

Las demencias y su consideración en el tratamiento odontológico

Gabriela Stoppe, Prof. Dr. med.^a, y Frauke Müller, Prof. Dr. med. dent.^b

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.

(Quintessenz. 2006;57(7):783-90)

Introducción

El envejecimiento de la población en nuestra sociedad conduce inevitablemente al aumento de la incidencia de las demencias. Este hecho se cumple sobre todo en el caso de la demencia tipo Alzheimer, una enfermedad

que es en la actualidad la causa de aproximadamente dos tercios de las demencias, y casi la «única responsable» del crecimiento exponencial de la incidencia y prevalencia de estas enfermedades a medida que aumenta la edad⁶ (fig. 1). En consecuencia, los profesionales de la odontología deberán afrontar progresivamente la asistencia y el tratamiento de pacientes afectados por una demencia.

La dimensión socioeconómica de las demencias adquiere gran importancia, ya que éstas constituyen uno de los motivos principales de asistencia sociosanitaria en pacientes de edad avanzada. Esto también sucede porque el cuidado de las enfermedades orgánicas se complica a menudo con la aparición simultánea de la demencia, especialmente en el caso de pacientes que viven solos. En los últimos años, la prevalencia de la demencia en las residencias para la tercera edad ha aumentado hasta alcanzar el 70%. Pero la carga principal, también desde el punto de vista económico, recae en las familias que, a consecuencia de la asistencia que deben prestar al enfermo, presentan un riesgo de enfermedad que oscila entre el 30 y el 50%^{12,14,21}.

Fisiopatología

Las demencias son enfermedades de origen multifactorial entre las que se incluyen procesos metabólicos fisiopatológicos relacionados, por ejemplo, con la formación de radicales libres de oxígeno o con el metabolismo de los aminoácidos (p. ej., de la homocisteína), el estado de la vascularización, factores genéticos y factores exógenos. Por tanto, al igual que ocurre con muchas otras enfermedades, la curación es prácticamente imposible. En la actualidad es posible modificar favorablemente la evolución de la enfermedad mediante una intervención farmacológica en los procesos patogénicos, sobre todo en el caso de las demencias vasculares. En un futuro

^aClínicas Universitarias de Psiquiatría.

^bDepartamento de Gerodontología y Prosthodontia del Instituto Odontológico de la Universidad de Ginebra y Clínica Universitaria de Rehabilitación y Geriatria.

Correspondencia: Gabriela Stoppe.
Wilhelm Klein-Strasse 27. CH-4025 Basilea. Suiza.
Correo electrónico: gabriela.stoppe@upkbs.ch
Frauke Müller.
19, rue Barthélemy-Menn. CH-1205 Ginebra. Suiza.
Correo electrónico: frauke.mueller@medecine.unige.ch

Síndromes demenciales: epidemiología

- Resultados similares en estudios y países diversos
- En Alemania, entre el 6,0 y el 8,6% de los mayores de 65 años, lo que corresponde a un número que representa entre 765.000 y 1,1 millones de personas. Los límites superiores incluyen las formas leves de demencia crecimiento exponencial de la prevalencia e incidencia con el aumento de la edad, principalmente de la enfermedad de Alzheimer:
- Prevalencia: 1% (60-64 años) hasta 35% (> 90 años)
- Incidencia: 3,6/1.000 habitantes/año (60-64 años) hasta 66,1/1.000 habitantes/año (> 90 años) (sólo en las demencias medias y severas)
- Mayor afectación de las mujeres (70% de todos los dementes) debido a su mayor porcentaje en estos grupos de edad

- Formas más frecuentes de demencia:
- Demencia tipo Alzheimer (aproximadamente 60%)
- Demencia vascular (aproximadamente 10%)
- Formas combinadas de ambas (aproximadamente 10%)
- Demencia con cuerpos de Lewy (aproximadamente 10%)
- Formas restantes (aproximadamente 10%)

Figura 1. Epidemiología de los síndromes demenciales.

