

Investigación

COVID-19 y Personas Mayores, una mirada odontológica Revisión Sistemática

COVID-19 and the elderly people a dental look

AUTORA

ESP. OD. SONIA LUCÍA MARÓN

Cátedra de Odontogeriatría - Centro de Atención al Adulto Mayor. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina.
smaron@fodonto.uncu.edu.ar

RESUMEN

La infección por Coronavirus ha sido considerada por la OMS como una pandemia. El primer brote de neumonía por COVID-19 se originó en la ciudad de Wuhan, a finales de diciembre de 2019. Desde entonces, la infección se ha extendido rápidamente al mundo. Los estudios epidemiológicos demuestran que la población de mayor riesgo en cuanto a síntomas y complicaciones son los mayores de 60 años, aunque la población que hace de vector de la infección en mayor medida es la que está entre 25-30 años. La pandemia visibilizó a un grupo de riesgo vulnerable comprendido por las personas mayores. Fue necesaria la aparición del virus para que reflexionáramos sobre ellos. Surgen muchos interrogantes desde la odontología, tales como mitos de la vejez, abordaje odontológico, las implicancias de las enfermedades bucales en la comorbilidad, mortalidad y/o vulnerabilidad. La presente revisión tiene como objetivo abordar el rol que cumple el odontólogo en la salud y calidad de vida de los adultos mayores ante la contingencia del COVID-19.

Palabras clave: COVID19- Envejecimiento - Personas Mayores - Odontología

ABSTRACT

Coronavirus infection has been considered by the WHO as a pandemic. The first outbreak of pneumonia due to COVID-19 originated in Wuhan's city in late December 2019. Since then, the infection has spread rapidly to the world. Epidemiological studies show that the population at most significant risk in terms of symptoms and complications is those over 60 years of age, although the population that acts as the vector of the infection to a greater extent is between 25-30 years. The pandemic made visible a vulnerable risk group comprised of older people. The appearance of the virus was necessary for us to reflect on them. Many questions arise from dentistry, such as old age myths, dental approach, the implications of oral diseases on comorbidity, mortality, and/or vulnerability. This review aims to address the role of the dentist in the health and quality of life of older adults in the face of the COVID-19 contingency.

Keywords: COVID19 - Aging - Older adults - Dentistry

INTRODUCCIÓN

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fe-

cundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo

de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud

COVID-19 y Personas Mayores, una mirada odontológica

Esp. Od. Sonia Lucía Marón

pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (1).

Este grupo etario heterogéneo si bien vive más años estos suelen estar acompañados de enfermedades crónicas como consecuencia del proceso natural de envejecimiento en el cual ocurren cambios o modificaciones a nivel molecular, celular, tisular y orgánico que contribuyen a la progresiva disminución de la capacidad del organismo para mantener su viabilidad (1,2).

La aparición del virus SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) desencadenó la COVID-19, considerada por la OMS una pandemia que puede afectar a toda la población sin embargo hay grupos que manifiestan complicaciones graves y son considerados de riesgos entre ellos se encuentran las personas mayores (2,3).

Desde el punto de vista de las profesiones más expuestas a COVID-19, con mayor riesgo de contagiarse y contagiar está la Odontología. Por ello con este trabajo se intenta en base a la bibliografía disponible abordar el rol que cumple el odontólogo en la salud y calidad de vida de los adultos mayores ante la contingencia del COVID-19 (4).

METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión bibliográfica a partir de un total de 29 referencias bibliográficas. Se utilizaron artículos científicos en inglés y español en formato electrónico, disponibles en las bases de datos SNRD (Sistema Nacional de Repositorios Digitales), PubMed, SciELO, y en el motor de búsqueda Google Académico, además se exploró en páginas web de los ministerios de salud, OMS, sociedades científicas y páginas web nacionales e internacionales. Se analizó la calidad, fiabilidad y va-

lidez de los artículos seleccionados para realizar una adecuada revisión.

DESARROLLO: COVID-19

La COVID-19 es una enfermedad respiratoria aguda causada por un nuevo coronavirus humano (SARS-CoV-2) que actualmente se propaga principalmente de persona a persona y representa el agente causante de una enfermedad potencialmente mortal que constituye un gran problema de salud pública mundial. El primer brote de neumonía por COVID-19 se originó en la ciudad de Wuhan, a finales de diciembre de 2019. Desde entonces, la infección por neumonía se ha extendido rápidamente desde Wuhan a más de 140 países, Argentina entre ellos (4).

Los principales mecanismos de transmisión descritos en la literatura son a través las gotas de Pflügge, aerosoles y el contacto directo con superficies contaminadas. (por ello la odontología es una de las profesiones de mayor riesgo de contagiarse y contagiarse). El periodo de incubación está estimado en una media de 5-6 días, aunque existe evidencia de periodos cercanos a los 14 días. En la mayoría de los casos, la COVID-19 produce síntomas leves como tos seca, cansancio y fiebre. Otros síntomas son: dolor, congestión nasal, rinorrea, dolor de garganta o diarrea. Algunas personas que se infectan también pueden ser asintomáticas. En el caso de las personas mayores la presentación podría ser inicialmente sin fiebre y estar asociada a decaimiento, desorientación y agitación, además de la sintomatología ya descrita. Al igual que con otras enfermedades respiratorias, como la influenza, las personas mayores y personas con condiciones médicas preexistentes requieren de monitoreo activo ya que pueden ser vulnerables a enfermarse más severamente con el virus, por lo que es importante que los lugares a los que asisten o donde residen personas mayores sigan

algunas indicaciones generales y específicas de acuerdo con cada caso. Los estudios epidemiológicos demuestran que en la población de mayor riesgo en cuanto a síntomas y complicaciones se encuentran los mayores de 60 años y las personas que padecen enfermedades cardíacas, respiratorias y diabetes. Siendo la población que hace de vector de la infección en mayor medida la que está comprendida entre 25-30 años (2-4).

