

VÍNCULO ENTRE LA SALUD ORAL Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. APOORTE DE LA ORTODONCIA-ORTOPEDIA A LA SALUD BUCAL DEL ADULTO MAYOR

PARTE 1

“SALUD ORAL PARA UNA POBLACIÓN EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO: EVIDENCIA DE UN DERECHO FUNDAMENTAL” (FDI OCTUBRE DE 2017)

*DRA. BEATRIZ LEWKOWICZ**

*Especialista en ortodoncia. Miembro Comité Científico Carrera de Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial,” Universidad Favaloro, Ateneo Argentino de Odontología.

Equipo docente: “Clínica Ortodoncia Adultos.” Dras.: Beatriz Lewkowicz, Rosana Celnik, Maria Concepción Cocco, Gabriela Conci, Graciela Resnik, Mirta Resnik, Marisa Schevitz. Docentes auxiliares: Mariana Lian y Mariela Kokuta.

RESUMEN

- Salud oral y estética de la boca, su importancia en la calidad de vida.
- La enfermedad oral no es una consecuencia inevitable del envejecimiento.
- Control sistemático y regular.
- Integración de la salud oral a la salud general.
- Formación de odontólogos especialistas, capacitados en la integración del equipo de salud geriátrica.

Palabras claves: envejecimiento saludable, calidad de vida, salud oral, autopercepción, perfil de impacto de enfermedad, evaluación geriátrica integral.

ABSTRACT

- Aesthetics and Oral hygiene, their importance in the quality of life.
- Oral disease is not an inevitable consequence of aging.
- Integration of oral hygiene to overall health.
- Systematic and regular control.
- Training odontologists to join in the comprehensive geriatric healthcare team.

Keywords: healthy aging, quality of life, perception, disease burden, comprehensive geriatric evaluation.

INTRODUCCIÓN

Objetivo

El objetivo de esta presentación es aportar criterios clínicos preventivos y asistenciales, a fin de asegurar salud oral y calidad de vida en los adultos mayores.

Para ejemplificar los criterios asumidos haremos una somera reseña de las características del paciente adulto mayor y los condicionamientos médicos de su atención. A tal fin presentaremos pacientes adultos mayores atendidos en la Clínica de Ortodoncia Adultos de la Carrera de Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Máxilofacial, Universidad Favaloro, Ateneo

Argentino de Odontología con eje en el aporte de la ortodoncia en la recuperación de la estética y funcionalidad del sistema estomatognático. En este primer capítulo nos dedicaremos a pacientes mayores de 65 años.

La población mundial está envejeciendo

La rápida emergencia de una sociedad más longeva es el resultado del progreso humano, su desarrollo es más veloz que la implementación de políticas educativas y de salud que consideren las particularidades de este grupo etario (1).

Según las Naciones Unidas el número de personas mayores de 60 años pasará de 600 millones en el 2000, a 1.200 millones en el 2025, y a casi 2.000 millones en 2050 (2).

En la República Argentina el proceso de envejecimiento de la población ha avanzado de manera sostenida durante el siglo XX, siendo uno de los países más envejecidos de la región; 10,2% de la población tiene 65 años y más. Se verifica también que este proceso ha sido acompañado por una feminización de la vejez. Se estima que la cifra actual de 7 millones de personas mayores de 60 años; 5,7 millones en el Censo de 2010; se incrementará a 8 millones para 2025.

Las principales razones de este proceso de envejecimiento de la sociedad son el aumento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de natalidad.

“ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

ADULTOS MAYORES 2012”

Objetivo principal: información sobre la calidad de vida de la población mayores de 65 años. República Argentina, en 2012 el Ministerio de Bienestar Social realiza una encuesta de nivel de satisfacción vital a personas mayores de 65 años, con el objeto de evaluar la calidad de vida de adultos mayores “Encuesta Nacional de Calidad de Vida Adultos Mayores 2012; entrevista a 4656 personas mayores de 65 años. Los resultados son muy interesantes (9):

Allí se plantearon los siguientes **objetivos específicos:**

- Autopercepción del estado de salud y la memoria de los adultos mayores.
- Identificar a la población con determinados problemas de salud (deficiencias de tipo visual, auditiva, odontológicas, incidencia de caídas).

- Caracterizar a la población con limitaciones para realizar las actividades básicas y funcionales de la vida diaria.
- Describir el nivel de participación en actividades recreativas sociales, culturales, artísticas, deportivas y comunitarias.
- El uso del tiempo libre y el manejo de objetos tecnológicos.
- Identificar el nivel de satisfacción con la vida y la percepción sobre la sexualidad.

Los resultados de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores muestran la diversidad de un grupo poblacional.

