

Revisión de tema

Una mirada al manejo odontológico del paciente geriátrico con demencia

A review of dental management for geriatric patients with dementia

Paula Natalia Mejía-Pérez¹✉, Daniela Arbeláez-Lelió²✉, María Camila Múnera²✉

1. Odontóloga, Magister. Docente Facultad de Odontología.

2. Odontólogas CES.

Fecha correspondencia:

Recibido: octubre de 2016.

Aceptado: mayo de 2017.

Forma de citar:

Mejía-Pérez PM, Arbeláez-Lelió D, Múnera MC. Una mirada al manejo odontológico del paciente geriátrico con demencia. Rev. CES Odont 2017; 30(1): 51-67.

Open access

© Derecho de autor

Licencia creative commons

Ética de publicaciones

Revisión por pares

Gestión por Open Journal System

DOI: [http://dx.doi.org/10.21615/](http://dx.doi.org/10.21615/cesodon.30.1.5)

cesodon.30.1.5

ISSN 0120-971X

e-ISSN 2215-9185

Resumen

El envejecimiento poblacional, es una realidad que enfrentan la mayoría de países desarrollados y un reto que empiezan a plantearse los países en desarrollo. Tener una vida más larga, es un logro de la humanidad, pero es también una constante preocupación por las repercusiones demográficas, económicas, laborales, sanitarias y éticas que se plantean. Con los cambios asociados a la edad, la prevalencia de enfermedades crónicas, la polimedición y la pérdida de autonomía, el objetivo es ahora procurar una vida en condiciones de calidad y bienestar. Dentro de las enfermedades comunes y asociadas a dependencia, en las poblaciones mayores están las demencias. Con las consecuencias que tiene, por el impacto físico, psicológico, social y económico, sobre la calidad de vida de los pacientes, familias y sus cuidadores. El odontólogo tiene un papel fundamental, dentro del equipo multidisciplinario que debe estar a cargo del cuidado y soporte de calidad de vida de éstos pacientes. Fue esa la motivación para realizar éste artículo, que tuvo como objetivo revisar las consideraciones de manejo y terapéutica odontológica, indicadas para cada etapa en la que evoluciona la demencia. Concluyendo que, involucrar al paciente en medidas preventivas tempranas es fundamental para facilitar el manejo y disminuir las complicaciones a medida que progresa la demencia; el adecuado manejo de la salud del paciente con demencia debe involucrar al círculo de cuidadores del paciente y la valoración de las intervenciones terapéuticas odontológicas deberán ser desde una mirada real, más que ideal, ajustada a cada caso individual.

Palabras Clave: Demencia, manejo odontológico, envejecimiento poblacional.

Abstract

Population aging is a reality faced by most developed countries and a challenge that developing countries are beginning to face. To have a longer life is an achievement of humanity, but it is also a constant concern for the demographic, economic, labor, health and ethical repercussions that arise. With the changes associated with age, prevalence of chronic diseases, poly-medication and loss of autonomy, the aim is now to seek a life in conditions

of quality and well-being. Within the common diseases and associated to dependence, in the populations majors are dementias. With the consequences it has, the physical, psychological, social and economic impact on the quality of life of patients, families and their caregivers. The dentist has a fundamental role, within the multidisciplinary team that must be in charge of the care and support of quality of life of these patients. This was the motivation to perform this article, which aimed to review the management and dental treatment considerations, indicated for each stage in which dementia evolves. Concluding that involving the patient in early preventive measures is essential to facilitate management and decrease complications as dementia progresses; The proper management of the health of the patient with dementia should involve the circle of caregivers of the patient and the assessment of therapeutic dental interventions should be from a real, rather than an ideal look adjusted to each individual case.

key words: Dementia, dental management, population aging.

Introducción

Uno de los grandes objetivos de la sociedad actual ha sido aumentar la esperanza de vida; sin embargo, alargar la vida trae consecuencias económicas, laborales, demográficas, sanitarias entre otras, que se deben planificar dentro de las políticas sociales (1-3).

Si bien es prometedora la idea de vivir más, también se derivan cuestionamientos sobre la calidad de vida que se tendrá, debido a que, con el aumento de la esperanza de vida, se aumenta también la prevalencia de enfermedades crónicas, cuyo mantenimiento y sostenibilidad tiene repercusiones no solo a nivel individual, sino familiar y social (1-6).

La demencia, es una de las preocupaciones actuales ligada a esa promesa de aumentar la esperanza de vida. Si bien, no es una consecuencia directa del envejecimiento, el grupo poblacional de adultos mayores presenta la mayor prevalencia de esta, teniendo en cuenta además que, el riesgo de padecer algún tipo de demencia se incrementa con la edad (1-3).

Padecer algún tipo de demencia se asocia con discapacidad y dependencia, con las consecuencias que tiene, por el impacto físico, psicológico, social y económico, que afecta de manera directa la calidad de vida de los pacientes, las familias y sus cuidadores (1,2,7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce la demencia "Como una prioridad de salud pública", por lo que propone, aunar esfuerzos tanto del sector público y privado en pro de la mejora de la atención y el apoyo que se presta a personas con demencia y a sus cuidadores. Ya que su alta prevalencia, aun reconociendo que no todos los casos están diagnosticados, empieza a ser tema de preocupación para los formuladores de las políticas de salud pública no solo de países europeos, que están dentro de los primeros que enfrentaron el fenómeno de envejecimiento poblacional, sino que ya se extiende a otros países americanos, asiáticos y africanos, ya que empieza a evidenciarse, en estos, los cambios demográficos relacionados con el de envejecimiento poblacional y el aumento en las cifras de diagnóstico de demencia (1,8).

Para Norteamérica y Latinoamérica, que hasta hace pocos años no era aún preocupante las cifras, tampoco son ya alentadoras, con datos crecientes y posibilidades de tener el doble de casos actuales para los próximos 15 años (4,7,9,11).

Mc Namara y col (12) consideran que el problema no es solo de los gobiernos y políticas públicas, sino de cada persona, entendiendo la necesidad de comprender las complejidades de la condición de demencia, porque es un tema que debe empezar a sensibilizar todos los entornos familiares, ya que se estima que una de cada tres personas mayores de 65 años morirá con demencia y por ende la posibilidad de tener este tipo de personas dentro de las familias de cada uno va en aumento (3). En este orden de ideas se plantea, que la demencia, ya no es solo un problema con impacto económico para los sistemas de salud de los países, sino que además va más allá, por el "impacto que tiene en términos humanos y éticos", pensando en el derecho que tienen todas las personas a una vida digna (3,12,13).

