



**Evaluación de Conocimientos a Odontólogos de la V región sobre Pesquisa y  
Manejo de Pacientes con Demencia**

Trabajo de investigación  
Requisito para optar al  
Título de Cirujano Dentista

**Alumna:** Yohanna López Arancibia  
**Docente Guía:** María Magdalena Pérez Vallejo  
**Cátedra:** Periodoncia

Valparaíso  
2013

*A mis padres y hermano, por su incondicional apoyo en este  
largo camino...*

## AGRADECIMIENTOS

A mi docente guía, Dra. Magdalena Pérez Vallejo, por su dedicación y apoyo en la realización de este trabajo.

A Fabrizio de Negri, por sus sabios consejos y apoyo incondicional.

A mis amigos, pilares fundamentales en momentos difíciles.

A Sebastián Jiménez, Periodista; Director webdental.cl

A Francisco González Prado, Sociólogo (PUC).

A Rodrigo Lillo Zurita, Psicólogo Laboral (PUC).

Y a todos aquellos que amable y desinteresadamente me brindaron su apoyo, comprensión y consejo.

## INDICE

<b>I. INTRODUCCION.....</b>	<b>5</b>
<b>II. MARCO TEORICO.....</b>	<b>7</b>
1. MEMORIA:.....	7
2. VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO .....	8
3. DEMENCIA .....	8
Etiología Demencia.....	8
Tipos de Demencia .....	9
SIGNOS Y SINTOMAS DE DEMENCIA .....	11
DIAGNOSTICO DE DEMENCIA.....	12
TEST COGNITIVOS.....	16
Test de Folstain para determinar demencia (Folstein S ,1975).....	16
Test de Pfeiffer (para acompañante o cuidador).....	18
INDICE DE BARTHEL.....	19
ANALISIS Y APLICACIÓN DE TEST EN NUESTRO PAIS.....	23
TRATAMIENTO DE LAS DEMENCIAS .....	27
CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES .....	32
SITUACION NACIONAL DE LAS DEMENCIAS .....	33
Papel del Odontólogo en el Diagnóstico Precoz de Demencia .....	33
MANIFESTACIONES ORALES DE LA DEMENCIA .....	34
RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON DEMENCIA .....	36
<b>III. MATERIAL Y METODOS .....</b>	<b>38</b>
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>45</b>
<b>V. DISCUSIÓN.....</b>	<b>55</b>
<b>VI. CONCLUSIONES .....</b>	<b>59</b>
<b>VII. SUGERENCIAS.....</b>	<b>60</b>
<b>VIII. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>64</b>
<b>Link Plataforma Web Dental.....</b>	<b>65</b>

## INTRODUCCION

La expectativa de vida de los chilenos ha aumentado considerablemente, según lo revela el último estudio de proyección del Instituto Nacional de Estadística, la población nacional ganó 22 años de vida en las últimas cinco décadas, aumentando el promedio de vida a 79 años<sup>1</sup>. Si además se considera que la esperanza de vida en 10 años más será de 80 años para las mujeres y 77 años para los hombres y que la tasa de natalidad ha disminuido notoriamente en aproximadamente 65% desde 1910 a la fecha<sup>2</sup>, es muy probable que parte importante de los pacientes que requieran atención dental dentro de pocos años se empinen por sobre los 60 años de edad, lo cual lleva asociado una alta posibilidad de atender pacientes con enfermedades crónicas múltiples, polifarmacia y demencia.

Si bien en Chile no existen estudios epidemiológicos específicos sobre demencia, estimaciones de especialistas y del Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA, sostienen que hay alrededor de 200.000 personas afectadas, de las cuales, entre 150.000 y 170.000 corresponderían a pacientes con Alzheimer<sup>3</sup>, ocupando el quinto lugar de causa de muerte en adultos de 65 años o más, lo que representa un alza desde el año 1990 de un 526%<sup>4</sup>. Considerando esta realidad y entendiendo que la etiología de la demencia es compleja y multifactorial, es de suma importancia para el odontólogo tener las competencias necesarias para abordar las condiciones clínicas particulares de esta población, las que involucran un trato especial, modificación de las expectativas de éxito de los tratamientos a realizar y la necesidad por ejemplo, de atención con un acompañante.<sup>5</sup>

La profesión odontológica brinda la posibilidad de realizar el seguimiento de nuestros pacientes a lo largo de los años, especialmente en las áreas de Periodoncia y Rehabilitación. Esto permite reconocer signos y síntomas que pueden indicar el comienzo de un deterioro cognitivo en nuestros pacientes, permitiendo realizar la pesquisa y derivación oportunas, dando tiempo tanto a los profesionales para planificar los tratamientos y a los pacientes y familias para planear su futuro, discutir las mejores opciones de cuidado, mientras el paciente todavía puede participar en la toma de

---

<sup>1</sup> INE. *Esperanza de vida al nacer por periodo y sexo. Chile, 1950-2025*. Proyecciones y Estimaciones de Población, Total País, 2004

<sup>2</sup> INE. *Esperanza de vida al nacer por periodo y sexo. Chile, 1950-2025*. Proyecciones y Estimaciones de Población, Total País, 2004

<sup>3</sup> SENANA Las Personas Mayores en Chile Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez, 2009

<sup>4</sup> MINSAL, Departamento de estadística e Información de Salud.

<sup>5</sup> Ayuso T, Ederra MJ. "Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria- Neurología" Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea. 2007

decisiones<sup>6</sup>. En estas condiciones, la investigación de un diagnóstico específico y la curación ulterior, a menudo, son objetivos menos importantes que la formulación de un plan práctico destinado a preservar la función y la dignidad del adulto mayor.

Esta necesidad se incrementa en la consulta particular y centros de atención cerrada o abierta que no dependen directamente de los Servicios de Salud, ya que no se cuenta con el historial clínico completo de los pacientes, ni con el apoyo interdisciplinario que involucra trabajar en consultorios o servicios de atención primaria. En dichos lugares, por norma ministerial, se realiza el examen preventivo del adulto mayor (EMPAM)<sup>7</sup>, el cual permite realizar una primera aproximación de la condición cognitiva y funcional, elementos de gran relevancia para detectar alteraciones neurodegenerativas.

Frente a esta realidad, es que la presente tesis buscó determinar si la formación de pregrado de los odontólogos de la V región los capacita para atender a pacientes con demencia, evaluar si reconocen signos o síntomas precoces del cuadro y si realizan la derivación al profesional pertinente.

---

<sup>6</sup> Gabriela Stoppe. Las demencias y su consideración en el tratamiento Odontológico. Quintessence (ed. esp.) Volumen 21, Número 3, 2008

<sup>7</sup> MINSAL. Manual de aplicación del examen de medicina preventiva del adulto mayor. 2009

## I. MARCO TEORICO

Las demencias corresponden a un conjunto de enfermedades caracterizadas por pérdida de las habilidades intelectuales previamente adquiridas como la memoria, lenguaje, el juicio o razonamiento y que también se asocian a trastornos emocionales o del comportamiento, alteraciones tan importantes que interfieren con el funcionamiento diario del sujeto.<sup>8</sup> Es decir, la persona afectada pierde su independencia y se ve impedida de efectuar las actividades que previamente podía realizar.

En la mayoría de las actuales mayas curriculares de las 21 Universidades que imparten la carrera de Odontología del país<sup>9</sup> hasta hace algunos años, los ramos como psicología u odontogeriatría no estaban presentes o tenían una muy baja representación. Es por ello que para poder desarrollar el presente trabajo se hace necesario introducir conceptos y definiciones que lamentablemente parecen estar algo alejados del diario quehacer del Cirujano Dentista.

### 1. MEMORIA:

Es la capacidad mental que posibilita a un sujeto registrar, conservar y evocar las experiencias ya sean ideas, imágenes, acontecimientos y sentimientos.<sup>10</sup>

En la década de 1960 Broadbent inicia los estudios de la estructura de la memoria y para ello utiliza un modelo dividido en distintas fases de procesamiento o almacenes. A partir de este modelo, surgen diversas propuestas, conocidas como el “modelo modal” o “multialmacén”. Estas propuestas tienen como característica común considerar que, tras la estimulación, se produce un registro sensorial; después, la información registrada puede ser transferida a la memoria a corto plazo y, eventualmente se puede transferir hasta el almacén de la memoria a largo plazo. El modelo modal más conocido y que ha tenido mayor influencia es el de Atkinson y Shiffrin.<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, Guía para familiares y Cuidadores. Slachevsky y cols. 1ra Ed. Santiago: LOM Ediciones, 2007

<sup>9</sup> Odontología: Las 10 escuelas más valoradas por el mercado laboral, revista “Que pasa” 10-12-2009

<sup>10</sup> M. Varela, La Memoria: definición, función y juego para la enseñanza de la medicina. 1ra Ed. 2005

<sup>11</sup> M. Varela, La Memoria: definición, función y juego para la enseñanza de la medicina. 1ra Ed. 2005

## 2. VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO

Es conveniente aclarar la diferencia entre ambos términos los cuales se encuentran estrechamente relacionados pero que, sin embargo, no son sinónimos.

Una primera definición de vejez hace referencia a una condición temporal y, concretamente, a una forma de tener en cuenta el tiempo y la consecuencia del tiempo en el individuo, es decir, a la edad. En esta consideración, la vejez está en función del tiempo que transcurre para un determinado sujeto, frecuentemente medido según su edad cronológica.<sup>12</sup> En cambio el término envejecimiento hace referencia al proceso que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte, que conlleva cambios biológicos, fisiológicos y psico-sociales de variadas consecuencias. El envejecimiento individual se haya inscrito en el ciclo vital de las personas y, por tanto, está determinado por los contextos en que el individuo se ha desarrollado, sus estrategias de respuesta y adaptabilidad y los resultados de dichas estrategias<sup>13</sup>.

El envejecimiento poblacional hace referencia al proceso de transformación demográfica de las sociedades, caracterizado por el crecimiento de la proporción de individuos de edades avanzadas respecto de los más jóvenes, siendo en este sentido muy relevante la definición que se ha construido sobre la vejez y la edad límite de ella.<sup>14</sup>

## 3. DEMENCIA

La demencia es una disminución de la capacidad intelectual en comparación con el nivel previo de función. Normalmente, esta disminución va acompañada de cambios psicológicos y del comportamiento y da lugar a una alteración de las capacidades sociales y laborales de quien la padece.<sup>15</sup> No es una enfermedad en sí misma, sino un conjunto de signos y síntomas que pueden manifestarse como consecuencia de una serie de condiciones.<sup>16</sup> Por este motivo se dice que la demencia es un síndrome.

### **Etiología Demencia**

La etiología de la demencia es compleja y puede estar asociada con factores como la edad, antecedentes familiares, enfermedad vascular cerebral, déficit inmunológico,

---

<sup>12</sup> SENAMA. Las Personas Mayores en Chile Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. 2009

<sup>13</sup> SENAMA. Las Personas Mayores en Chile Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. 2009

<sup>14</sup> K. Rodríguez. Vejez y Envejecimiento. Documento de Investigación N° 12, Editorial Universidad del Rosario.2010

<sup>15</sup> J.Peña-Casanova. Enfermedad de Alzheimer: Del diagnóstico a la terapia, conceptos y hechos.Ed Fundación La Caixa. 1999

<sup>16</sup> Jude A. Fabiano. Oral Health Management in the Patient With Dementia. May 24, 2011

alteraciones metabólicas, factores genéticos, traumatismos craneoencefálicos, tumores, infecciones y factores que comprometen la calidad de vida (nutrición, drogas, tabaquismo, hipertensión y consumo de alcohol).<sup>17</sup> Es producto de esta etología multifactorial, que surge la subdivisión de las distintos tipos de demencia, los cuales detallaremos a continuación.

## Tipos de Demencia

### 1.- Degenerativas

Corresponde a un conjunto de afecciones cerebrales caracterizadas clínicamente por la aparición de alteraciones de la memoria, funciones cognitivas (razonamiento, abstracción, lenguaje, praxia, gnosias) y del comportamiento. Desde el punto de vista anatómico, las demencias degenerativas primarias corresponden principalmente a dos entidades. La más frecuente, la **demencia tipo Alzheimer (DTA)**, la cual se caracteriza por la presencia de placas seniles y de degeneración neurofibrilar difusa en la corteza cerebral.<sup>18</sup>

La otra, mucho más rara, el **Mal de Pick**, caracterizada por una atrofia cortical y subcortical a nivel de los lóbulos frontales y temporales y por la presencia de modificaciones microscópicas características ("cuerpos de Pick" o "células de Pick").<sup>19</sup>

### 2.-Vasculares

Son causadas por lesiones cerebrales isquémicas, hipóxicas o hemorrágicas. La oclusión de un vaso sanguíneo es la causa más frecuente de este tipo de demencia. Se ha estudiado la correlación entre accidente vascular cerebral y mayor riesgo de desarrollar demencia<sup>20</sup>, además según la localización del daño isquémico, pueden generarse diversos síntomas cognitivos.<sup>21</sup>

### 3.- Infecciosas

Asociadas a

- SIDA,
- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
- Neurosífilis

<sup>17</sup> Goiato MC. Odontogeriatría e a Doença de Alzheimer. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2006;6(2):207-212.

<sup>18</sup> Enfermedad de Alzheimer y otras demencias: Guía para familiares y cuidadores (Primera Edición). Santiago, Chile: Lom Ediciones

<sup>19</sup> Enfermedad de Alzheimer y otras demencias: Guía para familiares y cuidadores (Primera Edición). Santiago, Chile: Lom Ediciones

<sup>20</sup> Claramonte Clausell. Demencia Vascolar. España 2009

<sup>21</sup> José Manuel Martínez, Educación, reserva cerebral y factores de riesgo de demencia y enfermedad de Alzheimer. Med Clin (Barc) 2001; 116: 418-421

#### 4.- Metabólicas o nutricionales

Asociadas a:

- Hipo e hipertiroidismo
- Insuficiencia hepática y renal
- Déficit de vitamina B12

#### 5.-Tóxicas

Su etiología se asocia a:

- Alcohol
- Metales
- Fármacos

Debido a que en los pacientes adultos mayores la polifarmacia es de alta frecuencia, es importante referirse a los Fármacos que pueden alterar el funcionamiento neuropsicológico y en especial la memoria episódica. Esto se debe a diversos factores, como la disminución de la capacidad de depuración renal y hepática y de la actividad colinérgica central.<sup>22</sup>

- Antidepresivos como amitriptilina o imipramina.
- Algunos antiespasmódicos que contienen atropina.
- Calmantes como el diazepam.
- Fármacos para controlar incontinencia urinaria, como la oxibitina.
- Antiepilépticos como la fenitoina y fenobarbital.
- Antipsicóticos como la tioridazina.