EL ENVEJECIMIENTO Y LA SALUD

El envejecimiento está asociado a la declinación de funciones vitales para la vida, proceso que no puede detenerse. La salud oral está comprendida en este proceso.(3) Disminuyen las destrezas físicas y, a veces, no pueden cumplir con la rutina que implica la higiene oral.

La salud oral es una parte fundamental de la salud general y el bienestar, la boca es comúnmente descrita como el “espejo del cuerpo”. Desde el plano emocional, el deterioro de la salud oral limita la calidad de vida y la interacción social. Son un grupo de riesgo con múltiples enfermedades concurrentes, polifarmacia, atención médica fragmentada, y han sufrido procesos iatrogénicos

Además de los clásicos “gigantes geriátricos” inmovilidad, inestabilidad, incontinencia, memoria/intelecto alterado se han descrito muchos otros problemas asociados con el envejecimiento.

Es una población con múltiples enfermedades crónicas, pluripatología; y secuelas de mala praxis, iatrogenia, etc. En consecuencia, tratamientos farmacológicos más prolongados y complejos, poli-medicación.

Tienen habitualmente dependencia social y económica, situaciones clínicas complejas, y necesidad de ayuda para cumplir las actividades diarias

El Profesor Ira Lamster, Director del International Dental Journal (IDJ), publicó en el número especial dedicado a **salud oral y envejecimiento** que la asociación de la inflamación oral con ciertas enfermedades no transmisibles, principalmente enfermedades cardiovasculares y diabetes, es un ejemplo importante

de cómo en el envejecimiento la atención médica y oral deben integrarse.

El enfoque de tratamiento para esta población debe ser multidimensional con participación de la odontología en la evaluación geriátrica integral.

EL SISTEMA MASTICATORIO ES UNA UNIDAD COMPLEJA

Cumple funciones básicas para la vida; hablar, sonreír, saborear, masticar, tragar, besar y de interacción social “Una dentición funcional y estéticamente satisfactoria es un componente esencial del envejecimiento saludable” (4).

Esta generación tiene una historia odontológica con gran morbilidad, comparten una época en donde la mutilación dentaria era habitual. Tiene necesidad de atender múltiples problemas de su boca, padecen mialgias, trastornos funcionales en la masticación, el habla, la deglución o respiración, reconocen el avance rápido de sus problemas y deben afrontar altos costos de la atención odontológica.

A pesar de los adelantos científicos y tecnológicos, el edentulismo total o parcial persiste, resultado de periodontitis severa, caries no tratadas y/o caries radiculares emergentes.

El edentulismo compromete funciones orales; la elección de alimentos estará regida por la incomodidad de la masticación, aun con prótesis, la disminución de papilas gustativas y la generalización de la xerostomía. Ello resulta en un deterioro de la salud por compromisos nutricionales.

LA SALUD ORAL INTEGRADA

A LA SALUD GENERAL DEL ADULTO MAYOR

Cuando hablamos de envejecimiento tenemos que diferenciar entre el envejecimiento primario. En el envejecimiento fisiológico se evidencian cambios fisonómicos, estructurales y funcionales; intrínsecos del organismo y resultado de la acumulación de daños de los tejidos. Es un fenómeno multifactorial, como primer facto etiológico soporta la teoría del estrés oxidativo, caracterizado por la declinación funcional de todas los sistemas corporales y una modificación cualitativa del sistema de inmunidad.

En el caso del envejecimiento secundario, factores externos se suman a la acumulación del daño, traumas y enfermedades adquiridas conducen a defectos e incapacidades (5).

CONDICIONAMIENTOS POR

ENVEJECIMIENTO: PROBLEMAS ORALES

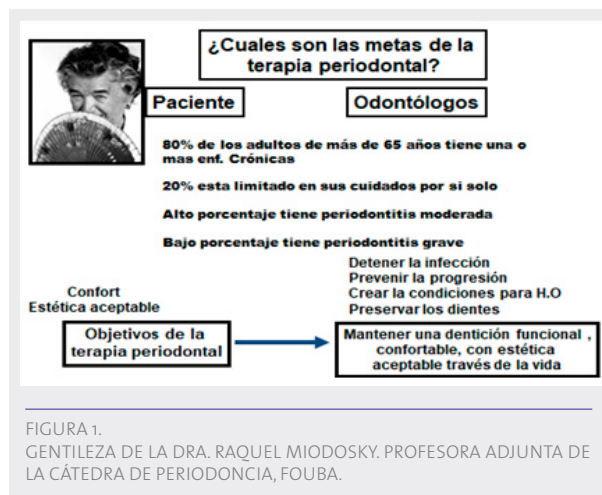
DEL PACIENTE ADULTO MAYOR

El enfoque terapéutico de la medicina geriátrica está centrada en identificar factores que permitan mejorar calidad de vida.

