

Caracterización odontológica de pacientes con diagnóstico de demencia institucionalizados del municipio Holguín.

Beatriz de la C. Graña Bermúdez*, Carmen Graña Dorta**, Dra. Mayra R. Carrasco García***, Guillermo Hernández Mojena****

*Dra. en Estomatología. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral, MSc. en Salud Bucal Comunitaria, Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín.

**Dra. en Estomatología. Especialista de Segundo Grado en Estomatología General Integral. MSc. en Urgencias Estomatológicas, Profesor Consultante de la Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín.

***Dra. en Medicina. Especialista de Segundo Grado en Geriátrica, MSc. en Longevidad Satisfactoria, Profesor Consultante de la UCMH. mayra.carrasco@infomed.sld.cu

**** Dr. En Medicina. Especialista de Segundo Grado en Geriátrica. Máster en Longevidad Satisfactoria, Profesor Consultante de la UCMH.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de series de casos en 37 pacientes geriátricos institucionalizados en el hogar de anciano: Jesús Menéndez Larrondo, del municipio Holguín con diagnóstico de demencia, en el período comprendido de abril a junio del 2011, con el objetivo de describir las condiciones odontológicas en estos pacientes. Se estudiaron las siguientes variables: enfermedad bucal, intensidad de la enfermedad Periodontal, tiempo de diagnóstico de la demencia y edad. Se constató la presencia de enfermedades bucales predominando en 96.6% de pacientes la Disfunción Masticatoria seguida por las Periodontopatías en un 81.8%, las Caries en un 48.6% y las lesiones premalignas en un 13.5%. La intensidad de la enfermedad Periodontal fue elevada predominando la Destrucción avanzada con un 32.5% y Gingivitis con formación de bolsas con un 29.7%, siendo más intensa en el grupo de edad de 80 y más años y en pacientes con más de 5 años de diagnóstico de la demencia. El 64.9% de pacientes examinados presentó una higiene bucal inadecuada, coincidiendo con los de mayor tiempo de diagnóstico de la demencia. Recomendamos la creación y ejecución de estrategias para mejorar el estado de salud bucodental de estos pacientes, así como la capacitación en postgrados del profesional estomatológico encargado de su atención.

ABSTRACT

It was carried out a descriptive study of series of cases in 37 geriatrics patients institutionalized in Old man's Home: Jesus Menendez Larrondo, of the Municipality Holguín with diagnostic of Insanity, in the understood period of April to June of the 2011, with the objective of describing the health dental conditions in these patients. The following variables were studied: buccal illness, intensity of the Periodontal illness, time of diagnostic of the insanity and age. The presence of buccal illnesses was verified prevailing in 96.6% of patient the dysfunctions in the mastication continued by the in periodontal illness 81.8%, the Cavity in 48.6% and the lesion before the malignancy 13.5%. The intensity of the Periodontal illness was high prevailing the advanced Destruction with 32.5% and Gingivitis with formation of bags with 29.7%, being more intense in the group of age of 80 and more years and in patient with more than 5 years of diagnostic of the insanity. 64.9% of examined patients presented an inadequate buccal hygiene, coinciding with those of more time of diagnostic of the insanity. We recommend the creation and execution of strategies to improve the state of these patients', health buccal and dental as well as the training in graduate degrees of the professional dentist in charge of their attention.

Palabras Claves. Demencia, enfermedad bucal, enfermedad Periodontal.

INTRODUCCIÓN

Cuba es uno de los países más envejecido de América Latina, con un ritmo acelerado de envejecimiento, pues en el 2025 una de cada cuatro personas será mayor de 60 años. Conscientes de que el envejecimiento de la población cubana es una realidad, las autoridades sanitarias se preparan para acoger en sus servicios un número cada vez mayor de ancianos.^{1, 2,3}

El envejecimiento es un proceso inevitable hasta hoy, que sucede en todas las formas de vida y que puede ser considerado como un fenómeno normal y no como una enfermedad, sin embargo es difícil delimitar donde terminan los procesos normales que se presentan con el envejecimiento y donde comienzan los cambios patológicos, debido a que sobre los cambios biológicos básicos que ocurren con la edad se suma el aumento de la vulnerabilidad a las enfermedades crónicas sobre todo las degenerativas^{4, 5,6,7}

