, se encuentra con más frecuencia en mujeres.[12]

> Sistema nervioso: El envejecimiento normal produce una pérdida selectiva de neurona (neuronas corticales, cerebelosas e hipocampo) El peso del encéfalo disminuye por ésta pérdida la cual puede alcanzar un porcentaje entre el 10 y el 60% en áreas como el hipocampo, y puede variar en otras áreas dentro de la corteza (55% en la circunvolución temporal y entre el 10 y el 35% en la punta del lóbulo temporal)

> Cardiovascular: Hay un leve aumento de tamaño de la aurícula izquierda. La acumulación de tejido conectivo subendotelial produce vasos más rígidos e irregulares. La aorta se dilata.[13]

> Respiratorio: Hay disminución de la superficie alveolar. La calcificación de las articulaciones costos-esternales rigidiza el tórax, lo cual, junto con disminución de la musculatura intercostal, produce menos eficiencia respiratoria.[14]

> Gastrointestinal: Es uno de los principales sistemas en cuanto a importancia, debido a que de éste depende la posibilidad de una adecuada nutrición y por lo

tanto, de funcionamiento del organismo, asimismo forma parte de las principales vías de administración de fármacos.

En el estómago, la mucosa se adelgaza, hay atrofia de células parietales con elevación de PH, por tanto, la absorción de hierro y calcio disminuye así como la de vitamina B 12, originando muchas anemias.
El intestino grueso presenta lasitud de la musculatura, dando por resultado la aparición de divertículos y en ocasiones se presenta estreñimiento.

Sistema Estomatognático
Este sistema que pertenece al aparato digestivo, se define como un grupo de órganos que participan en importantes funciones como son: masticación, deglución y fonación y se encuentra integrado por diversas estructuras.

El órgano principal de este sistema es la cavidad bucal donde se observan cambios en la mucosa gingival con pérdida del tejido elástico produciendo una disminución del tamaño de las encías y pérdida de dientes. Hay alteración en la masticación y atrofia de las papilas linguales, que contribuye a la pérdida de apetito y a la disminución de las sensaciones gustativas dando por resultado problemas en su nutrición debido a una disminución del contenido salival

Aproximadamente el 50% de la población presenta edentulismo debido entre otras causas principalmente, a la mala higiene bucal y no así al envejecimiento.[14]

> Renal:

Se pierden nefrones de la corteza renal con caída de la función de hasta un 30% a los 80 años.

> Sistema reproductivo:

Femenino: El ovario se fibrosa y se atrofia, lo que disminuye la producción de estrógeno y progesterona. Estos cambios hormonales atrofian el útero y la vagina e involucionan el tejido mamario.

Masculino: La próstata aumenta el estroma fibromuscular y comprime la uretra. La vejiga responde con hipertrofia de la musculatura de la pared.

Órganos de los Sentidos

> Visión:

Los tejidos peri orbitales se atrofian, produciendo la caída del parpado superior y eversión del parpado inferior. El iris se hace más rígido, la pupila más pequeña y la lente se colorea amarillo por la oxidación de triptófano.

> Audición:

Atrofia del canal auditivo externo con cerumen más denso y pegajoso. El tímpano se engruesa y la cadena de huesecillos se altera en sus articulaciones. Hay disminución de células de Corti y neuronas cocleares.

> Olfato:

El bulbo olfatorio con el paso de los años hay una mayor degeneración y disminución del número de células que lo componen, además se vuelve más difícil identificar olores.

> Gusto:

Este sentido se encuentra alterado debido al aplanamiento y pérdida de papilas gustativas, lo cual altera el sabor de los alimentos, afectando la dieta de las personas de edad avanzada, favoreciendo el déficit de ciertas vitaminas ocasionando malnutrición.

> Tacto:

Disminuye la sensibilidad para el tacto, la sensibilidad a la vibración, sensibilidad a la temperatura entre los más frecuentes.

Cambios fisiológicos

Los más importantes son:

> Ritmos fisiológicos: Alteración y disminución de amplitud de los ritmos de cortisol plasmático, temperatura corporal y acortamiento del ciclo sueño-vigilia. Además, los ciclos ya no se encuentran sincronizados como son: melatonina, hormona del crecimiento, gonadotrofinas. Disminuye la capacidad de variar la frecuencia cardiaca y presión arterial ante situaciones de estrés.

> Homeostasis: Hay mayor susceptibilidad a la hipo o hipertermia, ya que los ancianos producen menos calor por kilo de peso. Tienen menos capacidad de vasoconstricción con el frío, y vasodilatación menos eficiente para sudar. Regulan

mal el agua corporal y tienen menos sensación de sed por lo que fácilmente se deshidratan.

> Barreras de defensa: La disminución de acidez de la piel altera la flora bacteriana, que junto al adelgazamiento facilita pequeñas erosiones y favorecen las infecciones de piel. Hay menos producción de mucus en la vejiga y los bronquios, lo que permite que micro-organismos se adhieran a su superficie, favoreciendo la infección. La respuesta de producción de anticuerpos está disminuida y hay cambios en la sensibilidad y función de los macrófagos, que son claves en la regulación de la respuesta inmune.[15]

Envejecimiento patológico

Se presenta cuando los parámetros se desvían de los considerados normales, por la presencia de patologías derivadas del estilo de vida y de las circunstancias ambientales.[7]

También llamado envejecimiento secundario hace referencia a los cambios que no forman parte del envejecimiento natural, sino que se atribuye a causas originadas por enfermedades agudas y/o crónicas, factores ambientales, hábitos tóxicos (tabaquismo, el alcohol y otras drogas), presencia de tumores, traumatismos físicos, estrés cotidiano y reacciones secundarias a fármacos.

Estas patologías y síndromes pueden llegar a impedir a la persona llevar las actividades básicas de la vida diaria. Cuando en una persona se combinan varios trastornos físicos y mentales se habla de comorbilidad.[16]

Fuente: http://deinterespublico.com/2013/09/30/engano-pension-universal-adultos-mayores-os/

Teorías del envejecimiento

No existe una teoría sobre el envejecimiento que pueda explicarlo completamente. Pero se han propuesto varias teorías para explicar este proceso. Goldstein y cols las han revisado extensamente llegando a dividirlas en dos grandes categorías: las que afirman que el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo (Teorías Estocásticas), y las que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado (Teorías No Estocásticas).

a) Teorías Estocásticas.

Son las teorías que explican los cambios intrínsecos a nivel celular.
Estas son debidas a la consecuencia de alteraciones que ocurren de forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo.
Dentro de estas se encuentran:

- **Teoría del error catastrófico**

Esta teoría propone que con el paso del tiempo se produce una acumulación de errores en la síntesis proteica, que en último término determinaría daño en la función celular. Actualmente hay poca evidencia que apoye esta teoría.

- **Teoría del entrecruzamiento**

Teoría que postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría el envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad. Esta teoría no explica todos los fenómenos relacionados con el envejecimiento pero sí algunos.

- **Teoría del desgaste**

Esta teoría propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo.

- **Teorías de los radicales libres**

Es una de las teorías más populares. Propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres (moléculas inestables y altamente reactivas con uno o más

electrones no apareados, que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas). Se cree que este tipo de daño podría causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como colágeno, elastina y lípidos.

Lo que queda por esclarecer, es si logrando disminuir el daño por radicales libres, se logrará aumentar la longevidad máxima.

b) Teorías No Estocásticas

Este tipo de teorías proponen que el envejecimiento sería debido al envejecimiento y por tanto sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación y correspondería a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma.

- **Teoría del marcapasos**

El sistema inmune y neuroendocrino serían "marcadores" intrínsecos del envejecimiento. Su involución estaría genéticamente determinada para tener lugar en momentos específicos de la vida.