El foro de este año de la Federación Dental Internacional (FDI) se centró en los vínculos entre la salud bucal y envejecimiento saludable; promoviendo estrategias y variedad de políticas de comunicación dedicándose a profundizar el debate sobre los temas más recientes relacionados con la salud oral del adulto mayor.

A pesar de la prevención y de todos los progresos tecnológicos y técnicas restauradoras, las caries, la periodontitis y la pérdida de dientes siguen siendo una realidad, aun en los países desarrollados. En Suiza el 97,4% de la población anciana lleva algún tipo de prótesis, y el 85,9% lleva prótesis removible.(6)

Al respecto la FDI, recomienda prevención, control sistemático y regular, integración de la salud oral con la salud total (7).



La enfermedad oral no es una consecuencia inevitable del envejecimiento, puede prevenirse o reducirse mediante medidas preventivas y atención de los factores de riesgo; el control de la salud oral debe incluirse en el control de la salud total.

CAMBIOS FUNCIONALES Y ESTRUCTURALES

EN EL SISTEMA BUCO FACIAL ASOCIADOS

CON LA EDAD

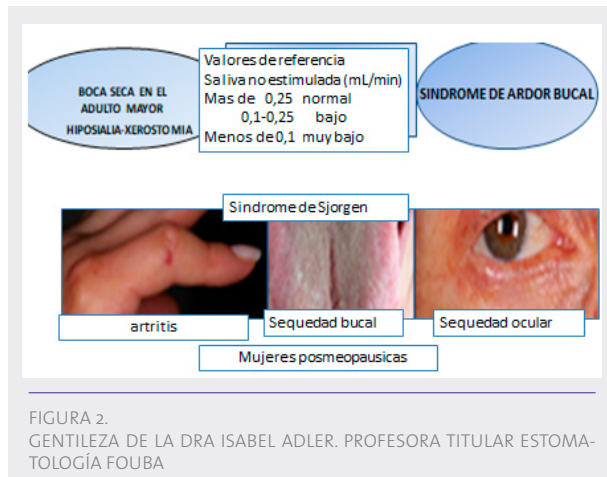
El envejecimiento es un proceso continuo e irreversible. La mayoría del personal de salud está familiarizado con las enfermedades más comunes y prevalentes

de la población geriátrica, pero pocos conocen los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento.

No podemos mirar a los pacientes como un “par de arcadas dentarias”. Sintéticamente enunciaremos los cambios esperables con el envejecimiento.

Sequedad bucal

Frecuente problema en el adulto mayor, con compromiso funcional en la deglución y en la nutrición del adulto mayor (10).



Mayor incidencia en mujeres posmenopausia

Hay que destacar la necesidad de estar atentos a los efectos de una combinación de enfermedades concretas y los problemas asociados con la polimedicación y su repercusión sobre los tratamientos bucales, pero también al efecto que los tratamientos dentales pueden tener sobre salud y el bienestar del paciente.



Cambios de rostro y sonrisa

Nuestro rostro registra los cambios biológicos de las distintas etapas de la vida, está influida por las expe-

riencias y percepciones. Refleja atributos fisiológicos, sociales y psicológico. Nos identifica socialmente, tiene un rol importante en nuestra autoestima, y nos vincula con el mundo exterior.

El rostro expresa el estado emocional, tristeza, dolor, alegría, depresión.

En consecuencia, mirar al paciente de frente es parte indispensable para comprender la demanda solicitada o reservada del paciente, completa la información volcada en el formulario de autopercepción.

Con la edad, aparecen las arrugas, consecuencia del adelgazamiento de la piel y de deshidratación; en algunos adultos, párpados y contorno de los ojos enrojecidos justifican preguntar por dificultad para formar bolo alimenticio, por posible xerostomía. Ojeras marcadas suelen ser evidencia de bruxismo, interesa relacionarlas con mialgias, particularmente del haz anterior de los temporales.

El labio superior se adelgaza y desciende. La sonrisa tiende a disminuir verticalmente, y a ensancharse transversalmente; la habilidad de los músculos para generar una sonrisa amplia decrece con la edad y prevalece una línea de sonrisa baja.

Crece la demanda de atención del arco dentario inferior. Una significativa disminución, de 1,5 a 2 mm, de visualización de los incisivos superiores acontece durante el paso de los años. Simultáneamente, el grupo incisivo inferior se expone en el habla. Salvo excepciones las desarmonías de inserción gingival no quedan expuestas.