La demencia constituye uno de los síndromes geriátricos más prevalentes en el medio residencial, donde se calcula que el 60-80% de los ancianos presentan algún grado de deterioro cognitivo y el 20-30% muestran ya una demencia avanzada.^{8, 9,10}

En Cuba un estudio realizado en Hogares de Ancianos de los municipios Centro Habana y Habana Vieja muestra que el 34,8% presentaba una demencia.^{11,12}

La demencia es una de las condiciones que da lugar a una mayor incapacidad funcional en el anciano lo que, unido a los trastornos de conducta que con elevada frecuencia se presentan a lo largo de la evolución de la enfermedad, condicionan que sea la demencia una de las principales causas de institucionalización. Los pacientes con demencia institucionalizados en residencias presentan una serie de características diferentes al resto,, ya que muestran una mayor gravedad en la evolución de la demencia y suelen presentar mayor comorbilidad que aquellos que se encuentran en la comunidad.^{13,14,15,16,17}

Con la edad hay efectos sobre los tejidos dentales, demostrando que ellos envejecen como lo hacen los demás tejidos del cuerpo humano, ocurren modificaciones en tejidos

dentarios duros (esmalte, dentina, cemento radicular), tejido conectivo pulpar, periodonto, estructuras cutáneas, mucosas y submucosas, óseas, musculares y de las glándulas salivales, procesos generalmente irreversibles. Estos procesos en muchas ocasiones constituyen modificaciones patológicas asociadas a nuevas situaciones en pacientes parcial o totalmente desdentados, usuarios de prótesis parciales o totales, fijas o removibles. Las modificaciones tegumentarias como adaptación de varicosidades linguales, áreas irritativas o traumáticas, estomatitis pre o paraprotésicas, que con frecuencia limitan la gama de alimentos a ser consumidos, producen alteraciones en la estética facial, teniendo un impacto negativo en la autoestima y la fonética, que modifican el comportamiento de la persona mayor dentro del entorno social del que forman parte. Si a estos añadimos, la presencia de enfermedades degenerativas como la demencia que puede traer consigo el abandono de sus hábitos bucales higiénicos, estaremos ante un paciente con grandes probabilidades de padecer enfermedades bucales con un elevado nivel de gravedad.^{18, 19, 29,21}

Existe evidencia que el dolor en los residentes con demencia permanece sin detectarse de forma frecuente, y en otras ocasiones subtratado. En parte debido a la dificultad del paciente para comunicarse y por el poco entrenamiento del personal que lo atiente en detectarlo.^(21,22,23.) Nos propusimos describir las condiciones odontológicas en pacientes institucionalizados con diagnóstico de demencia del Municipio Holguín.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos, con el fin de conocer las condiciones odontológicas de los pacientes geriátricos con diagnóstico de demencia, institucionalizados en el Hogar de Anciano: Jesús Menéndez Larrondo del Municipio Holguín, con previa autorización del consejo de dirección de este centro, en el período comprendido de: abril a junio del 2011. El universo estuvo conformado por 72 pacientes mayores de 60 años, ingresados en dicho centro y la muestra quedó

constituida por 37 pacientes presentes en el momento de la realización del examen clínico y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterio de inclusión: Que el familiar responsable legal del paciente, diera su consentimiento para incluirlo en la investigación. Pacientes que estén de acuerdo en dar su consentimiento. Pacientes que cumplieran los criterios del DSMIV para demencia.

Criterio de exclusión: Que el familiar responsable legal del paciente no aceptara incluirlo en la investigación. Pacientes que no dieron su consentimiento. Pacientes menores de 60 años. Paciente sin diagnóstico de demencia. Pacientes que aún con diagnóstico de demencia, presenten historia de Esquizofrenia, Retraso Mental, otras enfermedades con degradación de conciencia, así como los pacientes que hayan sido tratados con terapia electroconvulsivante. Que el paciente no estuviera presente en el centro en el momento del examen por encontrarse realizándose otros estudios fuera de la institución.

Consideraciones éticas.

Se cumplieron las normas establecidas en la Declaración de Helsinki. La investigación fue aprobada en el comité de ética del Centro. Se entregó a familiares y pacientes el consentimiento informado donde se detallaba la investigación.

