

LA SALUT ORAL EN LES PERSONES GRANS

La salut oral en les persones grans

Jaume Torres Bosch

Resum

El tractament odontològic dels pacients grans no depèn tant de les tècniques emprades com de l'avaluació individual del pacient, tenint en compte les seves característiques pròpies (salut general, mobilitat, dependència, factors psicològics, etc.). El que es pretén no és només millorar el nivell de la salut oral sinó contribuir al manteniment integral de la salut i, per tant, elevar el nivell i la qualitat de vida.

És necessari, doncs, conèixer la situació en què es troba aquest grup ampli de persones, les seves necessitats i les seves limitacions per poder oferir-los les atencions que mereixen. Aquest és l'objectiu de la gerodontologia.

Resumen

El tratamiento odontológico de los pacientes mayores no depende tanto de las técnicas empleadas como de la evaluación individual del paciente, teniendo en cuenta sus características propias (salud general, movilidad, dependencia, factores psicológicos, etc.). Lo que se pretende no es sólo mejorar el nivel de salud oral, sino contribuir al mantenimiento integral de la salud y, por tanto, elevar el nivel y la calidad de vida.

Por ello es necesario conocer la situación en que se encuentra este amplio grupo de personas, sus necesidades y sus limitaciones para poder ofrecerles las atenciones que se merecen. Este es el objetivo de la gerodontología.

1. Introducció

La disminució de l'índex de natalitat a nivells europeus i l'augment de l'esperança de vida (81,1 anys; 77,8 en homes i 84,3 en dones) fan que actualment a Espanya hi visquin més de 8 milions de persones de més de 65 anys, de les quals prop de 3 milions tenen més de 75 anys. A les Illes Balears són 163.046 les persones de més de 65 anys, repartides més o menys en un 50% entre homes i dones, excepte en el rang a partir de 80 anys, en què el percentatge de dones dobla el d'homes.

Es tracta, doncs, d'un important sector de la població total (cada cop més gran) que, a més, necessita una atenció sanitària especial, ateses les seves característiques peculiars. Pel que fa a la salut oral, seria especialment útil tenir en compte el control dels aspectes socials que contribueixen al menyscabament de la salut: la disminució dels recursos econòmics, la soledat, la dependència, la limitació de mobilitat, etc., que influeixen en la seva capacitat d'accedir als serveis odontològics.

L'atenció bucal hauria de ser individualitzada, atesa la gran variabilitat, però sempre respectant la dignitat de la persona, evitant les connotacions negatives cap a la vellesa en aquesta àrea de la salut especialment oblidada. La presa de decisions terapèutiques en funció de l'edat seria una equivocació i, per tant, s'hauria de valorar no tan sols el temps sinó també la qualitat de vida.

2. Epidemiologia

Per fer-nos una idea de quin és l'estat de la salut oral de les persones de més de 65 anys a les Illes Balears hauríem d'extrapol·lar les dades de l'enquesta nacional efectuada pel professor Llodrà a la universitat de Granada en 2010 i publicada en 2012, ja que aquí no hi ha estadístiques fiables sobre aquest tema.

Cal tenir en compte que aquesta enquesta fou feta a grups de 45 persones, repartides per grups d'edat i ateses en centres de salut per motius de salut general i no expressament per dolences bucal. Només un 15% d'aquests pacients entre 65 i 74 anys foren enquestats en residències. Cal suposar, per tant, que els resultats podrien ser més negatius en funció del lloc on s'ha fet l'enquesta.

De les persones enquestades de 65 a 74 anys, un 94,2% presentaven càries i només un 12% d'aquestes càries estaven tractades. L'índex de càries radicular era del 0,46%, comparat amb el 0,08% en adults joves. El percentatge de càries augmentava vertiginosament amb relació al nivell social baix o rural.

Un 10,4% presentava periodontitis severa, comparat amb el 5,11% de la població adulta més jove. Cal destacar que un 20% afirmà que no es raspalla mai les dents i només un 29,5% havia visitat el dentista el darrer any, xifra que es reduïa al 19,5% en les persones de més de 75 anys. El tractament dut a terme més sovint foren les extraccions dentals, amb un 10,3%.

Un 50-56% utilitzava pròtesis dentals de qualque tipus, un 15-21% de les quals eren fixes. La prevalença de pròtesis completes superiors o inferiors era del 17-22% respectivament. L'estat i l'eficàcia d'aquestes pròtesis no es descriu, però podem inferir clarament que era deficitari. D'altra banda, entre un 41 i un 46% necessitava algun tipus de pròtesis. Curiosament aquestes persones referien menys problemes orals que els grups de menys edat, sens dubte com a resultat de la seva resignació.

3. Canvis en els teixits orals amb l'envelliment

L'envelliment no és una malaltia, sinó una disminució progressiva i irreversible de la capacitat d'adaptació i de la funcionalitat dels òrgans d'un ésser viu.