Envejecimiento positivo, vejeísmo, vejez y personas mayores

El envejecimiento humano es un proceso que altera los principales sistemas fisiológicos, lo que hace que las personas mayores sean más frágiles y susceptibles al deterioro de su capacidad física y funcional. Aunque el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, con la edad avanzada, las personas se vuelven más vulnerables y, por lo tanto, tienen mayores necesidades sociales, físicas y psicológicas (4,5).

La vulnerabilidad social puede entenderse como multidimensional, afectando a individuos, grupos y comunidades de diferentes maneras e intensidades, y en diferentes niveles de su bienestar. Resulta de factores como la jubilación, la reducción de ingresos, la discriminación, el aislamiento social y familiar y una deficiencia en las políticas públicas para apoyar a estas personas mayores. Como se considera dinámico, implica no solo la pobreza relacionada con los ingresos, sino también una comprensión de los eventos que perjudican las relaciones sociales, culturales, políticas y económicas. Mejorar esta comprensión puede contribuir a reducir la vulnerabilidad de los ancianos, ya que está relacionado con los factores estructurales de la sociedad (5,6).

Afirmar que la edad no constituye un diagnóstico pues nadie está enfermo "de viejo", es un consenso cultural reciente y no fácil de asimilar. Somos testigos y padecemos incluso en nuestras aulas, de

COVID-19 y Personas Mayores, una mirada odontológica

Esp. Od. Sonia Lucía Marón

“viejismo”, concepto acuñado en 1965 por Butler para referirse al proceso de elaboración de estereotipos y discriminación sistemática contra las personas, sólo por el hecho de ser mayores. Este proceso puede adoptar muchas formas, desde actitudes prejuiciosas entre personas, hasta implementación de políticas y prácticas institucionales discriminatorias que perpetúan clichés sobre los adultos mayores, quienes son muchas veces representados descansando en sillas mecedoras, con problemas auditivos y físicamente restringidos. El *viejismo* o “*edadismo*”, se puede apreciar en innumerables áreas de nuestra sociedad, incluso desde una plataforma humorística, pensando equivocadamente que el humor contrarresta todo efecto negativo hacia el adulto mayor. Empero, es conocido que además del componente cronológico, existen componentes fisiológicos y sociales que guardan relación con la vejez. Para gran parte de las personas mayores (PM), la edad por sí sola ya no es un elemento certero para determinar ni su envejecimiento, ni la calidad de vida asociada a este fenómeno. El problema no es sólo la edad y en el ámbito sanitario, el factor de riesgo que de ella se puede derivar (inflammaging: conexión entre los procesos que provocan el envejecimiento y un tipo de inflamación crónica de baja intensidad); lo que hoy se preconiza es que la persona pueda mantener una buena calidad de vida, es decir, que no solamente se asegure un envejecimiento “saludable” y “activo”, sino que en consonancia con la Organización Mundial de la Salud (OMS), experimente un “envejecimiento positivo”. Como concepto, el envejecimiento positivo contiene en sí mismo, las significaciones del envejecimiento saludable y activo, que integran aspectos sociales y sanitarios en la promoción del buen envejecer. El desarrollo de estos enfoques ha sido secuencial y acumulativo, de tal forma que el nuevo paradigma incorpora los postulados anteriores en vez de reem-

plazarlos. El envejecimiento positivo agrega al envejecimiento saludable y activo, una preocupación explícita por el bienestar subjetivo de las PM posicionándolos como sujetos de derechos (5,7,8).

El derecho de la vejez, vigente en la República Argentina, exige establecer mecanismos de protección diferenciados para el colectivo de los mayores. El artículo 75 inciso 23 de la Constitución Nacional impone la obligación de asegurar la igualdad de oportunidades y de trato de las personas situadas en contextos vulnerables, entre las cuales se encuentran precisamente, los mayores. Asimismo, nuestro país ha ratificado la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las Personas Mayores, por la Ley 27.360, y le ha otorgado así jerarquía suprallegal. Este tratado internacional, único en su especie en todo el mundo, prohíbe enfáticamente la discriminación por razones de vejez y reconoce el derecho al bienestar, a la salud y a los cuidados de las personas mayores, cualesquiera sean las circunstancias de vida (9).

En concordancia a lo expuesto hay que agregar que los lineamientos consensuados por la Organización Mundial de la Salud respecto del Decenio del Envejecimiento Saludable (2020-2030) incluye entre sus principios “la urgencia de adoptar medidas y alinear las actuaciones e inversiones para mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y comunidades”. En esta línea plantea la necesidad de que los Estados miembros elaboren planes para contingencias en caso de emergencias humanitarias a fin de garantizar una respuesta humanitaria para todas las edades. Al mismo tiempo, será necesario incrementar la estrategia de atención primaria de salud para aplicar la atención integrada para personas mayores, en particular, en casos de una emergencia humanitaria (9,10).