La labor del odontólogo, cobra cada vez más importancia dentro del grupo multidisciplinario que está indicado en el manejo integral de un paciente con demencia. Es por esto, que algunos autores le atribuyen al odontólogo, un papel directo e indirecto, en el manejo de estos pacientes (3,7).

El papel directo hace referencia a la atención que se le brinda al paciente, y que será diferente, en la medida de la progresión de la enfermedad. En éste aspecto el odontólogo tiene como objetivo ayudar a mantener la salud oral en términos de ausencia de dolor, infección e incomodidad para que el paciente pueda desarrollar las actividades propias del sistema estomatognático. Para lograrlo, deberá tener conocimiento de la evolución individual de la demencia en el paciente y establecer una relación no solo con él, sino también con sus cuidadores a quienes debe educar y motivar para involucrarse en el objetivo común de conservar la salud; además el odontólogo deberá establecer una relación adecuada con los cuidadores, por el papel fundamental en la comunicación que tendrán éstos, cuando el paciente no pueda hacerlo, pues serán ellos, como conocedores del paciente, quienes identifiquen más fácilmente los cambios en conducta, que pueden indicar síntomas de dolor o incomodidad que el paciente no está en la capacidad de relatar. Involucrar al cuidador desde el principio es fundamental, porque realizar la higiene oral se irá haciendo más difícil, en la medida que progrese la enfermedad y que la persona mantenga un mayor número de dientes naturales presentes en la cavidad bucal (4).

Por otro lado, el papel indirecto del odontólogo, según Mc Namara, Millwood y col.(12), hace referencia al grado de conocimiento que llegan a tener los odontólogos de sus pacientes, por ser el personal de la salud, con quien tal vez es más fácil establecer relaciones de largo plazo. Lo que le da la capacidad al profesional en salud oral, de identificar los cambios comportamentales o los signos y síntomas iniciales que podrían llevar a sospechar un diagnóstico de demencia. A pesar de no ser el profesional encargado de establecer este diagnóstico, si podría ser importante su papel en sugerir una interconsulta con el personal indicado, con la importancia que esto puede representar en términos de diagnóstico temprano (3). Si bien es claro que las demencias son crónicas, progresivas y que al día de hoy aún no hay tratamientos eficaces para detener su progreso, la literatura señala la importancia de la detección temprana, con impacto positivo sobre la calidad de vida, la adaptación del paciente y sus cuidadores al proceso que se derivará posteriormente (1,2).

Concebir el aporte que hace la salud oral a la calidad de vida, es pensar en el papel importante que juega el odontólogo dentro del equipo interdisciplinario capacitado para el cuidado de los pacientes con demencia. Esa fue la razón que motivó el desarrollo de éste artículo, donde de manera paralela a la revisión de los síntomas que acompañan cada etapa de progresión de la demencia, se revisan las recomendaciones de diferentes autores para el manejo odontológico del paciente.

Estrategia de búsqueda

La revisión de tema se restringió a búsqueda de artículos en los últimos 5 años, en un periodo comprendido entre 2010 y 2016. Los buscadores utilizados fueron: PUB-MED, CLINICAL KEY y EBSCO.

Los términos de búsqueda utilizados, y el número de artículos relacionados con cada término, en cada base de datos, están descritos en la siguiente [figura 1](#). Se encontraron 1648 artículos de los cuales 60 artículos fueron revisados. De esos 60, se descartaron 22, por no tener contenido acorde con el objetivo de ésta revisión

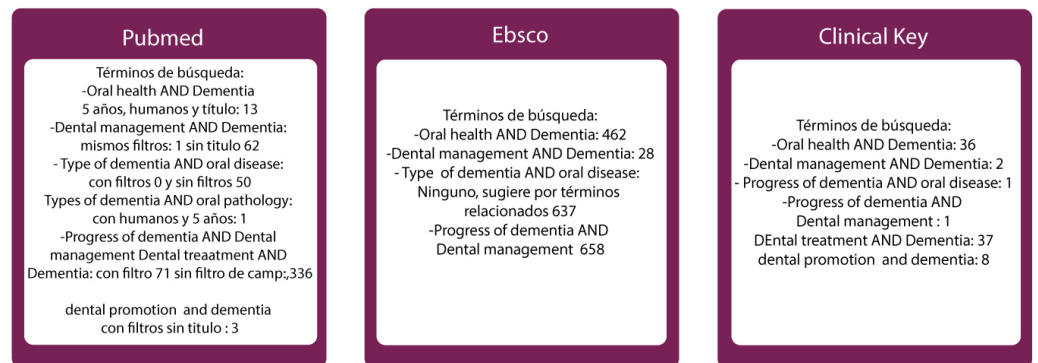


Figura 1. Mapa de búsqueda. Relacionando en cada buscador el número de artículos encontrados, con cada término de búsqueda.

Comprendiendo la Demencia

Definición

La demencia se clasifica como: "Una enfermedad de carácter neurodegenerativo, que involucra la alteración de múltiples funciones corticales superiores, acompañadas por un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación, que se han agrupado como síntomas en tres dimensiones: cognitiva, funcional y del comportamiento". Organización Mundial de la Salud (1). (Figura 2.)

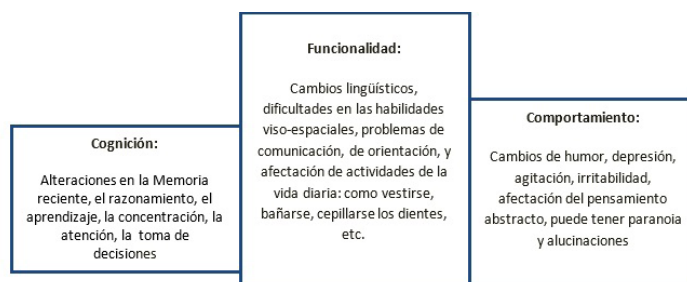


Figura 2. Síntomas en las tres dimensiones que se presentan cambios con la Demencia.

Según su etiología, se habla de casi 100 tipos de demencia. Siendo la enfermedad de Alzheimer la forma más frecuente, seguida por la Demencia Vascular, la Demencia por Cuerpos de Lewy y la Demencia Frontotemporal. El término de demencias de origen mixto, es también muy utilizado por diferentes autores, para los casos donde no es fácil esclarecer la etiología única, haciendo referencia a un tipo de demencia vascular con síntomas de otro tipo de clasificaciones ([1,2,4,5,14,15](#)).

