

Odontogeriatría integral: Desafíos clínicos, fisiológicos y sociales ante una población mundial en envejecimiento.



Joaquín Ipinza-Hofmann

Práctica privada

Los Dominicos 8630, Office 804, Las Condes, Santiago, Chile

Teléfono +56222344309 | Email: dripinza@yahoo.com | ORCID: 0000-0002-1241-7618



Alberto Ramos Castro

Práctica privada

Río Oro, Santa Ana, San Jose Costa Rica

Teléfono +50687070202 | hdentalcr@gmail.com

Abstract

Background:

Global population aging is accelerating rapidly, with projections indicating that by 2050, more than 22% of the world's population will be over 60 years old. This demographic shift poses significant challenges to healthcare systems, particularly in oral health, where the elderly face increased susceptibility to disease and reduced access to care.

Objective:

This narrative review aims to explore the multifactorial impact of aging on oral health, evaluate the most prevalent oral pathologies in older adults, assess the risk of medical emergencies during dental care, and propose preventive, therapeutic, and policy strategies tailored to the geriatric population.

Methods:

A comprehensive literature review was conducted using PubMed, Scopus, and Google Scholar. Studies from 2000 to 2025 were selected based on relevance to geriatric dentistry, systemic aging physiology, dental emergencies, and public health interventions.

Results:

Aging is associated with physiological changes that compromise salivary function, immune response, mastication, and phonetics. These changes, coupled with comorbidities and polypharmacy, increase the risk of caries, periodontal disease, oral infections, and prosthetic complications. The loss of masticatory efficiency significantly impacts nutritional status, contributing to systemic decline. Psychological and aesthetic consequences also affect quality of life. A lack of trained professionals and limited health coverage further exacerbates these issues.

Conclusions:

Oral health in older adults must be addressed through integrated, preventive, and rehabilitative approaches. Geriatric dentistry should be recognized as a core component of health systems, with training programs, mobile services, and community-based policies ensuring equitable access and sustained oral function in aging populations.

Keywords

- Geriatric dentistry
- Oral health and aging
- Edentulism
- Masticatory function
- Dental care in older adults
- Oral-systemic connection
- Dental public health
- Aging population
- Dental prevention
- Nutritional status

Resumen

- **Antecedentes:**
El envejecimiento poblacional global avanza rápidamente, y se estima que para el año 2050 más del 22% de la población mundial superará los 60 años. Este cambio demográfico plantea desafíos significativos para los sistemas de salud, especialmente en el ámbito de la salud oral, donde los adultos mayores enfrentan una mayor susceptibilidad a enfermedades y un acceso limitado a la atención odontológica.
- **Objetivo:**
Esta revisión narrativa tiene como objetivo analizar el impacto multifactorial del envejecimiento en la salud oral, evaluar las patologías orales más prevalentes en adultos mayores, valorar los riesgos de emergencias médicas durante la atención dental y proponer estrategias preventivas, terapéuticas y políticas adaptadas a la población geriátrica.^{3q}
- **Metodología:**
Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva en las bases de datos PubMed, Scopus y Google Scholar. Se seleccionaron estudios publicados entre 2000 y 2025 que abordaran la odontogeriatría, la fisiología del envejecimiento sistémico, las emergencias médicas odontológicas y las intervenciones en salud pública.
- **Resultados:**
El envejecimiento se asocia a cambios fisiológicos que comprometen la función salival, la respuesta inmune, la masticación y la fonación. Estos cambios, junto con la polimedición y las comorbilidades, incrementan el riesgo de caries, enfermedad periodontal, infecciones orales y complicaciones protésicas. La pérdida de eficiencia masticatoria afecta directamente el estado nutricional, contribuyendo al deterioro sistémico. Las consecuencias psicológicas y estéticas también impactan la calidad de vida. La escasez de profesionales capacitados y la limitada cobertura en salud agravan esta situación.
- **Conclusiones:**
La salud oral del adulto mayor debe ser abordada mediante enfoques integrales, preventivos y rehabilitadores. La odontogeriatría debe consolidarse como componente esencial de los sistemas de salud, incorporando formación especializada, servicios móviles y políticas comunitarias que garanticen el acceso equitativo y la funcionalidad oral sostenida en la vejez.

1. Introducción

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos demográficos más significativos del siglo XXI. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2019, la población mundial de personas mayores de 60 años alcanzó los 1.000 millones, y se proyecta que esta cifra aumentará a 1.400 millones en 2030 y a 2.100 millones en 2050, representando aproximadamente el 22% de la población global [1]. Este crecimiento acelerado plantea desafíos sustanciales para los sistemas de salud, especialmente en el ámbito de la atención odontológica.

Los adultos mayores enfrentan múltiples barreras para acceder a servicios dentales adecuados. Entre los principales obstáculos se encuentran el costo de la atención, la falta de cobertura en los sistemas de salud, la disponibilidad limitada de servicios especializados y la accesibilidad física a las clínicas dentales [2]. Estas dificultades se ven agravadas por factores como la polimedición, las comorbilidades crónicas y la disminución de la movilidad, que son comunes en esta población.