Es imprescindible poder, en este contexto, sensibilizar sobre las necesidades sa-

nitarias de las poblaciones que envejecen y las personas mayores, para reducir el nivel de “*viejismo*” en las intervenciones sociales y sanitarias (8,10).

Hay que destacar la importancia de atender y escuchar a las propias personas mayores, para que indiquen sus preferencias y perspectivas con respecto a la prestación de salud, y dar resonancia a sus opiniones (9,10).

Actualmente la tipificación de tercera edad resulta ser un indicador cronológico acotado y restrictivo, muy sesgado por influencias de variables culturales, entre ellas las económicas como “*edad de jubilación*”, “*sustentabilidad de sistema de pensiones*”, etc. Se hace necesario proponer a luz de la prolongación de la vida bajo conceptos de envejecimiento ya expuestos, una nueva escala de tipificación o taxonomía cronológica de las personas, frente a la mayor expectativa de vida que se les presenta al cumplir 60 años. En pleno siglo XXI, en nuestra sociedad, la validez y/o pertinencia de una clasificación para PM de 60 o 65 años, sinonimia de jubilación, retiro, enfermedad y aún más, de vulnerabilidad, no se condice con los indicadores socio-sanitarios, así como con las cada día más amplias expectativas de longevidad vigentes en gran parte del mundo. Además, la categoría tercera edad está “*cargada*” negativamente con prejuicios sociales que también afectan al ámbito de la salud. En 2005, la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA), alertaba al respecto: “El “*viejismo*” contamina toda la estructura sanitaria e impide, o al menos dificulta, el acceso de los adultos mayores a lo que ellos más valoran: la salud y la autonomía personal”. Por tanto, urge centrar gran parte de nuestro análisis y que hacer, en la denominada 4ta edad, que resulta ser aquella población más vulnerable y que representa socio-culturalmente, el mayor desafío. Al respecto, una de las clasificaciones más aceptadas en el ámbito gerontológico es la de Hernández y col. que

COVID-19 y Personas Mayores, una mirada odontológica

Esp. Od. Sonia Lucía Marón

subdivide al adulto mayor en: a) viejos-jóvenes (de 60 a 74 años), b) viejos-viejos (de 75 a 89 años), y c) viejos-longevos (de 90 a más años) (5).

En el mundo en desarrollo, particularmente en América Latina, hay evidencia de grandes inequidades en el acceso y uso de servicios dentales entre grupos sociales, étnicos, y económicos, afectando en gran medida a las personas mayores (León et al.2018). Estas inequidades, sumadas a la situación actual impuesta por la pandemia COVID-19, será aún más crítico para personas mayores que residen en instituciones de cuidados de larga estancia con problemas cognitivos o deterioro funcional (5,9,11).

Envejecimiento biológico. Inmunosenescencia

Un cambio fisiológico importante por el proceso de envejecimiento en los adultos mayores es que presentan un sistema inmunológico menos eficiente y por lo tanto son más susceptibles a las enfermedades infecciosas emergentes.

En consecuencia, no es sorprendente que los datos han demostrado que los adultos mayores tenían más riesgo de infección por COVID-19. Adicionalmente, los que tienen comorbilidades son con un mayor riesgo de resultados fatales por infección COVID-19.

El concepto de inmunosenescencia refleja cambios relacionados con la edad en las respuestas inmunitarias, tanto celulares como serológicas, que afectan el proceso de generación de respuestas específicas a antígenos extraños y propios. El deterioro del sistema inmunológico con la edad se refleja en una mayor susceptibilidad a las enfermedades infecciosas, una peor respuesta a la vacunación, una mayor prevalencia de cáncer, enfermedades autoinmunes y otras enfermedades crónicas. Tanto la respuesta inmune innata como la adaptativa se ven afectadas por el proceso de envejecimiento; sin embargo, la respuesta adaptativa pa-

rece verse más afectada por los cambios en el sistema inmunológico relacionados con la edad. Además, los individuos de edad avanzada tienden a presentar un estado inflamatorio crónico de bajo grado que se ha implicado en la patogenia de muchas enfermedades relacionadas con la edad (aterosclerosis, enfermedad de Alzheimer, osteoporosis y diabetes). Sin embargo, algunas personas llegan a edades avanzadas sin ningún problema de salud importante, lo que se conoce como envejecimiento saludable. La disfunción del sistema inmunológico parece estar mitigada de alguna manera en esta población, probablemente debido a factores genéticos y ambientales (12–14). La senescencia inmunológica predispone a los ancianos a las infecciones y a una recuperación más retardada o ineficaz. Tanto las formas innatas como adquirida de la respuesta inmunológica están afectadas por los cambios del envejecimiento. Se observa una alteración de la función de los macrófagos, esencialmente la fagocitosis y la presentación de antígenos. El número de células dendríticas disminuye, pero su función no se ve afectada. En presencia de infección, las funciones de la vía del complemento a través de citólisis, la opsonización y la activación de la inflamación muestran una respuesta atenuada. La función de las células B y T, que configuran el sostén principal de la inmunidad adaptativa, también está afectada por la edad. Al nacer, comienza la involución del timo que a los 60 años llega al 90%. La función de las células T-helper no alcanza su máxima eficacia ya que existe una desregulación de la diferenciación y una menor capacidad para proliferar ante una amenaza. La respuesta humoral mediada por las células B también está alterada (13,15).