Sobre las demencias aún falta mucho por comprender, se sabe que, al ser cada persona única, experimentará los síntomas de forma diferente. Su evolución y progresión tiene patrones individuales. Sin embargo, se habla de tres etapas de la enfermedad: temprana, media y avanzada. Recientemente la Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual de Diagnóstico y estadísticas de Desórdenes Mentales (DSM - 5) indicó, como término correcto para hablar de la evolución a dos clasificaciones: Desórdenes Neuro-Cognitivos Mayores y Menores; sin embargo, en todos los artículos encontrados se sigue utilizando la terminología relacionada con las etapas mencionadas anteriormente ([4,7,15-17](#)). Hay controversia en relación al tiempo que puede tardar en progresar los desórdenes mentales de una etapa a otra y esto puede tener relación con lo que sí coinciden varios autores en entender la enfermedad dentro de un patrón individual ([3,4](#)).

En la [tabla 1](#) se resumen, los síntomas y la forma como progresa la demencia de acuerdo a las etapas inicial, media y avanzada.

Tabla 1. Síntomas y forma de progresión de la demencia de acuerdo a las etapas

<i>Síntomas de la etapa</i>		
<i>Inicial</i>	<i>Media</i>	<i>Avanzada</i>
Suelen ser ignorados y confundidos con comportamientos "propios de la vejez" Lo que dificulta el diagnóstico temprano.	Aparecen síntomas más obvios, que empiezan a llamar la atención de las personas cercanas que conocen al paciente.	Alteraciones serias, no solo cognitivas sino físicas que llevan al paciente a dependencia total e inactividad.
-Olvidos de sucesos recién ocurridos -Dificultad para encontrar palabras adecuadas, al hablar. -Pérdida de la noción del tiempo -Fácil desorientación espacial - Cambios en el estado de ánimo: menos motivación o depresión	-Olvidos más frecuentes, incluso de nombres conocidos. -Aumenta la dificultad en la comunicación -Se pierde fácilmente aun en lugares conocidos -Cambios más llamativos en su comportamiento: desinhibición o agresión.	-Se le dificulta comprender lo que pasa a su alrededor - No reconoce a familiares y objetos conocidos -Dificultad para comer -Puede tener incontinencia renal e intestinal -Cambios en su comportamiento acompañados de agitación no verbal (patear)

Etiología

La etiología de algunas demencias, entre ellas la más frecuente que es el tipo Alzheimer, no es aun clara. Para otras demencias como las de origen vascular hay mayor comprensión de la causalidad([5](#)). En general, se asocia a factores de riesgo, como: edad, sexo, grado de escolaridad, ocupación profesional, antecedentes familiares, enfermedad cerebrovascular, infarto de miocardio, defectos inmunológicos, factores genéticos, trauma cerebrales resultantes de caídas, tumores o infecciones y otros aspectos relacionados con estilos de vida, como: desnutrición, drogadicción, tabaquismo, alcoholismo, hipercolesterolemia, diabetes e hipertensión arterial ([4,18](#)).

El Instituto Nacional de la Salud (NIH) en 2010, afirmó que "No se pueden extraer conclusiones definitivas sobre la asociación de cualquier factor de riesgo modificable con el deterioro cognitivo o la enfermedad de Alzheimer". Aunque mucho se ha investigado para tratar de establecer una etiología concreta, como la fuente de factores susceptibles de intervención para la prevención, aún falta mucho por comprender de la enfermedad (1).

Existe suficiente soporte en la literatura que avala los beneficios potenciales de una mejor salud cardiovascular, mayor educación y niveles mayores de actividad física, como puntos importantes para reducir riesgos, sin embargo, es un punto de discusión donde se centran los artículos e investigaciones del tema (1).

Tendencias

Dado que se desconocen aún muchos aspectos de la demencia, las investigaciones siguen trabajando de forma creciente en la prevención y el tratamiento, mientras se dispone de mayor información, las políticas públicas apuntan a centrar esfuerzos al diagnóstico temprano y hacia el tema ético, que constituye el eje central que se concentra en crear medidas educativas, y de soporte que ponen en primer lugar la calidad de vida del enfermo y sus cuidadores (4,16,17).

Manejo Odontológico

El paciente geriátrico

Todos los órganos y sistemas del cuerpo humano envejecen. No todos al mismo ritmo, pero ninguno está exento de las modificaciones que conlleva el paso del tiempo. El sistema estomatognático, no es la excepción. Modificaciones extraorales e intraorales hacen que se tengan unas condiciones, necesidades y susceptibilidades diferentes en ésta etapa de la vida.

Es por esto que el manejo odontológico del paciente geriátrico requiere de unas consideraciones especiales; por lo tanto, si a esta condición se le suma algún tipo de discapacidad, esas necesidades demandan mayor comprensión y esfuerzo por parte del personal tratante.

El envejecimiento poblacional, no solo está generando cambios demográficos, en los próximos años los retos para atender las necesidades en salud oral de los pacientes ancianos, podrían también cambiar. La Asociación Dental Canadiense en el 2011(19) y otros autores como Barrick (20), desde 1997, hablan de la importancia de la salud oral, desde edades tempranas, haciendo alusión precisamente al fenómeno de las sociedades modernas, con mayor número de personas ancianas, refiriendo que: "Se avecina un desastre entre los ancianos y discapacitados en las próximas décadas", debido a cosas diferentes en relación con el pasado. Donde no solo el número de ancianos, aumenta en proporción, sino que hay diferencias en el tipo de personas que envejecen ahora: con mayor esperanza de vida, con más dientes presentes en boca, quizás con restauraciones dentales más extensas, con modelos de familia que llevarán a personas ancianas a estar más solas, con mejores ingresos y con mayor probabilidad de llevar una vida como personas institucionalizadas (12). Ante este panorama, los odontólogos se enfrentan a varios retos:

- Prevención desde edades tempranas que lleven a conservar un mayor número de dientes en la vejez.

- Manejo adecuado en diagnóstico y terapéutica que garantice las condiciones de salud oral durante el curso del envejecimiento.
- Comprender las limitaciones propias de los cambios que sufre el sistema estomatognático con la vejez, para abordarlos de la manera más adecuada, en la planeación de la atención de los pacientes geriátricos.
- Hacer parte de equipos multidisciplinarios orientados a comprender el manejo de pacientes con situaciones especiales, como la demencia y diferentes tipos de discapacidad, para adaptar los enfoques que tienen los odontólogos a las necesidades propias de cada individuo y sus condiciones de vida, de forma que se tenga la capacidad de adaptar los conocimientos de los profesionales a las necesidades individuales, con las especificidades de cada caso y que se ajusten a la realidad en la que viven las personas mayores.