Definición de demencia resultados similares en estudios y países diversos

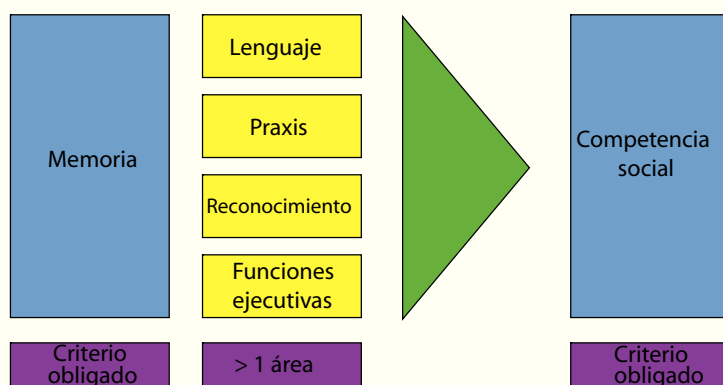


Figura 2. Definición de demencia según los criterios del DSM-IV y de la ICD-10.

próximo, quizás sea posible evitar en gran medida algunos procesos clave como la formación de amiloide, logrando así una interrupción crucial de la cascada neurotóxica^{16,25}.

Definición y clínica

Las demencias no degenerativas se caracterizan generalmente por su aparición súbita, por ejemplo tras un accidente cerebrovascular. Sin embargo, el inicio de la demencia y su desarrollo son progresivos en la mayoría de los casos. Son signos precoces de demencia el aislamiento social, la falta progresiva de autonomía —que a

menudo pasa desapercibida—, los trastornos de la memoria —especialmente de la memoria a corto plazo— así como los trastornos del lenguaje, sobre todo de la evocación nominal y fluencia verbal. Se habla de demencia cuando: *a)* además de un deterioro de la memoria, el paciente presenta al menos otro déficit de las capacidades cognitivas, y *b)* el grado de deterioro afecta a las actividades funcionales cotidianas del paciente.

Los criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales² (DSM-IV) y de la clasificación internacional de enfermedades (ICD-10) de la OMS son mayoritariamente coincidentes²⁷ (fig. 2). Para que el correspondiente diagnóstico clínico se pueda formular de

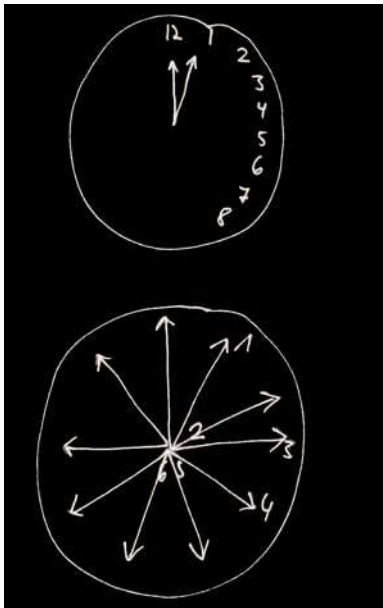


Figura 3. La prueba del reloj puede ser útil para detectar las demencias de forma precoz. En ella se facilita al paciente un círculo y se le dice lo siguiente: «Imagine que esto es un reloj. Quisiera que escribiera en él las cifras que faltan. A continuación, marque en él las 11 y 10». Con esta prueba se examina la praxis espacial y la capacidad de recordar la tarea propuesta²⁴.

forma satisfactoria, a menudo se requiere la anamnesis de personas próximas al paciente.

Los síntomas clínicos de los diferentes tipos de demencia se manifiestan de forma múltiple. Las demencias vasculares se caracterizan por síntomas neurológicos focales que pueden ir acompañados de trastornos de la marcha y del lenguaje, limitación de la movilidad y problemas de la deglución²⁶. Los síntomas que a menudo aparecen en las demencias con cuerpos de Lewy son fluctuaciones notables de la capacidad de rendimiento, afectación extrapiramidal, caídas y alucinaciones ópticas frecuentes. Las demencias frontotemporales se caracterizan por alteraciones precoces de la conducta social como indiferencia, desconsideración, hiperoralidad y trastornos de la alimentación con ingesta excesiva de hidratos de carbono así como trastornos del lenguaje.