Otros aspectos de la inmunidad que se alteran con la edad son la función y regulación de las citoquinas. A pesar de una activación más inespecífica, hay una menor capacidad para generar me-

diadores importantes como el factor de necrosis tumoral α , la interleucina 1 y el óxido nítrico. Tales cambios aumentan el riesgo de reactivación de las infecciones virales y micobacterianas latentes y predispone a nuevas infecciones exógenas. Con los años, la autoinmunidad se torna más pronunciada, y con mayor frecuencia se observa la producción de anticuerpos contra antígeno órgano específicos y órganos inespecíficos (13,14).

La presentación clínica de COVID-19 entre los adultos mayores incluye algunos de los mismos síntomas que se han descrito para la población en general, como dificultad respiratoria, fiebre y tos seca. Sin embargo, pueden tener presentaciones clínicas atípicas, incluyendo síntomas no específicos, como un mareo vago, delirio, deterioro funcional y caídas. La existencia de múltiples comorbilidades con síntomas similares puede enmascarar síntomas de COVID-19. Los trastornos cognitivos y / o la discapacidad sensorial podría limitar la capacidad de ancianos frágiles y funcionalmente dependientes para informar correctamente sus síntomas. La identificación adecuada de problemas es especialmente desafiante para las personas mayores con demencia. Por tanto, los Protocolos de detección de COVID-19, basados en síntomas típicos por sí solos, parecen ser insuficientes para diagnosticar correctamente la infección por COVID-19 (4).

Hay discusión en la literatura y se cuestiona si los adultos mayores se beneficiarán de Vacunas COVID-19, porque tiene un sistema inmunológico menos eficaz y menos coordinado. Parece que sus respuestas a El SARS-CoV-2 no realiza una transición funcional de inmunidad innata a adaptativa, resultando en poca o ninguna producción de anticuerpos. En consecuencia, para que una vacuna sea eficaz entre los adultos mayores es necesario incorporar adyuvantes apropiados para la edad para estimular respuestas de anticuerpos apropiadas (12).

COVID-19 y Personas Mayores, una mirada odontológica

Esp. Od. Sonia Lucía Marón

Pero no solo las condiciones de salud y el envejecimiento ponen en peligro a las personas mayores. La soledad como emoción y el aislamiento como condición estructural en la que viven muchas de ellas juegan un papel importante frente a su capacidad de responder a la enfermedad. La falta de respuesta de los sistemas de salud también puede ser un factor coadyuvante para empeorar la situación (9–11).

La OMS (2020) insiste en que hay que garantizar que las personas mayores sean protegidas de COVID-19 sin estar aisladas, estigmatizadas, dejadas en una situación de mayor vulnerabilidad o sin poder acceder a las disposiciones básicas y a la atención social. Este consejo cubre el tema de recibir visitantes, planificar suministros de medicamentos y alimentos, salir de forma segura en público y mantenerse conectado con otros a través de llamadas telefónicas u otros medios. Es esencial que las personas mayores reciban el apoyo de sus comunidades durante el brote de COVID-19 (9,10).

Odontología geriátrica

La boca también envejece. El envejecimiento bucodental se comporta de manera más lenta y, en la mayoría de las veces, puede pasar desapercibido e inobservable para las otras personas, sin embargo produce en la cavidad oral una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos, a nivel de mucosa bucal, lengua, saliva, periodonto y tejidos dentales, lo que la vuelve más vulnerable a los agentes traumáticos e infecciosos, presentando una gran variedad de problemas bucales tales como caries dental, enfermedad periodontal, pérdida dentaria, lesiones en mucosa, cáncer bucal y xerostomía. Pese a todos los mitos existentes, el envejecimiento en sí no induce a la pérdida de las piezas dentales. La pérdida de la salud bucal no debe considerarse como inevitable de la vejez sino es una consecuencia y reflejo de factores

que intervinieron durante toda la vida (historia familiar, socioeconómica y cultural) agregándose los cambios propios de la biología del envejecimiento (1,16).

Los adultos mayores arriban a la vejez sometidos a un gran número de factores de riesgo y a enfermedades bucodentales prevenibles que devienen un importante problema de salud por su alta prevalencia, su demanda pública y el fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población (1,16).

La salud bucal es parte integrante de la salud general pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal, evidencias sólidas demuestran la asociación de salud bucal y condiciones sistémicas (17,18).

Las enfermedades bucales pueden desencadenar procesos inflamatorios e infecciosos a nivel sistémico que complican la condición de los pacientes con enfermedades crónicas, que agravarán las perspectivas ya sombrías para los sistemas de salud a nivel mundial. Se sabe que las personas mayores son el grupo de mayor riesgo dentro de la pandemia COVID-19, atribuible en gran parte a la alta prevalencia de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, enfermedades neurológicas EPOC) y al debilitamiento del sistema inmunológico debido a la inmunosenescencia. De ahí que los escasos datos disponibles indican que la edad avanzada y las comorbilidades ponen a los adultos mayores en el mayor riesgo de mortalidad si se infectan con COVID-19 (13,14,17,19).