Además, existe una escasez global de dentistas capacitados en odontogeriatría. En muchos países, la odontogeriatría no está formalmente reconocida como una especialidad, lo que limita la formación de profesionales competentes para atender las necesidades específicas de los adultos mayores [3]. Esta falta de especialistas contribuye a una atención inadecuada y a la progresión de enfermedades orales prevenibles en esta población vulnerable.

Frente a este panorama, es imperativo desarrollar estrategias que integren la atención odontológica en los sistemas de salud geriátricos, promoviendo políticas públicas que faciliten el acceso a servicios dentales y fomenten la formación de profesionales en odontogeriatría. Esta revisión narrativa tiene como objetivo analizar la interrelación entre la salud sistémica y oral en el adulto mayor, identificar las patologías orales prevalentes, evaluar los riesgos de emergencias médicas durante la atención dental, y proponer acciones preventivas y tratamientos adecuados, con el fin de mejorar la calidad de vida de esta creciente población.

2. Metodología

Esta revisión narrativa fue realizada con el objetivo de sintetizar y analizar la literatura científica actual sobre la atención odontológica del adulto mayor, integrando aspectos fisiológicos, clínicos, preventivos y sociales que impactan su salud oral y general.

2.1. Estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las bases de datos electrónicas **PubMed**, **Scopus** y **Google Scholar**, considerando publicaciones desde el año 2000 hasta abril de 2025. Las palabras clave utilizadas incluyeron: “*geriatric dentistry*”, “*oral health in older adults*”, “*dental emergencies elderly*”, “*oral pathology elderly*”, “*dental treatment aging population*”, “*oral prevention elderly*” y “*public policies geriatric oral health*”. Se aplicaron operadores booleanos (AND, OR) para optimizar la recuperación de estudios relevantes.

2.2. Criterios de inclusión

Se incluyeron artículos originales, revisiones sistemáticas, revisiones narrativas, guías clínicas, reportes de políticas de salud y estudios de cohorte con revisión por pares que abordaran temas relacionados con:

- Salud oral y sistémica en adultos mayores.
- Fisiología del envejecimiento y su impacto en la cavidad oral.
- Manejo clínico de patologías orales prevalentes en geriatría.
- Prevención y promoción de la salud bucal en la tercera edad.
- Formación profesional en odontogeriatría y políticas públicas.

2.3. Criterios de exclusión

Fueron excluidos:

- Estudios publicados en idiomas distintos al inglés o español.
- Comunicaciones breves, cartas al editor u opiniones sin respaldo metodológico.
- Artículos duplicados o no disponibles en texto completo.

2.4. Proceso de selección

La búsqueda fue realizada de forma independiente por dos revisores. Tras la eliminación de duplicados, se revisaron los títulos y resúmenes. Los artículos potencialmente elegibles fueron leídos en texto completo para evaluar su pertinencia. La información relevante fue extraída y organizada temáticamente para su análisis narrativo.

2.5. Limitaciones metodológicas

Al tratarse de una revisión narrativa, no se aplicaron métodos de metaanálisis ni herramientas de evaluación

de calidad metodológica estandarizada, lo cual puede introducir sesgo de selección. No obstante, se priorizó la inclusión de literatura científica de alto impacto y relevancia clínica.

3.1. Fisiología del adulto mayor y su relación con la salud oral

El proceso de envejecimiento conlleva una serie de cambios fisiológicos sistémicos que afectan directamente la salud oral. Entre los más relevantes se encuentran las modificaciones inmunológicas, neurosensoriales, glandulares y musculoesqueléticas, que inciden en la aparición y progresión de patologías bucodentales.

Uno de los principales aspectos es la **inmunosenescencia**, es decir, la disminución progresiva de la función inmune con la edad, lo que predispone a una menor respuesta frente a infecciones crónicas como la periodontitis y a una mayor susceptibilidad a lesiones orales de origen fungico o viral [4]. Esta alteración inmunitaria se ve agravada por el estado inflamatorio crónico subclínico característico del envejecimiento (“inflammaging”), el cual puede influir en la destrucción tisular periodontal [5].

A nivel glandular, se observa una reducción en la secreción salival, ya sea por atrofia fisiológica o por el uso concomitante de fármacos xerostomizantes, como antidepresivos, antihipertensivos y antiparkinsonianos. La **hiposalivación** afecta la lubricación oral, la función digestiva, la deglución, el equilibrio del pH y la capacidad de autolimpieza, favoreciendo el desarrollo de caries radiculares, candidiasis y halitosis [6].

Asimismo, el deterioro del sistema musculoesquelético, incluyendo atrofia de los músculos masticatorios, pérdida de tonicidad en labios y lengua, y disminución de la fuerza oclusal, puede dificultar la masticación efectiva y limitar la capacidad de mantener una dieta equilibrada, generando un círculo vicioso entre salud oral y nutrición [7].

En términos neurosensoriales, es común la **hipogeusia** (disminución del gusto) y **disgeusia** (alteración del sabor), lo cual reduce el interés por la alimentación, especialmente por frutas y verduras, aumentando el riesgo de desnutrición y carencias micronutricionales que también afectan el entorno oral [8].