A medida que avanza la enfermedad suelen aparecer problemas de motivación con intranquilidad o apatía,

agresiones verbales o físicas así como perturbaciones del ciclo sueño-vigilia con confusión nocturna. Son frecuentes los estados depresivos y también los trastornos de la percepción, con errores de interpretación y alucinaciones. En los estadios avanzados pueden aparecer crisis epilépticas o incontinencia.

En las circunstancias actuales, el diagnóstico precoz adquiere una especial importancia, puesto que permite establecer un diagnóstico diferencial temprano y abordar otros trastornos de fácil tratamiento, sobre todo las depresiones. Los pacientes también se benefician del mayor éxito terapéutico que conlleva el inicio precoz del tratamiento y, si mantienen su capacidad contractual, pueden decidir por sí mismos sobre testamentos, consentimientos previos y otras cuestiones relevantes. También es importante que los familiares reciban cuanto antes asesoramiento y apoyo, y puede resultarles útil la información sobre los problemas comunes relacionados con el cuidado del enfermo^{11,21,22}. Los factores que más afectan a los familiares del paciente con demencia son:

- falta de tiempo («Tengo poco tiempo para ocuparme de mí mismo»);
- aislamiento social («Ya nunca viene nadie»);
- tristeza («Esta situación me desmoraliza»);
- pérdida de la relación cuidador-enfermo («Ya no puedo compartir mis pensamientos con el enfermo»), y
- pérdida de la independencia («Tengo remordimientos de conciencia cuando no estoy con el enfermo»).

El diagnóstico diferencial de la depresión es relevante porque esta enfermedad tiene una mayor prevalencia que la demencia en personas de edad avanzada y porque puede y debe ser tratada con éxito de forma totalmente distinta. Atendiendo a su frecuencia y a sus consecuencias terapéuticas, los diagnósticos diferenciales más importantes son:

	Sí	No
1. En general, ¿está satisfecho/a con su vida?	0	1
2. ¿Tiene la sensación de que su vida está vacía?	1	0
3. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
4. En general, ¿se siente bien?	0	1

Figura 4. Escala geriátrica de depresión (GDS) de Yesavage en su forma abreviada: si el paciente consigue puntuar en este cuestionario, debería ser examinado por el especialista⁹.

- envejecimiento fisiológico;
- depresiones;
- delirio;
- trastornos secundarios a la medicación,
- alteraciones del metabolismo, y
- trastornos de la visión y la audición no detectados.

La sospecha de demencia o depresión se puede confirmar en la consulta dental mediante sencillas exploraciones. En cualquier caso, un paciente con un resultado positivo debe ser explorado por el especialista. En la consulta dental se puede emplear la prueba del reloj (fig. 3) o la forma abreviada de la escala de depresión geriátrica^{9,21,24} (fig. 4).

Tratamiento

Aunque actualmente la curación completa no sea posible, en contra de la opinión generalizada, las personas con demencia pueden mejorar notablemente con un tratamiento a largo plazo. El seguimiento de los pacientes con demencia debería realizarse siempre en su entorno psicosocial, atendiendo a las necesidades de sus familiares. Esto permitiría, aparte de compensar déficit, descubrir e incorporar al plan terapéutico eventuales recursos existentes en el entorno del paciente y de su familia.

Principalmente se debería atender al mantenimiento de una buena condición física por parte del paciente. Está demostrado que una rutina cotidiana estructurada con suficiente actividad física, horarios de comida fijos y un ciclo sueño-vigilia regular es un factor externo de estabilización en ritmos endógenos progresivamente frágiles.

