

Carlos Marcos Noguera

**“IMPACTO DE LA DEMENCIA EN LA SALUD BUCODENTAL DE UNA
POBLACIÓN ANCIANA INSTITUCIONALIZADA”**

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Dirigido por el Dr. Manuel Esteban Pérez

Máster de Envejecimiento y Salud



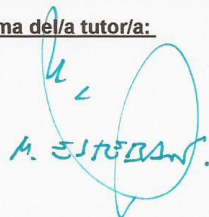
UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Reus

2022

Tutor/a:
Nombre del/la estudiante evaluado/a: CARLES MARCOS NOGUERA

Memoria del TFM	
Evaluación global del trabajo 10%	0,96
1. Claridad en la formulación de los objetivos y de los problemas	10
2. Coherencia interna del trabajo	10
3. El trabajo muestra el uso del pensamiento crítico	9
4. Relevancia: originalidad e innovación	10
5. Propuesta para la aplicación práctica de los resultados	9
Introducción y justificación 15%	1,35
1. Explicación de las teorías que fundamentan el trabajo	9
2. Síntesis e integración de las teorías y del tema	9
3. Contribución en el avance teórico	9
4. Aportaciones a la sociedad y a la ética profesional	9
Metodología de la investigación 25%	2,5
1. Adecuación de la metodología a la temática	10
2. Instrumentos de investigación apropiados	10
3. Descripción de los métodos utilizados	10
Resultados y discusión 20%	1,88
1. Interpretación de los datos y resultados	10
2. Uso adecuado de los mecanismos de evaluación	9
3. Viabilidad de la propuesta	9
4. Uso adecuado de las herramientas de reflexión	9
5. Figuras y tablas adecuadas	10
Conclusión 20%	2
1. Conclusiones relacionadas con los objetivos	10
2. Coherencia y adecuación de las conclusiones	10
Aspectos formales 5%	0,4666667
1. Orden y claridad en la estructura del trabajo	9
2. Normativa (ortográfica, sintáctica, etc.) y corrección formal	9
3. Referencias bibliográficas actualizadas y formato adecuado	10
Evaluación del proceso: 5%	0,45
1. ha mostrado capacidades de análisis, síntesis y razonamiento y se ve reflejado en el trabajo final	9
Nota total sobre 10 (memoria escrita):	9,6066667

Firma del/a tutor/a:


M. ESTEBAN.

ÍNDICE:

- Resumen.....	4 y 5.
- Introducción.....	6.
- Justificación, hipótesis y objetivos.....	7.
- Metodología.....	8-12.
- Resultados.....	13-16.
- Conclusiones y discusión.....	17-19.
- Anexos.....	20-24.
- Bibliografía.....	25- 27.

RESUMEN:

La salud bucodental en la población anciana está probablemente infravalorada, e infratratada y la demencia parece ser un factor determinante de este deterioro, disminuyendo la calidad de vida y alejándonos del envejecimiento saludable.

Objetivos: Conocer el probable impacto de la demencia en la salud bucodental del paciente geriátrico institucionalizado.

Metodología: Estudio observacional, prospectivo, transversal: Universo muestral probable: 60 personas. Periodo: 3 meses. Variables generales: edad, sexo, presencia de demencia (Escala GDS-FAST ≥ 3). Variables específicas de salud bucodental: presencia de caries, pérdida de piezas dentales, prótesis dentales, gingivitis, xerostomía, neoplasia y previsión de control por el especialista. Comparación de variables cualitativas: se utilizará la prueba Chi-cuadrado para muestras independientes. Se considerará significación estadística un valor de $p < 0,05$. Análisis estadístico: paquete de programas SPSS del centro clínico.

Resultados: resultan 61 pacientes, el 88.5% mujeres, de ≥ 80 años (72.1%) afectas de demencia en el 54.1%, mala salud bucodental en $>50\%$ de los casos, pérdida de piezas dentales en el 90.2%, prótesis en el 42.6% y con seguimiento por el especialista en sólo el 24.6%. No se detectaron neoplasias. Se detectan diferencias significativas con los no dementes en: una peor salud bucodental entre los dementes -para caries (90.9% $p < 0.0001$ -), pérdida de dientes (100% $-p = 0.005$ -) y gingivitis (90.9% $-p < 0.0001$ -) y en su peor control por el especialista en función de la edad (en los dementes < 80 años: 0% $p = 0.049$ -).

Conclusiones: La demencia es un factor determinante de mala salud bucodental en la población anciana (en relación con las caries, la pérdida de dientes, gingivitis y probablemente xerosis) y del pobre seguimiento sistematizado, así como del infratratamiento por parte del especialista, sobretudo con la edad.

Palabras clave: salud bucodental, población anciana, institucionalización, demencia.