Esta teoría piensa que "el reloj del envejecimiento" reside en el hipotálamo. Asimismo el timo jugaría un rol fundamental en el envejecimiento, ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumentan, entre otros, la frecuencia de Cáncer.

- **Teoría genética**

Se admite que el entorno puede condicionar lo que la genética tiene programado e influye en el envejecimiento. De esta forma un medio ambiente adverso induce un envejecimiento más o menos rápido mediante la producción de daño en el ADN de distintas maneras.

Se puede decir, que hay una fuerte evidencia de un control genético del proceso de envejecimiento, tanto en el ámbito celular como del organismo en su totalidad, pero aún faltan más estudios que analicen la correlación entre este control genético y los factores ambientales.[17]

SITUACIÓN DEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR

Nivel mundial.

El envejecimiento de la población es un fenómeno demográfico de alcance mundial. Prácticamente todas las sociedades experimentan, en el momento actual, un aumento, tanto en números absolutos como relativos, de su población mayor de 60 años y una reducción en el porcentaje de niños y adolescentes. Este fenómeno está plenamente establecido en algunos países, esto significa que la proporción de ancianos (mayores de 60 años) ha rebasado 10% de la población total, cifra que define a las sociedades envejecidas. [18]

En 1950 la población mundial de personas mayores de 60 años era aproximadamente de 200 millones. Para el 2000 alcanzo 600 millones, y se calcula que en 2050 serán 2 mil millones.[19]

El inicio del nuevo siglo está marcado con fuerza por el envejecimiento de la estructura demográfica. En 1950 la edad media de la población era de 23,5 años. En 1999 aumentó a 26,4 años y se prevé que para el 2050 aumentará a 37,8 años. A mediados de siglo las personas mayores de 60 años conformaban el 8,1% del total mundial. En 1999 este porcentaje aumentó a un 9,9% y se proyecta que hacia el 2050 esta proporción alcanzará el 22,1%.[20]

La globalización y desigualdad han tenido repercusión en la calidad de vida de la humanidad en distintas partes del mundo y de ellas se derivan los profundos cambios económicos y sociales de los últimos 20 años, que han tenido un mayor impacto en las poblaciones de la tercera edad, hasta el punto de que el envejecimiento mundial constituye uno de los principales problemas del siglo XXI.[21]

En relación con el siglo pasado, la mayoría de los países pasan una transición demográfica hacia sociedades más envejecidas, primordialmente como consecuencia del descenso generalizado de la mortalidad en todas las edades, el aumento de la esperanza de vida y el descenso de la fecundidad, lo que ha contribuido el incremento de la población mayor de 60 años, e incluso mayor de 80 años.[22]

Se estima que este cambio demográfico internacional se duplicara para el año 2050 y que la población con mayor envejecimiento representara más de la quinta parte de la población mundial.[22]

El envejecimiento de la población inició en el siglo XIX, ha continuado y continuará en un futuro cercano a un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los

países de alto ingreso (una transición que tomo alrededor de 100 años y continúa en la actualidad de manera acelerada, sobre todo en los países de mediano y bajo ingreso). [22]

En México.

Las transiciones demográficas y epidemiológicas provocan que México experimente un proceso de envejecimiento demográfico que incrementa los números absolutos y porcentuales de la población en edad avanzada.[22]

Por tal motivo cada vez habrá más ancianos en nuestro país, todo mexicano habrá de estar preparado para enfrentar esta problemática y envejecer con bienestar; ya que México ocupa el séptimo lugar entre los países con envejecimiento acelerado.[23]

Las cifras son claras: en el censo del año 2000 se reportó que la población mayor de 60 años llegó a 7.24%, y en 2005 a 8.02% y en 2010 a 9.4%; se espera que para el 2030 alcance la cifra de 17.5%, y de 28% para 2050.[24]

Este proceso de envejecimiento ocurrirá en México en un lapso bastante menor al observado en países más desarrollados y en un contexto socioeconómico menos favorable. Así mientras el proceso de envejecimiento en los países desarrollados tomó un siglo, a México le llevara sólo la mitad de este tiempo. Por lo tanto se transformara en un país con más viejos que niños.[25]

En el año 2005, de acuerdo con los resultados del recuento censal del INEGI, en el país residen 97.5 millones de personas. De éstas, alrededor de 3.7 millones son

mujeres de 60 años o más y 3.3 millones son hombres en este mismo tramo de edad.[26]

Cabe destacar que hoy en día la vejez tiene un rostro predominantemente femenino: entre las personas de 60 a 64 años hay 110 mujeres por cada 100 hombres y llega a ser de alrededor de 120 por cada 100 entre 75 y 79 años.[27]

El cuidado de los ancianos en nuestro país recae principalmente en la familia, por lo tanto la composición del hogar en el que residen puede incidir de manera importante en su bienestar físico y emocional.

Según datos del INEGI de 2010 en el 27.8% de los hogares del país hay al menos una persona de 60 años o más.[28]

Por ley, la familia del adulto mayor deberá cumplir con su función social de manera constante y permanente, de tal manera que deberá ver por cada uno de las personas mayores que formen parte de ella, y es responsable de proporcionar las necesidades para su atención y desarrollo integral (Congreso de la Unión, 2001).[26]

SERVICIOS DE SALUD PARA LOS ANCIANOS EN MÉXICO

En México, las acciones para promover la salud y los avances en el control de la fecundidad han contribuido en las últimas décadas a incrementar la esperanza de vida, con el consecuente aumento del número de personas ancianas, lo que se conoce como "transición epidemiológica".[29]

El envejecimiento de la población implica una mayor demanda de servicios de salud, pues en este grupo de edad se incrementa la presencia de enfermedades crónico-degenerativas y con ello, una mayor discapacidad, dependencia y necesidad de atención médica a diferencia con lo que sucede con el resto de la población, lo cual con frecuencia se asocia tanto con el proceso de envejecimiento como con periodos de hospitalización más prolongados y con terapias y medicamentos costosos.[22]

De acuerdo con algunas proyecciones, se espera que en las próximas décadas el perfil epidemiológico bucodental se caracterice por una elevada incidencia de caries dental y enfermedad periodontal, por lo que las necesidades de atención a las personas de la tercera edad aumentarán en grado considerable.[29]

Los conceptos contemporáneos de salud sugieren que el estado bucodental debe definirse como el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de la dentición, así como tejidos duros y blandos de la cavidad bucal. En consecuencia, esta definición propone que para medir la salud bucodental no sólo deben utilizarse índices que cuantifiquen la presencia o gravedad de una afección, sino suplementarlos con medidas de bienestar psicológico y social.[29]

ENFERMEDADES MÁS COMUNES QUE SE PRESENTAN EN LA VEJEZ

Como se ha venido mencionando anteriormente, una característica del envejecimiento es la progresiva pérdida de la capacidad de adaptación y de reserva del organismo, en sus diferentes órganos y sistemas, haciéndole más vulnerable ante situaciones de estrés y por lo tanto más vulnerable ante la enfermedad.

Estas enfermedades en sí, no son parte del proceso de envejecimiento propiamente dicho, sino consecuencia del mismo.

Respecto a la mortalidad, en 2010 las principales causas de muerte entre la población anciana fueron la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores que, en conjunto, tiene relación directa con 58.3% de las defunciones en el país. [30]

Estas son enfermedades asociadas al envejecimiento, ya que el proceso de deterioro de la capacidad funcional deja al individuo expuesto a que se manifiesten los síntomas característicos de ellas. Pero las enfermedades en sí no son parte del proceso de envejecimiento propiamente tal, sino consecuencia del mismo.[31]

Entre las principales enfermedades que se encuentran con mayor frecuencia en la población anciana se podrían mencionar:

Enfermedades cardiovasculares

- **Hipertensión arterial**

Incremento de la presión sanguínea.