Actualmente la sustitución de neurotransmisores constituye el núcleo de la farmacoterapia. Sobre todo en el caso del Alzheimer, el tratamiento básico consiste cada vez más en la compensación del déficit colinérgico del sistema nervioso central mediante inhibidores de la colinesterasa y la afectación del sistema glutamatérgico, mediante la memantina^{20,21}.

La farmacoterapia implica en general mayores riesgos en los pacientes de edad avanzada, especialmente en el caso de pacientes con demencia, lo que limita su tolerancia. Con la edad aumenta el porcentaje de grasa con respecto a la masa corporal, lo que influye en el volumen de distribución de los psicofármacos. Los fármacos, especialmente la polimedicación habitual en la edad avanzada, aumentan el riesgo de delirio y de sufrir caídas. Ambas complicaciones se asocian con una mayor mortalidad en la edad avanzada. Asimismo debe tenerse en cuenta que los efectos secundarios extrapiramidales (ESEP), especialmente el parkinsonismo, la discinesia tardía y la acatisia, tienen una prevalencia tres veces mayor en las perso-

nas con demencia que en adultos sanos de menor edad. Una de las posibles manifestaciones son los problemas graves del control muscular de la prótesis mucosoportada. A la vista de la frecuente administración de tratamientos con dosis reducidas, se debe tener en cuenta que los ESEP suelen aparecer más tarde y normalmente no se relacionan con la medicación neuroléptica²¹.

Trastornos alimentarios y de la ingesta

En los primeros estadios de la enfermedad, las personas con demencia presentan trastornos de la alimentación relacionados con la alteración de la sensación de hambre y sed que se añaden a los cambios habituales motivados por la edad. Asimismo disminuye la percepción gustativa y olfativa. Las preferencias alimentarias también pueden modificarse. Como ya se ha comentado, las personas con demencia suelen desarrollar una marcada predilección por los alimentos dulces. En los primeros estadios de algunas formas de demencia aparecen trastornos de la deglución con el consecuente riesgo de aspiración¹⁸.

Debido a las alteraciones descritas de los hábitos alimentarios, es importante atender a la evolución del peso. Es significativa una pérdida ponderal superior al 5% en 3 meses o al 10% en 6 meses. También se puede prestar atención a signos indirectos, como por ejemplo la mayor holgura de las prendas de vestir. La pérdida de retención de una prótesis completa superior puede ser un primer signo de una rápida pérdida de peso. Por tanto, el odontólogo puede detectar la enfermedad de forma prematura. No obstante, es importante la evaluación global de todos los hallazgos. Se sabe que una alimentación insuficiente contribuye a aumentar el riesgo de caídas, neumonías, trastornos inmunológicos e, indirectamente —es decir, a través de un déficit vitamínico—, alteraciones psíquicas. También se ha demostrado que los suplementos alimenticios reducen tanto la mortalidad como la morbilidad⁴.

Actualmente cada vez es más discutido el papel de la masticación en el cuadro patológico de la demencia. Las demencias no sólo conllevan con frecuencia un notable descuido de la higiene oral, sino que también afectan a la aplicación de medidas restauradoras para restablecer la función masticatoria, lo que puede reducir la eficiencia de la masticación¹. La pérdida ponderal del paciente podría contrarrestarse con el restablecimiento de la función masticatoria. Por un lado, se podría elaborar una dieta variada y, en su caso, evitar una alimentación desorganizada; por otro lado, el aspecto psicosocial de comer acompañado podría mejorar el apetito. No se debe subestimar este componente social: el apetito de varios pacientes con Alzheimer mejoró sólo con la proximidad