Diabetes, COVID-19 y enfermedad periodontal (EP)

La diabetes mellitus, es un factor de riesgo para la enfermedad de las encías y es necesario prestar atención a las posibles complicaciones bucales en las primeras

etapas. La hiperglucemia causa daño al tejido conectivo en la cavidad oral con síntesis reducida de fibroblastos de las encías, lo que resulta en la pérdida de fibras periodontales y hueso alveolar. Además, se ha observado un deterioro de la actividad fagocítica de las células mononucleares y polimorfonucleares, lo que conduce al desarrollo de una flora subgingival patógena agresiva. Por lo tanto, la infección periodontal puede inducir inflamación sistémica, que a su vez aumenta o refuerza la resistencia crónica a la insulina. Se desarrolla un círculo vicioso de hiperglucemia, periodontitis y degradación del tejido conectivo, inflamación (oral y sistémica) y resistencia a la insulina, que es prácticamente incontrolable para todos los trastornos sin una intervención eficaz (20).

Un estudio a largo plazo publicado recientemente proporcionó pruebas impresionantes del valor del cuidado bucal en la prevención primaria de la neumonía en personas con diabetes. Los investigadores analizaron esta asociación en 98 800 personas en Taiwán durante un período de 12 años. Los autores concluyeron que los pacientes que recibieron tratamiento periodontal intensivo tenían un riesgo promedio 66% menor de neumonía. Los pacientes con diabetes tenían un 78% más de riesgo de desarrollar neumonía en comparación con el grupo de control. Estos hallazgos indican que el paciente con diabetes y periodontitis como comorbilidad tienen un riesgo alto de neumonía incluso sin la infección por SARS-CoV-2 (20).

La asociación entre diabetes y aumento de la mortalidad por COVID-19 puede estar relacionada con los aspectos descritos anteriormente, pero también con los efectos sistémicos adicionales de la periodontitis. La enfermedad periodontal afecta los niveles de azúcar en sangre y deteriora el sistema inmunológico innato. La periodontitis también aumenta la inflamación sistémica, ya que los media-

COVID-19 y Personas Mayores, una mirada odontológica

Esp. Od. Sonia Lucía Marón

dores de la enfermedad periodontal y la destrucción tisular derivados del huésped (p. Ej., Citocinas y metaloproteinasas) se liberan del tejido periodontal inflamado al sistema circulatorio. Se sabe que los pacientes diabéticos tienen un mayor riesgo de mortalidad por enfermedades orales concomitantes, mientras que los pacientes con periodontitis tienen un riesgo demostrablemente mayor de diabetes. En este contexto, los biomarcadores como la metaloproteinasas de matriz activada 8 (disponible como prueba rápida de laboratorio o de saliva) ofrecen la posibilidad de identificar a los pacientes con riesgo de diabetes y así hacerla accesible para una prevención dirigida. La EP se ha asociado ampliamente con diversos trastornos como diabetes, HTA, obesidad, ECV, entre otros. Por tanto, la EP podría ser indicativa de salud sistémica. Además, estas comorbilidades y factores adicionales son factores de riesgo comunes en pacientes con enfermedad grave por COVID-19. Dado que no se ha evaluado el estado de salud periodontal en pacientes con enfermedad COVID-19, es difícil determinar esta asociación. Sin embargo, es posible que estén implicados factores inflamatorios, microbianos y ambientales. Una barrera epitelial gingival intacta puede ayudar a evitar que los virus y bacterias patógenos de la cavidad bucal ingresen al torrente sanguíneo. Esto significa que el cepillado diario regular de los dientes con una aplicación adicional de enjuague bucal desinfectante hasta la faringe posterior, especialmente en pacientes con diabetes, podría ayudar a reducir las posibles consecuencias sistémicas de las infecciones por el virus del SARS-CoV-2 (20,21).

COVID-19 no se detiene en las fronteras; es un desafío mundial y las soluciones a esta pandemia requerirán una alianza interdisciplinaria de expertos en todos los campos, incluida la odontología (20,21). Salud bucal, personas mayores y acceso a la atención odontológica

Existen disparidades en la salud bucal en la población que envejece con respecto a la caries dental no tratada, periodontitis y edentulismo relacionado con ingresos, sexo, raza y etnia, y nivel educativo. El acceso a la atención dental en los adultos mayores puede verse complicado por varios factores, entre ellos finanzas; transporte; complejidades médicas y psicológicas; y actitudes de los pacientes, cuidadores y profesionales. Disparidades en las políticas públicas con respecto a la salud bucal de los adultos mayores a nivel nacional puede agravar las desigualdades sociales (22).

Una proporción significativa de población adulta mayor vive de forma independiente en la comunidad y puede acceder a la atención de la salud bucal de manera similar a los jóvenes adultos, son funcionalmente independientes y a menudo están medicados para controlar sus comorbilidades comunes relacionadas con la edad, como diabetes, hipertensión, osteoartritis y osteoporosis. Sin embargo, hay otro grupo que requieren cuidados de salud bucal y pueden acceder a la atención en la comunidad, pero tienen historias médicas y farmacoterapias más complejas y se los llama adultos mayores frágiles. Y también existe un tercer grupo de personas mayores institucionalizadas o confinados en casa que son funcionalmente dependientes y la atención es en su entorno.