En conjunto, estos cambios fisiológicos condicionan una mayor prevalencia de enfermedades orales en el adulto mayor, incluso en aquellos que conservan una buena higiene dental. Comprender estos procesos es fundamental para diseñar planes de tratamiento adaptados y estrategias preventivas efectivas que

respondan a las necesidades específicas de esta población.

3.2. Riesgos de emergencias médicas durante la atención dental del adulto mayor

La atención odontológica en pacientes geriátricos requiere consideraciones médicas especiales debido a la alta prevalencia de enfermedades sistémicas, el uso de múltiples medicamentos (polifarmacia) y la disminución de la reserva fisiológica, lo que los convierte en un grupo particularmente vulnerable a emergencias durante el tratamiento dental.

Condiciones sistémicas prevalentes

Las patologías crónicas más comunes en adultos mayores incluyen **hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal crónica y enfermedades neurodegenerativas** como el Alzheimer o el Parkinson [9]. Estas condiciones pueden descompensarse ante situaciones de estrés físico o emocional, como procedimientos dentales invasivos, dolor o ansiedad.

Por ejemplo, la hipertensión mal controlada puede desencadenar una **crisis hipertensiva** en la consulta, mientras que un paciente con diabetes puede presentar **hipoglucemia** si no ha comido adecuadamente antes del tratamiento o si interactúa con ciertos fármacos anestésicos [10].

Polifarmacia y riesgos farmacológicos

Muchos adultos mayores consumen simultáneamente entre 5 y 10 fármacos diarios, lo que incrementa el riesgo de **interacciones medicamentosas, efectos adversos y alteraciones hemodinámicas** durante procedimientos odontológicos. Es fundamental conocer medicamentos como:

- **Anticoagulantes** (warfarina, DOACs): riesgo de hemorragia posoperatoria.
- **Betabloqueadores y antagonistas del calcio:** potenciales interacciones con anestésicos con vasoconstrictor.
- **Inhibidores de la ECA:** riesgo de hipotensión ortostática.
- **Benzodiacepinas y antipsicóticos:** sedación acumulativa y riesgo de depresión respiratoria.

La valoración preoperatoria debe incluir una revisión detallada de la historia médica y farmacológica, así como medición basal de signos vitales.

Respuesta disminuida al estrés y fragilidad fisiológica

El envejecimiento se asocia a una menor reserva cardiovascular, respiratoria y renal. Esto significa que el organismo del paciente mayor tiene menos capacidad de compensar alteraciones hemodinámicas o metabólicas durante procedimientos quirúrgicos o bajo anestesia local con adrenalina. Esta **fragilidad clínica** eleva el riesgo de síncope, desaturación, arritmias o exacerbaciones de enfermedades preexistentes [11].

Manejo preventivo

El odontólogo debe seguir principios de la medicina basada en riesgos:

- Programar citas cortas y en horarios matinales.
- Evitar procedimientos múltiples en una misma sesión.
- Contar con glucosa oral, oxígeno, desfibrilador y un plan de emergencia.
- Usar anestesia sin vasoconstrictor en pacientes con enfermedades cardiovasculares descompensadas.
- Coordinar con el médico tratante en casos complejos.

La implementación de protocolos de manejo integral en la consulta dental permite reducir significativamente la incidencia de eventos adversos en esta población [12].

Declaración de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de interés de naturaleza financiera, personal, académica u otra que pudieran haber influido de manera inapropiada en la realización de este trabajo, la interpretación de los datos o la preparación del manuscrito.

Asimismo, declaran que no han recibido apoyo financiero, material o institucional de ninguna entidad pública o privada que pudiera generar sesgos o afectar la objetividad de los resultados y conclusiones aquí presentados.

Esta declaración se realiza de acuerdo con los estándares internacionales de transparencia y conducta ética en la publicación científica.

Aclaración

Esta publicación no ha sido sometida a revisión por pares. Responde a una necesidad académica de examinar el estado del arte actual sobre este tema en particular.

3.3. Patologías orales prevalentes en el adulto mayor

El adulto mayor presenta una mayor susceptibilidad a enfermedades orales debido a la combinación de factores fisiológicos, sistémicos y sociales que caracterizan esta etapa de la vida. La prevalencia de múltiples patologías orales en este grupo poblacional es alta, muchas de las cuales tienen un impacto directo en la calidad de vida, la nutrición y el bienestar general del paciente geriátrico.

3.3.1. Caries radicular

La recesión gingival, común en adultos mayores, expone la superficie radicular a la cavidad oral, haciéndola vulnerable a la desmineralización por ácidos bacterianos. La hiposalivación y el uso frecuente de medicamentos xerostomizantes agravan el riesgo de caries radicular, especialmente en zonas interproximales y cervicales [13]. Estas lesiones tienden a ser de progresión rápida y de difícil control sin un abordaje preventivo intensivo.

3.3.2. Enfermedad periodontal avanzada

La periodontitis es altamente prevalente en mayores de 65 años, con destrucción significativa del soporte óseo y movilidad dentaria. Su progresión se ve potenciada por la inmunosenescencia, el tabaquismo previo, enfermedades sistémicas como la diabetes, y la higiene oral deficiente. En algunos casos, puede comprometer la masticación e inducir dolor crónico o infecciones recurrentes [14].

