

Protocolos de tratamiento y prevención en Gerodontología

Treatment and prevention protocols in Gerodontology

Nisizaki Susumu*, Derregibus Lucy**

Resumen

Los protocolos de tratamiento y prevención son guías o recomendaciones, que tienen por objetivo optimizar la calidad de atención, en este caso de los adultos mayores. Si bien este artículo está dirigido a la odontología, los conceptos se pueden aplicar a toda el área de la salud. Las recomendaciones tienen que ser escritas en una forma lógica y ordenada para un contexto determinado. La cohorte etárea en estudio, es una población heterogénea y compleja, porque está constituida por pacientes funcionalmente independientes, institucionalizados, frágiles e incluso con distintos tipos y niveles de demencia. A pesar ello los protocolos se deben poder aplicar a la mayoría de los casos. La ventaja de usar los protocolos de tratamiento y prevención está en que se asegura su calidad y aplicación de manera eficiente y ergonómica. El propósito de esta publicación es mostrar los beneficios del uso de los protocolos en el adulto mayor.

Abstract

In this case, treatment and prevention protocols are guidelines or recommendations addressed to optimize the quality of the attention to elderly people. These protocols are indicated for dentistry; however they can be used in other health fields in general. Recommendations are recorded and arranged in a logical way for a special context. The age-cohort under study is very complex. Is represented by independent, institutionalized, fragile or even patients with different types and levels of dementia. In spite of this, it should be possible to apply protocols in most cases. The advantage of using a preventive treatment protocol is that its quality and application are assured in an efficient and ergonomic way. The purpose of this publication is to show the benefit the use of protocols have, in elderly people.

Palabras clave: protocolo, tratamiento, prevención, adulto mayor, geriatría, gerodontología, recomendaciones.

Key words: protocol, treatment, prevention, elderly, geriatry, gerodontology, recommendations.

* Profesor Director de la Carrera Especialista en Gerodontología- UdelaR y Director de la Clínica Integral del Adulto Mayor de UCU-DAL. Uruguay

** Prof. Adjunto de la Carrera Especialista en Gerodontología y de Clínica de Prostodoncia Total de UdelaR.Uruguay

Fecha recibido: 13.02.14 - Fecha aceptado: 23.03.14

Introducción

Los protocolos (P) de tratamiento y prevención son directivas que apuntan a optimizar la calidad de atención o asistencia del adulto mayor (AM). Son recomendaciones basadas en evidencias científicas, que se ordenan de una manera racional y totalmente lógica, dentro de un contexto determinado.

La nomenclatura utilizada anteriormente y que en algunos casos se continúa empleando como sinónimos son: rutinas, recomendaciones, guías, normativas, sugerencias, directivas, estándares, algoritmos, etc. En idioma inglés se verá como: protocols, parameters, guidelines, algorithms, practice guidelines, practice standards, guidelines for clinical practice.

En cuanto a la universalidad de su uso, se deben considerar como directivas que se ajustan a la mayoría de los casos, pero se deben adaptar a cada situación particular. La variedad de circunstancias es muy heterogénea, pueden ser pacientes ambulatorios normales o con enfermedades crónicas compensadas. Por otra parte la cohorte de pacientes institucionalizados constituye un grupo aún más complejo; comprende pacientes independientes, semidependientes, dependientes (1), frágiles y con deterioro cognitivo (2), con todas las situaciones intermedias y combinaciones imaginables. Aún se podría considerar un grupo especial, el de los internados en centros de terapia intensiva (CTI) (3). Todas estas poblaciones diversas necesitan una adaptación de los P. Se indica la protocolización de las actividades y formación de recursos humanos competentes, para permitir tratar AM, educar y evaluar resultados. Hacer factible además el diseño de especificaciones sobre diferentes procesos, como por ejemplo de autocuidado y su marco; monitorear el proceso y medir la eficacia de los resultados. El hecho de poder llegar a emitir juicios fundamentados, sobre su calidad, permitirá llevar a cabo correccio-

nes y las mejoras correspondientes en forma periódica.