Con la aparición de COVID-19, han surgido nuevos desafíos para el acceso a la atención de la salud bucal de los adultos mayores, especialmente los frágiles y los funcionalmente dependientes. El problema es causado por el efecto sinérgico de varios factores: 1] edad avanzada y presencia de comorbilidades, que se han relacionado claramente a resultados fatales de la infección por COVID-19 muchos procedimientos dentales producen aerosoles, que es la forma en que el SARSCoV-2 transmite la infección. y 3- La necesidad de equipos de protección personal (EPP) adicional durante los proce-

dimientos puede comprometer la comunicación, la cercanía, y cumplimiento en pacientes que tiene deterioro cognitivo, físico discapacidad o demencia. Por ejemplo, personas mayores con discapacidad auditiva le resultará más difícil entender un odontólogo que usa EPP (23,24).

Las restricciones en el acceso a la atención de la salud bucal debido a la pandemia COVID-19 agregarán más barreras a las ya existentes para personas los mayores, especialmente aquellas con problemas cognitivos o deterioro funcional que viven en residencias de larga estancia. Las consecuencias esperadas de la falta de atención dental agravarán las condiciones orales, imponiendo una nueva carga para los escasos dentistas que se especializan en odontología geriátrica, subrayando la necesidad para la formación en esta área (16,23,24).

Se hace evidente, por tanto, la necesidad de contar con odontólogos formados en el pregrado para la atención de la población autovalente y a nivel de postgrado, de especialistas que puedan cubrir las demandas de la población mayor dependiente (11).

Se espera que en el marco de la pandemia la falta de acceso a servicios médicos y odontológicos para el manejo de enfermedades crónicas deteriorará aún más la salud oral y salud sistémica en este grupo poblacional. La formación de profesionales odontólogos en el área de la odontogeriatría debe plantearse con una mirada interdisciplinaria, donde se incorporen aquellos académicos con experiencia desde las distintas disciplinas, como la geriatría, gerontología, antropología y sociología, entre otras; que permitan una provisión de servicios integrales para los adultos mayores, apuntando a mejorar su calidad de vida (9,11,25).

Estrategias y protocolos para atención odontológica

Las pandemias son catalizadores de cambio social, si el VIH modificó el compor-

COVID-19 y Personas Mayores, una mirada odontológica

Esp. Od. Sonia Lucía Marón

tamiento sexual y el uso de preservativos se volvió normal, porque no se puede pensar que el Coronavirus no pueda serlo también, generando el acostumbramiento a lavarse las manos durante 20 segundos, el cambio de las personas y las instituciones en adoptar prácticas nuevas de bioseguridad, teletrabajo, teleconferencia, video clases, y otras (26).

En “la nueva normalidad” o pospandemia, la odontología en general y la odontogeriatría en particular deberán adherirse a nuevos protocolos de flujo de trabajo para la atención de salud bucal, que incluyan pre-evaluaciones, distanciamiento social y nuevos procedimientos de control de infecciones destinados a prevenir la propagación de patógenos respiratorios (23).

La crisis mundial generada por la pandemia ofrece una oportunidad única para remodelar el enfoque tradicional de la profesión odontológica. Las personas mayores institucionalizadas, especialmente aquellos con leve a grave deterioro cognitivo o demencia, y/o movilidad reducida no puede recibir atención dental convencional (23).

Surgen algunas estrategias como posibles soluciones para brindar atención dental a los adultos mayores durante la pandemia COVID-19 pandemia y en el futuro la teleodontología (teledentistry) y la odontología de mínima intervención (MID)

La teleodontología permite el asesoramiento a distancia a las personas que no pueden acudir a una clínica dental u otro centro de atención médica. Con el uso creciente y extendido de teléfonos celulares y computadoras y más acceso a Internet, las personas que viven bajo estricto confinamiento o en las zonas rurales y remotas pueden recibir asistencia por un odontólogo vía teledentistry. Incluso antes la crisis actual, la salud bucal para personas mayores en América Latina fue sujeto a inequidades. Usando una simple tecnología, como una fotografía digital, chat, o mensaje de texto, con teledentis-

try se puede reducir las inequidades en la atención de la salud bucal, otorgando acceso a la atención a millones de personas que no pueden ser vistas por un odontólogo. A pesar de la ventaja de usar teledentistry, el triage puede ser un desafío cuando se trata a personas mayores con deterioro cognitivo o demencia. El dolor puede no ser reportado y la interacción con los cuidadores será crucial para identificar la inflamación facial, fracturas dentarias o cambios en los patrones de alimentación. La teleodontología se puede utilizar para ofrecer una amplia gama de medidas para mejorar la salud oral sin necesidad de asistencia, tales como asesoramiento nutricional, estimulación salival, prescripción de pastas dentales fluoradas preventivas o terapéuticas, instrucciones sobre higiene para los cuidadores, residentes o personal disminuyendo la carga bacteriana y la riesgo resultante de neumonía por aspiración en la población severamente dependiente (23,24,27).

Por otro lado, MID (Minimal Intervention Dentistry) es una filosofía en odontología que va más allá el alcance de la odontología restauradora. MID tiene como objetivo preservar lo que hemos llamado el “activo biológico”, a lo largo de la vida (23,24,28,29).