ABSTRACT:

Oral health in the elderly population is probably undervalued and undertreated, and dementia seems to be a determining factor in this deterioration, diminishing quality of life and moving us away from healthy aging.

Objectives: To know the probable impact of dementia on the oral health of the institutionalized geriatric patient.

Methodology: Observational, prospective, cross-sectional study: Probable sample universe: 60 people. Period: 3 months. General variables: age, sex, presence of dementia (GDS-FAST Scale ≥ 3). Specific variables of oral health: presence of caries, loss of dental pieces, dental prostheses, gingivitis, xerostomia, neoplasia and forecast of control by the specialist. Comparison of qualitative variables: the Chi-square test will be used for independent samples. Statistical significance will be considered a value of $p < 0.05$. Statistical analysis: SPSS program package of the clinical center.

Results: 61 patients were found, 88.5% women, ≥ 80 years old (72.1%) affected by dementia in 54.1%, poor oral health in $>50\%$ of cases, loss of teeth in 90.2%, prostheses in 42.6% and with follow-up by the specialist in only 24.6%. No neoplasms were detected. Significant differences are detected with the non-demented in: worse oral health among the demented -for caries (90.9% $p < 0.0001$ -), tooth loss (100% $-p = 0.005$ -) and gingivitis (90.9% $-p < 0.0001$ -) and in its worst control by the specialist according to age (in the demented < 80 years: 0% $p = 0.049$ -).

Conclusions: Dementia is a determining factor of poor oral health in the elderly population (in relation to caries, tooth loss, gingivitis and probably xerosis) and poor systematized follow-up, as well as undertreatment by the specialist, especially with age.

Keywords: oral health, elderly population, institutionalization, dementia

INTRODUCCIÓN:

El incremento de la esperanza de vida de la población actual es un hecho, este fenómeno, acompañado de un bajo índice de natalidad, se traduce en un envejecimiento poblacional. Se estima que para el año 2050, la población adulta mayor de 65 años representará más del 30% del total de la población. Así pues, una de cada 5 personas a nivel mundial tendrá más de 65 años. Por desgracia este aumento de la esperanza de vida no siempre viene acompañado de un aumento de la calidad de vida, siendo este un reto de vital importancia para los profesionales de la salud. (1)

La sociedad actual debería estar preparada para poder proveer de los servicios necesarios a la población adulta mayor con el objetivo de garantizar su bienestar y ofrecer una calidad de vida al más alto nivel. Una evaluación multidisciplinaria de los problemas a los que se enfrenta la población anciana es de vital importancia para delimitar las necesidades, y así poder prestar los servicios necesarios.

La demencia es una enfermedad degenerativa crónica que afecta a más de 600000 personas en España, siendo el Alzheimer su presentación más usual. La demencia es un síndrome que cursa con una progresiva pérdida de la memoria y de las demás funciones cognitivas afectando las esferas física, psíquica y social. La prevalencia del deterioro cognitivo oscila entre el 8,7 y el 30,5% de la población adulta mayor no institucionalizada, llegando a alcanzar cifras del 56% entre los ancianos institucionalizados. Es mayor en mujeres que en hombres y en ambos casos aumenta con la edad. (5.)

El concepto de salud en los últimos tiempos ha ido evolucionando, quedando atrás el concepto de salud como ausencia de enfermedad, e incluyendo las esferas sociales, biológicas y psíquicas. Esta misma evolución la ha sufrido el concepto de salud bucal, que además de la ausencia de patología, incluye conceptos como la autopercepción de salud a este nivel, la sonrisa o la capacidad del habla entre otros (13) (ver anexo). De forma específica, la [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#) define la salud bucodental como “la ausencia de dolor bucal o facial, de infecciones o úlceras bucales, de enfermedades de las encías, caries, pérdida de dientes y cualquier patología o trastorno que limite la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, y que repercuta en el bienestar psicosocial”.(2)

JUSTIFICACIÓN:

Dentro de los problemas típicos de salud, los bucodentales muestran unas prevalencias muy altas dentro de la población adulta mayor, ya que patologías como la caries dental o las enfermedades periodontales afectan a una proporción superior al 90% de los ancianos dentados dentro del territorio español, mientras que una proporción del 30% acaban siendo desdentados totales. Sin embargo, y a pesar de la importancia de estos datos, los indicadores generales de evaluación de la salud siguen sin tener en cuenta la salud bucodental, siendo éste un tema de salud menospreciado y marginado aún hoy en día. La constatación de esta realidad constituye el motivo y base para la justificación del presente estudio. (3)(4)

HIPÓTESIS

La demencia puede ser un factor etiopatogénico determinante de afectación de la salud bucodental en la población anciana institucionalizada.