Los dientes presentan signos evidentes del envejecimiento

Pierden sensibilidad a los estímulos, la erosión, la abrasión y el desgaste provocan pérdida de tejidos duros de los bordes incisales y oclusales, dejando expuesta a la dentina. Tienen mayor probabilidad de presentar grietas tinciones, apiñamientos y fracturas dentarias.

Disminución de la masa muscular. Capacidad funcional disminuida. Atrofia alveolar. Desnutrición

Una de las consecuencias más evidentes del envejecimiento es la pérdida de masa muscular.

Los músculos necesitan frecuente y periódica activación para mantener su función. A menudo, los pacientes edentulos sufren una manifiesta disminución de masa muscular masticatoria, y dificultad en la masticación. A falta de piezas dentarias, prótesis

desadaptadas llevan al déficit de la masticación primer paso de la digestión, selección de los alimentos, con consecuencia en la nutrición.

El control motor se deteriora con la edad; la limitación de la habilidad motora también afecta el control de la prótesis. En los músculos masticatorios, la atrofia puede acentuarse con el uso de prótesis completa, el temor a su desplazamiento y el dolor en el tejido de soporte, limita la fuerza ejercida en los dientes artificiales.

La atrofia se magnifica por la ausencia de piezas dentarias, con mayor envergadura en la mandíbula, y se agrava en presencia de enfermedad periodontal.

La masa ósea responde positivamente a los estímulos fisiológicos de las piezas dentarias y las cargas óseas de las prótesis dentales no son un estímulo adecuado para prevenir la atrofia (11).

Edentulismo parcial. Complejización estructural.

Declinación funcional. Sintomatología dolorosa.

Hueso y reborde alveolar

Con el envejecimiento se produce una disminución de la masa ósea cortical y trabecular, conlleva a un aumento de la fragilidad, con fracturas y micro fracturas.

La pérdida de estructuras dentarias lleva a una sobreactuación de compensación. Para cumplir la función de masticación y deglución suelen necesitar ciclos masticatorios más largos. El edentulismo parcial de larga data obliga a la mandíbula a una posición excéntrica en busca de una intercuspidad que habilite la masticación y deglución, requiriendo una adaptación de las ATM. Las cargas actúan con diferente presión en las ATM; cuando una articulación no se encuentra en una relación estable, pueden distender los ligamentos discales, aplastar al disco y generar grandes lesiones. Modifica la relación ortopédica de la mandíbula con el macizo craneofacial.

La articulación temporomandibular presenta una mayor prevalencia de signos y síntomas degenerativos. Los ligamentos de la articulación pierden elasticidad provocando una mayor movilidad del cóndilo.

Ejemplo clínico n.º 1

Paciente con múltiples espacios edentulos.

- Trastorno temporomandibulares (TTM) y sensibilidad miofascial
- Demanda de tratamiento por problemas estéticos funcionales
- Dificultad masticación, deglución

- Grandes pérdidas de estructura alveolar
- Senda de apertura. desvío mandibular hacia la izquierda
- Contacto prematuro 2-7-4-7
- Artrosis (cóndilo izquierdo)
- Pérdida tuberosidad anterior y posterior. Fosa glenoidea



FIGURA 4



FIGURA 5

Sistema nervioso

Disminución de neuroplasticidad; la velocidad de conducción de los nervios periféricos disminuye la sensibilidad de los mecanoreceptores y, en consecuencia, hay dificultad de aprender nuevos patrones de movimiento. En el envejecimiento es difícil modificar hábitos de conducta neuromuscular.

Mucosa oral- Prótesis removible. Estomatitis

La mucosa oral se vuelve más fina, y menos elástica, y más vulnerable a las lesiones mecánicas. Las prótesis desadaptadas concurren a generar lesiones en

la mucosa oral. Surge la necesidad de informar al paciente o persona a cargo de su cuidado la necesidad de higiene adecuada y diaria de toda aparatología removible. También, advertir sobre la necesidad de chequeo odontológico para evaluar y la adecuación de la prótesis a los cambios de las estructuras.



FIGURA 6

CONTEXTO PSICOLÓGICO

Se sabe poco sobre el envejecimiento psicológico, para algunos autores los mayores presentan una actitud de mayor aceptación y de expectativas más realistas, tener menor stress les permite ser más felices.

Por otro lado, hay una prevalencia de depresión y aislamiento social, a medida que parejas y amigos fallecen, que se suman a la disminución de capacidades vitales.

El envejecimiento y la dependencia en algunas actividades no implica automáticamente que la persona pierda su capacidad de decidir, respecto a su tratamiento, y a los aspectos económicos.