Los odontólogos enfrentan el reto de promover una buena salud bucal y una mejor calidad de vida de las personas a medida que envejecen; garantizar en este grupo de personas las mejores condiciones bucales que proporcionen bienestar físico, incluyendo buenos hábitos alimenticios; así como el bienestar social y emocional que le permitan a la persona mayor relacionarse consigo mismo y con otras personas; comprender la interrelación de la salud oral y la salud general por la estrecha relación de la salud oral con condiciones sistémicas como lo demuestra la creciente literatura científica relacionada (3).

La postura del odontólogo actualmente debe ir dirigida desde los lineamientos éticos que deben intervenir la salud oral en todas las etapas de la vida. Autores como Murray C. G (9) han cuestionado y denominado casi un dilema ético la tendencia hacia la que va la odontología. Una tendencia hacia la estética, que a veces implica la realización de múltiples restauraciones o rehabilitaciones complejas con implantes y ajustes, que se hacen a edades tempranas en el paciente sin tener en cuenta que la expectativa de vida va en aumento y la probabilidad de llegar con dientes a edades avanzadas es mayor; lo que invita a hacerse preguntas desde la viabilidad del mantenimiento de dichas restauraciones en personas que probablemente tendrán una vida más larga, que puede llegar a comprometer su condición de autonomía para el autocuidado.

Así mismo, Murray y otros autores, plantean que las restauraciones dentales con las que se llega a la vejez, pueden tener efectos adversos sobre la calidad de vida, principalmente por el riesgo de caries radicales, de forma concomitante con la xerostomía y la dificultad de realizar de manera autónoma el auto-cuidado (9,16,21).

Para pensar entonces, la odontología para pacientes geriátricos, es conveniente diseñar los tratamientos, desde los cinco aspectos que valoran la condición del anciano, propuestos por la Escuela Norteamericana, que por sus siglas se resumen en OSCAR. Refiriéndose a O: condición oral, S: condición sistémica, C: capacidad funcional, A: Autonomía y R realidad. Estos aspectos se valoran desde que se establece el primer contacto con el paciente, y se obtienen no sólo desde la elaboración de la historia clínica, sino también desde la observación de comportamientos y conductas específicas del paciente y sus acompañantes. (Figura 3.) (22)

Evaluar esos cinco criterios, permite tomar decisiones más reales y adaptadas a los individuos, no solo en los pacientes geriátricos, sino en los pacientes con algún tipo de demencia.



Figura 3. Los cinco aspectos que valoran la condición del anciano, propuestos por la Escuela Norteamericana

Después de tener un panorama claro del tipo de paciente que se tiene, los criterios mencionados anteriormente se deben organizar teniendo en cuenta 4 factores dominantes para enfocar las prioridades del manejo de las necesidades odontológicas en pacientes ancianos, las cuales Berkey y col (23,24) categorizan en su orden: Función, patología, sintomatología y estética. (Tabla 2.) Sin embargo, diferimos del orden propuesto por Berkey, considerando que la sintomatología podría ocupar el primer lugar en los pacientes ancianos ya que en esta etapa se prioriza el bienestar en manejo de dolor y la infección; seguido de la función, la patología y la estética. En los pacientes con demencia el orden podría resultar alterado por la dificultad que tendrían las personas mayores de relatar sus propios síntomas. Iniciando entonces por patología, seguido de función y terminando con estética cuando no sea posible evidenciar los síntomas.

Pensar en el orden de prioridades se ajusta a los periodos clásicos de tratamiento odontológico y a la correcta interpretación del estado del paciente, lectura que puede hacerse desde que comienza la anamnesis, complementando con el examen clínico y finalizando con la interacción y capacidad de comunicación que se establece con el paciente y su cuidador.

Tabla 2. Factores dominantes para enfocar las prioridades del manejo de las necesidades odontológicas en pacientes ancianos

A	Función	Se refiere a la habilidad y capacidad de masticar y comer una dieta adecuada
B	Sintomatología	Se refiere a la comodidad mientras la masticación y a estar libre de dolor por tener una cantidad adecuada de saliva para hablar, para el gusto, tragar, etc.
C	Patología	Se refiere a no tener ninguna incomodidad oral o lesiones en la boca .
D	Estética	Se relaciona con las necesidades percibidas para mejorar su apariencia o una sonrisa .

La salud bucal en paciente geriátrico con demencia

Las enfermedades orales más comunes encontradas en pacientes ancianos y más aún con demencia o algún tipo de discapacidad, se asocian a la presencia de placa bacteriana: caries dental y enfermedad periodontal, debido principalmente a la dificultad de realizar la higiene oral, a los cambios en la dieta y a la hiposalivación relacionada con el consumo de medicamentos ([12,21,25-27](#)).

Es común en los pacientes con demencia usuarios de prótesis bucales, encontrar las prótesis en condiciones regulares comprometiendo la salud de los tejidos circundantes ([4,21,24,28](#)). A esto, se le suman factores externos que pueden complejizar la prevalencia de enfermedades orales como: tipo de vivienda, dificultad de acceso a los servicios de salud, dependencia económica y dificultad de comunicación que irá en aumento en proporción directa con el progreso de la enfermedad ([4,16](#)).

Dado lo anterior una vez realizado el diagnóstico de demencia, es importante entrar en un plan a largo plazo de lo que será su atención odontológica; entendiendo que, con el tiempo y la evolución de la enfermedad, cada vez será más complejo realizar una atención directa del paciente, a este le será más difícil realizar la higiene oral de forma autónoma y por ende será más complejo mantener una buena salud oral. Por lo tanto, el pronóstico de salud oral mejorará, en la medida que al paciente se involucre desde las etapas tempranas de la demencia en el tratamiento y el manejo odontológico; debido a que es más receptivo al tratamiento y puede tener un papel más activo en la toma de decisiones ([12,28,29](#)).

Además, se debe considerar que el progreso de la enfermedad llevará a que la capacidad del paciente de expresar sus necesidades disminuya, así como de explicar los síntomas presentados, inclusive de dolor. Así mismo, perderá la habilidad de participar en el proceso de toma de decisiones, por ende, no podrá dar su consentimiento informado al momento de la atención ([30](#)). Cada vez tolerará menos las intervenciones dentales, sobre todo si involucran el desplazamiento a lugares no habituales como el consultorio odontológico, además de la creciente incapacidad para realizar actividades de autocuidado como es la higiene oral ([31](#)).