Es una enfermedad crónica, controlable de etiología multifactorial, caracterizada por el aumento sostenido de las cifras de presión arterial (PA), presión sistólica (PS) igual o mayor al 140 mmHg y/o presión diastólica (PD) igual o mayor a 90 mmHg.[32]

- **Cardiopatía isquémica**

Desequilibrio entre el suministro de oxígeno y sustratos con la demanda cardíaca. La prevalencia de la enfermedad coronaria silente aumenta con la edad. Uno de cada dos personas mayores de 60 años puede tener una estenosis coronaria grave aunque solo la mitad de ellos tendrá síntomas.[17]

- **Insuficiencia Cardiaca**

Síndrome clínico complejo que resulta de cualquier anomalía que desde el punto de vista estructural o funcional altere la capacidad del corazón para llenarse o contraerse de forma adecuada y por ende afecte la generación de un gasto cardiaco suficiente para satisfacer las demandas metabólicas del organismo tanto en el reposo como en la actividad física.[33]

Artritis

Se trata de la presencia de inflamación en las articulaciones, y se presenta de diversas formas, aunque la mayoría son inflamatorias. Ocasionalmente, también puede aparecer hinchazón articular en las enfermedades degenerativas, como la artrosis.

Artritis reumatoide

Inflamación de las articulaciones. Su presentación más típica es un inicio brusco, con afección de grandes articulaciones como hombro y cadera.[33]

Artrosis

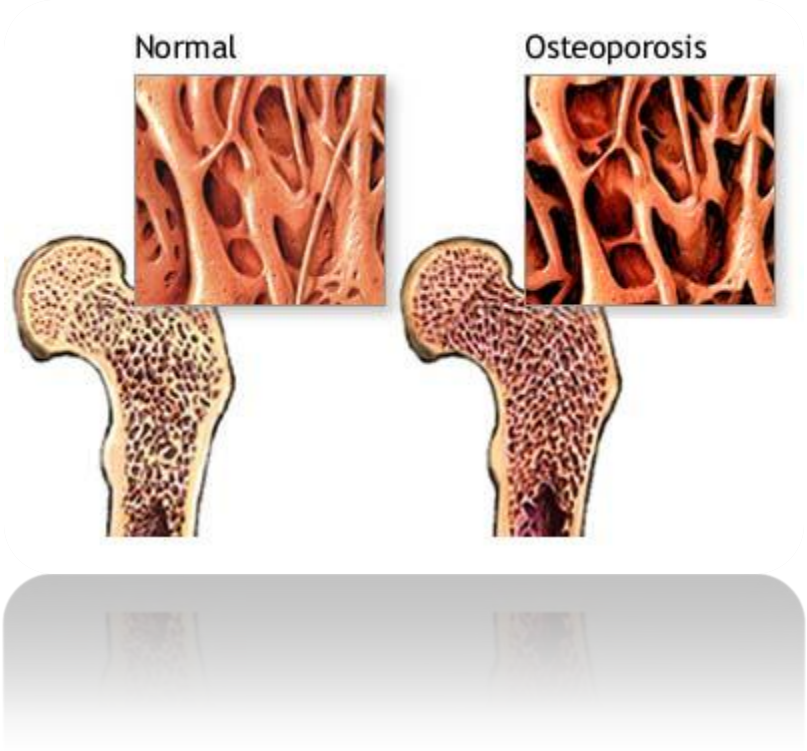
Afecta más a las mujeres que a los hombres, y a partir de los 75 años, prácticamente todas las personas tienen artrosis en alguna articulación. La edad, la obesidad, la falta de ejercicio, son sólo algunos de los factores que predisponen a sufrirla. Consiste en una degeneración del cartílago articular por el paso de los años, que se traduce en dificultades de movilidad y dolor articular con los movimientos.

El tratamiento de la artrosis consigue mejorar la movilidad y disminuir el dolor mediante antiinflamatorios no esteroideos, o la infiltración de esteroides, además de ejercicios de rehabilitación. En casos de extrema gravedad se puede recurrir a la cirugía, que consiste en sustituir las articulaciones por prótesis artificiales.

Osteoporosis

En esta afección existe una disminución en la cantidad de minerales en el hueso, ya que se pierde la capacidad de absorción, por ejemplo, del calcio. Así, los

adultos mayores se vuelven quebradizos y susceptibles de fracturas. Es frecuente sobre todo en mujeres tras la menopausia debido a carencias hormonales, de calcio y vitaminas por malnutrición.



Fuente: www.clinicadam.com

Neumonía

Inflamación de los espacios alveolares de los pulmones. Cambios en la función pulmonar como es la menor eficacia de la tos o trastornos en la respiración nocturna incrementan el riesgo de aspiración nocturna.[17]

Vías Urinarias

Es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la uretra, la vejiga, el riñón o la próstata.
Las infecciones urinarias son las más frecuentes en la población anciana. Su prevalencia aumenta con la edad, puesto que el envejecimiento produce una alteración de los mecanismos defensivos frente a la infección.[17]

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus tipo 2 (DM), es conocida desde la antigüedad como una enfermedad caracterizada por elevación de los niveles plasmáticos de glucosa, sin embargo se conoce hoy en día que se trata de un proceso complejo que incluye alteración del metabolismo de los lípidos y de las proteínas con daño vascular generalizado. En los viejos, la glucorregulación es más susceptible de presentar anormalidades que en el joven, sin embargo lo que observamos con más frecuencia son las degeneraciones vasculares y nerviosas, como la ateroesclerosis, la neuropatía, la nefropatía y la retinopatía.

Accidente Cerebro Vascular (Ictus)

Es una enfermedad cerebrovascular que ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es obstruido por un coágulo u otra partícula, lo que provoca que el órgano se deteriore y no funcione. Por esto, los adultos mayores pueden quedar paralizados total o parcialmente, perder facultades motoras y del habla, o incluso fallecer transcurridos unos minutos.

Demencia senil:

La demencia es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales que no responden al envejecimiento normal. Se manifiesta con problemas en las áreas de la memoria, la atención, la orientación espacio-temporal o de identidad y la resolución de problemas. Los primeros síntomas suelen ser cambios de personalidad, de conducta, dificultades de comprensión, en las habilidades motoras e incluso delirios. A veces se llegan a mostrar también rasgos psicóticos o depresivos. Algunos tipos de demencia son el Alzheimer, demencias frontotemporales como la enfermedad de Pick, demencia vascular, demencia multiinfarto (demencia arterioesclerótica), entre otras.

Cáncer de próstata

La próstata es una glándula sexual accesoria del hombre situada debajo del cuello vesical, delante del recto, detrás del pubis encima de la aponeurosis perineal media y rodeando a la uretra. Este se produce cuando algunas células prostáticas mutan.[17]

Cabe destacar, que las personas que tienen recursos económicos suficientes tienen acceso a múltiples servicios tanto de salud como recreativos; mientras que los adultos mayores con un nivel económico bajo, tienen dificultades para acudir a ellos teniendo que pasar por una serie de complicaciones.

Sin embargo, los adultos mayores con recursos o sin ellos, requieren de relaciones familiares de calidad que les permitan pasar sus años de menor autonomía, rodeados de la comunicación y relación emocional que sólo proporcionan los seres queridos. Asimismo, la vida social y las reuniones con

amigos que al igual que ellos, han sobrevivido a edades mayores, se conviertan en una fuente de satisfacción y conectividad con el mundo actual.[34]

Otro aspecto relevante es la capacitación sobre el autocuidado a las personas de edad y a los cuidadores (proceso que está asociado a discapacidad más que a mortalidad y por lo tanto a un grave impacto en la economía y dinámica familiar). La influencia de la educación, permitirá a una sociedad en su conjunto, aceptar prepararse para atender con calidad a las personas de este grupo de edad.