Técnicas para la recopilación de la información. Se utilizó un formulario confeccionado por las autoras, previamente validado y se aplicó a cada paciente objeto de estudio, evitando así el sesgo de observación y posteriormente verificada. Para examinar a estos pacientes se utilizó un paquete que contenía: espejo bucal, pinza para algodón, explorador, sonda periodontal tipo William, aplicador, torundas de gasa, mechero.

El examen clínico de cada paciente se realizó en el propio centro donde se dispuso de un local con suficiente luz natural y una silla, exceptuando los casos que se encontraban en reposo absoluto en cama. Estos casos fueron examinados por la autora de la investigación en la misma disponiendo siempre de suficiente iluminación.

Después de obtenidos los datos generales, se aplicaron los criterios del DSMIV para corroborar el diagnóstico de demencia y tiempo de evolución de la misma.

Durante el examen bucal se realizó el examen de detección precoz del cáncer bucal, en busca de posibles lesiones premalignas. Seguidamente se realizó la confección del dentigrama para definir la presencia de Caries y Disfunción masticatoria, aplicando luego el índice periodontal revisado por la OMS con criterios de Rusell, para determinar la presencia y gravedad de la enfermedad periodontal, comenzando el examen por el cuadrante superior derecho, luego el superior izquierdo seguido por el inferior izquierdo y por último el derecho inferior, se observaron detalladamente las características clínicas presentes en la encía, se realizó el sondaje, se utilizó la solución antiséptica de gluconato de clorhexidina al 0,1 % para aplicar a la parte activa de la sonda periodontal de William, que fue utilizada de un diente a otro, se registró el valor asignado al diente más afectado de cada paciente examinado siguiendo la escala de valores de dicho índice.

Técnica de procesamiento y análisis de la información.

Para el procesamiento estadístico, a los resultados obtenidos se les aplicó Chi cuadrado de Pearson, utilizando el programa EDIPAT.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En cuanto a los subgrupos de edades (Tabla1, anexos), los pacientes de más de 80 años predominaron, esta condición de extrema longevidad está acorde con el fenómeno old-old de la población cubana, proceso epidemiológico que ha logrado una esperanza de vida promedio de 78 años con probabilidad de un incremento mayor.

La relación entre la intensidad de la enfermedad periodontal y la edad de los pacientes (Tabla 2), apreciamos que de los tres grupos de edades examinados, fue el grupo de 80 y más años el más afectado, donde el mayor por ciento estuvo representado por la destrucción avanzada para un 63.2 %, seguida por la gingivitis con bolsa en un 26.3 %. El grupo de 70 a 79 años fue el segundo más afectado donde la gingivitis con bolsa

fue las más significativas con 6 pacientes para un 60 %, seguida por la gingivitis severa en 2 pacientes para un 20 % y 2 pacientes se clasificaron como negativos por presentar disfunción masticatoria con desdentamiento total. Por último el grupo de 60 a 69 años el mayor por ciento estuvo representado por la gingivitis severa con 5 pacientes para un 62.5 % y 3 pacientes negativos por presentar desdentamiento total.

Estos resultados coinciden con la literatura consultada, Bascone plantea que a partir de los 45 años es cuando aumentan el número de casos de periodontitis establecida y terminal que sigue un curso ascendente hasta los 70 años y más. Page y Shroeder en un estudio en 5014 pacientes con edades comprendidas entre 20 y 80 años, encuentran que a partir de los 20 años hay un aumento de periodontitis y pérdida dentaria que va en incremento a lo largo de la vida. Los resultados de la investigación que se presenta coinciden con otros estudios, pues se observó como la enfermedad fue intensificándose con el avance de la edad, siendo en el grupo de 80 y más años donde se apreció la mayor intensidad de la enfermedad periodontal. Esto concuerda también con autores como Carranza que plantea que la intensidad de la enfermedad periodontal aumenta en relación directa con la edad, alrededor de los 45 años el adulto corriente entra en la fase inicial de la enfermedad periodontal destructiva.

La prevalencia global de las demencias se estima que es de 1.5% en las personas de 65 años, y va en aumento a medida que se incrementa la edad, alcanzando el nivel de un 22% en las personas mayores de 85 años.

La prevalencia de las demencias en nuestra área geográfica es dependiente de la edad al igual que en otros países subdesarrollados.