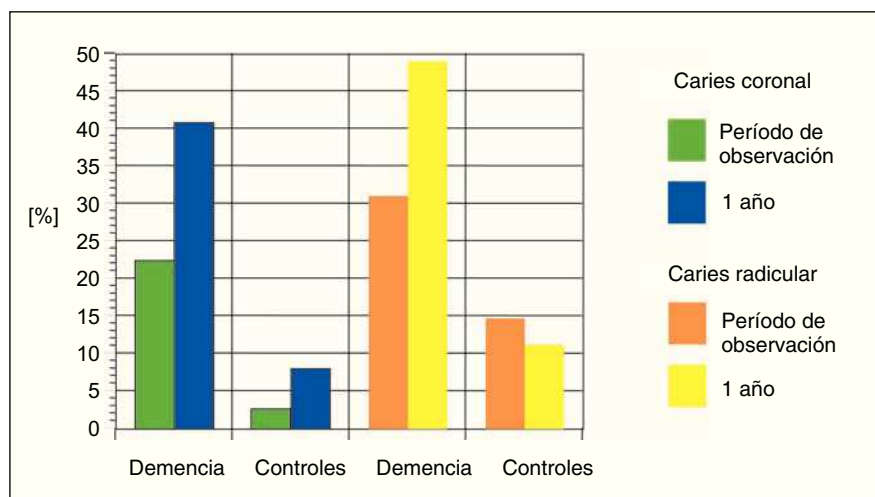


Figura 5. Prevalencia e incidencia de las caries en 116 pacientes no dementes y 116 pacientes dementes que viven en casa durante un período de observación de 1 año⁷.

de un acuario¹⁵. Por el contrario, son especulativos los planteamientos actuales según los cuales la actividad masticatoria podría influir directamente en la evolución de la demencia al estimular la vascularización del sistema nervioso central. Esta suposición se basa, entre otros aspectos, en la observación de que ratones a los que se les han extraído los molares presentan con más frecuencia desorientación espacial¹⁸.

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 radicales^{7,13} (fig. 5). 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. 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. Estos últimos aumentan cuando existen dientes naturales que, a consecuencia de una higiene oral insuficiente, presentan periodontitis avanzadas u osteítis periapicales crónicas. Los trastornos de la deglución aumentan el riesgo de aspiración: Oghalai¹⁷ describió el caso de un paciente con Alzheimer avanzado que deglutió un puente de cuatro piezas. El enfermo de 76 años no podía comunicarse y tenía que ser alimentado artificialmente. Tras varios días con fiebre y tos se le realizó una radiografía torácica que evi-

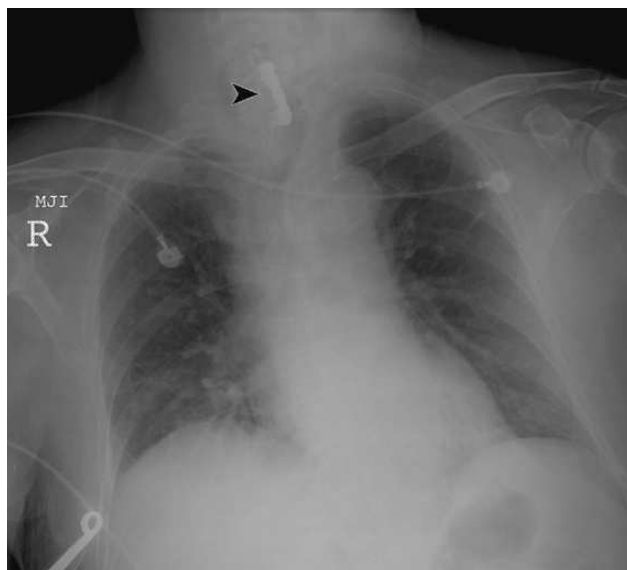


Figura 6. La radiografía torácica de un paciente de 76 años con demencia severa de tipo Alzheimer evidencia la deglución de un puente con cuatro piezas¹⁵. Cortesía de Oghalai¹⁷. Copyright® (2002) American Medical Association. Todos los derechos reservados.

denció el cuerpo extraño en el esófago cervical (fig. 6). Una caries radicular había provocado la separación entre corona y raíz. El paciente murió pocos días después del incidente. Dado que los dementes presentan grandes limitaciones en el control muscular de las prótesis mucosoportadas se puede producir la deglución de la prótesis dental^{3,8}.