Cabe destacar que en 1999, la Secretaría de Salud, integró el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN) como un mecanismo interinstitucional para abordar de una manera integral y con criterios comunes la problemática de los adultos mayores en todo el país.[34]

Finalmente, es importante destacar que la calidad de vida se encuentra condicionada además por otros factores biológicos tales como la falta de resistencia a infecciones debido a los cambios en el organismo del adulto mayor, y la pérdida de capacidad regenerativa, lo que lleva por ejemplo a una pobre respuesta de curación de heridas.

Por consiguiente a medida que aumenta el número de adultos mayores se incrementan los problemas con gran impacto en nuestra estructura social y económica, debido a la frecuencia de las enfermedades crónico degenerativas; además de tres problemas en la esfera de salud mental que son prioritarios: la depresión, demencias y los relacionados con el exceso de ingesta de alcohol y uso de medicamentos.[34]

El estado de salud de los adultos mayores es el resultado complejo de tres factores: las condiciones de salud de la infancia (perinatal, crecimiento y desarrollo durante los primeros cinco años); los perfiles de riesgos conductuales (el tabaquismo, alcoholismo, régimen alimentario, actividad física) y el uso y acceso a los servicios de salud (reflejados en el nivel de educación y participación en el mercado laboral).[34]

La calidad de vida a la que pueden aspirar los adultos mayores depende de factores sociales y emocionales.[34]

CONDICIÓN ORAL EN EL ADULTO MAYOR

Es importante resaltar que la salud bucal a pesar de ser parte general de los individuos y de haberse demostrado que tiene impacto en su calidad de vida, frecuentemente es excluida por las mismas personas, en los programas de promoción a la salud y por los sistemas de salud; incluso hay sistemas en los que la salud oral es considerada de manera aislada, permitiendo que la brecha de inequidad relacionada con las condiciones de salud sea más pronunciada, especialmente cuando se habla de la salud del adulto mayor, esta diferencia está relacionada con las condiciones de vida, así como con la disponibilidad y accesibilidad a los servicios de atención dental.

Se han identificado factores asociados con la progresión de las enfermedades dentales: edad, sexo, estado civil, educación, ingreso, autopercepción del estado de salud general, presencia de padecimientos crónicos, limitación en las actividades de la vida diaria, número de medicamentos prescritos, tabaquismo, frecuencia y cantidad de alimentos azucarados consumidos el día anterior,

frecuencia del cepillado dental, visitas regulares al dentista, número de dientes presentes, media de pérdida de inserción del ligamento periodontal, número de dientes cariados y/o perdidos por caries, superficies radiculares cariadas u obturadas, utilización de prótesis parciales removibles.[35]

Por tanto, la salud bucal es un elemento importante de la salud general y la calidad de vida de los individuos como se citó anteriormente. La masticación, la deglución y la fonación son funciones de la cavidad bucal; la boca participa como parte del sistema de protección del cuerpo, pues al masticar fragmenta los alimentos y los mezcla con la saliva, sustancia rica en lipasa lingual, amilasa-alfa salival así como mucinas que facilitan la deglución y comienzan con el proceso de digestión de los alimentos, fragmentando los ácidos grasos.

Como consecuencia del avance de la edad se presentan complicaciones bucodentales como: atrición y abrasión causada por el uso de los dientes, pérdida dental como resultado de caries y/o enfermedad periodontal, lesiones de la mucosa oral, hiposalivación (xerostomía), prótesis mal ajustadas, migración dental seguida por la pérdida de un diente en la misma arcada o en la arcada opuesta y disminución de la eficiencia masticatoria posterior a la pérdida de dientes.

En esta etapa las condiciones bucales pueden estar determinadas por una serie de efectos adversos como son halitosis (mal aliento), dificultad para articular palabras debido al uso de prótesis mal ajustadas o a la falta de uso de las mismas, lo que también dificulta el acto de comer.[35]

El número de papilas gustativas disminuye con la edad; aquellas que detectan lo dulce y lo salado se deterioran primero, quedando las que detectan lo ácido y lo amargo, expresándose una pérdida parcial del sentido del gusto y del olfato.[35]

Con el envejecimiento, la apariencia y estructura de los dientes tienden a cambiar. Se vuelven amarillentos o se obscurecen debido a cambios en el grosor y la composición de la dentina subyacente y el esmalte que la recubre.[35]

La abrasión y atrición también contribuyen a los cambios en la apariencia. El número de vasos sanguíneos que entran al diente disminuyen con la edad, llevando a una reducción en la sensibilidad.[35]

La higiene inadecuada puede favorecer la aparición de caries dental y enfermedad periodontal, situaciones que si no son tratadas de manera oportuna, pueden ser el origen de pérdida dental.

La limitación en la función de la cavidad bucal o la incomodidad por modificaciones en la estética o función también pueden desencadenar discapacidad (ej. falta de habilidad para masticar una mayor variedad de alimentos como chicharrón, tostadas, carne o pan), y si ésta no es atendida o intervenida puede alcanzar un grado más severo que está considerado como incapacidad.[35]

Cavidad oral en una persona joven

Fuente: http://www.odontomarketing.com/bocasana01.htm

Cavidad oral en el adulto mayor

Fuente: Blog de rehabilitación oral http://perezcastro.org/?p=70

Principales manifestaciones bucodentales en el adulto mayor

A continuación se describirán de manera breve los problemas de salud oral que afectan con mayor frecuencia al adulto mayor.

Caries

Se define como la pérdida de estructuras del diente debido a una desmineralización de las estructuras duras que la componen.

Para que este fenómeno se produzca es necesario la presencia de placa bacteriana denominada actualmente como biopelícula o biofilm la cual se adhiere al diente así conjuntamente con carbohidratos, sustrato sobre el cual la placa bacteriana ejerce su metabolismo.

Cuando se inicia este proceso metabólico da como resultado productos ácidos que en contacto con el esmalte dental, provocan una sucesiva pérdida de minerales y posteriormente la formación de una cavidad conocida como caries dental. El tipo de caries que se presenta con mayor frecuencia en los adultos mayores es la caries radicular y la caries coronal.

Caries radicular.

Es una lesión en la zona radicular del diente. Se caracteriza por una pérdida progresiva en la superficie del diente que ha perdido por diversos motivos la inserción epitelial y ha quedado expuesta al medio bucal. Su ubicación va desde la unión amelocementaría (incluyendo un poco de esmalte) hacia apical.

Dentro de los factores de riesgo que existen está el número de dientes presentes, la recesión gingival, el sangrado al sondaje, la percepción de boca seca, presencia de prótesis, presencia de enfermedades sistémicas, ingesta de alcohol y tabaquismo.[36]

Enfermedad Periodontal

La enfermedad periodontal es una condición frecuente en la población en general con mayor incidencia en los adultos mayores. Afecta a los tejidos que componen la estructura dental de apoyo: encía, cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar.

La enfermedad periodontal abarca un espectro de manifestaciones que incluyen a la *gingivitis y periodontitis,* las cuales se distinguen entre sí por la presencia de daño al hueso alveolar en la periodontitis, pero no en la gingivitis.