En definitiva, los P son herramientas diseñadas, en este caso para los AM, que ayudan a tomar decisiones clínicas de una manera estándar, sobre pacientes típicos en situaciones también corrientes. Aunque se podrían redactar protocolos para cohortes particulares, si lo justifica su número (4). El autor hace énfasis en la relación entre los P y la calidad de aplicación de las recomendaciones apropiadas para esos AM, teniendo en cuenta muy especialmente su marco. Todo exige una amplia discusión del P y de la estrategia de aplicación.

Lo importante es conocer los objetivos y los fundamentos científicos de los protocolos, para poder adaptarlos de acuerdo a cada situación y la lógica de cada marco específico.

Objetivos de los protocolos en el AM

- Optimizar la calidad de los resultados de las indicaciones y maniobras asistenciales.
- Mejorar las condiciones de los lugares donde se asisten AM, sus propios hogares, residencias de ancianos, etc.
- Mantener la salud bucal y evitar las complicaciones bucales y generales.
- Evitar patologías y problemas mayores. Prevenir la morbi mortalidad.
- Mejorar el confort y evitar pérdida de funciones bucales normales.
- Contribuir a conservar su dignidad y calidad de vida.
- Brindar conocimiento a los AM, familiares, cuidadores, acompañantes, auxiliares de residencias, etc.

Requisitos de los protocolos para los AM

La **neutralidad** del P es un requisito que se refiere a poder aplicarlo en todas las situaciones convencionales, sin pensar solo en los institucionalizados o frágiles, pues en su ma-

yoría los AM son pacientes sanos o compensados. Aunque en realidad es cierto que los que más necesitan de los P son los pacientes dependientes, institucionalizados y frágiles, que requieren además la ayuda de terceros.

Los P aplicados al AM, deben **respetar otros protocolos** en uso y otras recomendaciones particulares sobre su cuidado bucal y general. Esto se debe a que en muchos casos, están siendo asistidos por distintas patologías o desórdenes y cada uno de ellos puede tener un protocolo en aplicación. La discusión y coordinación con otros profesionales, es imprescindible para tomar decisiones y efectuar los cambios correspondientes, incluso en los propios P, si es necesario.

Los P deben contener información pertinente al AM y permitir **ser medibles** tanto en el proceso como en los resultados, para evaluar concretamente la eficacia y necesidad de cambio.

En cuanto a los recursos humanos técnicos, **los protocolos para el AM tienen que ser redactados por consenso**, por un equipo de expertos, odontólogos especializados (gerodontólogos) y personal auxiliar calificado como es el caso de la American Society of Geriatric Dentistry (4). Los responsables en la redacción deben tener claro que las normas tienen que ser aplicables a la generalidad de la población de AM y las bases deben contener las directivas para efectuar las variantes del caso, en cada situación particular y aún en situaciones extraordinarias.

Lo ideal sería que los técnicos, tuvieran la posibilidad de enseñar y motivar hacia la aplicación de los protocolos.

El AM debe tener **derecho a decidir** si desea ese tipo de cuidado y quien se lo brindará. Pero también es cierto, que esta decisión depende de su independencia física, mental y económica. En algunos casos, la decisión familiar, puede tener un peso significativo en la salud del AM.

Aplicación de los protocolos

El P debe ser precedido del diagnóstico del caso, ya sea su situación individual o grupal, para determinar así la condición de salud bucal y los factores de riesgo.

Todo P además, antes de ser aplicado en forma rutinaria debe ser probado con la rigurosidad que corresponde.