#### 6.- Neoplásicas

Asociadas a Tumores cerebrales primarios o metastásicos.

#### 7.- Otras

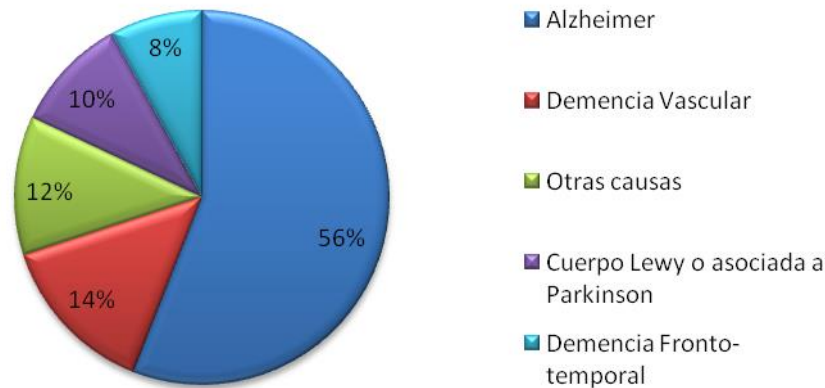
Asociadas a:

- Hematoma subdural crónico.
- Hidrocefalia normotensa.
- Demencia postraumática.

---

<sup>22</sup> Fortin p, Rouch I, Krolak y col. Asociación entre el Tratamiento con Fármacos de Actividad Anticolinérgica y la Disfunción Mnésica. *Drugs & Aging* 28(3):195-204, Mar 2011

La clasificación de demencia según prevalencia se resume en el siguiente gráfico:<sup>23</sup>



## SIGNOS Y SINTOMAS DE DEMENCIA <sup>24</sup>

- **Quejas somáticas inespecíficas o confusas** que pueden confundir al profesional tratante que dirige su atención a una patología banal.
- **Episodios de desorientación espacial**, por ejemplo extravío en lugares ya conocidos y/o incapacidad para orientarse en lugares desconocidos.
- **Pérdida de memoria**, que se manifiesta en:
  - ❖ Dificultad para aprender y retener nueva información.
  - ❖ La persona se vuelve repetitiva, un hecho característico es la repetición de una pregunta hecha previamente.
  - ❖ Dificultad en recordar una conversación reciente, eventos, citas, dónde dejó algo.
  - ❖ Pérdida de objetos.
  - ❖ Confusión en el orden en que se produjeron los eventos.
  - ❖ Queja de memoria asociada a otras dificultades cognitivas (dificultades para comprender una historia, seguir una película, dificultad para encontrar las palabras y dificultad para el cálculo).

<sup>23</sup> Enfermedad de Alzheimer y otras demencias: Guía para familiares y cuidadores (Primera Edición). Santiago, Chile: Lom Ediciones

<sup>24</sup> P.Fuentes & col. Guía Clínica: Trastornos Cognitivos y Demencia en el Adulto Mayor. 2009

Estos olvidos deben ser corroborados por el familiar o el acompañante.

- **Consulta por la falla de memoria por parte de la familia y no del paciente mismo.**
- **Ausencia de queja del paciente sobre sus dificultades cognitivas o queja poco específica.** A diferencia del paciente depresivo o ansioso con una queja de memoria, el paciente con una demencia es frecuentemente poco consciente de sus dificultades y tiende a minimizarlas. En términos generales, es el entorno quien lo lleva a consultar.
- **Errores en actividades de la vida cotidiana,** especialmente en la gestión del dinero, la toma de medicamentos, la utilización de los medios de transporte y capacidad de usar el teléfono.
- **Conductas desajustadas,** pérdida del control social en algunas situaciones; por ejemplo, referirse a temas inadecuados o presentar conductas desinhibidas.
- **Alteraciones emocionales y conductuales** tales como pasividad, depresión o labilidad emocional (angustia o irritabilidad excesiva). Tendencia a la inercia y apatía.
- **Cuadros psiquiátricos** de inicios tardíos, tales como depresiones, manías y/o delirio en sujetos sin antecedentes psiquiátricos previos.

## DIAGNOSTICO DE DEMENCIA

El diagnóstico de demencia es eminentemente clínico y requiere estar alerta a síntomas iniciales, aplicar instrumentos de diagnóstico y posteriormente hacer el diagnóstico diferencial y etiológico.<sup>25</sup>

El siguiente algoritmo indica las fases o procedimientos a efectuar para establecer el diagnóstico de demencia:<sup>26</sup>

- Realizar Historia Clínica del Deterioro Cognitivo
- Entrevista con una persona informadora (generalmente un familiar que convive o conoce bien al enfermo)
- Aplicación de Test Cognitivos (apropiados a la edad y nivel de escolaridad del paciente)

<sup>25</sup> P. Fuentes & col. Guía Clínica: Trastornos Cognitivos y Demencia en el Adulto Mayor. 2009

<sup>26</sup> Ayuso T, Ederra MJ. "Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria-Neurología" Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea. 2007

- Pruebas complementarias para el diagnóstico de demencia.

De las pruebas complementarias de laboratorio, se recomiendan:<sup>27</sup>

- Solicitar de modo rutinario un hemograma, función hepática y TSH.
- Ante sospecha clínica o ausencia de análisis previos: función renal, calcio, sodio, potasio, glucemia, colesterol, VSG, análisis de orina y vitamina B12.
- Si hay sospecha clínica que lo justifique: folatos, serología de sífilis (pruebas treponémicas), serología de VIH y niveles de fármacos o tóxicos.

A pesar que habitualmente se puede aproximar el diagnóstico empleando los datos de historia clínica y las pruebas complementarias, en la mayoría de los casos es necesaria la confirmación mediante el estudio neuropatológico en la autopsia (demencia tipo Alzheimer).<sup>28</sup>

Actualmente se utiliza los criterios diagnósticos de demencia, correspondientes a la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en su décima Revisión (ICD-10) y los elaborados por la American Psychiatry Association (DSM-IV)<sup>29</sup>. A continuación detallaremos ambos criterios y sus limitaciones.

## **Diagnóstico Imagenológico de las demencias**

Numerosos estudios han encontrado que la enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas pueden producir alteraciones significativas en el metabolismo cerebral, las cuales son detectables con tomografía por emisión de positrones (PET), incluso en los estadios tempranos de la enfermedad.<sup>30</sup>

Los exámenes imagenológicos tienen extraordinaria importancia para el diagnóstico de las demencias, incluso, en algunos casos permiten establecerlo de manera definitiva, para determinar causas reversibles como los tumores o la hidrocefalia normotensiva,

---

<sup>27</sup> Ayuso T, Ederra MJ. "Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria- Neurología" Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea. 2007

<sup>28</sup> Idem

<sup>29</sup> C. Carnero Pardo. Criterios diagnósticos de Demencia. 2010

<sup>30</sup> Silverman DHS, Small GW, Chang CY, Lu CS, Kung de Aburto MA, Chen W, et al. Positron Emission Tomography in Evaluation of Dementia. Regional Brain Metabolism and Long-term Outcome. JAMA. 2001 ; 286 (17): 2120-2127

para hacer diagnóstico diferencial con otras situaciones clínicas que pudieran simularla, como la depresión y el delirio, y para medir el progreso de la enfermedad.<sup>31</sup>

La imagenología cerebral puede ser de dos tipos: estructural y funcional. Desde el punto de vista estructural puede explorarse el cerebro mediante imágenes de resonancia magnética (RM) o con tomografía computarizada (TC). La RM define mejor la anatomía del cerebro y resulta muy útil en la detección de la pérdida de células cerebrales y en el diagnóstico de los tumores. La TC es útil para la detección de accidentes cerebrovasculares, infecciones del cerebro, traumatismos, hematomas, atrofia cerebral e hidrocefalia.<sup>32</sup>

## **CRITERIO DIAGNÓSTICO ICD-10**

### **1 Deterioro de memoria.**

- Alteración de la capacidad de registrar, almacenar y recuperar información nueva.
- Pérdida de contenidos mnésicos<sup>33</sup> relativos a la familia o al pasado.

### **2 Deterioro del pensamiento y del razonamiento.**

Reducción en el flujo de ideas.

Deterioro en el proceso de almacenar información:

- Dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez.
- Dificultad para cambiar el foco de atención.

### **3 Interferencia en la actividad cotidiana.**

### **4 Conciencia clara. Posibilidad de la superposición delirio/demencia.**

### **5 Síntomas presentes al menos durante seis meses.**

---

<sup>31</sup> Romero-Cabrera & col. Actualización en diagnóstico y manejo de las demencias. Aportes prácticos en nuestro contexto. Revista Finlay. 2012

<sup>32</sup> O'Brien OT. Role of imaging techniques in the diagnosis of dementia. Brit J Radiol. 2007 ; 80 (2): S71-7.

<sup>33</sup> Contenido Mnésicos: Capacidad que todos poseemos para hacer actual algo que ha acontecido en el pasado

## CRITERIO DIAGNOSTICO DSM-IV

### Desarrollo de déficits cognitivos múltiples que se manifiestan por:

**1** Alteración de la memoria (alteración de la capacidad de aprender nueva información o recordar información previamente aprendida).

**2** Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:

-Afasia,

-Apraxia,

-Agnosia,

-Alteración de la función ejecutiva (capacidad para el pensamiento abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y detener un comportamiento complejo).

### Limitaciones de los criterios

Ambos criterios otorgan una especial importancia a la afectación de la memoria y exigen la afectación de ésta como requisito necesario para el diagnóstico; esto es fruto de una identificación inconsciente entre el concepto de demencia y el de demencia tipo Alzheimer. No existen argumentos sólidos para atribuirle una importancia desigual a la afectación de la memoria sobre otras funciones cognitivas, es más, existen cuadros de demencia (ej.: degeneraciones frontotemporales) en los que la afectación mnésica o no es predominante o es tardía.<sup>34</sup>

Igualmente, ambos criterios tienen en consideración sólo los síntomas cognitivos para el diagnóstico, y olvidan que el síndrome de demencia conlleva igualmente síntomas no cognitivos que en muchos casos prevalecen sobre los primeros.<sup>35</sup>

Una importante limitación de ambos criterios es la ausencia de normas operativas y de recomendaciones de instrumentos de evaluación, lo que implica que los conceptos de "deterioro" estén sujetos a la subjetividad del evaluador. En esta razón reside quizás, la causa de una de las mayores críticas suscitadas por los criterios diagnósticos comentados: la baja fiabilidad interobservador.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> C. Carnero Pardo. Criterios diagnósticos de Demencia. 2010

<sup>35</sup> Romero-Cabrera & col. Actualización en diagnóstico y manejo de las demencias. Aportes prácticos en nuestro contexto. Revista Finlay. 2012

<sup>36</sup> C. Carnero Pardo. Criterios diagnósticos de Demencia. 2010

## TEST COGNITIVOS

Cuando se pesquisa un trastorno cognitivo éste debe ser confirmado. Para ello existen diferentes métodos de medición que facilitan el diagnóstico. A continuación detallaremos los más empleados:

### Test de Folstain para determinar demencia (Folstein S ,1975)

#### Mini-Mental State Examination (MMSE)<sup>37</sup>

Corresponde a un test de preguntas simples, las cuales han sido categorizadas y asignadas con puntajes. Dentro de las escalas cognitivas-conductuales para confirmar y cuantificar el estado mental de una persona es una de las más utilizadas.<sup>38</sup>

Evalúa la orientación, el registro de información, la atención y cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la construcción.

Cada ítem tiene una puntuación, llegando a un total de 30 puntos.

Un puntaje entre 25 a 30 es considerado normal, puntajes desde 18 a 24 refleja demencia leve, menos de 18 demencia moderada y bajo 10 demencia severa.

Para poder efectuar el MMSE es necesario que el paciente se encuentre lúcido, en un ambiente confortable, sin ruidos e interrupciones.

#### ORIENTACION

##### 1. Tiempo (5 puntos):

- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación estamos?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿Qué día del mes es?
- ¿Qué día de la semana es?

##### 2. Lugar (5 puntos):

- ¿En qué país estamos?
- ¿En qué región estamos?
- ¿En qué ciudad estamos?
- ¿Cómo se llama este recinto?
- ¿En qué piso nos encontramos?

---

<sup>37</sup> Folstein M, Folstein S, McHugh P. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 12: 189-98, 1975.

<sup>38</sup> J.Peña-Casanova. Enfermedad de Alzheimer: Del diagnóstico a la terapia, conceptos y hechos.Ed Fundación La Caixa. 1999

**MEMORIA INMEDIATA (3 puntos)**

3. Repetir tres nombres (árbol, puente, farol). Presentarlos de nuevo hasta que aprenda los tres nombres y anotar el número de ensayos.

**ATENCIÓN Y CÁLCULO (5 puntos)**

4. Restar 7 partiendo de 100, cinco veces consecutivas  
Alternativa: deletrear “mundo” a la inversa

**RECUERDO DIFERIDO (3 puntos)**

5. Repetir los tres nombres aprendidos antes

**LENGUAJE Y CONSTRUCCION**

6. Nombrar un lápiz y un reloj mostrados (2 puntos)

7. Repetir la frase: “Ni sies, ni noes, ni peros” (1 punto)

8. Realizar correctamente las tres órdenes siguientes: “coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo” (3 puntos)

9. Leer y ejecutar la frase “cierre los ojos” (1 punto)

10. Escribir una frase con sujeto y predicado (1 punto)

11. Copiar el dibujo de dos pentágonos (1 punto)

**El puntaje máximo obtenible es de 19 puntos**

- Normal  $\geq 14$
- Alterado  $\leq 13$

## Test de Pfeiffer (para acompañante o cuidador)

Instrumento que complementa la evaluación del estado cognitivo con información que es obtenida de un familiar o cuidador del paciente. Se aplica al acompañante del adulto mayor que presenta un puntaje menor de 13 puntos en MMSE.<sup>39</sup>

Se trata de un cuestionario de 10 ítems, sobre aspectos muy generales y personales. Requiere de 4-5 minutos para su realización.

Se permite un fallo de más si el paciente no ha recibido educación primaria y uno de menos si tiene estudios superiores.

Aspectos que mide:

- Memoria a corto plazo.
- Orientación.
- Información sobre hechos cotidianos.
- Capacidad de cálculo.