Prótesis dentales

Considerando los riesgos asociados a los dientes naturales descuidados, podría recomendarse su extracción y la

colocación de una prótesis extraíble; 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 descritos que dificultan especialmente el control muscular de las prótesis mucosoportadas. Para que la adaptación a una prótesis dental tenga éxito, el paciente debe aprender nuevos patrones de movimiento y reflejo. La simple colocación y extracción de la prótesis ya supone un problema para las personas con demencia. Por ejemplo, el paciente de la figura 7 intentó colocar la prótesis del maxilar superior en el inferior. Otro paciente abandonó el uso de su prótesis integral después de intentar, sin éxito, llevar a la vez dos prótesis del maxilar superior (fig. 8). En un estudio prospectivo de 101 pacientes hospitalizados, Taji et al²³ 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.

Los dementes tienen otro problema con la prótesis extraíble: olvidan con facilidad dónde la han depositado y después no la pueden encontrar. Por eso en muchas residencias de ancianos y hospitales existe un lugar en el que se recogen las prótesis «sin dueño». Las técnicas de los protésicos dentales permiten marcar las prótesis de múltiples formas. Por ejemplo, aparte de marcar las prótesis para poder identificar a su dueño, se ha comprobado la utilidad de indicar la correspondencia de los pares de prótesis en caso de haber varias prótesis (antiguas) (fig. 9).

Dolor

Los dolores son un problema a menudo poco atendido en el tratamiento de personas con demencia, pues muchas veces los enfermos no pueden describir o desconocen desde cuándo presentan dolor y con qué frecuencia. Pero las investigaciones han demostrado que la demencia no altera la sensación de dolor¹⁹. Tras comprobar que de cada cuatro personas de edad avanzada, tres presentan dolor sin tener demencia, se debe considerar que sufre dolor como mínimo el mismo porcentaje de personas con demencia. Aparte de los dolores habituales de la edad avanzada, estos enfermos a menudo presentan lesiones por presión, contracturas, dolor dental, puntos de presión en la prótesis o infecciones urinarias.

Puesto que los dolores constituyen un estrés permanente que puede potenciar la aparición de delirios, esta-

dos de agitación y otros trastornos del comportamiento, es importante su reconocimiento y su adecuado tratamiento. En este sentido, es útil registrar los dolores a partir de la observación del comportamiento global del paciente con demencia^{19,21}. Entre otros, son signos de dolor en la región oral, maxilar y facial¹⁰:

- inquietud
- sueño agitado
- gritos o gruñidos
- rechazo de la comida favorita
- rechazo de alimentos duros y fríos
- falta de colaboración
- conducta agresiva frente a los cuidadores

Por tanto, es especialmente importante diagnosticar y tratar en los pacientes dementes los síntomas clínicos de potenciales dolores, como por ejemplo lesiones de la mucosa que aloja la prótesis, aunque el paciente no se queje de dolor.

Capacidad de consentimiento

La demencia afecta a la capacidad del enfermo necesaria para realizar actos jurídicos completos al existir problemas de comprensión ante la formulación de preguntas, incapacidad de valoración de su significado y sus consecuencias así como ausencia de la capacidad necesaria para emitir juicios y opiniones. La sintomatología puede verse influida asimismo por la progresiva alteración de la percepción del enfermo o por un estado depresivo caracterizado por la dificultad para valorar opciones de actuación y perspectivas de futuro. En consecuencia, la evaluación del paciente puede variar dependiendo de su disposición específica a la hora de responder diversas preguntas (testamento, adquisiciones, consentimiento de procedimientos médicos, etc.).

Según la definición jurídica común, un individuo tiene capacidad de consentimiento cuando puede comprender el tipo, significado y alcance de una medida y decidir consecuentemente conforme a su voluntad. El diagnóstico psicopatológico completo es decisivo para determinar la capacidad de consentimiento del enfermo, pues incluso una demencia leve debida a un delirio puede suponer una notable limitación. La capacidad de consentimiento puede variar y depende de la complejidad de la materia sobre la que el enfermo deba decidir.