Algunos ejemplos permiten entender mejor la aplicabilidad-eficiencia de los P. Hay patologías generales como la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Alzheimer u otras demencias, así como también otras patologías locales como la disquinesia oro facial (2, 5) que pueden afectar el autocuidado, personal. Sería importante saber si además hay otros problemas motrices, que merezcan una consideración integral del tema y que pueden conducir a un nuevo diagnóstico o al cambio del mismo. La consulta interdisciplinaria es un hecho necesario y así lo recomienda Ship J en todas estas circunstancias. El conocimiento de esas limitaciones motrices conduce a tener que adaptar el P para compensar esa discapacidad. De este modo el P dará mejores resultados. El trabajo en equipo permitirá además buscar otras soluciones para las limitaciones funcionales en la vida diaria. El objetivo es darle un sentido práctico a la aplicabilidad.

El odontólogo tiene que tener a veces información muy específica, por ejemplo sobre sus dificultades en la deglución y también sobre la medicación que consume. El conocimiento previo, en pacientes con disfagia permite planificar la estrategia a seguir y ajustar los protocolos a cada situación particular. En algunos casos es imprescindible contar con la ayuda de los familiares y cuidadores.

En todos los casos incluidas las situaciones especiales, cuando el AM está institucionalizado, se le deberían dar los recursos materiales necesarios para realizar la higiene bucal y además entrenarlos en su uso de acuerdo con el diagnóstico previo.

Beneficios del uso de protocolos y su criterio de cambio

Los P **mejoran la media** del resultado de los procedimientos de atención del AM. **Disminuyen las complicaciones** al ser aplicado de forma rutinaria y ordenada sin olvidar ningún paso. En casos de emergencia si no hay un odontólogo o médico especializados en AM, **se puede ir avanzando en el P**, dentro de lo posible, siguiendo el vigente, mientras llega el profesional al lugar.

El P **permite definir y jerarquizar las situaciones**, según la condición de salud e independencia del AM. La aplicación de los P y la evaluación de los mismos demuestran que mejora y actualiza la calidad de atención. Se buscan siempre soluciones apropiadas, eficientes, rápidas, menos costosas y ergonómicas, aunque no por ser más costosas son mejores (6). La **racionalización** de los procedimientos es uno de los beneficios más importantes de los P.

Si bien los P **están creados por expertos, pueden ser objeto de discusión y modificación**, si las evidencias científicas y cambios filosóficos, así lo aconsejan. La odontología basada en la evidencia (OBE) será la que determinará en función de los resultados, las nuevas decisiones a tomar y cambios a realizar (7). Las declaraciones concensuadas y las recomendaciones de los expertos destacan los logros alcanzados. Por otra parte en los nuevos objetivos se buscan soluciones para mejorar la accesibilidad para los residentes de larga estadía (LTC= long take care). Para ello se deben involucrar a los profesionales, al personal de las residencias y a los cuidadores. La decisión sobre los P y sus cambios deben ser realizados luego de amplios debates, que tengan en cuenta los riesgos y beneficios de las distintas alternativas de tratamiento. Pueden surgir limitaciones en los servicios así como las propuestas de cambio correspondientes, para mejorarlos.

El P se tiene que ver con un **criterio dinámico y cambiante**, esto es lo que obliga sistemáticamente a su revisión. Que tenga una duración transitoria es bueno en lo conceptual y en lo ético, pero no en la práctica (8). Para entender este criterio, se debe tener presente la complejidad de la boca del AM y su condición general, ambas situaciones cambiantes y tendientes a declinar. Pensar en lo que puede significar una caída con fractura de miembros, con respecto al mantenimiento de la higiene bucal, sus consecuencias e incluso la responsabilidad institucional.

Si bien lo válido y vigente es el P aceptado, para que sea realmente eficiente, se debe ajustar a las circunstancias, para disminuir los riesgos, entre otras cosas. En casos de CTI recordar que los atributos deseados de los P son su validez, aplicabilidad y flexibilidad (9, 10). Pero muchas veces no se cuenta con el tiempo para decidir cambios. Se plantea aquí el problema entre lo ético y lo legal. Lo legal es lo aceptado pero lo ético es cambiar el P en esa circunstancia particular, para beneficiar al paciente. Los técnicos deben resolver los cambios sobre la evidencia científica.