Las preguntas a realizar son las siguientes:

1. ¿Maneja él/ ella su propio dinero?
2. ¿Es él/ ella capaz de comprar ropas solo, cosas para la casa y comestibles?
3. ¿Es él/ ella capaz de calentar agua para el café o té y apagar la cocina?
4. ¿Es él/ ella capaz de preparar una comida?
5. ¿Es él/ ella capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos actuales y también de la comunidad o del vecindario?
6. ¿Es él/ ella capaz de poner atención y entender y discutir un programa de radio o televisión, diario o revista?
7. ¿Es él/ ella capaz de recordar compromisos, acontecimientos familiares, vacaciones?
8. ¿Es él/ ella capaz de manejar sus propios medicamentos?
9. ¿Es él/ ella capaz de pasear por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?
10. ¿Es él/ ella capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?
11. ¿Puede él/ ella ser dejado en casa en forma segura?

### **Puntuación:**

- De 0 a 2 errores: función intelectual intacta.
- De 3 a 4 errores: deterioro intelectual leve.
- De 5 a 7 errores: deterioro intelectual moderado.
- De 8 a 10 errores: deterioro intelectual grave.

---

<sup>39</sup> MINSAL. Manual de aplicación del examen de medicina preventiva del adulto mayor. 2009

## INDICE DE BARTHEL

Se utiliza el Índice de Barthel en aquellos adultos mayores que presenten pérdida de funcionalidad, así como también en aquellos con dependencia severa, personas mayores que necesitan ayuda de otra persona para recibir la atención del equipo de salud y personas mayores con discapacidad psíquica (Sd. Down, Demencia, Retardo mental etc.)<sup>40</sup>

Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo. La escala consta de seis elementos y evalúa las actividades básicas de la vida diaria, proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración. Actividades básicas de la vida diaria.<sup>41</sup>

Se puntúa la información obtenida del cuidador principal. Marcando lo que la persona realiza actualmente y no lo que es capaz.

Parámetro	Situación del Paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para	5
		0

<sup>40</sup> MINSAL. Manual de aplicación del examen de medicina preventiva del adulto mayor. 2009

<sup>41</sup> Idem

	administrarse supositorios o lavativas - Incontinencia	
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta - Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda - Incontinencia	10 5 0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa... - Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo - Dependiente	10 5 0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama - Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo - Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo - Dependiente	15 10 5 0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros - Independiente en silla de ruedas sin ayuda - Dependiente	15 10 5 0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras - Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo - Dependiente	10 5 0

\*Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total ( corresponde a Dependencia Severa)
20-35	Grave (corresponde a Dependencia Severa)
40-55	Moderado

≥ 60	Leve
100	Independiente

Nota: Para ser clasificado con Dependencia Severa, el puntaje debe ser menor o igual a 35 puntos.

### Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage)

Este instrumento se utiliza para el tamizaje de sospecha de depresión y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental del individuo.<sup>42</sup>

Elija la respuesta que mejor describa como se ha sentido la última semana Preguntas	Respuesta	Puntaje
1 ¿Se considera satisfecho de su vida?	SI	NO
2 ¿Ha ido abandonando muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
3 ¿Se aburre a menudo?	SI	NO
4 ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
5 ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6 ¿Tiene miedo que le pueda ocurrir algo malo?	SI	NO
7 ¿Está contento la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8 ¿Se siente a menudo desvalido?	SI	NO
9 ¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	SI	NO
10 ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	SI	NO
11 Piensa que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12 ¿Se siente muy inútil como está en este momento?	SI	NO
13 ¿Se siente lleno de energías?	SI	NO
14 ¿Siente su situación como sin esperanzas?	SI	NO
15 ¿Cree que la mayoría está mejor que usted?	SI	NO
<b>PUNTAJE TOTAL</b>		

<sup>42</sup> MINSAL. Manual de aplicación del examen de medicina preventiva del adulto mayor. 2009

## ANÁLISIS Y APLICACIÓN DE TEST EN NUESTRO PAÍS

En nuestro país, los adultos inscritos en los servicios de atención primaria de salud que cumplen 65 años, son integrados al sistema de Garantías Explícitas de Salud (GES), mediante la aplicación anual del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM). Es así como actualmente un 65% de los adultos mayores inscritos tienen su control de salud al día.<sup>43</sup>

A partir de esta medición (EPAM), donde cada adulto mayor, es clasificado según riesgo de perder la funcionalidad, se implementan acciones, netamente preventivas, de tratamiento o rehabilitadoras. Acciones que pueden referirse al riesgo cardiovascular, salud mental o al ámbito osteoarticular.

Los objetivos del examen son:

- ❖ Evaluar la salud integral y la funcionalidad del adulto mayor.
- ❖ Identificar y controlar los factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad.
- ❖ Elaborar un plan de atención y seguimiento, para ser ejecutado por el equipo de salud.

Es mediante este examen preventivo, que se pueden detectar los primeros signos de deterioro cognitivo- funcional, y en muchos casos la forma de cuantificar la gravedad del daño ya instaurado. Dichos objetivos se concretan mediante el análisis de funcionalidad (EFAM- CHILE), el cual consta de dos secciones, la primera de ellas apunta a medir la posibilidad de realizar las actividades de la vida diaria y medir el estado cognitivo actual y reserva cognitiva adquirida a través de la educación formal (Mini-Mental). La segunda sección apunta a determinar el riesgo cardiovascular y sospecha de depresión y ansiedad.

Posterior a la aplicación y análisis del EFAM, si se detecta pérdida de funcionalidad se procede a la aplicación del test de Barthel para la clasificación de dependencia del adulto mayor y test Pfeiffer para el cuidador o informante.

Si se sospecha de depresión, en base al resultado de la pregunta 5 sección B del EFAM, se aplicará la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

---

<sup>43</sup> MINSAL. Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. 2009

**EFAM-Chile - PARTE A <sup>44</sup>**

Discrimina entre Autovalente y Dependiente <b>INSTRUCCIONES</b>	ITEM	PUNTAJE
<b>1. ¿Puede bañarse o ducharse?</b>		<b>Puede bañarse o ducharse</b>
Incapaz		0
Con alguna ayuda		3
Sin ayuda		6
<b>2. ¿Es Ud. capaz de manejar su propio dinero?</b>		<b>Es capaz de manejar su propio dinero</b>
Incapaz		0
Con alguna ayuda		3
Sin ayuda		6
<b>3. ¿Puede Ud. tomar sus propios medicamentos?</b>		<b>Puede usted tomar sus propios medicamentos</b>
Incapaz		0
Con alguna ayuda		3
Sin ayuda		6
<b>4. ¿Prepara Ud. Su comida?</b>		<b>Preparación de la comida</b>
Es incapaz de...		0
Con alguna ayuda		3
Sin ayuda		6
<b>5. ¿Puede hacer las tareas de la casa?</b>		<b>Puede hacer las tareas de la casa</b>
Es incapaz de ...		0
Lo hace con alguna ayuda		3
Lo hace sin ayuda		6
<b>6. Aplique Minimental Abreviado. Indique con un círculo en columna izquierda el puntaje obtenido. Marque la ponderación correspondiente (misma línea), en columna derecha.</b>		<b>MMSE</b>
>13		0
13 a 14		3
15 a 17		4
18 a 19		6

<sup>44</sup> MINSAL. Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. 2009

<b>7. Escolaridad. Pregunte por los años de escolaridad cumplidos</b>	<b>Años de escolaridad</b>
0 a 1	0
2 a 3	1
4 a 5	2
6 a 8	3
8 a 10	4
11 a 12	5
13 ó más	6
<b>8. El Adulto Mayor de pie intentará tomar un objeto realizando máxima extensión de brazos sobre su cabeza.</b>	<b>Con los brazos extendidos lo máximo posible sobre los hombros, tomar con ambas manos un objeto</b>
No lo logra	0
Presenta dificultad con ambas manos para lograrlo	2
Lo logra sin dificultad con una mano	4
Lo logra sin dificultad con ambas manos	6

## PARTE B

Discrimina entre Autovalentes con y sin riesgo <b>INSTRUCCIONES</b>	ITEM	PUNTAJE
<b>1. Tomar la presión arterial. Los medicamentos deben ser los indicados por el médico tratante</b>	<b>Presión arterial</b>	
PA normal, sin antecedentes HTA	13	
PA normal, con diagnóstico previo, en control y con medicamentos	13	
PA normal, con diagnóstico previo, sin control pero con medicamentos	9	
PA normal, con diagnóstico previo, con o sin control y sin medicamentos	6	
PA elevada, sin antecedentes HTA	3	
PA elevada y con diagnóstico previo, con o sin control o sin medicamentos.	0	
<b>2. ¿Tiene Ud. diagnóstico de Diabetes? Los medicamentos deben ser los indicados por el médico tratante</b>	<b>Diabetes</b>	
Sin diabetes	13	
Diagnosticada, en control y con	6	

medicamentos	
Diagnosticada, sin control o sin medicamentos	3
Diagnosticada, sin control y sin medicamentos	0
<b>3. ¿Lee Ud. diario, revista o libro?</b>	<b>Lee diario, revista o libro</b>
Casi nunca o nunca	0
De vez en cuando	2
Una vez por semana	5
2 ó 3 veces por semana	7
Todos los días	9
<b>4. Copie puntaje de MMSE aplicado.</b>	<b>MMSE</b>
13 a 14	5
15 a 18	7
19	9
<b>5. ¿En el último mes se ha sentido deprimido o “bajoneado” que nada logra animarlo?</b>	<b>En el último mes se ha sentido deprimido</b>
Casi todo el tiempo	0
Bastante seguido	2
Casi nunca	7
Nunca	9
<b>6. En el último mes se ha sentido Ud. muy nervioso, ansioso o angustiado? Marque una sola alternativa.</b>	<b>En el último mes se ha sentido nervioso o angustiado</b>
Casi todo el tiempo	0
Bastante seguido	2
Casi nunca	7
Nunca	9
<b>TOTAL</b>	

## TRATAMIENTO DE LAS DEMENCIAS

Si bien no existe un tratamiento que erradique el estado de degeneración progresiva, existen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos tendientes a aminorar los síntomas y signos que acompañan a la demencia<sup>45</sup>

### A) Tratamiento Farmacológico

El uso de fármacos complementado con estrategias no farmacológicas está indicado para demencias moderadas y graves, que interfieren en la calidad de vida del paciente y de la persona cuidadora.

1. **Anticolinesterásicos:** Su mecanismo de acción consiste en potenciar la neurotransmisión colinérgica por ser las deficiencias colinérgicas uno de los mecanismos patogénicos implicados en las alteraciones de memoria, aprendizaje y cognición.<sup>46</sup> Entre estos se encuentra Tacrina (primer fármaco inhibidor de colinesterasa), Donepezilo (inhibidor colinesterasa), Rivastigmina (inhibidor acetilcolinesterasa y butilcolinesterasa) y Gelantamina (inhibidor acetilcolinesterasa).

Los efectos secundarios son especialmente de tipo muscarínico y a nivel gastrointestinal. También pueden provocar insomnio con sueños vívidos y calambres musculares. Estos efectos pueden evitarse o disminuir con una escala de dosis más lenta.<sup>47</sup>

2. **Memantina:** La descarga excesiva de glutamato está asociada a neurodegeneración tanto en trastornos agudos (hipoxia, isquemia e infartos cerebrales) como en crónicos (alzheimer). El clorhidrato de memantina es un antagonista no competitivo del receptor glutamatérgico, que ha demostrado eficacia y seguridad en el tratamiento de Enfermedad de Alzheimer (EA) avanzado.<sup>48</sup>

Como efectos adversos infrecuentes destacan agitación, ansiedad, hipertonía, náuseas, vértigo, cefalea, escozor urinario y aumento de la libido.<sup>49</sup>

---

<sup>45</sup> Ayuso T, Ederra MJ. "Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria- Neurología" Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea. 2007

<sup>46</sup> Idem

<sup>47</sup> J. Olazarán. Changing the anticholinesterase in Alzheimer disease. REV NEUROL 2005; 40 (12): 739-742

<sup>48</sup> Rosana. Araújo. Efficacy of memantine in moderate to severe Alzheimer disease. 2006

<sup>49</sup> Ayuso T, Ederra MJ. "Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria- Neurología" Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea. 2007

**3. Terapia antiamiloide:** No se encuentra disponible a nivel clínico. El ensayo de vacunación con péptido beta-amiloide tuvo que ser suprimido al desarrollar encefalitis en un 6% de los pacientes. La inmunización pasiva con anticuerpos puede ser una alternativa que se encuentra en fase de estudio.<sup>50</sup>

**4. Ansiolíticos:** Las benzodiacepinas son los fármacos más empleados en el tratamiento de la ansiedad.<sup>51</sup> Son eficaces en el control de los síntomas, en las conductas de agitación y en los trastornos del sueño. Su uso solo debe limitarse durante las crisis, ya que su prolongado predispone a la pérdida de eficacia a aparición de efectos adversos (somnia, ataxia, aumento riesgo caídas, deterioro función cognitiva y aumento de la ansiedad).<sup>52</sup>

### **5. Antidepresivos:**

Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina, son de primera elección en estos pacientes, mejorando los síntomas depresivos en pacientes con demencia.<sup>53</sup>

Los antidepresivos duales (Venlafaxina, Mirtazapina) también pueden estar indicados.

Algunos tetraciclicos como la trazodona, debido a que producen sedación, pueden estar indicados en situaciones de ansiedad y trastornos del sueño.<sup>54</sup>

Antidepresivos triciclicos están desaconsejados en pacientes con demencia debido a los importantes efectos adversos colinérgicos.<sup>55</sup>

### **6. Antipsicóticos**

Deben emplearse únicamente para tratar la agitación o la psicosis en pacientes con demencia, tras el fracaso de la manipulación ambiental y teniendo en cuenta las recomendaciones sobre sus indicaciones en síndromes mentales orgánicos.<sup>56</sup>

- Conductas específicas de agitación, que generan daño potencial al paciente o personas próximas y que interfieran con su capacidad funcional o de aportarle cuidados.
- Síntomas psicóticos (alucinaciones, ilusiones o paranoia) que alteren la capacidad funcional.