Los criterios para valorar la capacidad de consentimiento pueden determinarse a partir del siguiente cuestionario de preguntas sencillas:



Figura 7. El paciente demente intenta colocar su prótesis para el maxilar en la mandíbula.



Figura 8. La colocación de dos prótesis del maxilar superior (lógicamente) no tuvo éxito: el paciente demente optó por depositar la prótesis en la caja.



Figura 9. La identificación de la prótesis permite asignar las prótesis «sin dueño» al paciente correspondiente.

- ¿Percibe el paciente la enfermedad que presenta, especialmente el tipo de afectación y su gravedad?
- ¿Puede el paciente comprender completamente una información facilitada?
- ¿Puede el paciente utilizar una información facilitada para esclarecer una cuestión?
- ¿Se comporta el paciente como si todas las posibilidades estuvieran a su alcance?
- ¿Es constante su declaración de consentimiento?

Si no hay capacidad de consentimiento, el tratamiento deberá ser administrado de acuerdo con la presunta voluntad del paciente. Dicha voluntad debería determinarse cuidadosamente. Cuando un tratamiento no se requiera con urgencia o se pueda renunciar a su administración sin riesgos relevantes para la salud del enfermo, no se permitirá que en lugar del paciente decidan, por ejemplo, familiares que lo representen. En este sentido, siempre se deberá buscar una solución jurídicamente correcta mediante la apelación al tribunal tutelar o el nombramiento de un tutor²⁵.

Por tanto, en los pacientes con demencia, los costes derivados de la administración de una terapia odontológica que exceda el tratamiento del dolor deberían acordarse siempre antes por escrito y, en su caso, con el tutor legal.

Recomendaciones generales para el manejo del enfermo

La comunicación con personas dementes exige considerar aspectos diversos según la gravedad y la sintomatología de la enfermedad. Es especialmente importante lograr la confianza del paciente. Para ello es necesario hablar despacio y alto, utilizando frases sencillas y comprensibles. El entorno debe estar estructurado con sencillez y ser luminoso. En general deben evitarse los estímulos difusos, como por ejemplo la música de fondo en la consulta o los ruidos en las estancias accesorias, ya que pueden irritar innecesariamente al enfermo.

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. Es especialmente angustiosa la práctica de radiografías en las que el paciente debe sentarse de espaldas en la silla en una pequeña estancia. Los pacientes olvidan con frecuencia mantener inmóvil la cabeza durante la exploración radiográfica y siguen interesados en el aparato que gira en derredor suyo. Por tanto, las personas impli-

cadáveres deberían repetir varias veces quiénes son, qué pretenden hacer y cómo debe comportarse el paciente para lograr el éxito del diagnóstico y del tratamiento. La profunda inseguridad que suele mostrar el paciente puede deberse a que éste se considere subjetivamente sano y joven y no comprenda por qué debe recibir tratamiento ni lo que ocurre a su alrededor. También puede ocurrir que las personas con demencia recuerden experiencias de su infancia con el odontólogo. 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.

En las intervenciones complejas puede resultar especialmente útil el empleo de música u olores reconocidos previamente como agradables o relajantes para el paciente. Asimismo se pueden utilizar técnicas de relajación, como la relajación progresiva de Jacobsen, en pacientes que hayan recibido un entrenamiento adecuado. Por el momento no se han publicado experiencias relacionadas con la hipnosis del paciente demente.

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. Así mismo deberían saber cómo extraer y colocar la prótesis dental del paciente. Probablemente la tarea más dura que en último término afrontan los cuidadores sea explicar una y otra vez al enfermo, una vez abandonada la consulta, la necesidad de extraer los dientes, adaptar la prótesis en el laboratorio, cubrir el paladar con una placa, etc.