Desde el primer momento, es importante también involucrar al cuidador del paciente y tener la información médica necesaria que indique el nivel de deterioro de las capacidades cognitivas del paciente ([12,23,32,33](#)).

El objetivo del diseño de un plan de mantenimiento a largo plazo deberá estar centrado en tres objetivos: eliminar el dolor, eliminar los posibles focos de infección y prevenir la aparición de nuevas enfermedades ([3,5,12,15](#)). De acuerdo a las diferentes etapas en el proceso de deterioro mental se desarrollará un plan de tratamiento indicado para cada una de ellas, iniciando con un proceso de promoción y prevención adecuado para el paciente y para sus cuidadores, igualmente realizar una ambientación de la cavidad oral adecuada aprovechando que el paciente se encuentra en una etapa donde la cooperación no se dificulta, en una etapa media se pueden seguir un plan de tratamiento parecido al de la fase inicial si se lleva un seguimiento al paciente y este está cómodo con la atención del profesional, igualmente se podrían presentar dificultades ya que pueden tener quebrantos en su salud con mayor frecuencia, por ello el examen clínico debe ser muy completo y dejar para esta etapa las intervenciones que causen menor estrés al paciente.

Para la etapa avanzada se debe tener un control del dolor y más educación a los cuidadores quienes son fundamentales en esta etapa en que el paciente no tiene conciencia de su higiene oral ([3,5,12](#)).

Etapa Inicial

Se ha estimado que la etapa inicial de la enfermedad puede estar comprendida entre los 0 y 4 años, de evolución ([4,29](#)). Con el agravante que muchos de los casos no se diagnostican en ésta etapa, lo que dificulta hacer un estimativo del tiempo de evolución ([5,12](#)).

La etapa inicial, está caracterizada por síntomas que empiezan de forma ocasional y por eso pasan desapercibidos; pero que luego se van volviendo más constantes. Uno de los primeros síntomas es la pérdida de la memoria de corto plazo. Posteriormente aparecen problemas de lenguaje, errores de juicio y continúa progresando, llegando inclusive hasta tener dificultades para realizar las actividades del auto-cuidado ([4](#)).

Salud Oral en la Etapa Inicial de la Demencia y su manejo

Autores como Franco y Mc Namara ([4,12](#)) sostienen que en esta etapa la higiene oral que presenta los pacientes es adecuada y en la mayoría de los casos la realizan de forma autónoma; Por otro lado, Boyle ([5](#)), dice que uno de los primeros síntomas que aparecen y que pueden ayudar inclusive a reconocer en pacientes no diagnosticados la demencia, y que se presenta de forma paralela con los problemas frecuentes de pérdida de memoria a corto plazo, es la aparición de cambios en la higiene oral. Lo más importante sería evaluar cada caso de forma individual, con un referente pasado, para saber si hay cambios en su autocuidado e ir haciendo las modificaciones necesarias con sus cuidadores.

Si bien en esta etapa todavía hay colaboración y comprensión del paciente para llevar a cabo la atención dentro del consultorio odontológico ([4](#)), los objetivos del plan de tratamiento deben ser enfocados en dos aspectos:

Promoción y prevención ([5,14,33,34](#)), con énfasis no solo al paciente, sino también en involucrar a sus familiares y cuidadores, identificando los factores de riesgo individuales.

Definir la conducta a seguir a largo plazo pensando en la progresión de la enfermedad que estará determinada por las condiciones orales y sistémicas que plantean riesgos individuales ([4,9,20](#)).

En ésta etapa, como en las otras, el eje transversal común es la prevención y el manejo de una adecuada higiene oral ([4,12](#)). Eliminar factores locales que aumenten el riesgo: ajuste de restauraciones y simplificación de las rehabilitaciones protésicas, harán parte de una ambientación dental, con una buena terapia de acondicionamiento periodontal, acompañada del uso de cepillos eléctricos, o con una adaptación especial en el mango que son de gran ayuda; al igual que la prescripción de pastas dentales con fluoruro en altas concentraciones (5000 ppm), así mismo, se sugiere la aplicación profesional de barniz con alto contenido en fluoruro, dos veces al año. Para la higiene interproximal pueden ser más eficaces el uso de cepillos, que el de la seda dental ([5,12](#)).

Se pueden realizar en ésta etapa procedimientos restauradores y de rehabilitación, pensando siempre que el diseño de todo tipo de restauraciones deberá ser de fácil limpieza, debido a la forma como este aspecto se dificultará a medida que progrese la demencia, de forma que si el paciente pierde su posibilidad de realizar la higiene para el futuro cuidador sea más fácil hacerlo (4,9,15,12). Tal como lo afirma Mc Namara (12) "El tratamiento restaurador deberá ser de alta calidad y bajo mantenimiento". Es el momento indicado para realizar terapia periodontal, con mucho énfasis en la educación, el cambio de las prótesis dentales desadaptadas y los ajustes oclusales que sean necesarios (4,12).

En ésta etapa, se pueden involucrar pequeñas conductas que faciliten el proceso de atención de los pacientes con demencia, tal como lo sugiere The Alzheimer Society, en el 2014, en las etapas iniciales, es fundamental crear estrategias para la recordación (19,20,31). Por ejemplo, para el cumplimiento a la cita: darla por escrito, utilizar mensajes de texto, además de la llamada de rutina utilizada para confirmar la cita y poner letreros de recordación en las zonas donde realizan la higiene, pueden ser de ayuda (4,6,28,32,34).

Cuando la atención se pueda hacer directamente en el consultorio odontológico, como en ésta etapa, deben tenerse en cuenta aspectos físicos del espacio, como: fácil acceso, decoración simple, reducción de ruido, buena iluminación sin cambios súbitos en los diferentes ambientes, pisos de color uniforme y buena señalización, además de poder manipular los muebles a una altura adecuada de tal manera que den seguridad al sentarse y desplazarse (5,15,19,20,31,35-37).

Etapa Media

Se estima que esta etapa puede tener un promedio de duración de 4 a 8 años. En esta, pueden ocurrir con frecuencia quebrantos cognitivos adicionales, deterioro en el lenguaje y variaciones en el estado de ánimo presentando: falta de concentración, comprensión y actitudes que pueden parecer desafiantes. Aumenta la discapacidad en el autocuidado y el riesgo de accidentes (4).