---

<sup>50</sup> Orgogozo, JM, Gilman. Subacute meningoencephalitis in a subset of patients with AD after Abeta42 immunization. *Neurology* 2003; 61:46

<sup>51</sup> J. Bobes, P. García. Tratamiento farmacológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Vol XVII N°1 2005

<sup>52</sup> Busto U. Risk factors associated to benzodiazepine abuse and dependence. University of Toronto, Toronto, Canada.2009

<sup>53</sup> E. Izquierdo, E. Fernández. Depression and risk of dementia. 2005

<sup>54</sup> Ayuso T, Ederra MJ. "Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria- Neurología" Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea. 2007

<sup>55</sup> M.Pérez. Depresión y Demencia, Aspectos Terapéuticos. Barcelona 2003

<sup>56</sup> Ayuso T, Ederra MJ. "Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria- Neurología" Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea. 2007

Existen dos tipos de antipsicóticos:<sup>57</sup>

- a) Típicos (convencionales) como el haloperidol, que clásicamente se han utilizado para tratar la agresividad, tienen efectos secundarios extrapiramidales, por lo que generan rigidez, inmovilidad y caídas con incremento significativo de la morbilidad.
- b) Atípicos o de segunda generación: poseen acción farmacológica tanto en sistemas serotoninérgicos como dopaminérgicos, presentando menos efectos extrapiramidales. Entre estos se encuentran la Risperidona (mejora psicosis y agresividad), Olanzapina (sedación), Quetiapina y Ziprasidona

### **Consecuencias orales del uso de medicamentos para tratar los síntomas en pacientes con demencia**

El uso de medicamentos es un coadyuvante esencial para el tratamiento de la sintomatología de pacientes con demencia de moderada a severa, pero no están exentos de provocar efectos no deseados en la cavidad bucal, los cuales deben ser considerados por los dentistas al momento de tratar a estos pacientes.<sup>58</sup>

<b>Categoría de la medicación</b>	<b>Problema / riesgo dental</b>	<b>Precauciones preventivas</b>
<u>Anticolinesterásicos</u>	Pueden disminuir la función de los anestésicos locales y vice-versa. Glositis, boca seca.	Precaución al administrar anestésicos locales.
<u>Antidepresivos</u> (Tricíclicos e inhibidores de la recaptación de la Serotonina)	Interacción con la epinefrina del anestésico local. También xerostomía, hipotensión ortostática y síntomas extra-piramidales.	La epinefrina debe usarse con precaución. Usarla a baja concentración y aspirando. Contraindicados con norepinefrina.
<u>Antipsicóticos</u> (Butirofenonas y fenotiazinas)	La xerostomía causa patologías orales como caries radicales, enfermedad periodontal, mucositis, etc. Hipotensión ortostática o síntomas extrapiramidales de discinesia tardía.	Si es posible, pedir al médico que los cambie por algún medicamento alternativo con menos poder xerostomizante. Usar fluoruros y substitutos salivales, cuando sea posible. Riesgo de caídas debido a hipotensión ortostática.

<sup>57</sup> M. Carrasco. Los fármacos antipsicóticos en el tratamiento de los síntomas psiquiátricos de las demencias. Rev. N° 176 2004

<sup>58</sup> Ronald L. Ettinger. Manejo Dental del Paciente Afecto por la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Gerodontology 2000, 17: 8-16.

<u>Ansiedad o agitación, miedo, hipnóticos</u> (Benzodiacepinas Oxazepam)	Xerostomía, somnolencia, hipotensión ortostática.	Usar fluoruros y substitutos salivales, cuando sea posible. Identificar el riesgo de hipotensión ortostática y prevenir caídas sentando al paciente durante 5-6 minutos antes de que se levante del sillón.
<u>Anticonvulsivantes</u> Fenitoina. Ácido valproico	Hiperplasia gingival, ulceraciones orales, pérdida del gusto, eritema multiforme, aumento del sangrado.	Reducción del estrés para prevenir un episodio convulsivo.

### B) Tratamiento No Farmacológico de los Síntomas Conductuales

Será la primera elección en el tratamiento de demencias leves. Enfocada a mejorar las alteraciones conductuales de los pacientes.

Un enfoque general de las intervenciones conductuales comprende:<sup>59</sup>

- Describir el síntoma e identificar los posibles desencadenantes.
- Fijar Objetivos realistas y hacer planes correspondientes conjuntamente con las personas cuidadoras.
- Evaluar y modificar los planes según evolución.

### Principales formas de tratamiento no farmacológico<sup>60</sup>

- a) **Orientación de la Realidad:** método para tratar las alteraciones de orientación y memoria a través de la estimulación de los pacientes para que “reaprendan” datos sobre ellos mismos y su entorno.
- b) **Reminiscencia:** constituye el recuerdo sistemático de memorias antiguas: recordar hechos personales en toda su amplitud, ruidos, olores, imágenes, emociones. Constituye una forma de activar el pasado personal
- c) **Programas de estimulación y actividad cognitiva:** pretenden realizar tareas tendentes a activar y mantener las capacidades mentales. Incluye actividades de estimulación de la memoria, comunicación verbal, reconocimiento, ritmo y coordinación.
- d) **Adaptación cognitiva y funcional del entorno físico:** El medio que rodea al paciente se modifica y adapta a sus necesidades y capacidades. Se tratará de

<sup>59</sup> Ronald L. Ettinger. Manejo Dental del Paciente Afecto por la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Gerodontology 2000, 17: 8-16.

<sup>60</sup> J.Peña-Casanova. Enfermedad de Alzheimer: Del diagnóstico a la terapia, conceptos y hechos. Ed Fundación La Caixa. 1999

favorecer la realización de las actividades de la vida diaria mediante las ayudas técnicas o las adaptaciones necesarias y de establecer normas de seguridad.

- e) **Adaptación cognitiva y funcional del entorno humano, técnicas de comunicación y terapia de validación:** Uno de los objetivos principales de la intervención no va directamente dirigido a la persona con trastornos cognitivos, sino que se centra en el medio externo y en las personas que interaccionan con el paciente.
- f) **Actividades significativas (ocupacionales) y de la vida diaria:** Constituye un método de rehabilitación y de readaptación. Se pretende rehabilitar a través del trabajo (terapia ocupacional) o de cualquier actividad que conduzca a un fin.
- g) **Prevención y tratamiento de los trastornos psicológicos y del comportamiento:** Para optimizar el rendimiento cognitivo se han de diagnosticar y tratar las alteraciones de la percepción, el contenido del pensamiento, el humor o la conducta que se presenta frecuentemente en enfermos con demencia.

## CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES

En la práctica médica todas las decisiones incluyen una dimensión ética pero ésta es especialmente relevante en todas las enfermedades en las que hay una pérdida de la autonomía del paciente, como ocurre en la demencia.

Las personas con demencia pertenecen a uno de los grupos más vulnerables de la sociedad. Sus derechos necesitan ser particularmente respetados en situaciones donde ellos ya no pueden ser capaces de entender o tomar decisiones que afectan a su vida diaria:

- **Derecho a ser informado del diagnóstico tan pronto como sea posible:**<sup>61</sup> el diagnóstico debe ser revelado de manera discreta y en una forma que la persona pueda entenderlo.
- **Derecho a ser informado de las ventajas que representan la redacción de directrices anticipadas y la designación de un representante legal o tutor:** Las personas con demencia pierden la autonomía y su aptitud para tomar decisiones. En fases iniciales de la demencia el paciente, si lo desea, debería poder expresar en libertad sus preferencias sobre tratamientos médicos, alimentación por sonda, soporte vital artificial, etc. En fase moderada o severa, pierden dicha aptitud y en consecuencia la toma de decisiones debe ser asumida por otros. Los profesionales de la salud, servicios sociales y sus familiares deben intentar conocer su voluntad y respetar sus preferencias médicas, legales y financieras.<sup>62</sup>

### Consentimiento informado.<sup>63</sup>

Debe ser obtenido antes de que el tratamiento o investigación sea realizado.

- a. No se debe presumir que la persona con demencia no puede darlo solamente por razón de que ella padece incapacidad.
- b. Si debido a la naturaleza y avance de la incapacidad, la persona no puede tomar una decisión y no existen directrices anticipadas o condiciones para designar personalmente a un tutor, un representante legal o tutor debería ser designado con responsabilidad por el tratamiento y las decisiones acerca del cuidado del paciente.
- c. Todo proyecto de investigación que involucre adultos con incapacidad debido a la demencia debe ser analizado y discutido. Los representantes legales o tutores deberían obtener aprobación judicial para consentir la investigación.

---

<sup>61</sup> M. Clerencia. Aspectos Legales de la Demencia.2010

<sup>62</sup> Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. España. 2011

<sup>63</sup> Ayuso T, Ederra MJ. "Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria- Neurología" Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea. 2007

## **SITUACION NACIONAL DE LAS DEMENCIAS**

En el ámbito nacional si bien se han experimentado avances en cuanto a la oferta de prestaciones en servicios de salud a personas afectadas por algún tipo de demencia, tanto en el ámbito público como privado, desde el punto de vista jurídico no se encuentran normas que aborden esta situación específicamente, por cuanto nuestra legislación civil data del siglo XIX y en términos generales la normativa aborda el problema sin hacer distinciones a las específicas situaciones que se presentan en torno a las personas mayores afectadas con algún tipo de deterioro cognitivo.<sup>64</sup>

Se considera hoy la posibilidad de solicitar la interdicción de una persona mayor por demencia, esto es, que se declare la incapacidad legal de la persona de celebrar actos o contratos y de representarse a sí misma, otorgando tales facultades a un tercero, que pasaría a tener su representación legal y la administración de sus bienes, bajo el artículo 456 del código civil chileno.<sup>65</sup> Esto busca últimamente proteger los intereses de quien adolece demencia, siempre que esta herramienta legal sea usada de manera correcta.

La nueva ley de derechos y deberes del paciente, ley 20.587, cuya entrada en vigencia se cuenta desde el 1 de octubre del año 2012, señala en su párrafo 2º los artículos referidos al derecho a un trato digno, sin distinción de la condición del paciente, por lo que protege indirectamente a las personas con demencia. Más aún, el párrafo 8º se refiere expresamente a los derechos de pacientes con discapacidad psíquica o intelectual, como en el artículo 24, donde se señala la necesidad de contar con la aprobación del comité de ética para procedimientos invasivos o irreversibles en el caso de que el paciente no pueda manifestar su voluntad.

Todo esto representa un avance en los derechos que tienen estas personas ante la ley.

### **Papel del Odontólogo en el Diagnóstico Precoz de Demencia**

El hecho de que la odontología permite realizar un seguimiento de los pacientes mediante controles periódicos, da la posibilidad de reconocer signos y síntomas que pueden indicar el comienzo de deterioro cognitivo.

La pesquisa oportuna permite establecer planes a largo plazo dirigidos al tratamiento del paciente y al apoyo emocional, económico y físico del cuidador.<sup>66</sup> En cuanto al tratamiento, la importancia radica en la posibilidad de realizar el mayor avance posible en lo que se refiere a restauraciones protésicas (preferiblemente fijas), eliminación de lesiones en tejidos blandos y control de irritantes locales en los primeros años de la enfermedad.

Una de las mejores vías para luchar y sobrellevar la enfermedad es la información y por ello una detección precoz aportará las ventajas para ir un paso por delante y prever mejor las medidas que deberán ir adoptándose progresivamente.<sup>67</sup>

---

<sup>64</sup> SENAMA. Las personas mayores y los trastornos demenciantes en Chile. 2005

<sup>65</sup> Ministerio Justicia. Una mirada desde la Práctica a la declaración de Interdicción. Boletín N°7. 2012

<sup>66</sup> J.Peña-Casanova. Enfermedad de Alzheimer: Del diagnóstico a la terapia, conceptos y hechos. Ed Fundación La Caixa. 1999

<sup>67</sup> Idem

## MANIFESTACIONES ORALES DE LA DEMENCIA

Las personas con enfermedades degenerativas como la demencia presentan una salud oral deficiente por factores propios de la enfermedad, factores que deben ser valorados adecuadamente por el odontólogo, para poder proporcionar un buen manejo y tratamiento del paciente, brindándole así una mejor calidad de vida al mismo.<sup>68</sup>

Los problemas orales más frecuentes encontrados en pacientes con demencia son:<sup>69</sup>

- Traumatismo maxilofacial.
- Ulceraciones traumáticas orales.
- Caries dental extensa (coronaria y radicular)
- Deterioro de la salud periodontal.
- Numerosos dientes perdidos.
- Atrición, abrasión y migración de la dentición residual.
- Disfunción glandular salival.
- Severa atrofia de los rebordes alveolares residuales.
- Prótesis dentales desajustadas o deterioradas.
- Lesiones hiperplásicas secundarias al mal estado prostodóntico.

### Deficiencias en la higiene oral

La frecuente desatención de la higiene oral y la preferencia por los alimentos dulces se manifiestan en el significativo aumento de la prevalencia e incidencia de las caries coronales y radiculares<sup>70</sup>. Por tanto, es especialmente importante practicar limpiezas profesionales a las personas con demencia de forma regular así como informar a los familiares o cuidadores de la necesidad de tomar medidas profilácticas y, en su caso, facilitarles las correspondientes instrucciones.

Varios estudios epidemiológicos han demostrado asociación entre periodontitis avanzada con una mayor incidencia de eventos coronarios<sup>71</sup> Entre ellos mencionamos el de De Stefano et al, el cual observó que sujetos con periodontitis avanzada al comienzo del estudio, tenían un riesgo 25% mayor de presentar accidentes cardiovasculares que personas sin enfermedad periodontal.<sup>72</sup> En el estudio realizado por Bruneck<sup>73</sup> se analizó la relación entre diversas infecciones, entre ellas la periodontitis, con el riesgo de aterosclerosis subclínica. La periodontitis como factor de riesgo coronario en la forma de enfermedad vascular ateroesclerótica es reconocida bajo nivel de evidencia tipo A<sup>74</sup> por la American Heart Association (AHA); sin embargo,

<sup>68</sup> Julio Vásquez Estela. Consideraciones odontológicas de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Marzo2009

<sup>69</sup> Idem

<sup>70</sup> Gabriela Stoppe. Las demencias y su consideración en el tratamiento Odontológico. Quintessence (ed. esp.) Volumen 21, Número 3, 2008

<sup>71</sup> Eduardo Guarda S. Enfermedad Periodontal y Cardiopatía Coronaria. Vol. 31 Nº1 2006

<sup>72</sup> DeStefano, Dental disease and risk of coronary heart disease and mortality. BMJ 1993;306:688-91

<sup>73</sup> Chronic Infections and the Risk of Carotid Atherosclerosis : Prospective Results From a Large Population Study.2001 Feb 27; 103(8) :1064-1070

<sup>74</sup> Periodontitis and atherosclerotic vascular disease: What we know and why it is important. Journal of the American Dental Association. 2012;143:826-828.

hasta la fecha no ha sido posible precisar causalidad entre la enfermedad periodontal y la enfermedad aterosclerótica mediante evidencia semejante.