Adoptar la filosofía MID es evitar el ciclo restaurativo, por el cual pequeñas restauraciones tempranas son continuamente reemplazadas por cada vez más grandes restauraciones, que conducen a la pérdida de dientes y tejidos. La preservación de la función oral y el activo biológico en todo el curso de la vida debe ser el objetivo general de la profesión dental (23,24,28,29).

Dadas las restricciones al convencional cuidado dental durante la pandemia por COVID-19 y potencialmente después de ella o incluso durante la emergencia de nuevos virus que amenazan al mundo, MID puede convertirse en el nuevo estándar de cuidado, al menos para adultos mayores dependientes e institucional-

izados. En la odontología restauradora, bajo las técnicas MID no se genera la propagación de virus por aerosoles, permitiendo así atención con riesgo mínimo de contagios. Las técnicas de restauración atraumáticas (ART), con el uso de instrumentos de mano y/o rotatorios de baja velocidad para eliminación de tejido cariado y de los cementos de ionómero de vidrio, es probable que se vuelvan más rutinarias y se puedan promover e implementar, incluso dentro de las casas y residencias para cuidados de las personas mayores. También hay evidencias científicas disponibles sobre enfoques no invasivos autoadministrados mediante el uso de pastas dentales con alto contenido de fluoruro para tratar las lesiones de caries en adultos mayores. Asimismo, el tratamiento periodontal se puede administrar a través del enfoque MID, mediante un adecuado plan de mantenimiento, autocuidado y control de tabaco (23,24,28,29).

Además de abordar los factores biológicos, la prevención moderna y el tratamiento de las enfermedades bucodentales debe implicar una visión más holística de las personas. La política pública no puede tratar a los adultos mayores de forma estandarizada y las medidas de protección deben ser individualizadas a través de una evaluación integral de los pacientes, sus hábitos, tradiciones y creencias además de niveles social, cultural y educativo (23,24).

Los desafíos de la pandemia COVID-19 estimulan para una nueva odontología que utiliza diferentes enfoques para proporcionar una atención eficaz a un costo más bajo y mayor alcance. Asimismo, los escenarios futuros subrayan la necesidad de reevaluar la formación en las universidades, incorporar la odontología a los equipos interdisciplinarios de salud y reforzar habilidades y competencias comunicativas para promover eficazmente la salud, inducir cambios de comportamiento, detener la progresión de la enfermedad y mejorar

COVID-19 y Personas Mayores, una mirada odontológica

Esp. Od. Sonia Lucía Marón

la calidad de vida de los adultos mayores (11,23–25).

CONCLUSIONES:

Sin dudas, si algo tiene de bueno la COVID-19 es que nos interpela en torno al valor de la vida humana en su ciclo completo y en particular, a nuestras significaciones de la vejez y puede servir también como punto de referencia para una nueva odontología que asegure salud bucal y calidad de vida para todos.

La población mundial está envejeciendo y más adultos mayores mantienen sus dientes a medida que envejecen. Por tanto, hay un aumento en la necesidad de proporcionar cuidados para la salud bucal de esta creciente población.

En “la nueva normalidad” o pospandemia, la implementación de teledentistry y MID por los odontólogos, puede ser clave para reducir las graves desigualdades en el acceso a la salud bucal de las personas mayores. Nuevos paradigmas y necesidades aso-

man en la odontología, potenciados por COVID-19. Cambios en sistemas de salud, del modelo curativo a la prestación de cuidados integrales, modificaciones en las currículas universitarias, la odontogeriatría en el grado y posgrado, salud comunitaria, equipos interdisciplinarios, educación para la salud.

Agradecimientos:

Se agradece a Echagaray, Patricia; Fazio, Paula; Secchi, Paola y Valenzuela, Hilda por la lectura crítica del manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. CABO GARCÍA R., GRAU LEÓN I., LORENZO URIBAZO

A. *Apuntes sobre el envejecimiento del sistema estomatognático. Revisión de la literatura. MediSur.* 2016 Jun; 14(3):307–12.

2. HUENCHUAN S. **COVID-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos.** 2020 Apr 6; Available from: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45316>

3. HUENCHUAN S. *El derecho a la vida y la salud de las personas mayores en el marco de la pandemia por COVID-19.* 2020 May 4; Available from: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45493>

4. ROSAS LMV, ORTEGA CET, PALLASHCO EGV. *Revisión bibliográfica, médica y odontológica de covid-19.* *prosciences.* 2020 May 29;4(34):58–69.

5. CRUZ RR DA, BELTRAME V, DALLACOSTA FM, CRUZ RR DA, BELTRAME V, DALLACOSTA FM. *Aging and vulnerability: an analysis of 1,062 elderly persons.* *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [Internet].* 2019 ;22(3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-98232019000300204&lng=en&nrm=iso&tlng=en

6. CANCHARI CRA, ARRIETA RDCQ, CASTILLON KMH. *COVID-19 y su relación con poblaciones vulnerables.* *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2020 May 11;19(0):3341.

7. SAAVEDRA HERNÁNDEZ D, GARCÍA VERDECIA B. *Inmunosenescencia: efectos de la edad sobre el sistema inmune.* *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia.* 2014 Dec;30(4):332–45.