OBJETIVOS

Conocer el probable impacto de la demencia en la salud bucodental de una población anciana institucionalizada y los probables factores asociados.

METODOLOGIA.

1. Tipo de ensayo clínico y diseño del mismo

El siguiente Trabajo de Fin de Máster, se basa en la realización de un estudio observacional prospectivo transversal donde se pretende establecer la probable relación entre la presencia de demencia y la afectación de la salud bucodental del adulto mayor institucionalizado.

La duración del estudio será de 3 meses, esto es, de enero a marzo del año 2022 como previsión.

Se dispone de una muestra de pacientes "X" diagnosticados de demencia y de una muestra "Y" sin demencia; en ambos grupos se realizará una exploración de la cavidad bucal para extraer conclusiones sobre el estado de salud bucodental y conocer el probable papel de la demencia como factor etiopatogénico determinante de afectación de la salud bucodental en la población anciana institucionalizada.

2. Selección de pacientes

Aun siendo conocedores de los programas informáticos tipo calculadora GRANMO para establecer la adecuada dimensión de la muestra, en este caso en concreto, la selección de pacientes vendrá determinada directamente por el universo muestral al que tenemos acceso. Así, en nuestro caso el universo muestral esperable será de 60 pacientes, puesto que el estudio se realizará en un centro clínico con esa capacidad, dividido en 2 plantas de 30 pacientes cada una, una con pacientes sin deterioro cognitivo y la otra con pacientes diagnosticados de demencia.

Los criterios de inclusión para los participantes en el estudio serán los siguientes:

- edad igual o superior a 65 años.
- estar ingresados en el periodo de estudio en el centro sanitario seleccionado.
- Expresar su voluntad de participar en el estudio (el participante, o su representante legal en su defecto, de existir incapacidad personal para hacerlo), mediante consentimiento informado que se adjunta (ver anexo).
- cumplir los criterios de la Escala GDS-FAST de Reisberg (ver anexo), considerando demencia una puntuación igual o superior a 3 (GDS 3= deterioro

cognitivo leve) y estado cognitivo preservado en caso de puntuación inferior a 3 (GDS<3= estado neurocognitivo normal o trastorno de memoria asociado a la edad).

Como criterios de exclusión:

- no cumplir con los criterios mencionados anteriormente.

3. Descripción de la intervención a practicar:

La intervención a practicar como trabajo de campo vendrá definida por la realización de una exploración visual bucodental de los 60 participantes a fin de conocer el estado de salud de la cavidad oral de los mismos. La exploración comprenderá la observación de la presencia o ausencia de las variables que se detallan posteriormente. (6)(7) (8) Todo ello, con la debida aprobación de la Comisión de Ética pertinente y previa autorización de los participantes y/o sus representantes legales,

4. Desarrollo del ensayo y evaluación de respuesta:

El desarrollo del ensayo se llevará a cabo durante un periodo de 3 meses de duración. En el primer mes del estudio se planteará la metodología a seguir, la definición de las variables, la confección de una tabla para la recogida de datos, las exploraciones bucodentales de los participantes del estudio (previsión: a razón de 4 pacientes por día durante 15 días, a días alternos.) y la elección de los métodos estadísticos a emplear. En el segundo mes y una vez tengamos completa la tabla de recogida de datos en relación a las variables seleccionadas, se realizará el análisis estadístico correspondiente.

Queda para el tercer mes del estudio la interpretación y descripción de los resultados obtenidos y la elaboración de conclusiones a la espera de poder corroborar la hipótesis de que la demencia puede ser un factor etiopatogénico determinante de afectación de la salud bucodental en la población anciana institucionalizada.

A continuación, se procede a describir las variables seleccionadas en el presente estudio y su categoría:

Variables generales:

- **Edad (años): agrupado en a) <80 años o b) 80 o más años**
- **Sexo: masculino o femenino**
- **Demencia: demencia / no demencia**

Variables específicas:

- **Caries / presencia de piezas dentales en mal estado**
- **Pérdida de piezas dentales**
- **Prótesis dental total o parcial**
- **Gingivitis (inflamatoria o infecciosa)**
- **Neoplasia**
- **Xerostomía**
- **Visita previsible al/del especialista (odontólogo)**

En todos los casos se trata de variables categóricas cualitativas nominales dicotómicas, que permiten respuesta SI/NO o categoría 0/1, siendo, por ejemplo, 0 la codificación de la ausencia de la variable y 1 su presencia. (9) (10) (11).

5. Efectos adversos derivados de la intervención:

Debido al tipo de estudio y considerando la intervención a practicar, no se contemplan probables efectos adversos derivados de la misma.