Por lo tanto, la mayoría de pacientes en esta etapa pueden ser capaces de recibir atención dental con poca o ninguna dificultad; sin embargo, para algunos pacientes los cambios en el comportamiento podrán afectar el normal desarrollo de la atención (17). Si se ha logrado involucrar al paciente desde etapas iniciales en tratamiento odontológico, será común encontrarlo, aún con buena salud física pero mayor deterioro cognitivo. Por lo que empieza a ser más difícil la realización de procedimientos rehabilitadores, que no estarán indicados en todos los casos (5,12,15,34,37).

El examen clínico deberá ser muy exhaustivo, porque el paciente puede presentar dificultades con la forma de referir dolor e incomodidad. Es vital el dialogo con el cuidador, porque será el quien pueda detectar cambios en comportamiento o rutinas que indiquen algún problema que el propio paciente no puede manifestar (4).

En esta etapa se pueden encontrar respuestas emocionales aumentadas y reducción de la capacidad lógica y la razón (15); como consecuencia se pueden enfrentar pacientes con incapacidad para firmar un consentimiento informado, lo que implica que la relación terapéutica deberá establecerse de forma muy activa con el cuidador o responsable del paciente (30). Aquí es donde, de forma legal y ética, se establece que hay que actuar pensando en el mayor beneficio del paciente (12,15,17,30).

El odontólogo general juega un papel muy importante en esta etapa, porque más allá de un tratamiento odontológico especializado, las medidas de prevención deben ser rigurosas y se necesita que la persona desde etapas iniciales se involucre con el paciente y su cuidado bucal, continúe siendo el que esté al tanto de este, generalmente porque es el que ya ha establecido canales de comunicación con el cuidador y el paciente ([15,17,19,22](#)).

Basados en la capacidad del individuo para colaborar, el incremento en su dependencia, y el nivel de compromiso con su la salud general y las necesidades de tratamiento, en esta etapa se podrá hacer necesario incluir la sedación o anestesia general, para poder atender al paciente y/o prescripción de benzodicepinas, como ansiolíticos, con consentimiento médico; así mismo, puede ser más indicada la atención domiciliaria y lo ideal es atenderlo siempre acompañado de alguien que para el paciente sea familiar o conocido y con quienes se establecerá más interacción. La periodicidad de las visitas, dependerá del riesgo estimado para el paciente, pero suelen ser menos espaciadas: cada 3 meses, por ejemplo ([4,12,25](#)).

Es importante también hacer parte del equipo interdisciplinario para estar en constante comunicación con el personal tratante para tomar decisiones de manejo en equipo ([4,15](#)). El enfoque del tratamiento odontológico se basa en mantener libre de focos de infección la cavidad oral ([26](#)) y prevenir lesiones traumáticas por uso de prótesis ([4,5,21,24](#)). Deben de igual manera, individualizarse las estrategias de cuidado ([19,20,31,35](#)); en esta etapa es posible que se presenten, a medida que evoluciona la demencia, comportamientos de resistencia al cuidado o CBR en sus siglas en inglés ([20,29,31,35,38](#)), además de presentarse compromiso en las habilidades comunicativas y cognitivas; por lo que pueden ser útiles algunas estrategias para la comunicación, que se incluyen en la [tabla 3](#). ([5,15,19,20,31,35](#)).

Etapa Avanzada

El paciente podría progresar a esta etapa hacia los 10 años después del estado inicial. Es determinado por desconcierto profundo, apatía y dependencia. Puede haber pérdida del control de esfínteres. Es común el riesgo de desnutrición. El progreso de la enfermedad lleva a estado de coma y muerte ([3](#)).

Desafortunadamente en ésta etapa no todos los pacientes cuentan con la posibilidad de estar al cuidado de un odontólogo y su fragilidad ante la enfermedad aumenta. El tratamiento en esta etapa se centra en la prevención, mantener al paciente cómodo y sin dolor y solo atender casos de urgencia ([33,34,37](#)).

Autores como Mc Namara ([12](#)), sugieren tratamientos lo menos invasivos posibles, como por ejemplo la eliminación de la caries de forma no traumática, obturaciones para el manejo de caries con ionómero de vidrio y de forma regular aplicación de barniz de flúor, si es posible.

En esta etapa la atención es exclusivamente domiciliaria porque la posibilidad de desplazar al paciente, fuera de su entorno habitual no es sugerida y debe estar centrada únicamente a controlar procesos de infección, trauma y dolor ([4](#)). Con enfoque de mantener calidad de vida y de ser parte activa del equipo multidisciplinario de trabajo ([13](#)). En esta etapa está más indicado los protocolos de atención con anestesia general o sedación ([5,25](#)).

Tabla 3. Estrategias básicas de comunicación para tener en cuenta en la medida que avanza el deterioro cognitivo

-
- Hablar claro y despacio
 - Usar frases e indicaciones cortas y focalizadas
 - Explicar el procedimiento a realizar, repetir cuando sea necesario
 - Usar un lenguaje asertivo y claro evitando ser condescendiente o hablarle al paciente adulto de manera infantil
 - Mantener el contacto visual con las personas
 - Darles tiempo a las personas para responder
 - Expresar de otro modo la pregunta
 - Utilizar otro tipo de lenguajes, como, por ejemplo: señas
 - Establecer un horario apropiado para realizar la higiene oral
 - Establecer una rutina
 - Realizar la higiene y los procedimientos odontológicos necesarios en un ambiente confortable para el paciente, tanto física como psicológicamente acompañado de alguien que le sea familiar.
 - Emplear estrategias de distracción: como cantar, pantomimas etc.
 - Utilizar ayudas visuales
 - Establecer contacto empático con el cuidador o la persona encargada de realizar la higiene oral con el paciente.
-

Estrategias de comunicación en conductas específicas de resistencia al cuidado :