Existe además otro factor de riesgo indirecto con gran repercusión sobre el periodonto, sobre todo en los pacientes geriátricos diagnosticados con demencia con un porcentaje elevado de desdentamiento como lo refleja este estudio y lo constituye las deficiencias nutricionales, que pueden ser comunes en estas edades avanzadas. Hay deficiencias nutricionales que producen cambios en la cavidad bucal, alteraciones que incluyen a los tejidos periodontales, estas por sí mismas no son capaces de causar gingivitis o bolsas

periodontales, no obstante pueden afectar el estado del periodonto y por ese camino agravar o potenciar los efectos lesivos de los irritantes locales, los cambios degenerativos propios de la edad e incluso los efectos de las fuerzas oclusales excesivas que pueden presentarse en estos pacientes como expresión de un estado ansioso depresivo.

La relación entre intensidad de la enfermedad periodontal y el tiempo de diagnóstico de la demencia (Tabla3), el 100% de los pacientes con más de 5 años de diagnóstico de demencia, se encuentran afectados por periodontopatías con una gran intensidad de la patología bucal, pues el 57.1% presentó destrucción avanzada y el 42.9% gingivitis con bolsas. Mientras que los pacientes con menos tiempo de diagnóstico de la demencia presentaron un menor porcentaje de afectación para un 5.25%, predominando en este grupo la gingivitis severa con un 43.8% que coincide con el porcentaje de pacientes negativos debido al desdentamiento total.

Se han registrado correlaciones entre los estados de ansiedad y la enfermedad periodontal, que generalmente agravan el cuadro clínico de esta última a medida que transcurre mayor tiempo de padecimiento del paciente diagnosticado con demencia.

Los efectos lesivos de la influencia psicósomática en el control orgánico de los tejidos, se conoce con el nombre de trastornos psicósomáticos, que en la cavidad bucal pueden ser inducidos por hábitos lesivos para el periodoncio o por efecto directo del sistema autónomo en el equilibrio fisiológico de los tejidos.

Desde el punto de vista psicológico, la cavidad bucal está relacionada directa o simbólicamente con los instintos y pasiones más grandes del ser humano. En el adulto la mayoría de los impulsos instintivos están suprimidos por la educación y son satisfechos o asumidos por órganos más apropiados que la boca. Sin embargo en casos de tensión mental y emocional, la boca puede convertirse subconscientemente en la vía de satisfacción de impulsos básicos en el adulto con demencia.

Las satisfacciones derivan de hábitos neuróticos, como el rechinar y el apretamiento de dientes, mordisqueo de objetos extraños como lápices o pipas,

mordisqueo de tiñas o uso excesivo del tabaco que son potencialmente lesivos para el periodoncio.

CONCLUSIONES

Se constató la presencia de enfermedades bucales en los pacientes geriátricos institucionalizados que padecían de demencia, presentándose en un mayor porcentaje la disfunción masticatoria, seguida de las periodontopatías, caries y lesiones premalignas. La intensidad de la enfermedad periodontal fue elevada en la población de estudio, predominando la destrucción avanzada y gingivitis con formación de bolsas en pacientes con mayor tiempo de diagnóstico de la demencia y grupo de edad de 80 y más.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Marín Zuluaga DI. Es necesaria la odontogeriatría. [artículo en línea] 2004. <http://www.encolombia.com/FOC/odont-59-001.htm> [consulta: abril. 20, 2011].
2. Hung Ramos Juana, Rivacoba Novoa Estrella, Espeso Nápoles Nelia. Salud bucal en la población geriátrica. [artículo en línea] Archivo Médico de Camagüey. 2005; 9 (5) <http://www.amc.sld.cu/amc/2005/v9n5/1046.pdf> [consulta: abril. 20, 2011].
3. Sosa Rosales M. C, Mojaiber de la Peña A, Gonzáles Ramos R. M, Gil Ojeda E. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población, La Habana, 2009.
4. Martínez Jorge Otero. Envejecimiento y cambios de los tejidos dentarios. [artículo en línea] 2007. <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/500/1/Envejecimiento-y-cambios-en-los-tejidos-dentarios.html>> [consulta: mayo. 9, 2011].
5. Carrasco García Mayra R. Usted puede lograr una buena longevidad. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2005:17-23.
6. Peláez Orfilla. Casi dos millones de adultos mayores al cierre del 2010. Granma 2011; julio 7.
7. Anuario Demográfico de Cuba. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas. 2010.
8. Llibre RJ, Valhuerdi A, Sanchez II, Reyna C, Guerra MA, Copeland JR, et al. The Prevalence, Correlates and Impact of Dementia in Cuba. A 10/66 Group Population-Based Survey. Neuroepidemiology 2008 October 20;31(4):243-51.