En todo caso, podemos citar como imponderables los siguientes:

- la falta de cooperación de los participantes derivada de la propia enfermedad.
- la muerte de alguno de los participantes durante el periodo de estudio, pudiendo tener que realizarse la sustitución por otro nuevo (ingresos).
- Aunque la exploración es sencilla, introducir algún sesgo por la falta de formación específica de los integrantes del proyecto (no odontólogos).

6. Aspectos éticos:

Para la realización del siguiente estudio se tendrán en cuenta los protocolos de ética previstos para la praxis de la investigación en estudios observacionales prospectivos transversales.

Se necesitará de la aprobación de la Comisión de Ética correspondiente, en este caso proporcionada por la Universitat Rovira i Virgili en la que se inscribe el Máster al que pertenece el presente estudio y se deberá obtener un consentimiento informado específico que adjuntamos a continuación. (Ver anexo).

Mediante la cumplimentación de dicho consentimiento informado nos aseguraremos que tanto los participantes como sus representantes legales en su defecto, entiendan perfectamente en qué consiste la intervención, los riesgos que puedan suponer, la libertad de participar o no, y la libre elección de abandonar la investigación en cualquier momento, sin que esto suponga ningún tipo de consecuencia negativa para ellos. También nos aseguraremos de mantener el anonimato de las identidades de los participantes, trabajando para la recogida y explotación de datos, con una base de datos codificada numéricamente de modo que la identidad de los participantes solo será conocida por el autor del proyecto, cumpliendo lo establecido según el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de abril de 2016 de Protección de Datos y la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos y Garantía de los derechos digitales.

7. Consideraciones Prácticas:

Antes de realizar la exploración bucodental de los participantes deberán tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- Presentarse cordialmente y explicar claramente la acción que se llevará a cabo y con qué fin.
- Buscar un lugar adecuado para realizar dicha exploración, donde se pueda mantener la intimidad, que tenga buena iluminación y donde tanto el participante

como el autor del estudio puedan estar de manera confortable. Por ejemplo, acostar al paciente si así está más cómodo y el campo visual aumenta o el uso de un taburete si la exploración se realiza mientras el paciente está sentado en una silla de ruedas.

- Adaptar el idioma para favorecer el entendimiento.

8. Análisis de los resultados y métodos estadísticos:

Se plantea un estudio de tipo observacional, prospectivo y transversal. En la realización del estudio se prevé que participarán 60 pacientes como universo muestral como ya se ha mencionado. De la explotación de los datos obtenidos en relación a las variables consideradas se procederá a practicar el correspondiente estudio descriptivo. Las variables cuantitativas se expresarán mediante la mediana y la desviación típica o estándar y las variables cualitativas, en forma de porcentajes. Se considerará significación estadística para un valor de $p < 0,05$. En cuanto al análisis estadístico, se considera que las muestras (colectivos a estudiar) son independientes y que las variables seleccionadas y a explorar son cualitativas / categóricas y binomiales / dicotómicas. Así, la comparación de variables cualitativas se realizará mediante la prueba estadística de Chi-cuadrado para muestras independientes. En caso de no cumplirse las normas de aplicación de los test estadísticos se aplicarán las pruebas no paramétricas.

Para la explotación de datos y la obtención de resultados se utilizará el paquete de programas de análisis estadísticos SPSS en la versión del centro.

Resultados

Resultados del análisis descriptivo

1) Descripción de la muestra:

El tamaño total de la muestra es de 61 casos. Si bien la muestra esperable era de 60 pacientes, durante el transcurso del estudio hubo una baja por defunción. Ya que del paciente difunto en cuestión ya se habían obtenido las variables correspondientes, se decidió incluir también los datos del paciente ingresado en su lugar, con la intención de aumentar el tamaño de la muestra, ya reducida de por sí. El sexo femenino resulta claramente predominante en la muestra estudiada, correspondiendo al 88.5% del total (54/61), y la edad media de la muestra es de ≥ 80 años en un 72.1% (44/61) -tabla 1-.

Perfil de la muestra (paciente "tipo" observado):

Así, el perfil del paciente "tipo" de la muestra sería el de mujer, de edad muy avanzada (≥ 80 años), afecta de demencia -en más de la mitad de los casos (subtipo: también mujer muy envejecida)-, con mala salud bucodental -en más de la mitad de los casos-, con pérdida de piezas dentales en prácticamente todos los casos (90.2%), prótesis -en menos de la mitad de los casos (42.6%)- y con seguimiento previsto por el especialista en sólo la cuarta parte de los casos (24.6%) (tabla 1). En este estudio, no se ha detectado ningún caso de neoplasia.