El paciente debe recibir toda la información referida a sus problemas orales, y los riesgos de realización o no de determinado tratamiento. La manipulación psicológica puede constituir un maltrato. Frente a tratamientos complejos debe darse tiempo para la consulta con personas de su confianza.

CALIDAD DE VIDA

Una tendencia generalizada considera a los adultos mayores como una población relativamente homogénea. Pertenecen a una generación; pero son personas con muy distintas necesidades y expectativas en todos los órdenes de la vida.

La ancianidad no constituye solo un proceso biológico; es también un concepto histórico y cultural. Si

bien existen enfermedades capaces de acelerar el envejecimiento, el mismo padecimiento afectará de diferente modo según las circunstancias personales y de contexto.

La calidad de vida es definida por la OMS como “La percepción personal del individuo de su situación de vida, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas e interés”.

La percepción de salud es una variable multidimensional dependiente tanto de factores internos como externos. Refleja la satisfacción del individuo con su salud.

La autoestima y el bienestar, puede ser afectado por trastornos en la cavidad oral. Esta afirmación dio lugar al concepto de Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral (CVRSO), que puede convertirse en una herramienta que permita comprender el comportamiento del paciente desde una perspectiva más amplia dentro de la práctica clínica (8).

Como miembros de la profesión dental, nos corresponde ser conscientes de las necesidades e inquietudes especiales de las personas mayores y de los problemas generales de salud asociados con el envejecimiento que pueden afectar tanto las enfermedades como el tratamiento dental” (en la presentación de ejemplos clínicos podrá apreciarse la ficha de autopercepción de salud oral usada en la Clínica de Ortodoncia Adultos).

CALIDAD DE VIDA Y SALUD ORAL.

PERCEPCIÓN. INDICADORES SUBJETIVOS

La calidad de vida relacionada con la salud oral es un concepto relativamente nuevo. Considera la autopercepción del individuo acerca de su salud oral.

Ha sido definida por la OMS como “la percepción del individuo, en su contexto sociocultural, relacionado con sus objetivos, expectativas e interés”. Los problemas estéticos, funcionales, fonéticos, etc., juegan un rol destacado en estética y autoestima. No es solamente un tema de los jóvenes.

Medir la calidad de vida conforme al estado bucodental resulta subjetivo al estar influenciado por distintos factores. Es imposible de observar de manera directa, motivo por el cual se han desarrollado instrumentos de medición, ficha de autopercepción; para estimar y complementar la evaluación física. El método “más directo” es el auto informe del propio sujeto.

Su importancia radica en que permite un cambio en el criterio odontológico hacia la definición de metas y resultados de tratamientos basados en la experiencia emocional, social, y funcional.

El paciente pasa a tener un papel más activo en el tratamiento; la aplicación lleva minutos y su información es de suma importancia para el buen desarrollo de la relación paciente-profesional.

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

Y SALUD BUCAL

En Salud oral (CVRSO): instrumentos de evaluación de la autopercepción

El cuestionario cuenta con siete dominios: funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social, y minusvalía (8).

1. DIFICULTAD FUNCIONAL

¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras?

¿El sabor de sus alimentos ha empeorado?

2. DOLOR FÍSICO

¿Ha sentido dolor en su boca?

¿Ha presentado molestia al comer?

3. MALESTAR PSICOLÓGICO

¿Le preocupan los problemas con su boca?

¿Se ha sentido estresado?

4. INCAPACIDAD FÍSICA

¿Ha tenido que cambiar sus alimentos?

¿Ha tenido que interrumpir sus alimentos?

5. INCAPACIDAD PSICOLÓGICA

¿Ha encontrado dificultad para descansar?

¿Se ha sentido avergonzado por problemas con su boca?

6. INCAPACIDAD SOCIAL

¿Ha estado irritable debido a problemas con su boca?

¿Ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias?

7. MINUSVALÍA

¿Ha sentido que la vida en general ha sido menos agradable?

¿Ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias?

El rostro y la boca, espejo psicológico y clínico de padecimiento e incapacidades físicas.

A continuación ejemplificaremos con pacientes adultos mayores demandantes de tratamiento por problemas estéticos que afectan su calidad de vida

Ejemplo clínico n.º 2

Paciente demanda tratamiento estético. Padece:

- Discapacidad motriz por traumatismo quirúrgico
- Estrés: bruxismo
- Contorno de ojos enrojecidos
- Dolor en las sienes
- Edentulismo parcial
- Raíces expuestas
- Abfracción de cuellos de dentarios por bruxismo
- Troneras interincisivas

Postratamiento: recuperación de la sonrisa.



FIGURA 7



FIGURA 8

Es interesante observar la expresión de los ojos y la sonrisa pre y post tratamiento. La recuperación de la sonrisa amplia y el autoestima.