Esta se ha asociado con diversas enfermedades como son; enfermedad cardiovascular, descontrol metabólico en la diabetes mellitus, retraso en la cicatrización de heridas bucales y neumonía por aspiración, es por ello la importancia de su detección y tratamiento oportuno.[36]

Recesión gingival

Fuente: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392009000100003

Periodontitis

Fuente: http://www.monografias.com/trabajos55/cuidados-bucales-a-mayores/cuidados-bucales-a-mayores2.shtml

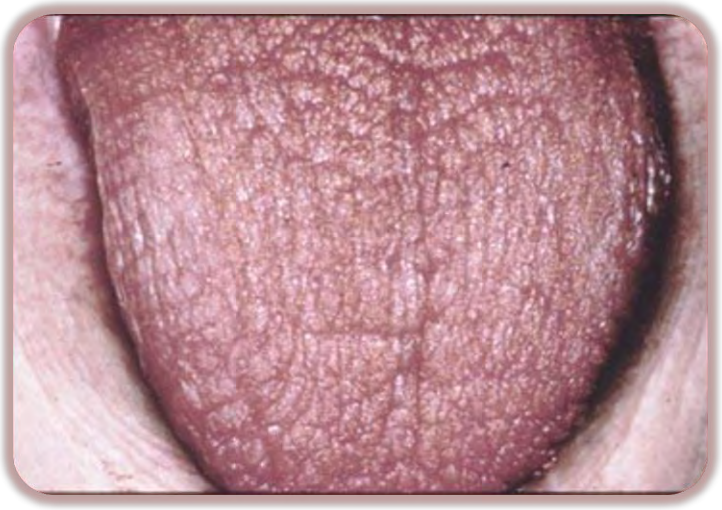
Disminución de la Capacidad masticatoria y deglución.

Los cambios de la masa muscular merman la capacidad masticatoria, así como la frecuencia en la deglución. Estas actividades se ven además deterioradas en los ancianos que han perdido dientes o que utilizan aparatos protésicos mal adaptados.[36]

Xerostomía sistémica (no asociada a fármacos)

La Xerostomía es la manifestación clínica más común de las disfunciones salivales y consiste en una disminución del flujo salival, denominada también boca seca o hiposalivación. No es consecuencia del envejecimiento por lo tanto no es fisiológica.

Sus principales consecuencias negativas son: disminución del sentido del gusto, dificultad en la masticación, alteración de los patrones de alimentación, incapacidad para deglutir, riesgo de desnutrición en el paciente geriátrico, presencia de úlceras bucales, inflamación, caries radicular, candidiasis, dificultad para la permanencia de las prótesis dentales y dolor de las glándulas salivales, favoreciendo el crecimiento bacteriano.[35]



Fuente: http://mapaodontologico.blogspot.mx/2013/01/tratamiento-de-la-xerostomia.ht

Infecciones orales por hongos (candidiasis).

Estas infecciones aparecen como lesiones rojas o blancas en la boca, planas o ligeramente alzadas. Son comunes en las personas que usan dentaduras de edad avanzada, o que tienen un problema en su sistema inmunológico. Las personas que padecen síndrome de sequedad bucal tienen altas probabilidades de contraer infecciones orales por hongos.

Pérdida dental

La pérdida de un diente puede estar relacionada con cualquier causa ya sea infección posterior a caries, extracción por fines terapéuticos o accidente. Entre las causa que pueden producir ésta pérdida se encuentran los hábitos de higiene

inadecuados, enfermedad periodontal, caries dental, traumas y/o tratamientos deficientes.

Cuando se presenta una pérdida dental hay necesidad de una rehabilitación protésica (fija o removible), y cuando no se colocan éstas prótesis se puede afectar la dieta de los adultos mayores, modificando la selección de alimentos y por tanto su peso.

Fuente:http://www.cliredent.com/web/2012/09/paciente-desdentado-implantes-con-rotulas-y-protesis-removible/

Pacientes portadores de prótesis dentales

La ausencia parcial o total de dientes en pacientes adultos mayores es una condición que les es característica y que para gran parte de la población es “normal" en esta etapa de la vida.

Para que el sistema estomatognático pueda funcionar de forma óptima, es ideal la conservación de la mayor cantidad de dientes posibles en boca, no sólo para cumplir con una masticación eficiente y con los requerimientos estéticos del paciente, sino además porque los dientes tienen una importante función de sensibilidad propioceptiva, característica que se pierde cuando son reemplazados en su totalidad por elementos protésicos.

Para muchos adultos mayores, es una creencia arraigada que una buena prótesis total va a solucionar sus problemas dentales, funcionando mucho mejor que sus dientes en mal estado y deteriorados.

A ellos se les debe inculcar que ni el más avanzado sistema de rehabilitación protésico, por estético y sofisticado que pueda ser, va a poder reemplazar la perfección fisiológica y adaptativa que los dientes verdaderos.

IV. DEMENCIA SENIL.

Antecedentes

A inicios del siglo XIX Philippe Pinel estableció rasgos diferenciales entre la demencia, la manía y el idiotismo, pero fue Jean Étienne Dominique Esquirol, descriptivo de la demencia, o del estado o situación demencial, tuvo el mérito de distinguir la idiocia de la demencia, al considerar esta un trastorno general de la actividad intelectual no congénita sino adquirida.[37]

Diego Gracia en su trabajo Ética de los confines de la vida describe que en las últimas décadas surgió una nueva actitud hacia el enfermo mental: la de normalización e integración. Es frecuente que los esquemas entren en crisis cuando llegan a su máxima perfección, y esto fue lo que paso con el proceso de domesticación del enfermo mental, cuando comenzaron a encontrarse sus limitaciones y riesgos.[38]

En la década de los años sesenta surgió un conjunto de movimientos a favor de los derechos civiles, denominados movimientos de liberación de personas de color, de mujeres y de enfermos mentales.[22]

Estos movimientos dieron origen al nacimiento de los derechos humanos y con ello, a los códigos de derechos de los enfermos; acabaron con el paternalismo médico y permitieron que los pacientes con enfermedades mentales, tuvieran acceso a la información y disponer sobre su propio cuerpo, con lo que surgió el famoso derecho al “consentimiento informado” que ha sido la base de todo el movimiento de derechos de los pacientes.[22]

La finalidad de esta liberación fue la de otorgar y reconocer los derechos que hasta entonces no tenían los enfermos mentales, fue justo en ese momento que se les reconoció como seres humanos. Al ser reconocidos como seres humanos, se admite que los enfermos mentales conservan inteligencia.[38]

Desde la concepción de Xavier Zubiri un anciano con demencia tiene disminuidas sus capacidades cognoscitivas, pero sin duda aprende las cosas como realidades y por lo tanto, es un ser humano, ya que continúa teniendo cierto contacto con el medio y conservando capacidades para comunicarse con él al expresar sus necesidades y preferencias.[39]

No hay duda que el enfermo mental posee la capacidad de actualizar las cosas como realidades, salvo en los casos de demencia muy severa o de estado vegetativo persistente derivado de la pérdida irreversible de un número considerable de neuronas corticales; sin embargo, la inteligencia que conservan les permite continuar en contacto con su medio, pues aunque no ejerzan el lenguaje verbal, conservan cierta comunicación por medio de sonidos o gesticulaciones, lo que les permite sobrevivir y, por lo tanto ser definidos como seres inteligentes.[22]

El deterioro cognitivo no es un concepto absoluto sino relativo. Tienen deterioro de la consciencia aquellas personas ancianas que no poseen las mismas capacidades intelectuales que los otros miembros de su grupo o sociedad.

Así, un anciano sin deterioro cognitivo puede llegar a manifestarlo con el simple hecho de sacarlo de su medio y colocarlo dentro de otro ajeno al suyo, que no reconoce como propio debido a su disminuida capacidad de adaptación; esto se ve con frecuencia en el ingreso a las residencias para ancianos.[40]

Definición

La demencia senil es un síndrome caracterizado por la presencia de deterioro cognitivo de la memoria, el intelecto y el comportamiento que interfiere con la capacidad del individuo para llevar a cabo sus actividades laborales o sociales.

Afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.[41]

Etimológicamente la palabra demencia está compuesta por el prefijo de (ausencia), mente y por el sufijo ia (condición o estado).[42]

Las demencias no degenerativas se caracterizan generalmente por su aparición súbita, por ejemplo tras un accidente cerebrovascular.[43]

Sin embargo, el inicio de la demencia y su desarrollo son progresivos en la mayoría de los casos. Son signos precoces de demencia el aislamiento social, la falta progresiva de autonomía que a menudo pasa desapercibida, los trastornos de la memoria a corto plazo así como los trastornos del lenguaje, sobre todo de la memoria nominal y la fluencia verbal.[43]

Se habla de demencia cuando:

- Además de un deterioro de la memoria, el paciente presenta al menos otro déficit de las capacidades cognoscitivas. [43]
- El grado de deterioro afecta a las actividades funcionales cotidianas del paciente.[43]

Es independiente de la presencia de cambios en el nivel de conciencia, es decir no ocurre debido a un estado de confusión agudo o de delirio y es causada por una enfermedad que afecta al sistema nervioso central.[42]

Es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. Puede resultar abrumadora no solo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares. A menudo hay una falta de conciencia y comprensión de la demencia, lo que puede causar un estigma y suponer un obstáculo para que las personas acudan a los oportunos servicios de diagnóstico y atención. El impacto de la demencia en los cuidadores, la familia y la sociedad puede ser de carácter físico, psicológico, social y económico.[41]

La edad de comienzo de la demencia senil es después de los 65 años.

Clasificación.

- **Demencia reversible o parcialmente reversible.**

  Representa menos del 20 por ciento de todas las causas de demencia en adultos mayores, algunas de sus causas son la ingesta excesiva de alcohol, el uso de algunos fármacos; lo cual provoca delirio y depresión.

  Es reversible ya que suspendiendo los fármacos y dejando el alcohol, la persona puede regresar a un estado de salud normal.[44]

- **Demencias irreversibles.**
  - Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central.

    Destaca la enfermedad de Alzheimer que es una de las principales causas de demencia irreversible en la población geriátrica, provoca

alucinaciones visuales detalladas, signos parkinsonianos y alteraciones en el estado de alerta y la atención.[44]

- Trastornos vasculares.
  Se deben a infartos múltiples, son la causa de alrededor de 15 por ciento de la demencia en personas geriátricas. Se presenta un deterioro paulatino de las funciones cognitivas.[44]

- Traumatismo

- Infecciones

Signos y síntomas

La demencia afecta a cada persona de manera diferente, dependiendo del impacto de la enfermedad y de la personalidad del sujeto antes de empezar a padecerla.[41]

Los signos y síntomas relacionados con la demencia se pueden entender en tres etapas:

Etapa temprana: a menudo pasa desapercibida, ya que el inicio es paulatino. Los síntomas más comunes incluyen [41]

- Tendencia al olvido
- Pérdida de la noción del tiempo

- Desubicación espacial, incluso en lugares conocidos.

Etapa intermedia: a medida que la demencia evoluciona hacia la etapa intermedia, los signos y síntomas se vuelven más evidentes y más limitadores. En esta etapa las personas afectadas: [41]

- Empiezan a olvidar acontecimientos recientes, así como los nombres de las personas.
- Se encuentran desubicadas en su propio hogar.
- Tienen cada vez más dificultades para comunicarse.
- Empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal.
- Sufren cambios de comportamiento, por ejemplo, dan vueltas por la casa o repiten las mismas preguntas.

Etapa tardía: en la última etapa de la enfermedad, la dependencia y la inactividad son casi totales. Las alteraciones de la memoria son graves y los síntomas y signos físicos se hacen más evidentes.[41]

Entre los síntomas en esta etapa se incluyen:

- Una creciente desubicación en el tiempo y en el espacio
- Dificultades para reconocer a familiares y amigos
- Una necesidad cada vez mayor de ayuda para el cuidado personal
- Dificultades para caminar.
- Alteraciones del comportamiento que pueden exacerbarse y desembocar en agresiones.[41]

Criterios Diagnósticos

Las personas con demencia senil generalmente presentan deterioro relevante de la memoria a corto y a largo plazo: alteración para registrar, almacenar y recuperar información nueva, pérdida de los recuerdos de la familia o del pasado.[45]

También se presenta al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas:

1. Afasia: trastorno del lenguaje (comprender, denominar).

2. Apraxia: pérdida de la capacidad para ejecutar una acción, a pesar de que la función motora está intacta. Contribuye al fracaso en las actividades instrumentales y posteriormente básicas de la vida diaria, como elegir un vestido, o el uso simultáneo de cuchillo o tenedor.

3. Agnosia: incapacidad para identificar o reconocer objetos o caras familiares, a pesar de que la función sensorial está intacta. Aparece en fases avanzadas y es debido al deterioro cognitivo global.

4. Alteración de la actividad constructiva o ejecutiva no permite realizar una acción más bien compleja (pensar en abstracto, planificar la acción, iniciarla, secuenciarla, organizarla, vigilarla e interrumpirla.

El deterioro cognitivo es detectado y diagnosticado mediante combinación de:

- Anamnesis con el paciente e informante que conozca la historia.

- Evaluación cognitiva objetiva, mediante examen breve del estado mental o examen neuropsicológico. El examen neuropsicológico debe ser realizado cuando la anamnesis y el examen cognitivo breve realizado por el médico no sean suficientes para diagnosticar el cuadro con seguridad.[42]

Los déficits cognitivos o de comportamiento afectan por lo menos dos de los siguientes dominios:

- Memoria: pérdida en la capacidad para adquirir o evocar informaciones recientes, con síntomas que incluyen: repetición de las mismas preguntas o asuntos, olvido de eventos, citas o del lugar en donde ha guardado objetos personales.[42]

- Funciones ejecutivas: deterioro de la capacidad de razonamiento, dificultad para realizar tareas complejas con síntomas tales como: mala comprensión de situaciones de riesgo, reducción de la capacidad para manejar finanzas, para tomar decisiones y planificar actividades secuenciales o complejas.[42]

- Habilidades visuales - espaciales, con síntomas que incluyen: incapacidad para reconocer rostros u objetos comunes, para buscar objetos en el campo visual, dificultad para manejar utensilios, para vestirse, que no pueden ser explicadas por deficiencia visual o motora.[42]

- Lenguaje (expresión, comprensión, lectura y escritura), con síntomas que incluyen: dificultad para encontrar y/o comprender palabras, errores

para hablar y escribir, con cambio de palabras o fonemas, que no pueden ser explicados por déficit sensorial o motor.[42]

- Personalidad o conducta, con síntomas que incluyen alteraciones del humor (labilidad, fluctuaciones no específicas), agitación, apatía, desinterés, aislamiento social, pérdida de empatía, desinhibición, conductas obsesivas, compulsivas o socialmente inaceptables.[42]

La demencia es diagnosticada cuando hay síntomas cognitivos o de comportamientos neuropsiquiátricos que:

- Interfieren con la habilidad laboral o en actividades usuales.
- Representan deterioro en relación a nivel funcional y al desempeño previo del paciente.
- No pueden ser explicados por delirium (estado confusional agudo) o por otra enfermedad psiquiátrica mayor.[42]
- Estudios de sangre.
- Estudios radiográficos (resonancia magnética).
- Pruebas neuropsicológicas.

Prevalencia de demencia

La demencia es muy común entre los ancianos, con una prevalencia que se duplica cada cinco años, aproximadamente, a partir de los 65 años.[42]

En México la proporción de personas de 60 años y más se incrementa de manera acelerada el estudio para la evaluación de la demencia en México indica que la prevalencia en ancianos de bajo y mediano ingreso económico es de 8.6 y 8.5% para las áreas urbana y rural, de manera respectiva. Estos datos estiman la posibilidad de que aproximadamente unas 700 mil personas en México estén afectadas por demencia.[46]

Tratamiento de la demencia.