Tabla 1. Descripción de la muestra

VARIABLE	N = a 61 casos, n(%)
sexo(mujer)	54(88.5)
edad(≥ 80 años)	44(72.1)
demencia	33(54.1)
mujer	31(93.9)
≥ 80 años	27(81.8)
caries	40(65.6)
perdida de dientes	55(90.2)
prótesis	26(42.6)
seguimiento especialista	15(24.6)
gingivitis	40(65.6)
xerostomía	32(52.5)
neoplasia	0

2) Resultados del análisis estadístico

Relación entre salud bucodental y demencia

Los resultados del análisis estadístico muestran que existe un mayor número de casos de mala salud buco-dental entre los pacientes afectados de demencia mostrando diferencias estadísticamente significativas con los no dementes para caries (90.9% de los casos con demencia), pérdida de dientes (100% de los casos), gingivitis 90.9%) y muy probablemente para xerosis, (63.6%, $p=0.058$), resultado, que probablemente si la muestra hubiera sido mayor, hubiera sido estadísticamente significativo (tabla 2).

A su vez, se ha podido constatar que existe también una menor previsión de control por el especialista entre los dementes, siendo ésta solo del 18.2%, si bien la diferencia con los no dementes no resulta ser significativa (tabla 2).

Tabla 2. Salud bucodental y demencia

	No demencia (n=28)	Demencia (n=33)	P (Chi-cuadrado de Pearson)
Caries	10(35.7)*	30(90.9)	<0.0001
Perdida de dientes	22(78.6)	33(100)	0.005
Prótesis	12(42.9)	14(42.4)	NS
Seguimiento especialista	9(32.1)	6(18.2)	NS
Gingivitis	10(35.7)	30(90.9)	<0.0001
Xerostomía	11(39.3)	21(63.6)	NS

*nº de casos totales (% del total)

-valor de significación estadística $p<0.05$

3) Relación entre salud bucodental y demencia en función del sexo

No se puede establecer comparación de resultados entre los dementes de ambos sexos por la escasa muestra de casos de sexo masculino (2 casos).

En el sexo femenino, sí se ha podido observar un mayor número de casos de mala salud buco-dental entre los dementes siendo significativo para caries (90.3%), pérdida

de dientes (100%) y gingivitis (90.3%) y un menor porcentaje de casos con previsión de control por el especialista (19.4%), aunque sin significación estadística (tabla 3).

Tabla 3. Salud bucodental y demencia en función del sexo (mujer)

	No demencia (n=23)	Demencia (n=31)	P (Chi-cuadrado de Pearson)
Caries	8(34.8)*	28(90.3)	<0.0001
Pérdida de dientes	18(78.3)	31(100)	0.006
Prótesis	11(47.8)	13(41.9)	NS
Seguimiento especialista	8(34.8)	6(19.4)	NS
Gingivitis	10(43.5)	28(90.3)	<0.0001
Xerostomía	10(43.5)	20(64.5)	NS

*nº de casos totales (% del total)

-valor de significación estadística $p < 0.05$.

4) Relación entre salud bucodental y demencia en función de la edad

En los pacientes de menor edad se detecta peor salud buco-dental en los dementes, mostrando resultados estadísticamente significativos en relación con la presencia de caries (100%), patología gingival (100%) y con el peor control por el especialista (0%) que en los no dementes (45.5%). (tabla 4).

En los muy ancianos (≥ 80 a.), se detecta también mayor número de casos de mala salud bucodental entre los dementes obteniendo diferencias estadísticamente significativas con los no dementes para caries (88.9%), pérdida de dientes (100%) y gingivitis (88.9%). Se detecta también un pobre control por el especialista tanto en dementes como en no dementes no llegando ni al 25% en ambos grupos, sin diferencias significativas entre ambos (tabal 4).

Tabla 4. Salud bucodental y demencia en función de edad.

Edad <80 años	No demencia (n= 11)	Demencia (n= 6)	p (Chi cuadrado de Pearson)
Caries	6(54.5)*	6(100)	0.049
Perdida de dietes	8(72.7)	6(100)	NS
Prótesis	3(27.3)	1(16.7)	NS
Seguimiento especialista	5(45.5)	0	0.049
Gingivitis	6(54.5)	6(100)	0.049
Xerostomía	4(36.4)	4(66.7)	NS
Edad <80 años	No demencia (n= 17)	Demencia (n= 27)	P (Chi cuadrado de Pearson)
Caries	4(23.5)	24(88.9)	<0.0001
Pérdida de dientes	14(82.4)	27(100)	0.024
Prótesis	9(52.9)	13(48.1)	NS
Seguimiento especialista	4(23.5)	6(22.8)	NS
Gingivitis	4(23.5)	24(88.9)	<0.0001
Xerostomía	7(41.2)	17(63.0)	NS

*nº de casos totales (% del total)

-valor de significación estadística $p < 0.05$.