Bibliografía

1. Akiyama S, Imanishi H, Yasufuku Y et al. Dental findings of the elderly with or without senile dementia at a special nursing home. *J Osaka Univ Dent Sch* 1993;33:21-26.
2. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington D.C.: APA, 1994. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe, 1996.
3. Arora A, Arora M, Roffee C. Mystery of the missing denture: an unusual cause of respiratory arrest in a nonagenarian. *Age Ageing* 2005;34:519-520.
4. Bauer J, Sieber C. Ernährung und Demenz. *Psychoneuro* 2004;30:481-488.
5. Besimo C. Mehrdimensionale Erfassung des alternden Menschen. *Quintessenz* 2005;56:645-654.
6. Bickel H. Epidemiologie der Demenzen. In: Förstl H, Bickel H, Kurz A (Hrsg). *Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie*. Berlin: Springer, 1999:9-32.
7. Chalmers JM, Carter KD, Spencer AJ. Oral diseases and conditions in community-living older adults with and without dementia. *Spec Care Dentist* 2003;23:7-17.
8. Chapman L. Another case of missing dentures. *Age Ageing* 2006;35:205.
9. D'Ath P, Katona P, Mullan E, Evans S, Katona C. Screening, detection, and management of depression in primary care attenders. I: The acceptability of the 15-Item Geriatric Depression Scale (GDS-15) and the development of short versions. *Fam Pract* 1994;11:260-266.
10. Ettinger RL. Dental management of patients with Alzheimer's disease and other dementias. *Gerodontology* 2000;17:8-16.
11. Gräfel E. Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittsuntersuchungen zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter. Egelsbach: Hänsel-Hohenhausen, 1997.
12. Hallauer JF, Schons M, Smala A, Berger K. Untersuchungen von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 2000;5:73-79.
13. Jones JA, Lavalley N, Alman J, Sinclair C, Garcia RI. Caries incidence in patients with dementia. *Gerodontology* 1993;10:76-82.
14. Klingenberg A, Szecsenyi J. Unterstützungsbedarf von pflegenden Angehörigen. Befragungsergebnisse von Familien Demenzkranker in einer ländlichen Region bei Bremen. *Z Allg Med* 1999;75:1113-1118.
15. Lakdawalla P. 'Sea-ing' results. An aquarium can help boost Alzheimer's patients' appetites. *Contemp Longterm Care* 2003;26:28.
16. Neuropathology Group of the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). Pathological correlates of late onset dementia in a multicentre, community-based population in England and Wales. *Lancet* 2001;357:169-175.
17. Oghalai JS. Aspiration of a dental appliance in a patient with Alzheimer disease. *JAMA* 2002;288:2543-2544.
18. Onozuka M, Watanabe K, Mirbod SM et al. Reduced mastication stimulates impairment of spatial memory and degeneration of hippocampal neurons in aged SAMP8 mice. *Brain Res* 1999;826:148-153.
19. Scherder E, Oosterman J, Swaab D et al. Recent developments in pain in dementia. *BMJ* 2005;330:461-464.
20. Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA* 2005;293:596-608.
21. Stoppe G. Demenz. München: UTB Ernst Reinhardt, 2006.
22. Stoppe G, Geilfuß P. Entlastung der Angehörigen von Demenzkranken durch ehrenamtliche Helfer. *Psychoneuro* 2004;30:505-508.
23. 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.
24. Thalmann B, Spiegel R, Staehelin HB et al. Dementia screening in general practice: optimised scoring for the Clock Drawing Test. *Brain Aging* 2002;2:36-43.
25. Winterstein P. Demenzen – rechtliche Aspekte. In: Wächtler C (Hrsg). *Demenzen*. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme 2003:116-134.
26. Wolf H, Gertz HJ. Vaskuläre Demenzen – Diagnostik, Prävention und Therapie. *Psychiatr Prax* 2004;31:330-338.
27. World Health Organization (WHO). Tenth revision of the international classification of diseases. Chapter V (F). Mental and behavioural disorders (including disorders of psychological development). Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1991.