Considerando lo mencionado, es que los cuidadores deben responsabilizarse progresivamente de la higiene oral del enfermo a medida que avanza la enfermedad. En el estadio avanzado, el tratamiento odontológico resulta cada vez más difícil y, en casos muy graves, la anestesia general parece la última alternativa para evitar riesgos médicos generales.<sup>75</sup> Estos últimos aumentan cuando existen dientes naturales que, a consecuencia de una higiene oral insuficiente, presentan periodontitis avanzadas u osteítis periapicales crónicas.

### **Prótesis dentales**

Considerando los riesgos asociados a los dientes naturales descuidados, podría recomendarse su extracción y la colocación de una prótesis removible; sin embargo, la adaptación y el uso de prótesis removibles son muy limitados en los pacientes con demencia. Dicha limitación no sólo se debe al deterioro cognitivo, sino también a los déficit motores que dificultan especialmente el control muscular de las prótesis mucosoportadas.<sup>76</sup>

Según el estado de deterioro cognitivo es que existe la factibilidad de utilizar prótesis. En un estudio prospectivo de 101 pacientes hospitalizados, Taji et al<sup>77</sup> describieron la relación entre cognición y probabilidad del uso de prótesis. Los autores pudieron comprobar que, con un valor MMSE (Mini-Mental State Examination) inferior a 14 (fuerte limitación de las capacidades cognitivas), la probabilidad de uso de una prótesis disminuye a un tercio.

La simple colocación y extracción de la prótesis ya supone un problema para las personas con demencia, por este motivo, para que la adaptación a una prótesis dental tenga éxito, el paciente debe aprender nuevos patrones de movimiento y reflejo.<sup>78</sup>

---

<sup>75</sup> Gabriela Stoppe. Las demencias y su consideración en el tratamiento Odontológico. Quintessence (ed. esp.) Volumen 21, Número 3, 2008

<sup>76</sup> Best Practice. Cuidado de la higiene oral en personas mayores con demencia en residencias. 2004;8(4):1-6

<sup>77</sup> Taji T, Yoshida M, Hiasa K, Abe Y, Tsuga K, Akagawa Y. Influence of mental status on removable prosthesis compliance in institutionalized elderly persons. *Int J Prosthodont* 2005;18:146-149.

<sup>78</sup> Gabriela Stoppe. Las demencias y su consideración en el tratamiento Odontológico. Quintessence (ed. esp.) Volumen 21, Número 3, 2008

## **Dolor**

El tratamiento del dolor en personas con demencia se dificulta, pues muchas veces los enfermos no pueden describir o desconocen desde cuándo presentan dolor y con qué frecuencia.<sup>79</sup>

El dolor constituye un estrés permanente que puede potenciar la aparición de delirios, estados de agitación y otros trastornos del comportamiento, es importante su reconocimiento y su adecuado tratamiento.

Entre otros, son signos de dolor en la región oral, maxilar y facial<sup>80</sup>:

- Inquietud
- Sueño agitado
- Gritos o gruñidos
- Rechazo de la comida favorita
- Rechazo de alimentos duros y fríos
- Falta de colaboración
- Conducta agresiva

## **RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON DEMENCIA**

La comunicación con personas con demencia exige considerar aspectos diversos según la gravedad y la sintomatología de la enfermedad.<sup>81</sup>

Es especialmente importante lograr la confianza del paciente. Para ello es necesario hablar lentamente y alto, utilizando frases sencillas y comprensibles. El entorno debe estar estructurado con sencillez y ser luminoso. En general se debe evitar estímulos difusos, como por ejemplo, música de fondo en la consulta o ruidos en las estancias accesorias, ya que pueden irritar innecesariamente al enfermo.<sup>82</sup>

Se debe tener en cuenta la posibilidad de que se produzcan errores de interpretación en la consulta dental ante una situación que pueda desencadenar miedo. Por ejemplo, la aproximación de instrumentos puede ser interpretada por la persona enferma como una agresión e incluso movimiento bruscos también podrían ser malinterpretados como una agresión.<sup>83</sup> Por tanto, los profesionales involucrados en la atención de estos pacientes, deberían repetir constantemente quiénes son, qué pretenden hacer y cómo debe comportarse el paciente para lograr el éxito del diagnóstico y del tratamiento.<sup>84</sup>

---

<sup>79</sup> Gabriela Stoppe. Las demencias y su consideración en el tratamiento Odontológico. Quintessence (ed. esp.) Volumen 21, Número 3, 2008

<sup>80</sup> Ettinger RL. Dental management of patients with Alzheimer's disease and other dementias. Gerodontology 2000; 17:8-16.

<sup>81</sup> Gabriela Stoppe. Las demencias y su consideración en el tratamiento Odontológico. Quintessence (ed. esp.) Volumen 21, Número 3, 2008

<sup>82</sup> Best Practice. Cuidado de la higiene oral en personas mayores con demencia en residencias. 2004;8(4):1-6

<sup>83</sup> Gabriela Stoppe. Las demencias y su consideración en el tratamiento Odontológico. Quintessence (ed. esp.) Volumen 21, Número 3, 2008

<sup>84</sup> Best Practice. Cuidado de la higiene oral en personas mayores con demencia en residencias. 2004;8(4):1-6

El contacto corporal afectivo, como por ejemplo sujetar la mano del paciente o rozarle con suavidad los hombros, puede facilitar la comunicación, crear confianza y, en ocasiones, lograr la sonrisa espontánea del enfermo.

Se recomienda la presencia de personas de confianza, sobre todo familiares, para acompañar al paciente durante la intervención. Es importante que se les informe, al igual que al paciente, de cómo evoluciona el tratamiento así como de las posibles consecuencias del mismo –como, por ejemplo, hemorragias o puntos de presión– para que, en su caso, puedan reaccionar adecuadamente.

Si bien se mencionan y existen en la actualidad recomendaciones generales para el manejo de pacientes con demencia, cada paciente deberá ser evaluado de forma particular, determinando por medio de nuestra observación y por lo que relaten sus cuidadores, cuales son las características del paciente y factores que generan mayor tensión en dichas personas. La consideración de estos factores es fundamental para generar una respuesta positiva por el paciente y en consecuencia obtener resultados lo más óptimos durante el tratamiento.

## II. MATERIAL Y METODOS

El principal propósito de la siguiente investigación es determinar el grado de conocimiento a Odontólogos de la quinta región sobre pesquisa oportuna y manejo de pacientes con demencia. Para poder realizar este objetivo, se elaboró una encuesta que busca medir los parámetros anteriormente mencionados.

### 1. Objetivos

#### 1.1. Objetivos Generales

- Describir el conocimiento sobre demencia y su manejo odontológico en dentistas de la V región.
- Determinar la prevalencia de atención de pacientes con demencia o sospecha de demencia, en odontólogos de la V región.

#### 1.2. Objetivos Específicos

- Determinar si el manejo del paciente con demencia en la consulta dental es basado en la evidencia científica.
- Determinar si existe derivación del odontólogo al médico por sospecha de demencia.
- Determinar si los odontólogos de la quinta región reconocen a pacientes con algún grado de deterioro cognitivo o demencia.
- Determinar si los odontólogos de la quinta región han recibido una formación adecuada para gestionar las necesidades de pacientes con demencia.

## **2. Variables**

### **A. Sociodemográficas**

#### **A.1.- Género**

- Tipo: Cualitativa Dicotómica
- Categorías: 1= Femenino  
2= Masculino

#### **A.2.- Especialidad**

- Tipo: Cualitativa Nominal
- Definición: Formación académica que el profesional registra tener

#### **A.3.- Años que ha Ejercido Profesión**

- Tipo: Cuantitativa Continua
- Definición Conceptual: Años que el profesional ha trabajado como Odontólogo desde que recibe la certificación del establecimiento educacional en el cual realizó sus estudios.
- Escala: Esta variable será medida en años.

#### **A.4.- Establecimiento de Estudio**

- Tipo Cualitativa Nominal
- Definición: Establecimiento educacional en el que el profesional registra haberse titulado.

### **B.- Conocimiento de Demencia**

- Tipo: Cualitativa Nominal
- Definición Conceptual: Pérdida progresiva de funciones cognitivas e intelectuales por variadas condiciones.

### **B.1.- Edad en que comienza la demencia**

- Tipo: Cuantitativa Discreta
- Categorías: 1= Antes de los 40 años  
2= Entre los 40 y 50 años  
3= Entre los 51 y 60 años  
4= Sobre los 60 años

### **B.2.- Rasgos característicos de demencia**

- Tipo: Cualitativa Nominal
- Categorías: 1= Pérdida de Iniciativa  
2= Alucinaciones  
3= Problemas del lenguaje  
4= Cambio de Temperamento  
5= Desorientación  
6= Dificultad para realizar tareas que son familiares  
7= Todas

### **B.3.- Opciones para el tratamiento Odontológico**

- Tipo: Cualitativa Nominal
- Categorías: 1= Sólo realizar Urgencias  
2= Atender lo más rápido posible  
3= Atenderlo en presencia del cuidador  
4= Otro

## **C.- Experiencia**

### **C.1.- Atención de Pacientes con demencia**

- Tipo: Cuantitativa Discreta
- Categoría: 1= Si  
2= No

**C.2.- Se encontraba Preparado**

- Tipo: Cualitativa Dicotómica
- Categoría: 1= Si  
2= No

**C.3.- N° de veces que ha atendido pacientes con Demencia**

- Tipo: Cuantitativa Discreta
- Categorías: 1= Más de una vez al día  
2= Entre una vez al día y una vez a la semana  
3= Entre una y tres veces al mes  
4= Menos de una vez al mes  
5= Nunca

**C.4.- Derivación a especialista**

- Tipo: Cualitativa Dicotómica
- Categorías: 1= Si  
2= No

**C.5.- Profesional al cual derivó**

- Tipo: Cualitativa Nominal
- Categoría: 1= Psicólogo  
2= Médico Tratante  
3= Psiquiatra  
4= Geriatra  
5 = Otro

**C.6.- Cómo Derivaría**

- Tipo: Cualitativa Nominal
- Categoría: 1= En primera instancia, informaría a su cuidador, pariente o acompañante.  
2= Pediría la opinión a médico tratante sobre sus rasgos de personalidad.  
3= Le diría que esta estresado y lo derivaría al psicólogo.  
4= Lo enviaría directamente al psiquiatra.  
5= Otro

### C.7.- Pacientes de edad avanzada con signos de demencia ¿Deberían ser sometidos a test cognitivos?

- Tipo: Cualitativa Dicotómica
- Categoría: 1= Si  
2= No

### 3. Diseño del estudio

- Este estudio corresponde a uno de tipo descriptivo de corte transversal.

### 4. Población

- Profesionales Odontólogos que se encuentren ejerciendo su profesión en la quinta región.

### 5. Muestra y Unidad de Estudio

No existen registros precisos respecto a la cantidad de odontólogos que ejercen su profesión en la quinta región, a excepción de los datos proporcionados por el Colegio de Dentistas de Chile, entidad que entrega la cifra aproximada de 1000 profesionales, cifra que se utilizó en el presente trabajo para determinar la muestra.

Del total de profesionales Odontólogos que trabajan en Chile (14.500)<sup>85</sup>, se medirá a aquellos que ejercen su profesión en la Quinta región (1000 Odontólogos)<sup>86</sup>

Para el cálculo de muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot (1 - p)}{(N - 1) \cdot e^2 + p \cdot (1 - p)}$$

Z<sup>2</sup>: Intervalo de confianza de 95% (1,96)

N: Universo de 1000 Odontólogos que trabajan en la quinta región (Cifra estimada por colegio de cirujano dentistas, 2012)

<sup>85</sup> Buenos Aires, Primer Encuentro de Referentes de la Odontología Latinoamericana 2011.

<sup>86</sup> Colegio de Cirujanos dentistas, Chile

p: 0,5, por asumir una prevalencia desconocida de cuantos profesionales de la quinta región saben sobre demencia.  
 e<sup>2</sup>: 5% valor de error muestral.

Se reemplaza la fórmula:

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 1000 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5)}{(1000 - 1) \cdot 0,05^2 + 0,5 \cdot (1 - 0,5)} = 278$$

La unidad de estudio corresponde a 278 Odontólogos de la Quinta Región.

## 6. Criterio de Selección

- En este estudio se consideró como muestra solo a Odontólogos que ejercen su profesión en la Quinta Región.

## 7. Calibración

El instrumento de medición utilizado en esta investigación fue una encuesta virtual, la que fue sometida a un estudio piloto el año 2012 con el fin de detectar posibles errores de estructura, problemas al momento de aplicación y tiempos de trabajo. De esta manera se buscó estandarizar el instrumento de medición. En dicha oportunidad el instrumento utilizado fue aplicado a un total de 60 Odontólogos de las ciudades de Viña del Mar y Valparaíso.

Las sugerencias obtenidas de este estudio piloto fueron incorporadas y adaptadas a la encuesta final y posteriormente revisadas y validadas por un sociólogo y por un psicólogo laboral.

## 8. Procedimiento

Para la obtención de la información por parte de Odontólogos de la quinta región, se aplicó un instrumento de medición para determinar su nivel de conocimientos y experiencia sobre demencia.

El instrumento de medición consistió en una encuesta de 13 preguntas, dicotómicas, selección múltiple y una pregunta de respuesta libre, en donde se abordó las siguientes variables: sociodemográficas, concepto de demencia, derivación y manejo odontológico.

Para la elaboración virtual de la encuesta se utilizó el gestor “e-encuesta.com”, plataforma que permite elaborar el instrumento de medición deseado, entregando un link, mediante el cual los participantes pueden acceder vía online a la misma: (<http://www.e-encuesta.com/answer?testId=F9ard4Kub+E=>).

Cada participante previa lectura de consentimiento informado aceptó las condiciones de la encuesta, donde fueron informados que los resultados serían mantenidos en anonimato y utilizados con fines de investigación.

Debido a que el universo corresponde a Odontólogos de la quinta región, y considerando que para este estudio se utilizó un margen de error del 5%, la muestra total necesaria equivale a 278 encuestados. Al no contar con los correos electrónicos de los dentistas que constituyen el Universo, se optó por acceder a ellos a través de Web Dental, plataforma que funciona desde el año 2008, cuya finalidad es aportar a la Red (Internet) información dirigida a profesionales, estudiantes de odontología y afines, con contenidos, notas e información recopiladas del Universo Odontológico. La encuesta fue recibida mediante esta página por odontólogos de todo Chile. Para discriminar sólo a profesionales de la Quinta Región, se utilizó el filtro correspondiente mediante el gestor de “e-encuesta”.