Conclusiones.

A modo de conclusiones, podemos afirmar que en la población anciana institucionalizada estudiada:

1. Se observa una alta prevalencia, tanto de demencia como de mala salud bucodental.
2. Tanto la prevalencia de demencia como la de mala salud bucodental aumentan con la edad.
3. La mala salud bucodental está infravalorada como problema de salud e infratratada en la población anciana, y más entre los dementes y los muy ancianos.
3. El sexo femenino es un probable vector de presencia de demencia y de mala salud bucodental en la población anciana.
4. La demencia es un factor determinante de mala salud bucodental en la población anciana (en relación con la caries, pérdida de dientes, gingivitis y probablemente xerosis) y del pobre seguimiento sistematizado, así como del infratratamiento por el especialista, sobre todo con la edad.

Discusión

El fenómeno de envejecimiento poblacional que se está viviendo va en aumento. Conseguir un envejecimiento saludable, es un reto para los profesionales de la salud. Pero, aunque la gran mayoría de la población tiene presente la salud bucal mientras se goza de buena salud general, parece ser que a medida que envejecemos y nos volvemos dependientes, gozar de buena salud bucodental, va perdiendo protagonismo.

La comorbilidad asociada, la polifarmacia, el deterioro general y por supuesto el deterioro cognitivo, hacen que cada vez sea más complicado realizar las curas y tratamientos bucales pertinentes, (tanto por parte del propio paciente, como por parte de los profesionales de la salud involucrados) que garanticen mantener una buena salud bucodental.

El objetivo de este trabajo es recalcar la problemática existente sobre esta temática y realizar una fotografía en un centro determinado, en un momento determinado.

Como limitaciones en la realización del estudio, cabe recalcar que contamos con una muestra poblacional reducida ($n= 61$), y que se cuenta, a su vez, con una muestra de hombres muy reducida, ($n=7$). Así, en nuestro estudio, no se ha detectado ningún caso de neoplasia, probablemente debido al tamaño reducido de la muestra, ya que, según la bibliografía consultada, la incidencia de neoplasias bucales puede llegar a ser del 4% (12); por lo que probablemente los datos obtenidos no sean extrapolables a la población general.

Otra limitación con la que cuenta el estudio es que las valoraciones bucales de los pacientes han sido realizadas por el investigador que suscribe, cuya profesión es la de enfermería y no odontología, así, por ejemplo, la presencia de caries se ha entendido como el hecho de encontrar piezas dentales en mal estado, intentando evitar así introducir el menor sesgo posible. (12)

A pesar de la búsqueda realizada con las palabras clave del estudio ya mencionadas, mediante los buscadores *Pubmed*, *Medline*, *Scielo* y también revisando las revistas científicas del grupo editorial *elsevier*, no hemos encontrado un estudio semejante con el que podamos comparar los resultados obtenidos, lo cual refuerza nuestra idea de que la mala salud bucodental en la población anciana, sana o demente, representa una problemática de salud infradetectada e infravalorada y en la que se deberían implementar nuevas líneas de investigación ya que a nuestro entender se trata de un problema de salud vigente y de gran interés público.

Por otra parte, y en relación con los profesionales de la salud, cabe señalar que en el día a día nos enfrentamos a una gran dificultad para realizar las curas bucales, ya sea por la actitud de rechazo de los propios pacientes, por las limitaciones físicas propias del paciente (espasticidades extremas o malformaciones exageradas debidas a evoluciones finales de sus patologías...), por la pérdida de interés de dichos pacientes, por no ser prioritarias frente a problemas mayores, o por un declive del estado general, lo cual comporta que no sean derivados a odontólogos o anestesiistas o que éstos no puedan realizar sus técnicas.

Todos estos factores en conjunto hacen un coctel cuyo resultado final es un abandono general y pérdida de interés sobre la salud bucodental en las etapas finales de la vida, quedando relegadas como problema de salud a segundo plano o ignoradas directamente. Si a esto se le añade la imposibilidad del paciente para poder comunicar su malestar bucal en situaciones como la demencia, se crea, a nuestro entender, una

problemática de salud grave y de una prevalencia poblacional alarmante en la cual todos los profesionales involucrados deberíamos mostrar mayor interés i hacer mayor hincapié.

ANEXOS:

1- Escala GDS-FAST de Reisberg.

2- Consentimiento informado.