3.3.3. Estomatitis protésica

Presente en un alto porcentaje de usuarios de prótesis removibles, especialmente mal adaptadas o con pobre higiene. Se caracteriza por enrojecimiento de la mucosa palatina, asociado a sobreinfección por *Candida albicans*. Factores predisponentes incluyen uso continuo de la prótesis (inclusive durante la noche), salivación reducida y sistema inmune comprometido [15].

3.3.4. Candidiasis oral

Puede presentarse como candidiasis eritematosa o seudomembranosa, y suele asociarse a disbiosis oral, malnutrición, xerostomía y uso de antibióticos o corticosteroides inhalados. Aunque es una condición tratable, puede indicar deterioro general de la salud o inmunosupresión subyacente [16].

3.3.5. Lesiones premalignas y cáncer oral

El riesgo de cáncer oral se incrementa con la edad, especialmente en pacientes con antecedentes de tabaquismo, alcoholismo o infecciones por VPH.

Lesiones como leucoplasia, eritroplasia o úlceras persistentes deben ser biopsiadas y seguidas cuidadosamente. El diagnóstico temprano es clave para mejorar el pronóstico [17].

3.3.6. Trastornos funcionales: masticación y deglución

La pérdida de dientes, el dolor crónico, la movilidad dentaria y la mala adaptación protésica pueden afectar gravemente la masticación, generando riesgo de desnutrición, disfagia y atragantamiento. Esta situación es común en adultos mayores institucionalizados o dependientes, donde la evaluación funcional de la cavidad oral es a menudo insuficiente [18].

3.4. Acciones preventivas enfocadas en el adulto mayor

La prevención en salud oral adquiere una importancia crítica en la población adulta mayor, no solo por su mayor susceptibilidad a enfermedades bucodentales, sino también por las limitaciones funcionales, cognitivas y económicas que dificultan el acceso a tratamientos restauradores complejos. El enfoque preventivo debe ser personalizado, multidisciplinario y adaptado al nivel de autonomía del paciente.

3.4.1. Educación e instrucción en higiene oral

El primer paso es reforzar las prácticas básicas de higiene bucodental. Esto incluye:

- Enseñar técnicas simplificadas de cepillado (ej. cepillos eléctricos o de mango engrosado).
- Recomendación de cepillos interproximales o irrigadores en pacientes con limitación manual.
- Capacitación a cuidadores formales e informales sobre higiene bucal en pacientes dependientes [19].

La promoción de salud oral debe abordarse en contextos comunitarios, geriátricos y domiciliarios, considerando barreras cognitivas o de alfabetización.

3.4.2. Control químico del biofilm

El uso de **enjuagues antisépticos** como la clorhexidina en concentraciones reducidas (0.12%) puede ser útil en pacientes con dificultades para realizar higiene mecánica. Asimismo, se ha demostrado que la inclusión de **fluoruros de alta concentración** (pastas de 5000 ppm) y barnices de flúor trimestrales reduce significativamente la incidencia de caries radicular en adultos mayores institucionalizados [20].

3.4.3. Manejo de la xerostomía

La hiposalivación debe ser tratada desde una perspectiva multifactorial:

- Suspensión o sustitución de fármacos xerostomizantes, en coordinación con el médico tratante.
- Estimulación salival mecánica (chicles sin azúcar) o farmacológica (pilocarpina en casos seleccionados).
- Sustitutos de saliva y productos hidratantes orales de uso diario.
- Control del ambiente (uso de humidificadores) y aumento de ingesta hídrica [21].

3.4.4. Prevención de lesiones protésicas y fúngicas

Las prótesis removibles deben ser revisadas periódicamente. Las recomendaciones clave incluyen:

- Retírlas por las noches para permitir descanso tisular.
- Limpieza diaria con cepillos específicos y productos antifúngicos cuando sea necesario.
- Rebasado o reemplazo de prótesis antiguas mal adaptadas para prevenir lesiones traumáticas o candidiasis recurrente [22].

3.4.5. Intervenciones nutricionales

El estado nutricional afecta directamente la salud oral y viceversa. Se recomienda:

- Dieta rica en micronutrientes (vitamina D, calcio, antioxidantes, vitamina K2) que favorecen la salud ósea y periodontal.
- Reducción del consumo de azúcares fermentables y bebidas ácidas.
- Coordinación con nutricionistas geriátricos para adaptar la dieta en función de la dentición remanente y la capacidad masticatoria [23].

3.5. Tratamientos enfocados a las patologías más prevalentes en el adulto mayor

El abordaje terapéutico en odontogeriatría debe centrarse en preservar la función, aliviar el dolor, mantener la autonomía masticatoria y adaptarse a las condiciones sistémicas del paciente. La complejidad

clínica y la fragilidad del adulto mayor obligan a priorizar tratamientos mínimamente invasivos, seguros y sostenibles en el tiempo.