<http://webdental.wordpress.com/2013/06/06/encuesta-manejo-odontologico-de-pacientes-con-demencia/>

## **9. Análisis Estadístico**

- a) El registro de los datos se realizó a través del programa Microsoft Excel 2007.
- b) Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas, mediante promedios, desviación estándar e intervalo de confianza; en tanto que las variables cualitativas fueron descritas por frecuencias y porcentajes.

### III. RESULTADOS

De un total de 334 encuestas contestadas correspondientes a distintas regiones de Chile, sólo 284 representan a Odontólogos que ejercen su profesión en la quinta región, lo que corresponde al 85,8% del total. De este grupo, la mayoría de los encuestados (55%) son del género femenino y 45% del género masculino.

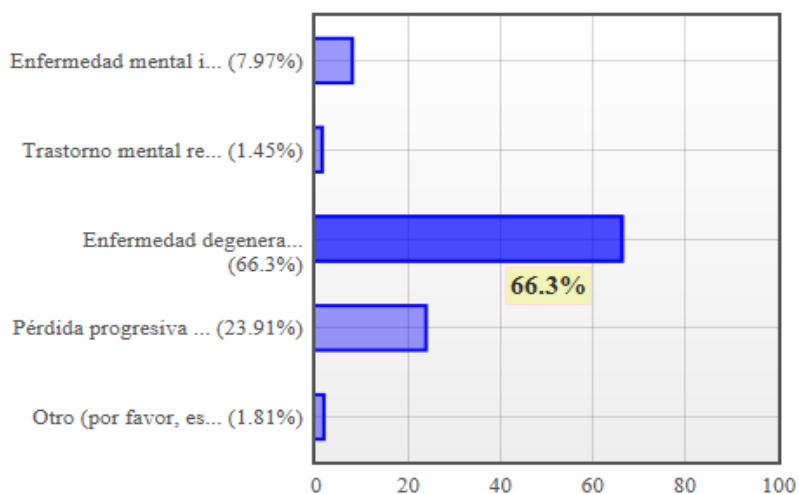
Las tres áreas de odontología con mayor representación fueron odontología general con un 66%, seguido de Periodoncia con un 15% y Rehabilitación Oral con un 11% del total.

Las Universidades de egreso que mostraron mayor representatividad fueron: Universidad de Valparaíso con un 67,9%, seguido de Universidad de Chile (17,95%) y Universidad de Talca con un 9,5% del total.

Los resultados detallados a continuación corresponden a la muestra filtrada de 284 profesionales que ejercen su profesión en la Quinta Región.

#### 1. Pregunta: De acuerdo a sus conocimientos ¿Cuál de las siguientes frases define de mejor modo el término demencia?

Gráfico 1:

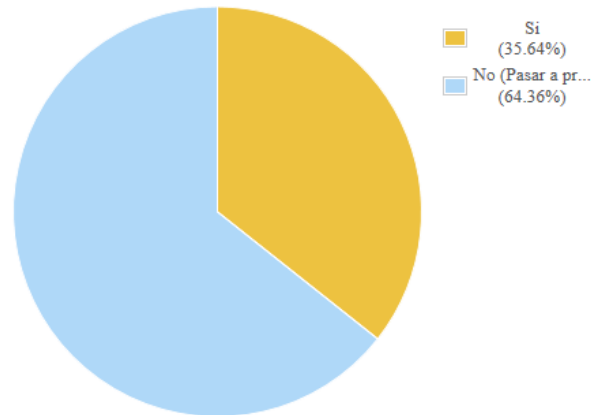


De un total de 276 respuestas, el gráfico 1 muestra que la mayoría de los participantes representando el 66,3% del total (183 participantes), considera a la demencia como una enfermedad degenerativa donde se pierden las capacidades cognitivas de forma

progresiva, Por otro lado, la alternativa con menor representación corresponde a la de demencia entendida como un trastorno mental reversible, con sólo un 1,45% del total (4 participantes).

## 2. Pregunta: ¿Ha atendido a algún paciente que padezca demencia?

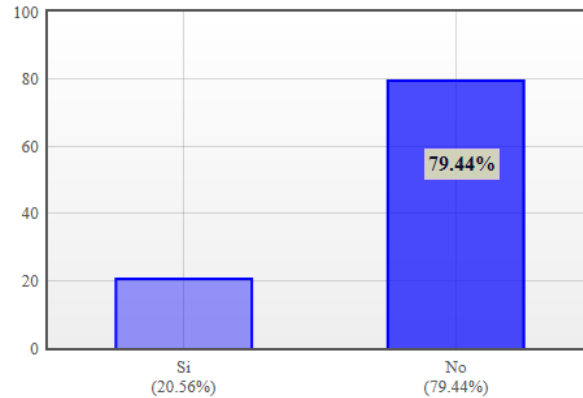
**Gráfico 2:**



De un total de 275 encuestas contestadas, el gráfico 2 muestra que un porcentaje de profesionales que alcanza al 64% correspondiente a 177 participantes, señala no haber atendido a pacientes con demencia, y sólo un 35% indica que si los ha atendido (98 participantes).

**3. Pregunta: Cómo dentista, ¿Se encontraba preparado para este tipo de paciente?**

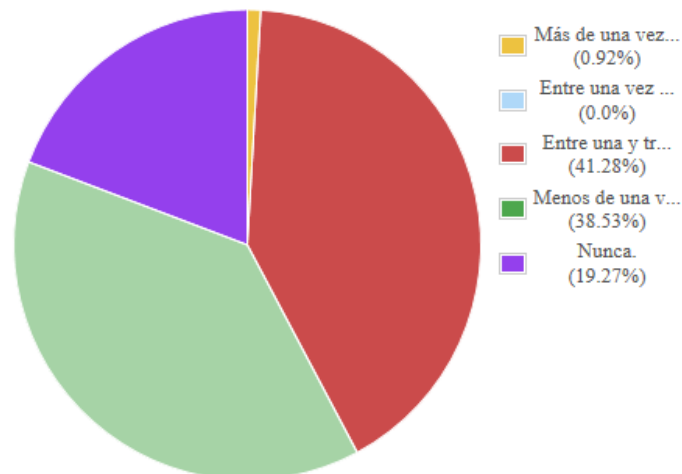
**Gráfico 3:**



Del total de profesionales que respondieron esta pregunta, 107 de ellos, correspondiente al 79,4%, indican que no se encontraban preparados para atender a pacientes con esta condición, El resto de quienes respondieron (22 odontólogos) indica que si se encontraba preparados, representando un 20,6%.

**4. Pregunta: Dentro de los últimos 6 meses ¿Cuántas veces ha atendido a pacientes que padecen o parecen padecer demencia?**

**Gráfico 4:**

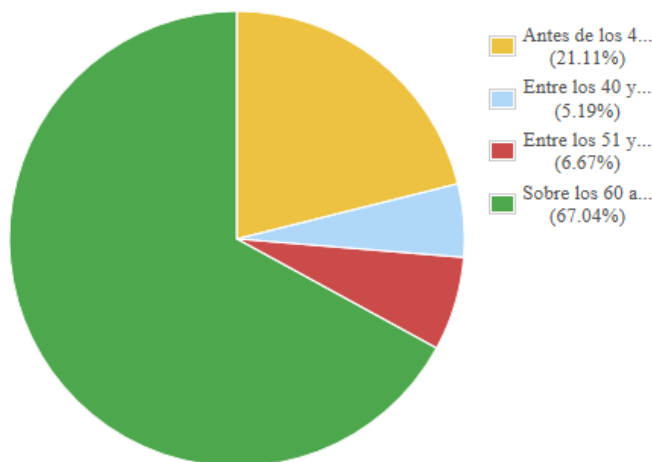


De un total de 109 respuestas, la alternativa que presento mayor representación con un 41% del total, corresponde a la de frecuencia entre una y tres veces al mes (45

participantes), seguida de menos de una vez al mes, con un 38 % (42 participantes) y más de una vez al día con 0,92% del total (1 encuestado).

### 5. Pregunta: ¿A qué edad cree que puede comenzar la demencia?

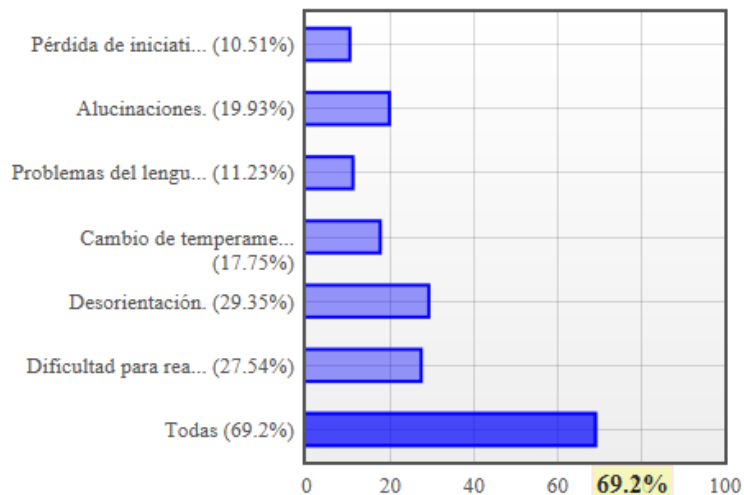
Gráfico 5:



El gráfico 5 muestra que de un total de 270 respuestas, el mayor porcentaje de los participantes considera como edad de comienzo de la demencia la alternativa 4 (sobre los 60 años), correspondiente al 67% del total, seguido por un 21% que considera puede comenzar antes de los 40 años. El resto de grupos corresponde a un 6,67% que determinan como rango etario entre los 51 y 60 años y un 5,19% entre los 40 y 50 años.

### 6. Pregunta: ¿Qué rasgos considera característicos de una persona que padece demencia? Marque la(s) alternativa(s)

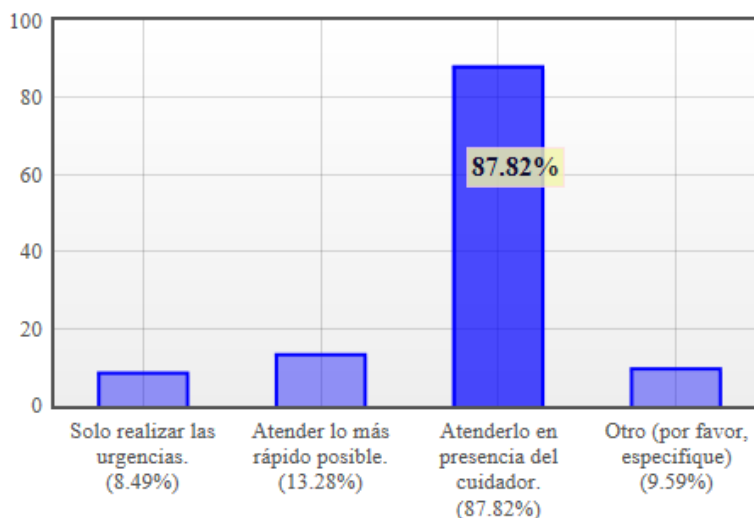
Gráfico 6:



De un total de 276 respuestas, 191 participantes correspondientes al 69,2% del total, considera todas las características planteadas como rasgos posibles de presentar en una persona con demencia; es decir: Pérdida de iniciativa, alucinaciones, problemas del lenguaje, cambio de temperamento, desorientación y dificultad para realizar tareas que son familiares. El resto de participantes, como se observa en el gráfico 6, optó por una o varias de las características planteadas.

**7. Pregunta: ¿Qué opción(es) consideraría adecuada(s) para el tratamiento de un paciente con demencia? Marque la(s) alternativa(s)**

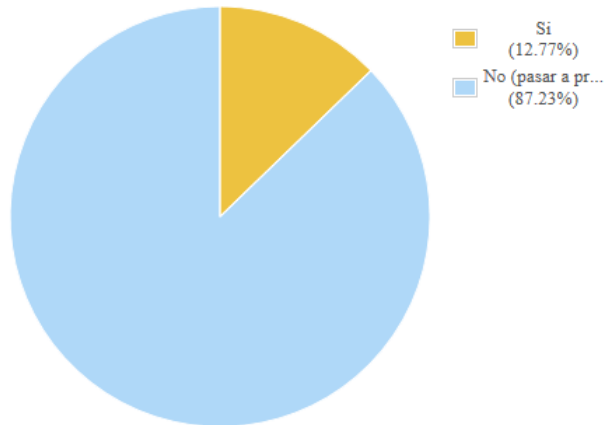
**Gráfico 7:**



De un total de 271 respuestas, el grupo con mayor representatividad, 87,8% del total, considera que la atención de pacientes con demencia debería ser ante la presencia de un cuidador. Le siguen en frecuencia con un 13% atenderlos lo más rápido posible y finalmente sólo un 8,49% considera que sólo se deben realizar las urgencias.

## 8. Pregunta: ¿Ha derivado a pacientes con signos de demencia a un especialista?

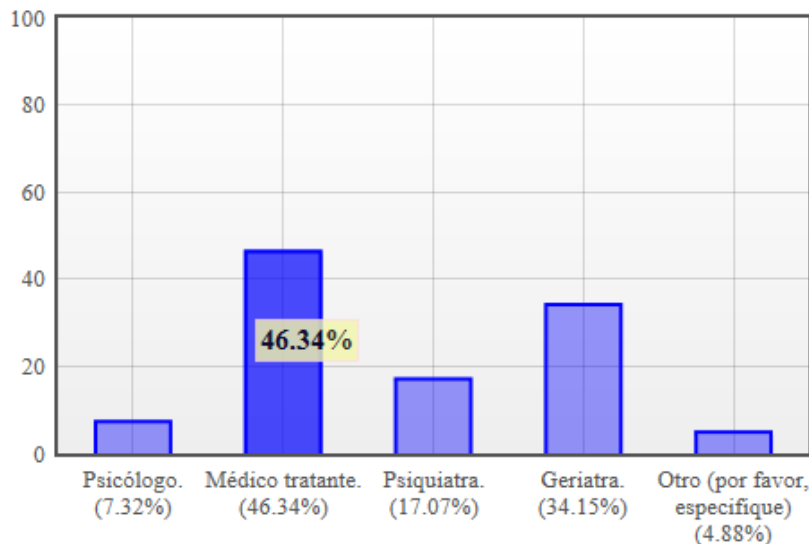
Gráfico 8:



De un total de 274 respuestas, como se observa en el gráfico 8, el 87,2% no ha derivado a un especialista a sus pacientes con signos de demencia. Del 12,7% de profesionales que si han derivado (35 encuestados), se detalla en el grafico 9 las principales especialidades a las que fueron dirigidas las interconsultas.