Planificación y secuencia terapéutica interdisciplinaria:

- Adecuación de citas de consulta y eliminación de barreras físicas.

- Integración a la periodoncia, la ortodoncia, la endodoncia, la rehabilitación protética.
- Control y ajuste oclusal.
- El objetivo es una oclusión que asegure posición ortopédica mandibular y estética bucal, oclusalmente, estéticamente y económicamente realista.

Ejemplo clínico n.º 3

Paciente demanda estética, alineamiento grupo incisivo –fractura de incisivo lateral superior izquierdo 2.2 –mordida cubierta–.

La fractura es consecuencia de las abrasiones palatinas del grupo incisivo, agravada por mordida profunda.

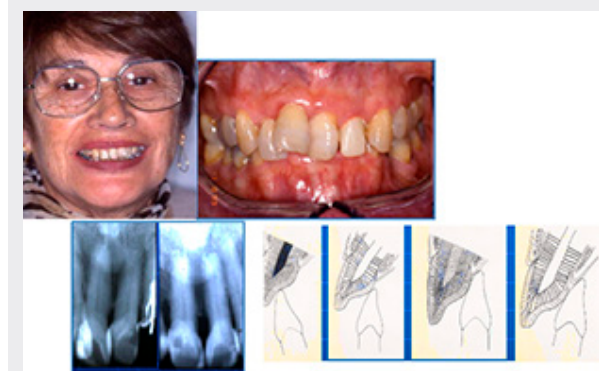


FIGURA 9. RADIOGRAFÍAS DE 2.2 ESQUEMA ABRASIONES PALATINAS EN MORDIDAS CUBIERTAS

Extracción y reemplazo del incisivo lateral izquierdo por canino –periodoncia, ortodoncia, cirugía y odontología restauradora–.

Estabilización con férulas oclusal en el arco superior, en particular cuando están asociadas a mordidas cubiertas, cumplen la función de protección del grupo incisivo, evitando que sufran el primer impacto de las fuerzas de cierre bucal. Todas las férulas oclusales aumentan la dimensión vertical. Este efecto es universal, con independencia de los objetivos terapéuticos.

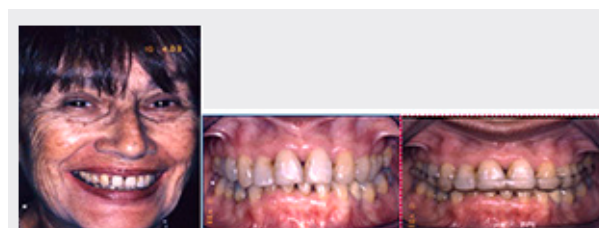


FIGURA 10

Ejemplo clínico n.º 4

Demanda estética: pérdida por fractura de incisivo inferior.

Terapéutico: aumento de tamaño mesio distal de incisivos-alineamiento, contención fija.

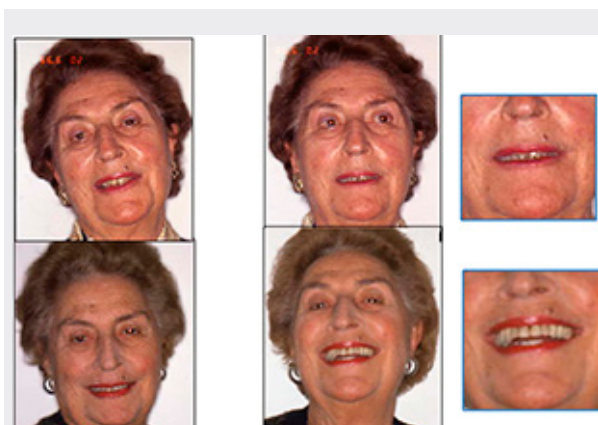


FIGURA 11. IMÁGENES: PRE Y POSTRATAMIENTO ORTODONCIA (OBSERVAR LA MIRADA). RECUPERACIÓN DE LA SONRISA AMPLIA Y AUTOESTIMA.