3.5.1. Tratamientos restauradores conservadores

Para el manejo de caries radiculares y lesiones cervicales no cavitadas, se privilegian técnicas como:

- **Tratamiento restaurador atraumático (ART):** uso de instrumentos manuales y cementos de ionómero de vidrio de alta viscosidad, ideal en pacientes con movilidad limitada o ansiedad [24].
- **Ionómeros modificados con resina:** combinan adhesión química al esmalte y liberación de flúor, ofreciendo buena retención en lesiones radiculares expuestas.
- **Fluoración tópica intensiva:** aplicación periódica de barnices de flúor o soluciones de diamino fluoruro de plata (DFP) en lesiones incipientes o en pacientes no colaborativos [25].

3.5.2. Manejo de la enfermedad periodontal

El tratamiento periodontal debe individualizarse en función del grado de movilidad dentaria, la higiene oral y la respuesta inflamatoria:

- **Detartraje supragingival y subgingival** con instrumentación manual o ultrasónica.
- **Irrigación con antisépticos** o aplicación de geles de clorhexidina en bolsas periodontales activas.
- **Mantenimiento periodontal frecuente** cada 3 a 4 meses, con énfasis en control mecánico y químico del biofilm.
- En casos avanzados, **extracción selectiva** de dientes con mal pronóstico para facilitar la higiene y evitar infecciones persistentes [26].

3.5.3. Rehabilitación protésica adaptada

La rehabilitación debe restaurar la función masticatoria con prótesis que sean funcionales, estables y fáciles de higienizar:

- **Prótesis removibles completas o parciales:** deben estar bien adaptadas y rebasadas periódicamente.
- **Prótesis fijas o híbridas sobre implantes:** recomendadas solo en pacientes sistémicamente estables, con seguimiento profesional riguroso.

- **Prótesis flexibles o blandas:** indicadas en casos de mucosas atróficas o muy sensibles.
- Instrucción cuidadosa en el uso y limpieza, y revisión frecuente para detectar lesiones traumáticas [27].

3.5.4. Cirugía oral mínimamente invasiva

La exodoncia en adultos mayores debe realizarse bajo protocolos adaptados:

- Evaluación preoperatoria exhaustiva (coagulación, función renal, riesgo cardiovascular).
- Anestesia sin vasoconstrictor en pacientes con cardiopatías descompensadas.
- Técnicas atraumáticas con mínima manipulación ósea para reducir el riesgo de osteonecrosis y facilitar la cicatrización.
- Profilaxis antibiótica en casos de comorbilidad inmunosupresora o riesgo infeccioso alto [28].

3.5.5. Consideraciones farmacológicas

El manejo del dolor y la infección debe tener en cuenta la polifarmacia y la farmacocinética alterada del adulto mayor:

- **Paracetamol** como primera línea para el dolor.
- **Evitar AINEs** prolongados por su nefrotoxicidad y riesgo gastrointestinal.
- Uso prudente de antibióticos, considerando ajuste por función renal.
- Identificación de medicamentos con riesgo de xerostomía o interacciones con tratamientos dentales [29].

3.6. Otros aspectos relevantes en la atención odontogeriátrica

Además de los aspectos clínicos, fisiológicos y preventivos previamente abordados, la atención integral del adulto mayor requiere considerar elementos psicosociales, éticos y organizativos que influyen directamente en la calidad del cuidado odontológico.

3.6.1. Odontología domiciliaria y atención en residencias

Un porcentaje significativo de adultos mayores presenta movilidad reducida o dependencia funcional que les impide acudir a consultas dentales tradicionales. En estos casos, la **odontología domiciliaria** o móvil se convierte en una herramienta clave para brindar atención básica, educación y seguimiento.

- Permite evaluaciones preventivas, tratamientos no invasivos, ajustes protésicos y control de infecciones en el propio hogar o residencia.
- Requiere coordinación con equipos médicos, cuidadores y familiares, así como la capacitación específica del personal odontológico para trabajar en entornos no convencionales [30].

3.6.2. Barreras psicológicas y culturales

Muchos adultos mayores crecieron en contextos donde el cuidado dental era limitado o traumático, lo que genera **ansiedad dental crónica**, desconfianza o minimización del valor de conservar sus piezas dentales. A esto se suman:

- Sensación de inutilidad del tratamiento por la edad (“ya no vale la pena”).
- Dificultades de comunicación por pérdida auditiva o deterioro cognitivo leve.
- Impacto emocional de la pérdida dental en la autoestima y las relaciones sociales [31].

Los equipos clínicos deben desarrollar habilidades comunicativas empáticas, ofrecer información adaptada y fortalecer la percepción de valor del tratamiento oral en esta etapa vital.

3.6.3. Ética, autonomía y consentimiento informado

El respeto por la **autonomía del paciente** mayor requiere evaluar su capacidad para tomar decisiones, especialmente en presencia de demencia leve o deterioro cognitivo. El consentimiento informado debe ser claro, comprensible, y considerar:

- El derecho del paciente a rechazar tratamientos invasivos.
- La participación de tutores o familiares cuando la capacidad de juicio está comprometida.
- El principio de beneficencia, evitando procedimientos que puedan generar más daño que beneficio [32].