3- Escala de GOHAI

ESCALA DE DETERIORO GLOBAL (GDS-FAST)

Estadio	Fase clínica	Características FAST	Comentarios
GDS 1. Ausencia de déficit cognitivo	Normal MEC: 30-35	Ausencia de déficit funcionales objetivos o subjetivos.	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo
GDS 2. Déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad. Olvido MEC: 25-30	Déficit funcional subjetivo	Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3. Déficit cognitivo leve	Deterioro límite MEC: 20-27	Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan familiares y amigos	Primeros defectos claros. Manifestación en una o más de estas áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Haberse perdido en un lugar no familiar • Evidencia de rendimiento laboral pobre • Dificultad para recordar palabras y nombres • tras la lectura retiene escaso material • olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor • escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva. La negación como mecanismo de defensa, o el desconocimiento de los defectos, empieza a manifestarse. Los síntomas se acompañan de ansiedad leve moderada
GDS 4. Déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve MEC: 16-23	Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación de comidas cuando hay invitados	Defectos manifiestos en: <ul style="list-style-type: none"> • olvido de hechos cotidianos o recientes • déficit en el recuerdo de su historia personal • dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7. • incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas Frecuentemente no hay defectos en: <ul style="list-style-type: none"> • orientación en tiempo y persona • reconocimiento de caras y personas familiares • capacidad de viajar a lugares conocidos Labilidad afectiva Mecanismo de negación domina el cuadro

<p>GDS 5. Déficit cognitivo moderadamente grave</p>	<p>Enfermedad de Alzheimer moderada MEC: 10-19</p>	<p>Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones</p>	<p>Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero sí para elegir su ropa Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares) Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos</p>
<p>GDS 6. Déficit cognitivo grave</p>	<p>Enfermedad de Alzheimer moderada mente grave MEC: 0-12</p>	<p>Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse; específicamente, pueden identificarse 5 subestadios siguientes: a) disminución de la habilidad de vestirse solo b) disminución de la habilidad para bañarse solo c) disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo d) disminución de la continencia urinaria e) disminución de la continencia fecal</p>	<p>Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir Retiene algunos datos del pasado Desorientación temporo espacial Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria Puede presentar incontinencia Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos Ritmo diurno frecuentemente alterado Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva)</p>
<p>GDS 7. Déficit cognitivo muy grave</p>	<p>Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0</p>	<p>Pérdida del habla y la capacidad motora Se especifican 6 subestadios: a) capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras b) capacidad de habla limitada a una única palabra c) pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda d) pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda e) pérdida de la capacidad para sonreír f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida</p>	<p>Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulación Con frecuencia se observan signos neurológicos</p>

Reisberg B, Ferris SH, Anand R, De Leon MJ, Schneck MK, Buttinger C. Functional staging of dementia of the Alzheimer's type. *Ann NY Acad Sci* 1984; 435: 481-483.

consentiment informat

IMPACTE DE LA DEMÈNCIA SOBRE LA SALUT BUCODENTAL.

Si us plau, llegiu acuradament aquest document de consentiment abans de decidir-vos a participar en aquest estudi. l'objectiu d'aquesta investigació es intentar relacionar l'afectació de la demència amb la salut bucodental dels pacients ingressats en la clínica. La intervenció que es durà a terme és simplement observacional i consisteix en fer una exploració de la cavitat bucal del participant, no es realitzaran ni fotografies ni vídeos.

No hi ha riscos de cap tipus en la participació d'aquesta investigació.

Si decidiu participar-hi, la vostra identitat (o la del vostre familiar participant) i les dades obtingudes tindran garantida la total confidencialitat, formaran part d'una base de dades que serà anònima i codificada numèricament de manera que la identitat de cada participant només la coneixerà l'autor de l'estudi garantint la protecció de dades.

Així, la seva confidencialitat estarà protegida d'acord amb el Reglament 2016/679 del Parlament

Europeu i del Consell del 27 d'abril de 2016 de Protecció de Dades i Llei Orgànica 3/2018 de 5 de desembre de Protecció de Dades i Garantia dels Drets digitals.

La participació en aquest estudi és completament voluntària. No hi ha cap penalització per no participar-hi. Teniu el dret a retirar-vos de l'estudi en qualsevol moment sense donar explicacions i sense conseqüències negatives; només ens ho heu de comunicar per qualsevol mitjà.