-
- El paciente se reusa al cuidado oral: investigar la causa (dolor, hora del baño, miedo), cambiar el acercamiento. Proveer una razón al procedimiento, dividir la higiene oral en fases.
 - El paciente no abre la boca: utilizar técnicas demostrativas para promover el entendimiento, tocar la boca, la mejilla o mandíbula para estimular la apertura, cantar con el paciente, utilizar la técnica del espejo acercándose desde atrás para realizar el cepillado.
 - El paciente muerde el cepillo: Suavemente mueva el cepillo de dientes y pida que abra la boca, inserte un cepillo más pequeño, realice un frote suavemente la mejilla para relajar el músculo de la mandíbula, deslice el dedo a lo largo del interior de la mejilla y masajee, puede funcionar también cantar con el paciente.
 - El paciente reacciona de manera agresiva: utilizar tácticas de distracción (cantar, música, tv), elegir otro momento del día en el que el paciente este más calmado (en la mañana, cuando este adormecido) y finalmente examinar la causa (dolor, miedo, ansiedad)
 - El paciente no puede o se le dificulta tragar/escupir: usar cantidades mínimas de enjuagues antisépticos y crema dental, ayudar al paciente a llevar la cabeza hacia adelante para ayudarlo a escupir , acercarle dispositivos donde pueda escupir sin moverse (baldes, vasos, etc)
-

Es común que extravíen sus prótesis, por lo que se sugiere si el paciente está institucionalizado marcarlas, para ubicarlas más fácil en caso de pérdida. En esta etapa, es importante valorar la necesidad real para elaborar nuevas prótesis. Ya que el proceso de adaptación está acompañado, generalmente por incomodidades o dolor, que quizás el paciente no pueda manifestar. Y casi siempre es la familia o sus cuidadores quienes demandan el deseo de realizar una nueva prótesis, sin que necesariamente esto mejore la calidad de vida del paciente [\(5,24\)](#).

En las etapas avanzadas no solo la higiene oral empeora de forma dramática, aumentando la caries y enfermedad periodontal, sino que aparecen reflejos neurológicos como mordisqueo de labios, carrillos y movimientos mandibulares. Como se hace difícil manifestar verbalmente una situación dolorosa, se debe indagar y observar por conductas que indiquen de forma indirecta esta situación: cambios en la alimentación, en los periodos de sueño, irritabilidad al realizar la higiene oral. Casi siempre sus cuidadores lo relatan, porque son los primeros en identificarlos [\(5,31,37,38\)](#).

La incapacidad para tomar decisiones, está soportada desde la ética en considerar lo "mejor para el paciente", tras una valoración individual que se hace con su familia y/o encargados/cuidadores [\(5,12,30\)](#).

Conclusiones

Comprender la evolución del deterioro cognitivo es clave para abordar a los pacientes con esta situación; debido a que cuando se valora al paciente desde etapas tempranas, se tiene una mejor posibilidad de diseñar un plan de mantenimiento de su salud oral a largo plazo, y se puede intervenir en los primeros momentos, con tratamientos odontológicos que requieren de mayor tiempo y complejidad para ser realizados y que pueden evitar el progreso o la complicación de la enfermedad en estados avanzados de la demencia, donde el manejo del paciente ya no está indicado para realizarle tratamientos y la atención se concentra solo en manejo de urgencias y mantenimiento de higiene oral tanto como sea posible.

La capacidad para cumplir con la higiene bucal y el cuidado dental está a menudo influenciada por el comportamiento dental pasado y las experiencias ya aprendidas; hay evidencia que indica que no necesariamente el cuidado dental disminuye de forma paralela con el progreso de la enfermedad, en las primeras etapas. Personas con demencias han logrado mantener el cepillado dental, por un largo periodo. De ahí la importancia de políticas preventivas y buena educación desde las etapas tempranas. De forma similar opera el comportamiento durante la consulta, los pacientes que han tenido un tratamiento odontológico constante durante su vida, resultan ser más colaboradores durante la atención, después de tener diagnóstico de demencia.

En la medida que se logre involucrar al odontólogo al equipo multidisciplinarios, encargado del cuidado del paciente, que se involucre al paciente, sus cuidadores y sus familiares, será más fácil abordar cada caso de forma individual, ya que estandarizar un protocolo de atención odontológica considerando cada etapa de evolución en la que se encuentre la demencia puede ser un error, pues se desconocería el patrón individual del comportamiento que podría registrar una persona con esta condición.

Por último, queda una invitación a replantear la odontología actual, realizada desde etapas iniciales de la vida, considerando la expectativa de vida larga que nos espera, de forma que podamos garantizar que lleguemos a etapas avanzadas de la vida con dientes naturales presentes en buen estado, o en su defecto, con restauraciones de fácil mantenimiento. Sin duda alguna es un aporte ético que la profesión debe realizar ante la posibilidad de una vida más larga, pero sobre todo del deseo de una vida en condiciones de bienestar y salud.

Referencias

1. Salomon JA, Wang H, Freeman MK, Vos T, Flaxman AD, Lopez AD, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet Lond Engl.* 15 de diciembre de 2012;380(9859):2144-62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245606>
2. Weltgesund Heits organisation. Alzheimer's Disease International. In: Dementia: a public health priority. Geneva; 2012. 102 p. http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/
3. Foltyn P. Ageing, dementia and oral health. *Aust Dent J.* marzo de 2015;60:86-94. https://scholar.google.com.co/scholar?q=Foltyn+P.+Ageing,+dementia+and+oral+health.&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart&sa=X&ved=0ahUKewjBk-9qRtNXWAhWEOCYKHSQ6BRgQgQMIJjAA

4. Miranda AF, Lia ÉN, Leal SC, Miranda M da PAF. Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia. RGORevista Gaúcha Odontol Online. marzo de 2010;58(1):103-7.
5. Carole A Boyle. Oral Care for People with Dementia. Dent Nurs. febrero de 2014;10(2):92-4. <http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/denn.2014.10.2.92>
6. Tegtmeier, Carl H.1,2, Miller, David J.3,4, Shub, Judith L.5. Ensuring Quality Dental Care and Access for New York's Most Vulnerable Patients. N Y State Dent J. abril de 2016;82(3):39-45.
7. Apostolova LG, DeKosky ST, Cummings JL. Dementias. En: Neurology in Clinical Practice [Internet]. Elsevier; 2012 [citado 17 de septiembre de 2015]. p. 1534-82. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9781437704341000918>
8. Samsi K, Manthorpe J. Care pathways for dementia: current perspectives. Clin Interv Aging. noviembre de 2014;2055. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4259257/>
9. Murray CG. Advanced restorative dentistry - a problem for the elderly? An ethical dilemma. Aust Dent J. marzo de 2015;60 Suppl 1:106-13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25762047>
10. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. The Lancet. diciembre de 2005;366(9503):2112-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16360788>
11. Rocca WA, Petersen RC, Knopman DS, Hebert LE, Evans DA, Hall KS, et al. Trends in the incidence and prevalence of Alzheimer's disease, dementia, and cognitive impairment in the United States. Alzheimers Dement. enero de 2011;7(1):80-93. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21255746>
12. McNamara G, Millwood J, Rooney YM, Bennett K. Forget me not - the role of the general dental practitioner in dementia awareness. Br Dent J. septiembre de 2014;217(5):245-8.
13. Crespo López M, Hornillos Jerez C, Bernaldo De Quirós Aragón M, Gómez Gutiérrez MM. La evaluación de la calidad de vida en personas con demencia. Rev Esp Geriatria Gerontol. noviembre de 2011;46(6):319-24. <https://medes.com/publication/70139>
14. Ribeiro GR, Costa JLR, Bovi Ambrosano GM, Rodrigues Garcia RCM. Oral health of the elderly with Alzheimer's disease. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. septiembre de 2012;114(3):338-43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22862974>
15. Brennan LJ, Strauss J. Cognitive Impairment in Older Adults and Oral Health Considerations. Dent Clin North Am. octubre de 2014;58(4):815-28. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25201544>