3.6.4. Integración interdisciplinaria y modelos de atención geriátrica

La atención del adulto mayor exige **un enfoque interdisciplinario**. El odontólogo debe colaborar con:

- Geriatras, médicos de familia, enfermeras, terapeutas ocupacionales y nutricionistas.
- Equipos de salud primaria y centros comunitarios.
- Estrategias de seguimiento continuo, más que intervenciones puntuales.

Modelos como la **atención centrada en la persona** y el **cuidado continuo en contextos institucionales** han mostrado mejorar el acceso, la prevención y la adherencia al tratamiento dental [33].

3.7. Impacto del deterioro oral en la calidad de vida del adulto mayor

La salud bucal en el adulto mayor no puede evaluarse únicamente desde una perspectiva clínica. El deterioro oral tiene efectos profundos sobre la **calidad de vida**, con repercusiones **funcionales, fonéticas, estéticas y psicológicas**, que interfieren en la alimentación, la comunicación y la autoestima, afectando su bienestar global.

3.7.1. Impacto funcional: masticación y nutrición

La pérdida dentaria, las prótesis mal adaptadas y la movilidad de piezas remanentes afectan gravemente la eficacia masticatoria. Muchos adultos mayores reducen su ingesta de alimentos duros o fibrosos (frutas, vegetales, carnes), optando por dietas blandas de bajo contenido proteico y micronutricional [34].

Esta disfunción masticatoria repercute en dos niveles:

- **Digestivo:** la trituración inadecuada de los alimentos compromete la digestión inicial y la absorción de nutrientes en etapas posteriores.
- **Nutricional:** incrementa el riesgo de **desnutrición proteico-calórica**, anemia, hipovitaminosis y sarcopenia, especialmente en pacientes institucionalizados [35].

Estudios han demostrado que adultos mayores edéntulos presentan mayores tasas de fragilidad, deterioro cognitivo y mayor morbilidad general [36].

3.7.2. Impacto fonético y comunicacional

La pérdida de dientes anteriores y las prótesis inestables pueden alterar la pronunciación de fonemas, dificultar la fluidez del habla y generar vergüenza en contextos sociales. La limitación para comunicarse claramente

puede llevar al aislamiento, la pérdida de autonomía y dificultades en la vida diaria [37].

3.7.3. Impacto estético y psicológico

La salud oral influye directamente en la percepción corporal y la autoestima. La ausencia de dientes visibles, halitosis crónica o lesiones visibles puede generar rechazo social, retraimiento y depresión en el adulto mayor. En culturas donde la apariencia bucal se asocia a dignidad y autocuidado, estos efectos pueden ser más marcados [38].

Asimismo, la insatisfacción con el aspecto bucal reduce la motivación para acudir al dentista o iniciar tratamientos rehabilitadores, perpetuando el deterioro y su impacto emocional.

3.7.4. Relación bidireccional con calidad de vida

La evidencia señala que los adultos mayores con mala salud oral tienen puntuaciones más bajas en escalas de calidad de vida relacionada con salud (HRQoL), especialmente en dominios de movilidad, alimentación, comunicación y dolor crónico [39]. Por tanto, mantener una boca funcional, limpia y confortable debe entenderse como un derecho básico en el envejecimiento digno.

4. Discusión

El análisis de la literatura evidencia que la salud oral del adulto mayor es un componente esencial, pero frecuentemente subestimado, de su bienestar general. Los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, junto con la alta prevalencia de enfermedades crónicas, la polifarmacia y las limitaciones socioeconómicas, configuran un escenario clínico complejo que demanda un enfoque preventivo, interdisciplinario y centrado en la persona.

4.1. Brechas en la formación profesional

Actualmente, la mayoría de los programas de pregrado en odontología no contempla una formación estructurada en **odontogeriatría**, y en muchos países ni siquiera está reconocida como especialidad formal. Esta carencia se traduce en una atención poco adaptada, fragmentada y carente de sensibilidad hacia los múltiples determinantes de salud en el adulto mayor [40].

Se recomienda:

- Incluir en el currículo dental asignaturas específicas de odontología geriátrica clínica, ética y comunitaria.

- Establecer pasantías en residencias geriátricas o centros de atención prolongada.
- Implementar programas de educación continua obligatoria para profesionales en ejercicio.
- Promover residencias y diplomados interdisciplinarios en salud oral del adulto mayor.

4.2. Relevancia de la dimensión funcional y nutricional

El deterioro de la masticación debido a la pérdida dental, prótesis mal adaptadas o patología periodontal no tratada tiene consecuencias críticas en la salud general del paciente geriátrico. La relación entre salud oral y desnutrición es **bidireccional** y progresiva, agravando cuadros de fragilidad, inmunosupresión y deterioro cognitivo [41].

Por tanto, las intervenciones odontológicas deben enfocarse no solo en la eliminación de patología, sino en restaurar la funcionalidad masticatoria y fonética, y preservar la dignidad estética del paciente. Esto requiere tratamientos adaptados, rehabilitaciones simples pero funcionales, y acompañamiento continuo.