No existe una cura completa en la mayor parte de las formas de la demencia, pero un tratamiento óptimo puede lograr un bienestar general en el paciente y en sus familiares. Los principios clave para el tratamiento de la demencia son:

- Optimizar la función del paciente.
- Identificar y tratar las complicaciones.
- Proporcionar cuidado continuo.
- Brindar información médica al paciente y a su familia.[44]

Existen tres métodos fundamentales para el tratamiento farmacológico de la demencia:

1. Agentes que mejoran la cognición y el funcionamiento.

2. Tratamiento medicamentoso de depresión coexistente.
3. Tratamiento farmacológico de complicaciones como paranoia, alucinaciones, psicosis y agitación (verbal y física).

Es importante mencionar la existencia de tratamientos no farmacológicos para el bienestar del paciente geriátrico con demencia senil, que incluyen[44]:

- Modificaciones en el ambiente físico.
- Uso de auxiliares de memoria.
- Abstinencia de tareas que producen tensión.
- Preparar al paciente para que sea trasladado a un ambiente de mayor cuidado.

Como tratar al adulto mayor con Demencia Senil en la consulta odontológica.

Es compleja e implica implementar una serie de adecuaciones en su manejo, puesto que son individuos con una carga de problemas médicos, económicos y sociales diferentes a las del resto de la población.[36]

El adulto mayor es un paciente diferente porque presenta una serie de cambios en el organismo como el envejecimiento de órganos, aparatos y sistemas.

La valoración de la salud bucal en los pacientes con demencia senil es complicada ya que, generalmente depende de la capacidad de comunicación del individuo y del grado de cooperación durante la valoración del tratamiento dental.[47]

Atención bucal básica en el adulto mayor

La atención primaria en el paciente adulto mayor, debe tener un enfoque esencialmente preventivo y estar orientada hacia la instrucción tanto del paciente como del personal o familiar que se encuentre a cargo de su cuidado.

- La educación impartida deberá incluir las diferentes medidas para el control de la placa bacteriana, el cuidado y correcto uso de las prótesis dentales.
- Utilización de flúor en la prevención de caries radicular, control de afecciones de la articulación temporomandibular y detección precoz de cáncer orofacial.
- Cepillado, idealmente 5 veces al día (al despertar, después del desayuno, la comida, la cena y antes de acostarse) y como mínimo después de cada comida.
- Cepillos dentales de mango ancho y cerdas suaves.
- Utilización diaria de pasta dental
- De acuerdo a las capacidades y necesidades del paciente indicar aditamentos especiales como hilo dental, cepillos interdentales y eventualmente cepillos eléctricos.
- Control odontológico mínimo una vez al año
- En pacientes con pérdida de habilidades motoras o cognitivas, es recomendable la indicación de enjuagues o pastas dentales en base a clorhexidina, bajo supervisión del odontólogo.
- En pacientes que padecen xerostomía, dependiendo de la causa de origen, es recomendable la utilización de productos estimulantes de la secreción salival, como chicles libres de azúcar y productos cítricos e incluso de fármacos sialagogos como la pilocarpina y la neostigmina, estos últimos bajo estricto control por posibles efectos secundarios.

- Revisiones dentales regulares, de preferencia en su hogar.
- Proporcionar la ayuda necesaria para que mantengan una buena higiene bucal.
- Cepillado habitual de los dientes o de las prótesis dentales.
- Utilizar agentes antimicrobianos o un enjuague bucal para prevenir las enfermedades periodontales.
- Uso de agua fluorada para beber y cocinar.
- Reducción del consumo de azúcar.
- Uso de gel de gluconato de clorhexidina.
- Limpieza habitual de las prótesis dentales y retirada durante la noche.

El odontólogo debe diseñar un plan de tratamiento para una adecuada atención para el paciente con demencia senil, donde debe poner en balanza los siguientes aspectos.[36]

- Estado de salud del paciente

  Donde se tiene que estar consciente de la extensión del tratamiento y su pronóstico.

- Pronóstico de vida del paciente

  Se debe tener claro el entusiasmo del paciente por su vida, el compromiso que el odontólogo adquiere por el tratamiento y la capacidad de tomar decisiones, se tiene que tener en cuenta que los pacientes con demencia senil no pueden tomar sus propias decisiones y que dependerán de las decisiones que tome su familia y el propio odontólogo.
- Capacidad de desplazarse

Las posibilidades de asistir a la consulta con disciplina y puntualidad son muy importantes para el tratamiento de las personas con demencia senil.

- Capacidad económica

  Se deben buscar alternativas para lograr una solución en bienestar del paciente, en los tratamientos de acuerdo a su economía.

V. CONCLUSIONES

El paso de los años produce una disminución del funcionamiento general del organismo, pero, a pesar de esto los adultos mayores pueden vivir con ellos sin tener ningún trastorno importante en su salud.

Estos cambios fisiológicos normales de ningún modo se dan por igual en todos los seres humanos, ni en todos sus órganos, ni en todos sus tejidos.

Es importante promover servicios de salud para los adultos mayores para que se pueda dar el concepto de envejecer saludablemente o el de envejecimiento exitoso, se deben contemplar las necesidades de atención para este tipo de pacientes, sin descuidar los servicios para la población en general.

Se tienen que integrar los servicios de salud a los adultos mayores; tales cómo crear los ambientes sociales y físicos adecuados; promover los estilos de vida saludables, así como contar con médicos y paramédicos especializados en una gama de cuidados para la atención al envejecimiento.

El "Envejecimiento Exitoso" incluye el buen funcionamiento de habilidades físicas y mentales, proviene de hábitos saludables en la alimentación, el sueño y la actividad física, así como de evitar el consumo de tabaco y alcohol en exceso.

Los programas de salud, en el primer nivel de atención, deberán incluir grupos o clubs para ayudar a los adultos mayores a lograr estilos de vida saludables, valorando individualmente a las personas. La educación en el autocuidado de la salud es un elemento clave para lograr un mayor bienestar de estas personas y reducir, en parte, la carga de los servicios de salud.

Ante este hecho todas las administraciones y los responsables políticos deben tomar conciencia del problema de salud pública que representan las demencias, una situación que les compete y que, previsiblemente, aumentara en los próximos años.

Los problemas de salud bucal en los adultos mayores deben tomarse en cuenta, ya que en estas personas cobran mayor importancia debido al impacto que tienen en la calidad de vida, así como en el mayor riesgo de tener consecuencias más severas y complejas que requieren de atención especializada. Es necesario que se diseñen e implementen programas preventivos eficaces dirigidos a este grupo de la población, de tal manera que se puedan prevenir los daños a la salud bucal y general, y con ello disminuyan los costos de la atención.

Es importante que el odontólogo este consciente de las medidas necesarias que se deben de tomar para tratar a los adultos mayores con demencia senil como son, revisiones dentales periódicas y muy importante dar instrucciones a las personas a cargo de estos pacientes sobre el cuidado de la cavidad oral; ya que un tratamiento exitoso en una persona con demencia senil está ligado a que el paciente no este solo y se encuentre en un ambiente agradable. Recordando que las citas deben ser de preferencia en la mañana ya que en ese horario no están estresados y suelen ser más cooperadores.

El adulto mayor requiere de muchos cuidados, donde el odontólogo juega un papel muy importante, es decir el adulto mayor tiene que visitar al odontólogo periódicamente para descartar cualquier irregularidad.

Los factores que influyen en la salud oral del adulto mayor como la diabetes, la hipertensión, las terapias farmacológicas y las limitaciones socio- económicas contribuyen a un rápido deterioro bucal.