16. Clark DB. Mental Health Issues and Special Care Patients. *Dent Clin North Am*. julio de 2016;60(3):551-66. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27264850>
17. Azermai M, Kane J, Liperoti R, Tsolaki M, Landi F, Passmore AP, et al. Management of behavioural and psychological symptoms of dementia: Belgium, Greece, Italy, United Kingdom. *Eur Geriatr Med*. febrero de 2013;4(1):50-8. [http://www.europeangeriatricmedicine.com/article/S1878-7649\(12\)00591-8/abstract](http://www.europeangeriatricmedicine.com/article/S1878-7649(12)00591-8/abstract)
18. Park H, Suk S-H, Cheong J-S, Lee H-S, Chang H, Do S-Y, et al. Tooth Loss May Predict Poor Cognitive Function in Community-Dwelling Adults without Dementia or Stroke: The PRESENT Project. *J Korean Med Sci*. 2013;28(10):1518. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3792608/>
19. Cheng A, Kunchur R, Goss A. Management challenges in psychiatric patients with severe mandibular pain: a case report: Psychiatric patients with jaw pain. *Aust Dent J*. marzo de 2011;56(1):82-4. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1834-7819.2010.01285.x/pdf>
20. Zimmerman S, Sloane PD, Cohen LW, Barrick AL. Changing the Culture of Mouth Care: Mouth Care Without a Battle. *The Gerontologist*. 1 de febrero de 2014;54(Suppl 1):S25-34. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24443603>
21. Hahnel S, Schwarz S, Zeman F, Schäfer L, Behr M. Prevalence of xerostomia and hyposalivation and their association with quality of life in elderly patients in dependence on dental status and prosthetic rehabilitation: A pilot study. *J Dent*. junio de 2014;42(6):664-70. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24632475>
22. Shay K. Identifying the needs of the elderly dental patient. The geriatric dental assessment. *Dent Clin North Am*. julio de 1994;38(3):499-523. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7926200>
23. Berkey DB, Berg RG, Ettinger RL, Mersel A, Mann J. The old-old dental patient: the challenge of clinical decision-making. *J Am Dent Assoc* 1939. marzo de 1996;127(3):321-32. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8819779>
24. Berketa JW. Dentures in dementia: the oral health management of patients in institutional care. *Forensic Sci Med Pathol [Internet]*. 24 de junio de 2015 [citado 17 de septiembre de 2015]; Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s12024-015-9689-1>
25. Turner LN, Balasubramaniam R, Hersh EV, Stoopler ET. Drug therapy in Alzheimer disease: an update for the oral health care provider. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology*. octubre de 2008;106(4):467-76. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20043813>
26. Ellefsen B, Holm-Pedersen P, Morse DE, Schroll M, Andersen BB, Waldemar G. Assessing caries increments in elderly patients with and without dementia: a one-year follow-up study. *J Am Dent Assoc*. 2009;140(11):1392-1400. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19884398>

27. Rai B, Kaur J, Anand SC. Possible relationship between periodontitis and dementia in a North Indian old age population: a pilot study: Relationship between periodontitis and dementia. *Gerodontology*. junio de 2012;29(2):e200-5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21083740>
28. Heaton LJ, Mancl LA, Grembowski D, Armfield JM, Milgrom P. Unmet dental need in community-dwelling adults with mental illness: Results from the 2007 Medical Expenditure Panel Survey. *J Am Dent Assoc*. 2013;144(3):e16-e23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23449910>
29. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013. 1679 p. <http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
30. Great Britain, editor. Mental Capacity Act 2005: Code of Practice. 2007 final ed. London: TSO; 2007. 296 p. <https://www.gov.uk/government/publications/mental-capacity-act-code-of-practice>
31. Jablonski RA, Therrien B, Mahoney EK, Kolanowski A, Gabello M, Brock A. An intervention to reduce care-resistant behavior in persons with dementia during oral hygiene: a pilot study. *Spec Care Dentist*. mayo de 2011;31(3):77-87. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21592161>
32. Khanassov V, Vedel I, Pluye P. Barriers to Implementation of Case Management for Patients With Dementia: A Systematic Mixed Studies Review. *Ann Fam Med*. 1 de septiembre de 2014;12(5):456-65. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25354410>
33. Ettinger RL. Dental management of patients with Alzheimer's disease and other dementias. *Gerodontology*. 2000;17(1):8-16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11203516>
34. Chalmers JM, Carter KD, Spencer AJ, Australian Institute of Health and Welfare. The oral health of older adults with dementia. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2005.
35. Jablonski RA, Kolanowski A, Therrien B, Mahoney EK, Kassab C, Leslie DL. Reducing care-resistant behaviors during oral hygiene in persons with dementia. *BMC Oral Health*. 2011;11(1):30. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22100010>
36. Fiske J, Frenkel H, Griffiths J, Jones V, British Society of Gerodontology, British Society for Disability and Oral Health. Guidelines for the development of local standards of oral health care for people with dementia. *Gerodontology*. diciembre de 2006;23 Suppl 1:5-32. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17112343>
37. Ettinger R. Treatment planning concepts for the ageing patient. *Aust Dent J*. marzo de 2015;60:71-85. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25762044>
38. Ayer WA. Psychology and dentistry: Mental Health Aspects of Patient care. Psychology Press, 2005. http://www.nature.com/bdj/journal/v199/n7/full/4812876a.html?foxtrotcallback=true&osandebit_ommod_endisse_nim_ad_eos_doluption_es_andam_eos_qui_ipsum_volenis_core_sed_qui_vendae_officiiscid_ut