## 9. Pregunta: A qué profesional de la salud fue dirigida la interconsulta?

Gráfico 9:

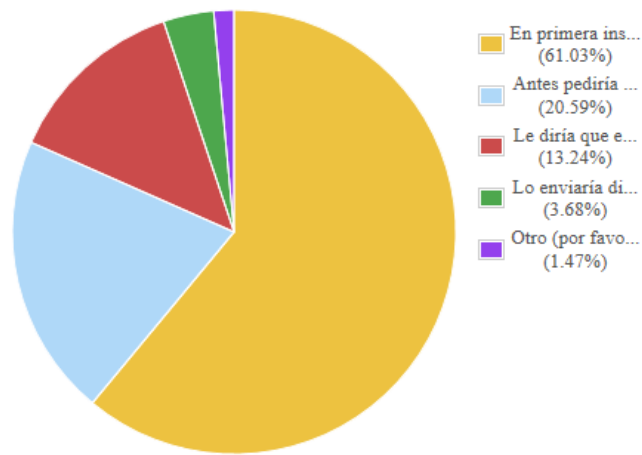


De los 35 encuestados que indicaron haber realizado una interconsulta, lo más frecuente es la derivación al médico tratante, con un 46,3% de representatividad, le

siguen en frecuencia con un 34% el Geriatra, Psiquiatra (17%) y finalmente Psicólogo con un 7,3%.

**10.Pregunta: ¿Cómo derivaría a un paciente con signos de demencia? Marque la(s) alternativa(s)**

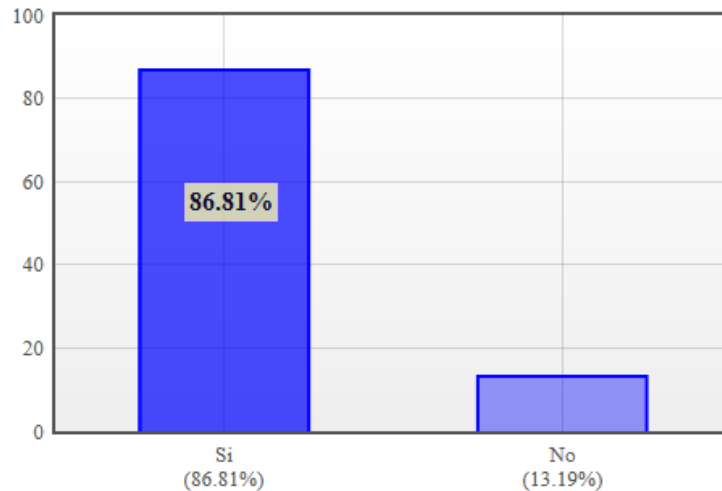
**Gráfico 10:**



De un total de 272 encuestados que respondieron esta pregunta, destaca en el gráfico 10, con un porcentaje del 61% (166 participantes) como principal forma de derivación, la de informarle previamente al cuidador o acompañante sobre la sospecha de demencia. Le siguen en frecuencia con un 20,5%, pedir la opinión al médico tratante sobre rasgos de personalidad del paciente, con un 13,2% el relatarle al paciente que su condición se debe a estrés y por ello lo deriva a un psicólogo y finalmente con una representatividad de un 3,6% se optaría por derivarlo directamente al psiquiatra.

**11.Pregunta: Según su opinión ¿Los pacientes de edad avanzada con signos de demencia deberían ser sometidos a test cognitivos?**

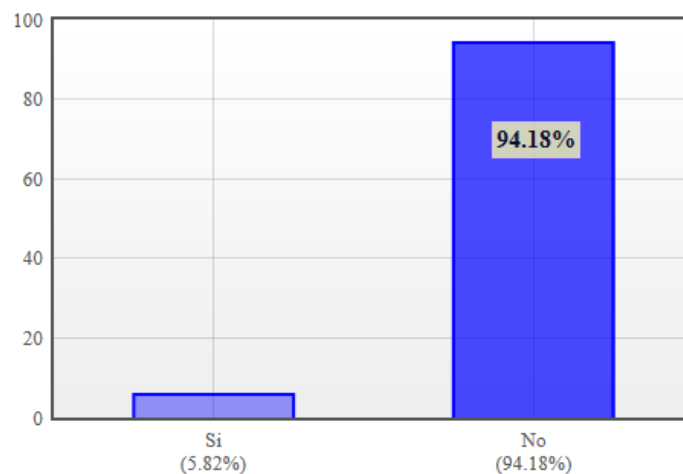
**Gráfico 11:**



Como se observa en el gráfico 11, de un total de 273 respuestas, el 86,8% considera que los pacientes de edad con signos de demencia deberían ser sometidos a test cognitivos (237 participantes), el 13% restante considera que no, correspondiendo a 36 participantes.

**12.Pregunta: ¿Considera que su formación profesional fue eficiente en la preparación frente a este tipo de pacientes?**

**Gráfico 12:**



De un total de 275 participantes que contestaron la pregunta n°12, destaca en el gráfico 12, que 259 participantes, correspondiente a un 94% del total, indican que su formación

profesional no los preparó para enfrentar de forma adecuada a este tipo de pacientes. Sólo un 5,8% señala que sí, equivalente a 16 participantes. De este último grupo, la mayoría corresponde a Odontólogos Generales (50%), seguido por Periodoncistas (12,5%) y las Universidades de egreso de quienes se consideran preparados para atender pacientes con demencia en su mayoría corresponden a Universidad de Valparaíso (50%) y Universidad de Chile (15%).

### **13.Pregunta: Qué sugeriría para mejorar el tratamiento de pacientes con demencia desde el mundo de la odontología?**

De un total de 82 comentarios recopilados y analizados, a continuación se exponen 17 de ellos que extractan y resumen la opinión de la mayoría.

N°	Comentario
1	Mayor capacitación para entender signos y síntomas de la enfermedad y poder derivar al médico y aconsejar a la familia. Para un tratamiento integral.
2	De partida, informar a los estudiantes de odontología con respecto al manejo de pacientes geriátricos, establecer en la malla curricular o en cada asignatura de la carrera unidades temáticas referentes a los adultos mayores y su manejo odontológico.
3	Sería útil actualización sobre el tratamiento de ellos, tanto los protocolos actuales, como también los métodos para sospechar de demencia y poder realizar su derivación oportuna al profesional correspondiente.
4	Mayor preparación concerniente a atención de pacientes con necesidades especiales.
5	La malla curricular UV tiene -por contingencias administrativas- un fuerte sesgo odontopediátrico, sin considerar que la población envejece y los adultos mayores requieren tratamientos de mayor complejidad que los pediátricos. Ya que los pacientes con demencia suelen ser adultos mayores, creo que nuestra malla debiera considerar cursos de odontogeriatría.
6	Tener mayor conocimiento en la causa, evolución, comportamiento y tratamiento de la demencia.
7	Integrar equipos multidisciplinarios para abordar los problemas.
8	Preparar mejor a las nuevas generaciones de odontólogos ante este tipo de pacientes.

9	Acceso a cursos de tipo obligatorio, en salud pública o privada, para este tipo de pacientes.
10	Tanto en servicio público como en privado deben tener atención especializada ya que por el tema de la nueva ley de derechos y deberes de los pacientes no se les puede dar una hora estándar de atención
11	Recién en esta década se está tomando en cuenta la atención de personas que padecen demencia, hay más conciencia, y actitud además el porcentaje de adultos mayores está creciendo y entraron al programa GES, por lo tanto debemos preparar a los estudiantes para poder atender y velar por una atención integral.
12	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. establecimiento de protocolos de atención de la población geriátrica</li> <li>2. Planes y programas en el sistema público que permitan sesiones adaptativas de esta población con demencia leve.</li> <li>3. Manejo farmacológico del paciente con demencia severa.</li> <li>4. Conocer los factores de riesgo y factores protectores de los pacientes con demencia.</li> </ol>
13	Información masiva a profesionales, ya sea por mail o circulares, por ejemplo en coordinación con el colegio de dentistas.
14	Que en las universidades existiera un ramo llamado "Pacientes con necesidades especiales" y que esto no se tratara solo en una clase o un seminario.
15	Que existan más recursos para poder tratar a este tipo de pacientes especiales desde la salud pública.
16	Mayor interrelación con el médico para determinar pautas de tratamientos
17	Creo que es indispensable incluir la asignatura de psicología en la carrera de odontología no sólo para los pacientes dementes, sino para atender a cualquier paciente, hay que tomar en cuenta que a lo menos un 10 % de las personas padecen de algún tipo de enfermedad mental, depresión u otra. Además de ofrecer cursos para profesionales que quieran mejorar en este importante aspecto de la atención.

## IV. DISCUSIÓN

En la etapa de recopilación de información para la elaboración del marco teórico, fue posible constatar la carencia de investigaciones en nuestro País sobre demencia en Odontología. Considerando que la demencia desde el año 1990 a la fecha ha presentado un incremento del 526%<sup>87</sup>, ocupando el quinto lugar de causa de muerte en Chile, dicha ausencia de estudios frente a esta problemática, constituye una tarea aún por comenzar y cumplir.

A pesar de una acabada búsqueda en diferentes bases de datos, no se encontró investigaciones o protocolos de atención odontológica a nivel nacional, destinados a pacientes con demencia. La experiencia de países como Inglaterra y Argentina, demuestran que la protocolización de los procedimientos basados en la mejor evidencia científica disponible y actualizada constantemente, evita actitudes negligentes de odontólogos, personal auxiliar e instituciones, asegurando de este modo, la calidad de la atención. La protocolización la deben realizar expertos Gerodontólogos (especialidad nueva en nuestro país), previa a una investigación sistemática, con la finalidad de generar un plan estratégico individual o grupal.

Las desventajas de los protocolos desde una perspectiva filosófica, son que anulan la creatividad y automatizan el trabajo (con sus ventajas y desventajas). El protocolo no debe representar una forma estática de conocimiento, por el contrario, la atención de pacientes con demencia u otras necesidades especiales, involucran constante adaptación, perfeccionamiento y creatividad.

Los resultados obtenidos en este estudio, reflejan una tendencia similar al estudio piloto realizado el año 2012<sup>88</sup>, donde un aspecto importante a destacar y que fue posible constatar mediante comentarios de muchos de los encuestados, es que no hay un conocimiento actualizado sobre el concepto de demencia. Se tiende a utilizar la terminología de Demencia Senil para pacientes adultos mayores y diferenciarla de otros tipos de demencia. Actualmente la senilidad y demencia senil son términos en desuso y se refiere a ellos como deterioro cognitivo relacionado con la edad.<sup>89</sup>

Analizando el nivel de conocimientos sobre demencia, llama la atención que un 66% de los profesionales encuestados identifican correctamente el concepto de demencia (60% estudio piloto), pero de este grupo, sólo un 72% reconoce los principales signos y síntomas de esta patología. Esta dicotomía puede determinar que en la atención clínica

---

<sup>87</sup> MINSAL, Departamento de estadística e Información de Salud.

<sup>88</sup> Pérez M, López Y, Tapia P, "Evaluación a Odontólogos sobre manejo Odontológico de Pacientes con Demencia". 2012

<sup>89</sup> National Institutes of Health, "Demencias: Esperanza en la investigación", NINDS. Marzo 2006

odontológica, se pasen por alto características claves que podrían indicar el comienzo de un deterioro cognitivo, ya sea de orden transitorio o progresivo si corresponde a una demencia propiamente tal. La importancia de este resultado radica en que es necesaria mayor capacitación para detectar una demencia en estadio precoz, mejorando el pronóstico y a la vez permitiendo tomar medidas preventivas oportunas.<sup>90</sup> Reconocer y comprender dicha carencia en la formación de profesionales odontólogos, plantea la necesidad de incorporar dentro de las mallas curriculares asignaturas orientadas al manejo de pacientes con demencia y necesidades especiales. En relación a los participantes que indicaron que su formación profesional los preparó para enfrentar de forma adecuada a los pacientes con demencia, que corresponde solo al 5,8% del total que contestó la pregunta (16 participantes), la mayoría corresponde a odontólogos generales (50%), seguido por periodoncistas (12,5%) y sus universidades de egreso corresponden principalmente a la Universidad de Valparaíso (50%) y Universidad de Chile (15%). Cabe preguntarse si dichos conocimientos son efectivamente los mínimos necesarios, ya que por ejemplo, la formación del especialista en periodoncia en la Universidad de Valparaíso incluye temas orientados específicamente a envejecimiento, pero no aborda directamente la demencia y su manejo.

Un 35% de los profesionales participantes señala haber atendido a pacientes con demencia, con una frecuencia de una a tres veces al mes (45%). De este grupo un 79% menciona que no se encontraba preparado, resultado que se correlaciona con el 94% de encuestados que indican que su formación profesional no los preparó adecuadamente. Dicho resultado nuevamente plantea la necesidad de adquirir las competencias necesarias, facilitando y asegurando una atención de calidad, evitando la improvisación sin evidencia científica.<sup>91</sup> Del grupo que indica que si se sentía preparado para abordar a estos pacientes (21%), llama la atención que sólo un 45% logró identificar correctamente los principales signos y síntomas de demencia. Dicho resultado indica que muchas veces la atención de pacientes con demencia o necesidades especiales en general, se realiza en base a habilidades particulares del profesional, su experiencia personal y su sentido común, cuando esta atención debería ser respaldada por un conocimiento basado en la mejor evidencia disponible, favoreciendo la creatividad bajo normas estudiadas y actualizadas.