4.3. Necesidad de políticas públicas y cobertura universal

La atención odontológica del adulto mayor debe dejar de ser un privilegio individual para transformarse en una **responsabilidad colectiva**. Se proponen políticas como:

- **Cobertura garantizada** de prestaciones odontológicas básicas y rehabilitación funcional en sistemas de salud pública.
- **Programas móviles de atención domiciliaria** o en residencias, con financiamiento estatal y formación especializada.
- Incorporación de **evaluación oral periódica** en controles geriátricos integrales.
- Incentivos a la creación de unidades odontogeriatricas en atención primaria.
- Campañas nacionales de concientización sobre higiene oral en la vejez.

4.4. Integración interdisciplinaria real

La integración entre odontólogos, geriatras, nutricionistas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales es clave para garantizar una atención continua, integral y centrada en el adulto mayor. El abordaje debe

ir más allá del sillón dental, incorporando el contexto físico, cognitivo y emocional del paciente, así como su entorno familiar y social [42].

Modelos exitosos en otros países han demostrado que cuando el cuidado bucodental se integra a la medicina geriátrica y comunitaria, se reducen los costos sanitarios y se mejora la calidad de vida [43].

5. Conclusiones

El envejecimiento poblacional plantea uno de los mayores desafíos sanitarios del siglo XXI. En este contexto, la salud oral del adulto mayor emerge como un determinante fundamental del bienestar general, profundamente entrelazado con funciones vitales como la masticación, la nutrición, la comunicación y la autoestima.

La evidencia reunida en esta revisión muestra que el deterioro de la salud oral en el adulto mayor no es una consecuencia inevitable del envejecimiento, sino el resultado de múltiples factores prevenibles y tratables: desinformación, falta de acceso, escasa formación profesional y ausencia de políticas públicas específicas.

En particular, se destaca el **impacto funcional de la pérdida de la masticación**, que puede desencadenar un deterioro nutricional progresivo, con consecuencias sistémicas graves. Asimismo, se resalta la dimensión psicológica y social del daño estético y fonético, que puede afectar la calidad de vida tanto como el dolor o la infección.

La odontogeriatría debe consolidarse como una disciplina clínica y académica reconocida, capaz de responder a las necesidades de una población envejecida, con enfoque preventivo, rehabilitador y humanizado. Esto requiere:

- Incorporación estructurada de la odontogeriatría en los planes de formación dental.

- Desarrollo de modelos de atención adaptados a pacientes frágiles o dependientes.
- Implementación de políticas públicas que garanticen acceso a atención odontológica digna, oportuna y funcional.
- Promoción de la colaboración interdisciplinaria y comunitaria para asegurar continuidad en los cuidados.

Abordar la salud oral del adulto mayor es, en última instancia, un acto de justicia sanitaria, una inversión en calidad de vida, y una obligación ética frente al envejecimiento global de nuestras sociedades.

Declaración de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de interés de naturaleza financiera, personal, académica u otra que pudieran haber influido de manera inapropiada en la realización de este trabajo, la interpretación de los datos o la preparación del manuscrito.

Asimismo, se declara que no ha recibido apoyo financiero, material o institucional de ninguna entidad pública o privada que pudiera generar sesgos o afectar la objetividad de los resultados y conclusiones aquí presentados.

Esta declaración se realiza de acuerdo con los estándares internacionales de transparencia y conducta ética en la publicación científica.

Aclaración

Esta publicación no ha sido sometida a revisión por pares. Responde a una necesidad académica de examinar el estado del arte actual sobre este tema en particular.

Referencias:

1. World Health Organization. Ageing and health. [Internet]. 2023 [citado 2025 May 29]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Sutton JP, Lee J. Many Medicare Beneficiaries with Dental Insurance Face Financial Barriers to Care. Commonwealth Fund. 2025 Apr 2. Disponible en: <https://www.commonwealthfund.org/blog/2025/many-medicare-beneficiaries-dental-insurance-face-financial-barriers-care>
3. Jiang Y, Chu CH, Duangthip D, et al. Global Perspectives of Oral Health Policies and Oral Healthcare Schemes for Older Adult Populations. *Front Oral Health.* 2021;2:703526. doi:10.3389/froh.2021.703526
4. Fulop T, Larbi A, Pawelec G. Human T cell aging and the impact of persistent viral infections. *Front Immunol.* 2013;4:271.
5. Franceschi C, Campisi J. Chronic inflammation (inflammaging) and its potential contribution to age-associated diseases. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2014;69 Suppl 1:S4–S9.
6. Sreebny LM, Schwartz SS. A reference guide to drugs and dry mouth—2nd edition. *Gerodontology.* 1997;14(1):33–47.
7. Newton JP, Yemm R, Abel RW, Menhinick S. Changes in human jaw muscles with age and dental state. *Gerodontology.* 1993;10(1):16–22.
8. Doty RL, Shaman P, Applebaum SL, Giberson R, Siksorski L, Rosenberg L. Smell identification ability: changes with age. *Science.* 1984;226(4681):1441–3.
9. Katz PR, Karuza J, Intrator O, Mor V. Medical staff organization and quality of care in nursing homes. *Med Care.* 2009;47(9):979–986.
10. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. *Dental Management of the Medically Compromised Patient.* 9th ed. St. Louis: Elsevier; 2018.
11. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):M146–56.
12. Ghezzi EM, Ship JA. Aging and secretory reserve capacity of major salivary glands. *J Dent Res.* 2003;82(10):844–848.
13. Griffin SO, Griffin PM, Swann JL, Zlobin N. Estimating rates of new root caries in older adults. *J Dent Res.* 2004;83(8):634–638.
14. Eke PI, Thornton-Evans GO, Wei L, Borgnakke WS, Dye BA. Periodontitis in US adults: National Health and Nutrition Examination Survey 2009–2014. *J Am Dent Assoc.* 2018;149(7):576–588.e6.
15. Gendreau L, Loewy ZG. Epidemiology and etiology of denture stomatitis. *J Prosthodont.* 2011;20(4):251–260.
16. Salaspuro M. Candidiasis and other fungal infections in the elderly. *Clin Infect Dis.* 2005;40(9):1311–1312.
17. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol.* 2009;45(4–5):309–316.
18. Sheiham A, Steele JG, Marques W, et al. The impact of oral health on stated ability to eat certain foods; findings from the National Diet and Nutrition Survey of Older People in Great Britain. *Gerodontology.* 1999;16(1):11–20.
19. Chalmers JM, King PL, Spencer AJ, Wright FA, Carter KD. The oral health assessment tool—validity and reliability. *Aust Dent J.* 2005;50(3):191–199.
20. Tan HP, Lo EC, Dyson JE, Luo Y, Corbet EF. A randomized trial on root caries prevention in elders. *J Dent Res.* 2010;89(10):1086–1090.
21. Villa A, Abati S. Risk factors and symptoms associated with xerostomia: a cross-sectional study. *Aust Dent J.* 2011;56(3):290–295.
22. Jeganathan S, Lin CC. Denture stomatitis—a review of the aetiology, diagnosis and management. *Aust Dent J.* 1992;37(2):107–114.

23. Moynihan PJ, Butler TJ. Nutritional status and dietary habits of people with dementia living in long-term care: a review. *J Am Med Dir Assoc.* 2002;3(3):152–158.
24. Holmgren CJ, Lo EC, Hu D, Wan H. ART restorations and sealants placed in Chinese school children by dentists and dental auxiliaries. *J Am Dent Assoc.* 2000;131(11):1733–1740.
25. Mei ML, Ito L, Cao Y, Lo EC, Chu CH. Inhibitory effects of silver diamine fluoride on dentine collagen degradation. *J Dent.* 2013;41(9):809–817.
26. Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia.* 2012;55(1):21–31.
27. Nicolau B, Marceles W, Hardy R, Sheiham A. Predictors of tooth loss over 13 years in British civil servants. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004;32(5):359–366.
28. Pippi R. Post-surgical clinical monitoring of soft tissue healing in osteonecrosis of the jaw. *J Crano-Maxillofac Surg.* 2014;42(7):1563–1569.
29. Hilmer SN, Gnjidic D. The effects of polypharmacy in older adults. *Clin Pharmacol Ther.* 2009;85(1):86–88.
30. Müller F. Oral hygiene reduces the mortality from aspiration pneumonia in frail elders. *J Dent Res.* 2015;94(3 Suppl):14S–16S.
31. Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Community Dent Health.* 2002;19(2):90–97.
32. Jongsma KR, van de Vathorst S. Ethics of dementia research: informed consent and proxy consent. *Bioethics.* 2015;29(2):111–120.
33. Ettinger RL. Dental management of the functionally dependent and frail elderly. *Compend Contin Educ Dent.* 2002;23(2 Suppl):4–15.
34. Walls AWG, Steele JG. The relationship between oral health and nutrition in older people. *Mech Ageing Dev.* 2004;125(12):853–857.
35. Sheiham A, Steele JG, Marceles W, et al. The impact of oral health on nutrition of older people: towards an evidence base. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(12):M799–804.
36. Iwasaki M, Yoshihara A, Ogawa H, et al. Longitudinal relationship between oral health and nutritional status in community-dwelling older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2014;69(4):451–458.
37. van der Putten GJ, Brand HS, Bots CP, van den Broek AM, Schols JM, de Baat C. Oral function of frail elderly persons dependent on daily care. *J Dent Res.* 2009;88(9):861–865.
38. Locker D. Changes in self-perceived oral health status in an older adult population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30(3):165–172.
39. McGrath C, Bedi R. A study of the impact of oral health on the quality of life of older people in the UK—findings from a national survey. *Gerodontology.* 1998;15(2):93–98.
40. Ettinger RL, Beck JD. Geriatric dental education and training in the United States. *J Dent Educ.* 1984;48(2):83–89.
41. Iwasaki M, Taylor GW, Manz MC, et al. Oral health status: relationship to nutrition and oral health-related quality of life in community-dwelling older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2017;72(12):1663–1669.
42. Dolan TA. Access to dental care for older Americans: opportunities for public and private partnerships. *N C Med J.* 2017;78(6):387–391.
43. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(2):81–92.