8. DABOVE MI. *Derecho de la vejez en tiempos de pandemia.* 2020 Jul [cited 2020 Aug 27]; Available from: <http://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/111069>

9. DABOVE MI. *Derecho de la vejez en tiempos de pandemia.* *Revista de la*

Facultad de Derecho. 2020 Jul 14;(49):e20204910–e20204910.

10. DABOVE I, ODDONE J. *Vejez en tiempos de pandemia: una cuestión de derechos.* *Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria [Internet].* Available from: http://www.sagg.org.ar/wp/?page_id=6436

11. LEÓN S, GIACAMAN RA. *Reality and challenges of the oral health for older adults in Chile and the role of a new discipline: geriatric dentistry.* *Revista médica de Chile.* 2016 Apr;144(4):496–502.

12. FRANCESCHI C, BONAFÈ M, VALENSIN S, OLIVIERI F, DE LUCA M, OTTAVIANI E, ET AL. *Inflamm-aging. An evolutionary perspective on immunosenescence.* *Ann N Y Acad Sci.* 2000 Jun;908:244–54.

13. CASTELO-BRANCO C, SOVERAL I. *The immune system and aging: a review.* *Gynecol Endocrinol.* 2014 Jan;30(1):16–22.

14. NAVARATNARAJAH A, JACKSON SHD. *The physiology of ageing.* *Medicine.* 2013 Jan 1;41(1):5–8.

15. FLORIBEL FERMAN-CANO. *El timo como probable órgano de protección ante COVID-19.* *Emiliano Tesoro-Cruz, Sandra A. Rojas-Osorio, Fernando Padilla-Santamaría, Lucero Maya-Franco, editors. Revista Cadena de Cerebros [Internet].* 2020;3(Suplemento 1). Available from: <https://www.cadenadecerebros.com/art-sup-3-01>

16. BOLAÑOS OMM. *Envejecimiento bucodental.* 1. 2010;6(6):59–67.

17. CONTRERAS RENGIFO A. *La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta.* *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral.* 2016 Aug;9(2):193–202.

18. GRAZIANI F, BETTIN L, PETRINI M. *The systemic benefits of periodontal health: quality of life.* *Periodoncia Clínica.* 2017;

19. STEPHEN G. BAUM MD. *How Comorbidities Affect CO-*

COVID-19 y Personas Mayores, una mirada odontológica

Esp. Od. Sonia Lucía Marón

BIBLIOGRAFÍA

- VID-19 Severity in the U.S. *NEJM Journal Watch* [Internet]. 2020 Apr 3 [cited 2020 Aug 26];2020. Available from: <https://www.jwatch.org/NA51296/2020/04/03/how-comorbidities-affect-covid-19-severity-us>
20. **PFÜTZNER A, LAZZARA M, JANTZ J.** Why Do People With Diabetes Have a High Risk for Severe COVID-19 Disease?—A Dental Hypothesis and Possible Prevention Strategy. *J Diabetes Sci Technol*. 2020 Jul 1;14(4):769–71.
21. **PITONES-RUBIO V, CHÁVEZ-CORTEZ EG, HURTA-DO-CAMARENA A, GONZÁLEZ-RASCÓN A, SERAFÍN-HIGUERA N.** Is periodontal disease a risk factor for severe COVID-19 illness? *Medical Hypotheses*. 2020 Nov 1;144:109969.
22. **FRIEDMAN PK, KAUFMAN LB, KARPAS SL.** Oral Health Disparity in Older Adults: Dental Decay and Tooth Loss. *Dental Clinics of North America*. 2014 Oct 1;58(4):757–70.
23. **MARCHINI L, ETTINGER RL.** COVID-19 and Geriatric Dentistry: What will be the new-normal? *BDS*. 2020 Jun 12;23(2):7 p-7 p.
24. **LEÓN S, GIACAMAN RA.** COVID-19 and Inequities in Oral Health Care for Older People: An Opportunity for Emerging Paradigms. *JDR Clinical & Translational Research* [Internet]. 2020 Jun 8; Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2380084420934742>
25. **BRONDANI M, DONNELLY L.** COVID-19 pandemic: Students' perspectives on dental geriatric care and education. *Journal of Dental Education* [Internet]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jdd.12302>
26. **COPPOLA L.** El COVID-19 y el sistema de salud argentino. *The COVID-19 and the Argentine Health System* [Internet]. 2020 May 18; Available from: <http://ri.unlu.edu.ar/xmliui/handle/rediunlu/743>
27. **TELLES-ARAUJO G DE T, CAMINHA RDG, KALLÁS MS, SANTOS PS DA S, TELLES-ARAUJO G DE T, CAMINHA RDG, ET AL.** Teledentistry support in COVID-19 oral care. *Clinics* [Internet]. 2020;75. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1807-59322020000100513&lng=en&nrm=iso&tlng=en
28. **LANATA EJ.** Nuevos conceptos en operatoria dental. *Revista Científica Odontológica* [Internet]. 2020 Jun 10;2(1). Available from: <http://revistacientifica.uaa.edu.py/index.php/ReCO-UAA/article/view/918>
29. **FRENCKEN JE, PETERS MC, MANTON DJ, LEAL SC, GORDAN VV, EDEN E.** Minimal intervention dentistry for managing dental caries - a review: report of a FDI task group. *Int Dent J*. 2012 Oct;62(5):223–43.