Cabe destacar que en el ítem de manejo odontológico (pregunta N°7) un 87% del total de los profesionales respondió correctamente que atendería al paciente con demencia en presencia del cuidador, el 13% restante optarían por atenderlos lo más rápido posible o sólo tratar las urgencias, ambas alternativas no indicadas para pacientes con

---

<sup>90</sup> Gabriela Stoppe. Las demencias y su consideración en el tratamiento Odontológico. Quintessence (ed. esp.) Volumen 21, Número 3, 2008

<sup>91</sup> V Congreso Mendocino de Odontología. Mendoza, Argentina. 18 de mayo de 2013

demencias, por el contrario, la evidencia sugiere atenderlos en un ambiente tranquilo y pausadamente, ya que cualquier movimiento brusco podría ser malinterpretado como agresión.<sup>92</sup>

Al analizar las derivaciones y al tipo de profesionales a las cuales se dirigen, se observa que sólo un 12% de los profesionales declara haber derivado a pacientes con signos de demencia, y las especialidades que mostraron mayor preferencia son médico tratante (46%), geriatra (34%) y psiquiatra (17%). Dicho resultado, reflejaría dos aspectos a considerar; el paciente puede venir ya diagnosticado, por lo cual el profesional no necesitaría realizar la respectiva derivación, o por otro lado, los profesionales omitieron por determinados motivos la posibilidad de realizar una interconsulta a un profesional a pesar de los signos detectados en su paciente.

Se debe comprender que la labor del Odontólogo no es diagnosticar una demencia, pero sí debería tener las competencias necesarias para detectar signos y síntomas compatibles con algún grado de demencia en estadio precoz y de esta forma realizar la derivación oportuna.

Entendiendo que la demencia es una afección progresiva e irreversible, el pesquisar oportunamente da tiempo de planificación tanto a pacientes como familiares y a los profesionales, les permite establecer estrategias de cuidado oral que serán necesarios cuando la enfermedad ya se encuentre en estadios más avanzados. Según Peña Casanova, en su artículo de 1999, la detección precoz aportará las ventajas para prever las medidas que deberán ir adoptándose progresivamente en el cuidado del paciente.<sup>93</sup>

Analizando la forma de derivación, la mayoría de los encuestados (61%) opta por informarle de la sospecha de demencia al cuidador o acompañante antes de realizar la respectiva interconsulta, sin embargo, surge la pregunta de qué hacer cuando el paciente no viene acompañado. La situación es delicada desde el punto de vista ético, por las consecuencias que una información errada podría generarle al paciente. Sería deseable por lo mismo, contar con algún instrumento que permita medir de forma objetiva la sospecha de demencia y por ende al tener la información y preparación correspondiente, poder informar con base al paciente y al médico geriatra mediante la derivación. Ante tal planteamiento, en la pregunta N°11 en que se consulta si deberían los pacientes de edad avanzada con signos de demencia, ser sometidos a test cognitivos, de un total de 273 respuestas, el 87% estima que si es necesario y solo el 13% restante indica que no.

---

<sup>92</sup> Best Practice. Cuidado de la higiene oral en personas mayores con demencia en residencias. 2004;8(4):1-6

<sup>93</sup> J. Peña-Casanova. Enfermedad de Alzheimer: Del diagnóstico a la terapia, conceptos y hechos. Ed Fundación La Caixa. 1999

Por los resultados obtenidos en este estudio, surge la necesidad de profundizar en el tema. Considerando que en Chile hay más de 2 millones de adultos mayores y específicamente en la Quinta Región, más de 270 mil<sup>94</sup> (15 % de la población), la posibilidad de atender a pacientes con demencia será cada vez más frecuente en el futuro. No se puede obviar la problemática ya instaurada, es momento de generar estrategias de tratamiento adaptadas a las actuales necesidades de la población y tomar medidas para difundirlas a la totalidad de la comunidad odontológica. A la vez, no es posible concebir la Odontología como una disciplina aislada del resto del área de la salud, las soluciones óptimas se obtienen mediante grupos interdisciplinarios que permitan abordar de forma integral el problema y encontrar las soluciones pertinentes para esta.

---

<sup>94</sup> INE. *Esperanza de vida al nacer por periodo y sexo. Chile, 1950-2025. Proyecciones y Estimaciones de Población, Total País, 2004*

## V. CONCLUSIONES

- En Chile no existen estudios sobre manejo odontológico de pacientes con demencia y a la vez se carece de protocolos que estandaricen la atención.
- Los Odontólogos de la Quinta Región encuestados no han recibido la capacitación necesaria para atender a pacientes con demencia (94% del total de encuestados), y aquellos profesionales que declaran haber atendido a pacientes con sospecha o diagnóstico de demencia, no identifican de forma satisfactoria los principales signos y síntomas de la patología.
- Los odontólogos que han derivado a pacientes con sospecha de demencia (13%), lo han hecho principalmente al médico tratante (46%), al geriatra (34%) y al psiquiatra (17%).
- Un 66% del total de profesionales encuestados, indicó correctamente que atendería a pacientes con demencia en la presencia del cuidador.
- Del total de encuestados que emitió sugerencias para la atención y manejo de pacientes con demencia (26% del total de participantes), un porcentaje importante sugiere la necesidad de ser capacitados adecuadamente para poder tratar a estos pacientes.
- La prevención es uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta para asegurar una buena salud bucal de cualquier paciente y en especial de pacientes con demencia. La pesquisa oportuna permite plantear un programa preventivo eficaz y oportuno, debido a factores sociales, económicos, físicos y médicos, que hacen difícil una buena atención odontológica en estadios más avanzados de la enfermedad. El odontólogo debe percibir la problemática del individuo en particular y formular un plan individual, así como transmitir a los familiares (cuidadores) y al paciente (si es posible) como debe llevar a cabo tal programa.

## VI. SUGERENCIAS

Se sugiere continuar con el estudio y aumentar la muestra al universo de Odontólogos de Chile. Considerando que se utilizó para el estudio la encuesta online, facilita la recolección de datos a lo largo del país. Sería significativo evaluar y comparar las formación profesional de distintas universidades y con ello llegar a resultados más concluyentes.

## VII. RESUMEN

Si bien en Chile no existen estudios epidemiológicos específicos sobre demencia, estimaciones de especialistas y del Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA, sostienen que hay alrededor de 200.000 personas afectadas, ocupando el quinto lugar de causa de muerte en adultos de 65 años o más. Si a la vez consideramos que en Chile hay más de 2 millones de adultos mayores y específicamente en la Quinta Región, más de 270 mil (15 % de la población), la posibilidad de atender a pacientes con demencia será cada vez más frecuente en el futuro. Considerando esta realidad y entendiendo que la etiología de la demencia es compleja y multifactorial, es de suma importancia para el odontólogo tener las competencias necesarias para abordar las condiciones clínicas particulares de esta población, las que involucran un trato especial, modificación de las expectativas de éxito de los tratamientos a realizar y la necesidad por ejemplo, de atención con un acompañante.

Ante esta problemática se elaboró un instrumento de medición (encuesta), destinada a medir el nivel de conocimientos de Odontólogos de la quinta región sobre pesquisa oportuna y manejo de pacientes con demencia. Los resultados obtenidos, indican que de los profesionales encuestados que han atendido a pacientes con demencia (35%), un 74% no se encontraba preparado para atenderlos. De este grupo, la mayoría podía identificar claramente el concepto de demencia pero desconocían los principales signos y síntomas de la misma. Corroborando la cifra del 94% del total de encuestados, que indicaron que su formación profesional no los preparó para enfrentar a estos pacientes.

## VIII. BIBLIOGRAFIA

1. INE. *Esperanza de vida al nacer por periodo y sexo. Chile, 1950-2025. Proyecciones y Estimaciones de Población, Total País, 2004*
2. SENAMA Las Personas Mayores en Chile Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez, 2009
3. Ayuso T, Ederra MJ. “Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria- Neurología” Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. 2007
4. Gabriela Stoppe. Las demencias y su consideración en el tratamiento Odontológico. Quintessence (ed. esp.) Volumen 21, Número 3, 2008
5. MINSAL. Manual de aplicación del examen de medicina preventiva del adulto mayor. 2009
6. Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, Guia para familiares y Cuidadores. Slachevsky y cols. 1ra Ed. Santiago: LOM Ediciones, 2007
7. Odontología: Las 10 escuelas más valoradas por el mercado laboral, revista “Que pasa” 10-12-2009
8. M. Varela, La Memoria: definición, función y juego para la enseñanza de la medicina. 1ra Ed. 2005
9. K. Rodriguez. Vejez y Envejecimiento. Documento de Investigación N° 12, Editorial Universidad del Rosario.2010
10. J. Peña-Casanova. Enfermedad de Alzheimer: Del diagnóstico a la terapia, conceptos y hechos. Ed Fundación La Caixa. 1999
11. Jude A. Fabiano. Oral Health Management in the Patient With Dementia. May 24, 2011
12. Goiato MC. Odontogeriatría e a Doença de Alzheimer. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2006;6(2):207-212.
13. Claramonte Clausell. Demencia Vascular. España 2009
14. José Manuel Martínez, Educación, reserva cerebral y factores de riesgo de demencia y enfermedad de Alzheimer. Med Clin (Barc) 2001; 116: 418-421

15. Fortin p, Rouch I, Krolak y col. Asociación entre el Tratamiento con Fármacos de Actividad Anticolinérgica y la Disfunción Mnésica. *Drugs & Aging* 28(3):195-204, Mar 2011
16. P. Fuentes & col. *Guía Clínica: Trastornos Cognitivos y Demencia en el Adulto Mayor*. 2009
17. C. Carnero Pardo. *Criterios diagnósticos de Demencia*. 2010
18. Contenido Mnésicos: Capacidad que todos poseemos para hacer actual algo que ha acontecido en el pasado
19. Folstein M, Folstein S, McHugh P. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12: 189-98, 1975.
20. J. Olazarán. Changing the anticholinesterase in Alzheimer disease. *REV NEUROL* 2005; 40 (12): 739-742
21. Rosana. Araújo. Efficacy of memantine in moderate to severe Alzheimer disease. 2006
22. Orgogozo, JM, Gilman. Subacute meningoencephalitis in a subset of patients with AD after Abeta42 immunization. *Neurology* 2003; 61:46
23. J. Bobes, P. García. Tratamiento farmacológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Vol XVII N°1 2005
24. Busto U. Risk factors associated to benzodiazepine abuse and dependence. University of Toronto, Toronto, Canada. 2009
25. E. Izquierdo, E. Fernández. Depression and risk of dementia. 2005
26. M. Pérez. *Depresión y Demencia, Aspectos Terapéuticos*. Barcelona 2003
27. M. Carrasco. Los fármacos antipsicóticos en el tratamiento de los síntomas psiquiátricos de las demencias. *Rev*. N° 176 2004
28. Ronald L. Ettinger. Manejo Dental del Paciente Afecto por la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Gerodontology* 2000, 17: 8-16.
29. Ministerio de Sanidad. *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. España 2011

30. Ministerio Justicia. Una mirada desde la Práctica a la declaración de Interdicción. Boletín N°7. 2012
31. Julio Vásquez Estela. Consideraciones odontológicas de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Marzo 2009
32. Eduardo Guarda S. Enfermedad Periodontal y Cardiopatía Coronaria. Vol. 31 N°1 2006
33. DeStefano, Dental disease and risk of coronary heart disease and mortality. BMJ 1993;306:688-91
34. Chronic Infections and the Risk of Carotid Atherosclerosis : Prospective Results From a Large Population Study. 2001 Feb 27; 103(8) :1064-1070
35. Periodontitis and atherosclerotic vascular disease: What we know and why it is important. Journal of the American Dental Association. 2012;143:826-828.
36. Best Practice. Cuidado de la higiene oral en personas mayores con demencia en residencias. 2004;8(4):1-6
37. Taji T, Yoshida M, Hiasa K, Abe Y, Tsuga K, Akagawa Y. Influence of mental status on removable prosthesis compliance in institutionalized elderly persons. Int J Prosthodont 2005; 18:146-149.

**ANEXO**

## Link Plataforma Web Dental

<http://webdental.wordpress.com/2013/06/06/encuesta-manejo-odontologico-de-pacientes-con-demencia/>



# webdental.cl

un nuevo concepto en **Odontología Online**

---

**Comparte Nuestros Contenidos**

**dentalink**  
by engenis

¿Confirmación de pacientes?

**Suscribete**  
[Recibe toda Nuestra Información via Email](#)

**TRA E A CHILE**

**B&W**  
Sistema de implantes  
F: 7952260 - 7912261  
Lota 2257 Of. 202  
Providencia

**Cursos Online ODONTOLOGIA**

**[Encuesta] Manejo Odontológico de Pacientes con Demencia**

Publicado el **Junio 6, 2013** por Sebastian Jimenez

El Tratamiento Odontológico de Pacientes con Demencia será cada vez más frecuente en el futuro, lo que supondrá un gran desafío para los odontólogos. En ocasiones, la consulta dental permite detectar una demencia en estadio precoz, mejorando notablemente el pronóstico tras adecuar la terapia especializada. La frecuente desatención de la higiene bucodental y protésica en pacientes con demencia aumenta la prevalencia e incidencia de las caries. Al mismo tiempo, la demencia puede acentuar la preferencia por los alimentos dulces. Por otro lado, los déficit cognitivos y motores asociados a la enfermedad dificultan el uso de prótesis dentales. Por último, la consideración del entorno social es esencial en el tratamiento odontológico de pacientes con demencia.



**Stoppe, Gabriela; Müller, Frauke**  
Revista "Quintessence". Publicación Internacional de Odontología, 2008 MAR; XXI (3)

**[Encuesta] Manejo Odontológico de Pacientes con Demencia**

En nuestro afán de contribuir en la Investigación Científica en Odontología, y por supuesto colaborar con los estudiantes de odontología de nuestro país, les agradecemos contestar esta breve encuesta que nos envía Yohanna López Arancibia, alumna de 8to año de Odontología, Universidad de Valparaíso.

**Estimados Amigos y Futuros Colegas:**

Me encuentro realizando mi tesis de grado sobre Manejo Odontológico de Pacientes con Demencia y para ello necesito de la ayuda de todos Ustedes. Consiste en responder una encuesta muy breve, cuyos resultados serán de gran importancia para el desarrollo de la misma (la información suministrada será mantenida en anonimato y utilizada para investigación).  
Les adjunto el link de la encuesta:  
<http://www.e-encuesta.com/answer?testId=F9ard4Kub+E=>  
De antemano agradezco a quienes puedan colaborar

Saludos cordiales,  
Yohanna López Arancibia  
Alumna 8to año Odontología  
Universidad de Valparaíso

Si, al igual que Yohanna, quieres compartir información con la Comunidad Odontológica Internacional, deseas realizar una Columna de Opinión, sugerencias, encuestas, presentar Casos Clínicos o trabajos de Investigación, desde ahora puedes hacerlo desde <http://webdental.cl/sitio/colabora/>



**Diplomados de Odontología UC 2013**



**Más Información**  
**+(569) 5 409 9919**



A 6 131 personas les gusta WebDental - Odontología.