En cas de dubte podeu contactar amb: Carles(infermer) per realitzar qualsevol consulta

Estic d'acord a participar-hi

Nom i cognoms del representant legal

_____ Nom i cognoms del pacient

Signatura _____ Data:

_____ Investigador/a:

Signatura _____ Data:

Item	Dimensions of OHQOL	Items in GOHAI scale In the past 3 months
Q1	Physical function	How often did you limit the kinds or amounts of food you eat because of problems with your teeth or dentures?
Q2	Physical function	How often do you have trouble biting or chewing any kinds of food, such as tough meat or apples?
Q3	Physical function	How often were you able to swallow comfortably?
Q4	Physical function	How often have your teeth or dentures prevented you from speaking the way you wanted?
Q5	Pain or discomfort in the mouth	How often were you able to eat anything without feeling discomfort?
Q6	Psychosocial function	How often did you limit contacts with people because of the condition of your teeth or dentures?
Q7	Psychosocial function	How often were you pleased or happy with the looks of your teeth and gums, or dentures?
Q8	Pain or discomfort in the mouth	How often did you use medication to relieve pain or discomfort from around your mouth?
Q9	Psychosocial function	How often were you worried or concerned about the problems of your teeth, gums or dentures?
Q10	Psychosocial function	How often did you feel nervous or self-conscious because of problems with your teeth, gums, or dentures?
Q11	Psychosocial function	How often did you feel uncomfortable eating in front of people because of problems with your teeth or dentures?
Q12	Pain or discomfort in the mouth	How often were your teeth or gums sensitive to hot, cold, or sweets?

BIBLIOGRAFIA:

1.

Gil P, Regidor J, Arriola E, Augusto García J, Ruipérez I. La demencia en España: evolución desigual entre las necesidades de los pacientes y la oferta asistencial desde la geriatría. *Revista de Calidad Asistencial* 2007 Sep 1 ;22(5):234–42. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-la-demenciaespana-evolucion-desigual-13110904>

2.

Schaefer Ferreira de Mello AL, Reibnitz Junior C, Lorenzini Erdmann A. El cuidado a la salud bucal del anciano: buenas prácticas fundamentadas en el paradigma de la promoción de la salud. *Gerokomos* 2009 Jun 1 20(2):65–72. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000200003

3.

Zuluaga DJM, Montoya JAG, Contreras CI, Herrera RR. Association between oral health, cognitive impairment and oral health-related quality of life. *Gerodontology*. 2011 Aug 24;29(2):e667–73. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1741-2358.2011.00542.x>

4.

Klotz A-L, Hassel AJ, Schröder J, Rammelsberg P, Zenthöfer A. Oral health-related quality of life and prosthetic status of nursing home residents with or without dementia. *Clinical Interventions in Aging* . 2017 Apr Volume 12:659–65. Available from: <https://www.dovepress.com/oral-health-related-quality-of-life-and-prosthetic-status-of-nursing-h-peer-reviewed-article-CIA>

5.

Ming Y, Hsu S-W, Yen Y-Y, Lan S-J. Association of oral health–related quality of life and Alzheimer disease: A systematic review. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2019 Nov; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31753458/>

6.

Natalia M-P Paula, Daniela A-L, Camila M María. Una mirada al manejo odontológico del paciente geriátrico con demencia. *CES Odontología*. 2017 Jun 1;30(1). Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2017000100006

7

Ximena GS, Alejandra LF, Angie LN. Evaluación de la salud bucal y su relación con la calidad de vida de los adultos mayores en el municipio Puerto Gaitan.2019. Available from: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/7665/1/2019_evaluacion_salud_bucal.pdf

8.

Berner J, Will P, Loubies R, Vidal P. Examen físico de la cavidad oral Physical examination of the oral cavity. Med Cutan Iber Lat Am . 2016;44(3):167–70. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2016/mc163c.pdf>

9.

Fernando RG, Luis AM, Isabel CG, Bautista NE. Orientaciones generales para la valoración de la salud bucal por profesionales de medicina y enfermería dentro de la valoración integral de la salud. minsalud. 2021. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/salud_bucal-valoracion-integral-curso-vida2021.pdf

10.

Beatriz, María S, Fernández Laplace, Josué, Quiñones Márquez, Dinorah, Piña Suárez, Lizzy, Castellanos Almestoy, Lourdes. Enfermedades bucales en el adulto mayor. Correo Científico Médico. 2013;17(4):477–88. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008

11.

Jablonski-Momeni A. Diagnóstico clínico de la caries: una visión de conjunto. Quintessence. 2012 Oct 1;25(8):441–8. Available from: <https://www.elsevier.es/esrevista-quintessence-9-articulo-diagnostico-clinico-caries-una-visionS0214098512001754>

12.

Blanco Carrión A, Velasco Ortega e, López López J, Gándara Rey JM. Precáncer oral en el paciente anciano. Revista Española de Geriatria y Gerontología.1998 Dec 1;33(91):9133-40. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanolageriatria-gerontologia-124-articulo-precancer-oral-el-paciente-anciano-13006036>.

13.

Gutiérrez Quiceno B, Calzada Gutiérrez MT, Fandiño Losada A. Cultural adaptation and validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index - GOHAI - Colombian version. *Colombia Medica*. 2019 Jun 30;102–14. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342019000200102&lng=pt&nrm=iso&tlng=es