A mesura que envellim, l'estructura histològica de l'os es va remodelant i s'originen canvis en les cèl·lules i la substància intercel·lular. Les cèl·lules formadores (els osteoblasts) disminueixen l'activitat, mentre que les destructores (osteoclasts) augmenten l'activitat. Es produeix una disminució en l'os dels elements primaris (calci, fosfat, sodi i magnesi) que formen els cristalls de l'os i una disminució de les fibres col·làgenes i de les proteïnes que formen la matriu orgànica. S'origina una estructura més dèbil i una pèrdua generalitzada de la massa esquelètica. Això es produeix d'una manera diferent en el maxil·lar superior i inferior i no té relació amb l'estat d'edentulisme.

Les articulacions del cap sense moviment (sinartrosis) sofreixen molts pocs canvis, cosa que sí que passa a l'articulació temporomandibular, on es produeixen alteracions histològiques importants: disminueix el líquid sinovial i les cèl·lules musculars i augmenta el greix dels principals grups musculars (temporal, masseters i pterigoides). És freqüent l'aparició de signes d'artrosis.

Amb l'edat es produeix una atròfia de les capes de la pell i de les glàndules cutànies. S'origina una deshidratació i, com a conseqüència d'això, un augment de les arrugues cutànies per la separació dels grups musculars, en especial en els solcs nasogenians i nasolabials. La bola adiposa de Bichat pot atrofiar-se, la qual cosa fa que es notin més els malars.

El flux sanguini cap a la musculatura també disminueix i es produeix una baixada de la velocitat de conducció dels nervis i una pèrdua progressiva de neurones que donen lloc a canvis més evidents en les activitats motores que sensitives, en especial el nervi facial i la branca mandibular del trigemin (expressió facial i masticació).

L'envelliment de la mucosa oral està determinat per les alteracions de les connexions entre les cèl·lules i la membrana basal, l'alteració de l'estructura del teixit conjuntiu per davall i la disminució del flux salival (el qual és molt important).

Les genives tenen una renovació cel·lular molt alta, per la qual cosa sofreixen pocs canvis, encara que clínicament s'observen canvis causats per l'atrofia del procés alveolar dels maxil·lars, que donen lloc a retraccions gingivals i disminució del suport de la taula vestibular.

La mucosa de la llengua amb l'edat presenta una disminució de les papil·les linguals i dels receptors gustatius.

L'envelliment de l'esmalt dentari origina un canvi en la coloració, que cada cop és més groc o marró atès que permet la transparència de la dentina de sota. Minva la seva gruixa pel desgast continuat i es produeix dentina escleròtica. Amb l'edat la polpa dentària

sofreix canvis en el volum, l'estructura i la funció, i n'augmenta el component fibrós i en disminueix la cel·lularitat, vascularització i innervació.

Augmenta la gruixa del cement a la zona apical, interdental i furcal.

L'envelliment no sols implica canvis biològics sinó també modificacions en la psicologia de les persones, en la seva actitud, conducta i comunicació. A més, un nombre important de malalties sistèmiques causen invalidesa a les persones grans i provoquen símptomes psicològics d'aïllament i soledat. Ara bé, l'envelliment té unes característiques individuals molt importants que fan d'aquest procés una adaptació constant a l'àmbit intel·lectual, afectiu i social.

4. Patologia bucal freqüent en les persones grans

- Les càries radiculars. Són propiciades per la disminució de la saliva, la dieta pastosa i blana, la retracció gingival i l'augment de rugositat del cement exposat, juntament amb les dificultats per efectuar una bona neteja.
- L'absència dental. És produïda com a conseqüència de la periodontitis avançada crònica que també ha fet minvar l'os residual, fet que dificulta possibles tractaments amb pròtesis, i ha deixat com a seqüela mobilitat important a les peces restants.
- La sequedat de boca. És un efecte secundari més de moltes de les medicacions que prenen aquestes persones i del mateix procés d'envelliment.
- L'artrosi de l'articulació temporomandibular. Dificulta l'obertura i els moviments mandibulars.
- L'ús de pròtesis mal adaptades o l'absència de les pròtesis.
- La disminució dels reflexos masticatoris i de deglució.
- Els carcinomes orals, més avançats en aquestes edats.

Tot això juntament amb les limitacions de mobilitat i psicològiques fa que la higiene oral sigui pitjor, es dificulti la masticació i, per tant, la nutrició. Es crea un cercle patològic que cal trencar.

És important assenyalar, una vegada més, que tot aquest procés es produeix de manera diferent en cada persona en funció de les seves condicions.