Ejemplo clínico n.º 5

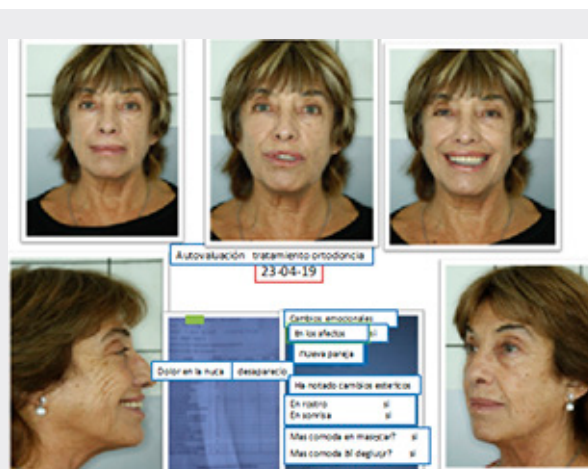
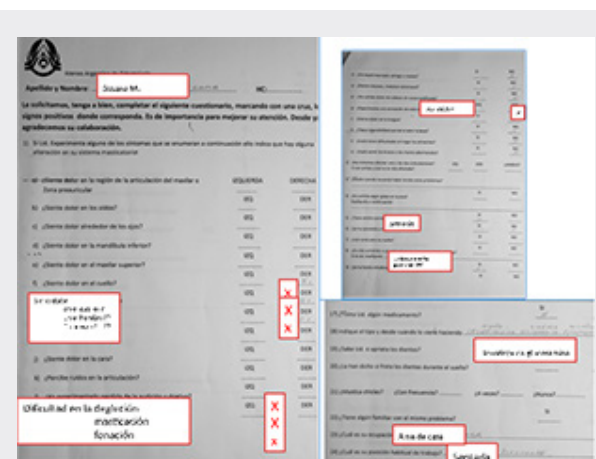
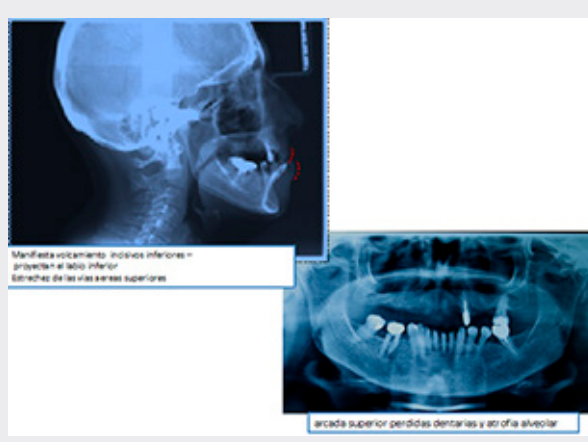
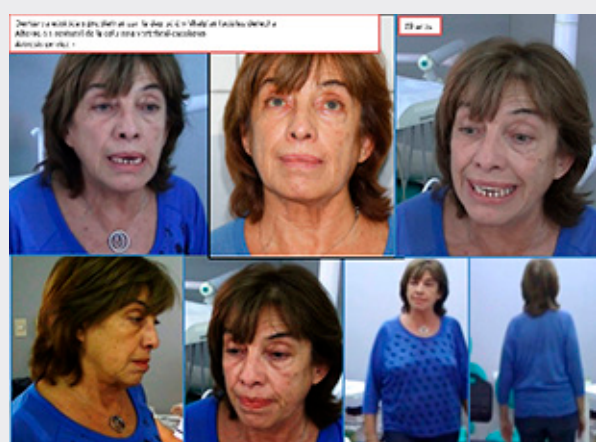
- Relación posición postural: desarmonía sistema estomatognático.
- Paciente que concurre en busca de una solución estética, su problema bucal tiene alto impacto en su autoestima, vida social y familiar.
- Escoliosis de columna vertebral.
- Desdentada casi total del arcada superior porta una prótesis removible con el paladar semi descubierto.
- Manifiesta dificultades en la masticación, deglución y fonación.

En la deglución, la mandíbula protruye y la lengua se adelanta, ejerciendo presión sobre los incisivos inferiores. Esta posición funcional de la lengua está asociada a la necesidad de aumentar el espacio de la vía aérea superior, muy reducida (ver imagen teleradiografía lateral).

Escoliosis de columna vertebral, posición postural asimétrica, hombro derecho descendido; actualmente padece artrosis de cadera, cuyo reemplazo está previsto al finalizar esta etapa del tratamiento.

Criterio terapéuticos

Se propone un tratamiento de rehabilitación oral asociado a su tratamiento de reeducación postural (RPG), que integra tratamiento de ortodoncia; reeducación de posición y función lingual y rehabilitación protética implanto asistida superior.



Los cambios estéticos, psicológicos y funcionales son evidentes y se manifiestan en la ficha de autoevaluación del tratamiento ortodóncico.

Habiendo solucionado su demanda estética, procederemos al reemplazo de la prótesis removible superior por una rehabilitación implanto asistida.

Estamos en un compás de espera, urge el reemplazo de su cadera para dar solución a dolores persistentes en las vértebras lumbares y rodilla derecha.