9. Bottino CM, Azevedo D, Tatsch M, Holotian SR, Moscoso MA, Floquitto J et al. Estimate of dementia prevalence in a community sample from Sao Paulo, Brazil. *Dementia Geriatr Cogn Disord* 2008,26(4):291-299.
10. Plassman BL, Langa KM, Fisher GG, Heeringa SG, Weir DR, Ofstedal WB et al. Prevalence of dementia in the United States: The ageing, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology* 2007, 29:125-132.
11. Knapp M, Prince M. (UK Alzheimer Society, King's College London and London School of Economics). *Dementia UK. The Full Report*. London: UK Alzheimer Society;2007.
12. Kalaria RN, Maestre GE, Arizaga R, Friedland RP, Galasko D, Hall K, et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *Lancet Neurol*. 2008 September; 7(9):812-26.
13. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005 December 17;366(9503):2112-2117.
14. Wimo A, Winblad B, Jönsson L. An estimate of the total worldwide societal costs of dementia in 2005. *Alzheimer's Dement*. 2007 Apr; 3(2):81-97.
15. Ritchie K, Lovestone S: The dementias. *Lancet* 2002, 360:1759-66.
16. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005 December 17; 366(9503):2112-2117.
17. King's College London and London School of Economics: *Dementia UK: A report to the Alzheimer's Society on the prevalence and economic cost of dementia in the UK*. London 2007.
18. Alzheimer's Disease International: The International Federation of Alzheimer's Disease and Related Disorders Societies, Inc (2010) *World Alzheimer Report*. <http://www.alz.co.uk/research/worldreport/>
19. Llibre Rodriguez JJ, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacobs KS, et al. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet* 2008 August 9;372(9637):464-74.
20. Llibre RJ, Valhuerdi A, Sanchez II, Reyna C, Guerra MA, Copeland JR, et al. The Prevalence, Correlates and Impact of Dementia in Cuba. A 10/66 Group Population-Based Survey. *Neuroepidemiology* 2008 October 20;31(4):243-51.
21. Reid C. Quality of care and mortality among long term care residents with dementia. *CSP*. 2008; 35(1):49-71.

Anexos

Tabla 1: Distribución de adultos mayores con demencia según grupos de edades.

Grupo de edad (años)	Número	Por ciento
60-69	8	21,6
70-79	10	27,1
80 y más	19	51.3
Total	37	100

Fuente: Encuesta

Tabla 2: Relación entre intensidad de la enfermedad periodontal y edad en pacientes con demencia institucionalizados del Municipio Holguín.

Intensidad de la enfermedad periodontal	Grupos de edades							
	60 a 69		70 a 79		80 y más		total	
	N o.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Negativo	3	37.5	2	20	2	10.5	7	18.9
Gingivitis leve	0	0	0	0	0	0	0	0
Gingivitis severa	5	62.5	2	20	0	0	7	18.9
Gingivitis con bolsa	0	0	6	60	5	26.3	11	29.7
Destrucción avanzada	0	0	0	0	12	63.2	12	32.5
Total	8	21.6	10	27.0	19	51.4	37	100

Fuente: Encuesta

Tabla No. 3: Relación entre intensidad de la enfermedad periodontal y tiempo de diagnóstico de la demencia en pacientes institucionalizados del Municipio Holguín.

Intensidad de la enfermedad	Tiempo de diagnóstico.					
	Menos de 5 años		Más de 5 años		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Negativo	7	43.8	0	0	7	18.9
Gingivitis leve	0	0	0	0	0	0
Gingivitis severa	7	43.8	0	0	7	18.9
Gingivitis con bolsa	2	12.5	9	42.9	11	29.7
Destrucción avanzada	0	0	12	57.1	12	32.5
Total de afectados	9	5.25	21	100	30	81.1
Total de pacientes	16	43.2	21	57.8	37	100

Fuente: Encuesta