5. Consideracions en la prevenció, diagnòstic i tractament de les malalties orals.

5.1. Prevenció. Es tracta de facilitar la neteja bucal de manera directa amb l'ajuda dels familiars o cuidadors (especialment a les residències) o indirecta, mitjançant additaments incorporats als raspalls per facilitar-ne l'ús. Es poden afegir els col·lutoris fluorats a la rutina d'higiene i les aplicacions a la consulta dental. També seran molt útils els preparats de saliva artificial per combatre la sequedat bucal, així com una bona hidratació, beure aigua freqüentment. Seria molt recomanable fer un control de la dieta evitant tant com sigui possible els greixos i sucres amb excés i facilitant la ingesta de fruites, verdures i minerals indispensables, tenint cura que es glopegi després de prendre aliments de consistència molt blana i aferradissa.

5.2. Diagnòstic. Comença amb la primera visita. L'accés a la consulta del dentista hauria de ser el més fàcil possible. S'ha d'ajudar el pacient a col·locar-se al seient dental. Moltes vegades serà útil col·locar-li un collar cervical perquè pugui reposar bé el cap, atesa la freqüència de cifosis en aquestes persones (especialment en dones grans).

No cal dir que l'espera ha de ser el més reduïda possible i s'han d'evitar tant com es pugui trasllats dintre de la consulta.

El més adient és que el pacient hi vingui acompanyat a fi de superar les dificultats de comunicació. La descripció dels símptomes sol ser pobre i sovint s'han d'atendre diversos motius de consulta. El dentista ha de parlar d'una manera clara i pausada, dirigint la conversa. S'ha de ser minuciós i tenir molta paciència. La informació dels medicaments que pren el pacient té un interès especial: diürètics, antihipertensius, digitàlics, antidepressius, neurolèptics, sedants, hipoglucemians, anticoagulants, antibiòtics, quimioteràpia, bifosfonats i altres. Les proves complementàries s'han de reduir al màxim, però no per això s'han de deixar d'efectuar les imprescindibles (radiografies, TAC, models, etc.).

5.3. Tractament. Com hem dit al principi, el tractament no difereix en general de l'efectuat als altres grups d'edat. El respecte cap a la persona gran, la consideració de les seves limitacions i la valoració del benefici davant dels possibles trastorns que li causarà el tractament han de guiar les pautes terapèutiques.

6. Conclusions

Encara que els nivells de salut oral han millorat els últims anys, si comparam les estadístiques (1999, 2000, 2005 i 2010) resta molta feina per fer.

La salut periodontal en les persones grans és molt dolenta, amb uns índexs de placa, sagnat, càlcul i bosses periodontals profundes molt elevats. L'absència dental predomina en les boques de la gent gran i les pròtesis utilitzades, en general, són poques i deficientes. Tot això s'agreuja a les residències, especialment les públiques i amb les persones dependents amb una ajuda deficitària.

A les Illes Balears des de fa uns anys hi ha el Pla d'Atenció Dental Infantil, PADI, que ha donat molts bons resultats. Una actuació similar amb les persones de més de 65 anys, especialment amb pocs recursos, suposaria un pas endavant per solucionar aquest problema.

Referències bibliogràfiques

Llodrà-Calvo, J. L. (2012). Encuesta de salud oral en España 2010. RCOE, 17 (1) 13-41.

Herbig, U., Ferreira, M., Condell, L., Carey, D. i Sedivy, J. M. (2006). Cellular senescence in aging primates. *Science*, 311:1257.

Arriola, I., Santos, J., Martínez, N., Barona, C. i Martínez-González, J. M. (2009). Consideraciones farmacológicas y farmacocinéticas en los tratamientos habituales del paciente gerodentológico. *Av. Odontoestomatol*, 25 (1) : 29-34.

Calenti, M. (2011). Gerontología y Geriatria. Valoración e Intervención. Editorial Médica Panamericana, Cap. 2: 21-35.

Borreani, E., Jones, K., Wright, D., Scambler, S. i Gallagher, J. E. (2010). Improving access to dental care for older people. *Dent. Update*, 37 (5) : 297-8, 301-2.

Wennström, J. I. (1998). Treatment of periodontal disease in older adults. *Periodontology* 2000, Vol. 16: 106-12.

Mandell, G., Sener, I. D., Turker, S. B. i Ulgen, H. (2011). Factors affecting the distribution and prevalence of oral mucosal lesions in complete denture wearers. *Gerodontology*, 28: 97-103.

Bagán, J. V. (2010). Fisiopatología de las glándulas salivales. Valencia, Medicina Oral SL.

Cortada, M. (1986). Prótesis completas. Apuntes prácticas. Barcelona, Editorial Gráficas Signo.

Autor

JAUME TORRES BOSCH

Palma, 1959. Llicenciat en Medicina, UAB

Especialista en Estomatologia, UB. Postgrau en Pròtesis Bucals i Maxil·lofacials, UB. Pràctica privada a Palma des de 1987.