OBSERVACIONES

Los pacientes presentados fueron atendidos en la Clínica docente asistencial de Ortodoncia, Adultos, de la Carrera de Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Máxilofacial. , han completado: ficha de autopercepción-protocolo de síntomas-anamnesis médico-odontológica- examen funcional- imágenes- ficha de autoevaluación síntomas y cambios emocionales.

Este artículo continúa en el próximo número de la Revista. Abarcaremos los siguientes temas: apnea en el adulto mayor, rehabilitación ortodóncica protética del paciente parcialmente desdentado, bruxismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FDI ORAL HEALTH FOR AN AGEING POPULATION. (OHAP) FDI.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) National Dental Associations (NDSA)
3. GLICK M, MONTEIRO DA SILVA M, SEEGERER GK ET AL. FDI VISION 2020: SHAPING THE FUTURE OF ORAL HEALTH. Int Dent J 2012 62: 278–291.
4. PROFESOR IRA LAMSTER, LA SALUD ORAL DE LAS PERSONAS MAYORES. International Dental Journal, (IDI) 2018.
5. AN AET al., 2008a. Eur J Oral Sci 2008 feb.
6. F MULLER. S, BRATER tratamiento con implantes del paciente geriátrico ITI, vol 9, 2016).
7. LEWKOWICZ, BEATRIZ. “RONQUIDOS APNEAS DEL SUEÑO, SU TRATAMIENTO CON APARATOLOGÍA ORTOPÉDICA” Revista del Ateneo Argentino de Odontología. 43,3 (2004):11-22.
8. DIAZ-REISSNER, C. V.; CASAS-GARCÍA, I.; ROLDÁN-MERINO, J. Calidad de vida relacionada con salud oral: Impacto de diversas situaciones clínicas odontológicas y factores socio-demográficos. Revisión de la literatura. Int. J. Odontostomat., 11(1):31-39, 2017.
9. ENCAVIAM 2012 Encuesta nacional sobre calidad de vida de adultos mayores 2012 Instituto Nacional de Estadística y Censos Argentina 2012.
10. GRACIELA SOIFER NUTRICION Y ANCIANO ; CAPITULO 3 . NUTRICION Y TERCERA EDAD; ABBOT LABORATORIOS ARGENTINA, S.A. BUENOS AIRES. ARGENTINA 2001).
11. F MULLER. S, BRATER tratamiento con implantes del paciente geriátrico ITI, vol 9, 2016).
12. LEWKOWICZ , BEATRIZ “Ronquidos y Apnea del sueño, su tratamiento con aparatología ortopédica Revista del Ateneo Argentino de Odontología, 43,3 . (2004) 11-22).
13. WWW. FDIWORLD DENTAL.ORG/ORAL-CANCER” CANCER ORAL, PREVENCIÓN Y GESTIÓN DE PACIENTES.
14. NATIONAL CANCER INSTITUTE (PDK Adult Treatment Editorial Board. Lip and Oral Cavity Cancer Treatment (Adult) Bethesda MD 2018 Feb. 8.
15. KOKICH, VINCENT G. SEMINARIOS DE ORTODONCIA. INTEGRACION DE LA ORTODONCIA CON LA PERIODONCIA Y LA ENDODONCIA Y LA ODONTOLOGÍA RESTAURADORA. Vol.3, n1 (mar 1997).
16. MCARTHUR WP. 16* Effect of aging on immunocompetent and inflammatory cells. Periodontal 2000 1998.
17. ZACHRISSON, BJÖRN SEMINARIOS DE ORTODONCIA . BIOMECÁNICA Y DISEÑOS DE APARATOS. Buenos Aires: Médica Panamericana. Vol.2, n01. (mar 1996).
18. OKESSON JEFFREY P. TRATAMIENTO DE OCLUSIÓN Y AFECTACIONES TEMPOROMANDIBULARES, 6ª ed. Barcelona. Elsevier, 2008.
19. ORLANDO MONTEIRO DA SILVA AND MICHAEL GLICK VISION 2020: A BLUEPRINT FOR THE PROFESSION FDI World Dental Federation, Geneva, Switzerland; 2 School of Dental Medicine, University at Buffalo, Buffalo, NY, USA Dental Journal 2012; 62: 277 doi: 10.1111/idx.12011 FDI World) EDITORIAL.

Agradecimientos

A las Dras Prof. Isabel Adler y Raquel Miodosky por haber cedido material para esta publicación.

Al Sr. Leonarado Chamorro, por haber facilitado la digitalización de las fotografías.

A las Sras. Claudia Villegas y Giselle Anone, por la preparación del material clínico.

A la Sra. Maria Jose Godoy por el aporte bibliográfico.

A la Sra. Adriana Cuerda por su permanente colaboración.