Las personas mayores, aunque no presenten un impedimento físico, ni médico para asistir a tratamiento dental, lo hacen de manera poco frecuente, razón por la que hay que ingeniar un mejor diseño para su atención. La práctica odontogeriátrica de hoy, requiere equipos dentales móviles, especialmente en el caso de personas mayores enfermas o con alto grado de dependencia física.

Es necesario instruir, además de a las personas mayores, a los familiares que viven con ellas acerca de la importancia de la buena condición bucodental y eliminar viejos estereotipos sobre que la pérdida de los dientes en la vejez es inevitable. Se debe iniciar desde edades tempranas con programa de promoción y prevención de la salud bucodental, para que las personas lleguen a la edad mayor con una mejor condición bucodental que la que se encuentra en la actualidad.

Nunca se debe olvidar que como profesional de la salud un paciente siempre será lo más importante.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1 Sáez R., Carmona M., Jiménez Z., Alfaro X., *Cambios bucales en el adulto mayor*, Rev Cubana Estomatol 2007, 44 (4).

2 Díaz S., Arrieta K., Ramos K., Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores, Rev. Ciln Med Fam 2012, 5 (1)

3 Sarabia CM., Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento, Gerokomos 2009, 20 (4)

4 Bellamy D. Biology of Ageing In: Pathy M.S.J. Principles and Practice of Geriatric Medicine, John Wiley ed., London, 1985 pp 67-104.

5 Johnson FB., Sinclair DA., Guarente L. Molecular biology of aging. Cell 1999; 96: 291- 302

6 Ollar. Envejecimiento y función cognitiva. De la declinación al deterioro: En: Mangone CA; Allegri RF y cols. Demencia: enfoque multidisciplinario. Sagitario Ed. Buenos Aires, 1997

7 López P., Camacho F., Martínez Y., Saura M., Toralla O., Cáceres R., Programa de Salud Buco Dental en pacientes Mayores en Guatemala, Envejecimiento 2013 www.um.es/proyectocooperacion-guatemala/envejecimiento/

8 Pavez CV., Quinatana C M., Manejo Odontológico de Pacientes Ancianos con Riesgo Sistémico. Rev Dental de Chile 2003; 94 (2); 22-25

9 Alonso P., Sansó FJ., Díaz-Canel AM., Carrasco M., Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor, Rev Cubana de Salud Pública 2007, 33 (1)

10 Comallonga IM, Izguierdo Zamarriego G. Fisiología del envejecimiento. Modificaciones de aparatos, sistemas y órganos. En Salgado AA., Guillén Ll F y Ruipérez I (eds) Manual de Geriatría 3ª. Ed Masson SA 2002; 63-78

11 Caballero García J, et al. Patología sistémica oral en el paciente geriátrico. Rev Europ. De Odontoest. 2 (2) pp: 131-136

12 Florez FJ., et al Antropología y biometría del envejecimiento corporal: marcadores del envejecimiento y la longevidad. Rev Geriátrica 7 (3) 1993 pp: 267-278

13 Anzola P. La atención de los ancianos: un desafío para los años 90. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica. No 546; 1997

14 Ribera JM., Gregorio P. Envejecimiento del sistema osteoarticular. Patología digestiva en Geriatría. Clínicas Geriátricas IX Ed Médicos SA Madrid 1993

15 Horowitz M. La vejez y el tracto gastrointestinal. Beers MH AND Berkow R et al. Manual Merck de Geriatría. 2a ed. Harcourt SA Madrid 2001: 1000-1006.

16 Caballero JC. Aspectos generales del envejecimiento normal y patológico: fisiología y fisiopatología (Geriatra) el 04 Marzo 2013. Publicado en Área Clínica.

17 Cervera MC., Sáiz J. Actualización en geriatría y Gerontología (I). 5a ed. Alcalá la Real: Formación Alcalá; 2006.

18 Garrido F., Gómez H., Consejo Nacional de Población Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas México DF. CONAPO 1999 Páginas de Salud Pública Méx. 2000 42 (1).

19 Paloni A., et al El envejecimiento en America Latina y en el caribe. Revista Gallega de economía, 2005; 14 (1-2) 1-37.

20 Agar L. Transición demográfica y envejecimiento en América Latina y el Caribe: Hechos y reflexiones sociobioéticas. Actabioeth 2001 7 (1).

21 García F. Vejez envejecimiento y sociedad en España. Siglos XVI-XXI, Universidad de Castilla-La Mancha, España, 2005; 11-34

22 Zúñiga Tirso. Bioética y calidad de vida en ancianos con demencia. Editorial…edición…lugar…año de edición…paginas

23 Consejo Nacional de Población (CONAPO). El envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. CONAPO, México, 1999; 15-22.

24 INEGI. Mujeres y Hombres en México 2010. INEGI. México; 1-24.

25 CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2005-2050. Partida Bush, V.CONAPO, México, 2006; 29. www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm.

26 Los Adultos Mayores en México. Perfil sociodemográfico al Inicio del siglo XXI 2005. INEGI www.inegi.gob.mx

27 INEGI. Mujeres y hombres en México 2008, INEGI, México 2008; 1-10.

28 INEGI, Hombres y mujeres en México 2010. INEGI, México; 25-36.

29 Sánchez S., Juárez T., Reyes H., de la Fuente J., Solórzano F., García C. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. Salud publica Méx. 2007 49 (3).

30 INEGI. La tercera edad en México. XI Censo General de Población y Vivienda, INEGI, México, 2005; 27-56

31 Pérez V., Sierra F., Biología del envejecimiento Rev. méd. Chile 2009 137 (2)

32 http://salud.edomexico.gob.mx/html/Medica/HIPERTENSION%20ARTERIAL.%20DIAGNOSTICO%20Y%20TRATAMIENTO%20II.PDF

33 Argüero R., Magaña JA. Insuficiencia Cardiaca http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2008/feb_01_ponencia.html

34 Frenk J., Ruelas E., Tapia R., Castañón R., de León ME., Belsasso G., et al. Programa de Acción: Atención al envejecimiento 2001 1ª ed. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf

35 Castrejón RC. Salud bucal en los Adultos mayores y su impacto en la calidad de vida pp. 258-269 Disponible en: www.geriatria.salud.gob.mx

36 Díaz LM., Gay O. Series en Medicina bucal X. Odontología de calidad para los pacientes ancianos. Revista ADM. 2005 LXII (1): 36-39.

37 Alberca R. y López-Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias 3a ed. Editorial medica panamericana, Madrid, 2007; 17-24, 101-107

38 Gracia D. Ética de los Confines de la vida. El Búho, Santa Fe de Bogotá, 1998, 207-209.

39 Zubiri X. Inteligencia sentiente. Inteligencia y realidad. Alianza, Madrid, 2006; 19-26.

40 Burin D., et al. Evaluación neuropsicológica del envejecimiento: Normas según edad y nivel educacional, Revista Neurológica Argentina, 2003; 28:149-152.

41 www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/ Organización Mundial de la Salud OMS.

42 Nitrini R. Dozzi SM. Demencia: Definición y clasificación revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y neurociencias 2012 vol12 (1) pp: 75-98.

43 Stoppe VT. Müller F. Las demencias y su consideración en el Tratamiento Odontológico Gerodontología Quintessence 2008 (ed. Esp.)(21)3.

44 Kane RL., Ouslander JG., Abrass I.B. Geriatría Clínica. 4a Edición. México: Editorial Mc GrawHill; 2000 pp: 119-132.

45 Pérez VT. Demencias: su enfoque diagnostico Rev Cubana Med Gen Intergr. 2006 (22) 4.

46 Llibre JJ., et al.Prevalence of dementia in Latin America. India, and China: A population-based cross-sectional survey. Lancet, 2008; 372: 464-474.

47 Pearson A., Chalmers J. (2004) Oral higiene care for adults whit dementia in residential aged care facilities JBI Reports 2:65 113.