El P siempre tiene un norte, apunta a la salud y calidad de vida de los pacientes. El beneficio es para el AM que tendrá su P actualizado o potencialmente en vías de cambio.

También es cierto que los P sirven para controlar la negligencia y el abuso (8).

Protocolo y Negligencia

Vale la pena mencionar brevemente algunos aspectos vinculados con la aplicación de los protocolos y la **negligencia**. En este sentido tiene un rol importante no solo el profesional y el cuidador como también la institución. Quiere decir que las residencias también son responsables de la higiene bucal diaria, de lo contrario serán negligentes. Por tanto el res-

pecto del P es una buena forma de controlar la negligencia del profesional (médico, odontólogo, etc.) y en el caso de los AM institucionalizados, la responsabilidad es de la institución.

En relación a la institución es el odontólogo quien debe orientarla, sobre las necesidades de infraestructura y los materiales necesarios, para llevar a cabo una buena higiene bucal (ver apéndice). No sólo debe indicar sino también entrenar sobre la forma y estrategia del cuidado bucal, previo al diagnóstico de las fortalezas y debilidades institucionales en estos aspectos.

Con respecto al odontólogo, las responsabilidades y sus límites aún no son claros, pero si queda claro que tiene que escribir un protocolo particular para cada situación o grupos con condiciones similares. No hay aún acuerdo sobre la estrategia, la frecuencia que se debe aplicar, el equipamiento a utilizar ni quien lo debe realizar (1).

En los pacientes terminales por ejemplo, a veces la higiene bucal puede dejar de ser un P prioritario (8). La circunstancia o emergencia, puede hacer cambiar el momento de aplicación del P y no quiere decir que se esté actuando con negligencia, sino todo lo contrario la responsabilidad puede indicar, no aplicar el P en esta instancia.

Los límites en las responsabilidades del médico y odontólogo a veces se tornan difíciles y la toma de decisiones también. La flexibilidad del P por un lado es una ventaja porque lo ajustamos para cada circunstancia, pero por otro lado en el aspecto legal lo puede hacer más impreciso, resultando ser una desventaja y complicación. Se desdibujan los límites entre lo legal, la negligencia y el ajuste a las circunstancias. Además es muy difícil controlar en forma permanente la estricta aplicación de los P. Por tanto se debe confiar en la responsabilidad profesional.

La derivación a otros especialistas no siempre

es una solución, aunque si lo amerita el caso y es factible se debe hacer, de lo contrario se puede caer en una situación de negligencia. Filosóficamente, una actitud negligente sería la del especialista en gerodontología, que no toma la iniciativa de aconsejar el tratamiento preventivo sistemático en los AM. Por ejemplo, en pacientes institucionalizados, que no indique la higiene bucal integral a pesar de conocer los beneficios para su salud bucal y sistémica.

Es conocido que hay acciones odontológicas terapéuticas esporádicas y se realizan en pocas residencias de ancianos y a veces en forma no adecuada (3) porque lo ejecutan odontólogos generales no especializados que desconocen los P específicos para esta cohorte. Esto también puede calificarse como negligencia.

Está más que probado que un tratamiento pertinente puede mejorar la salud bucal, la calidad de vida, la autoestima, el confort, etc. del AM en general y especialmente del institucionalizado.

Es algo para reflexionar muy seriamente; su impacto preventivo es muy importante en términos de salud para el AM y económicos para el país. Debería de existir incluso un programa nacional a domicilio, para AM institucionalizados cuando ellos no pueden concurrir a los consultorios por razones bien fundamentadas (3).

Protocolo y Ética

Del mismo modo vale una mención especial a los **valores éticos** de los protocolos (11). En este artículo Shuman SK, hace un manejo detallado de los aspectos éticos y legales, aconsejando el uso de guías prácticas para resolver especialmente situaciones difíciles. El odontólogo general no tiene formación en relación al manejo de la autonomía, incompetencia, justicia y las restricciones. En lo que

concierno a este último punto, la restricción no solo es la física, como la sujeción del paciente, pero también la restricción química, por el uso de medicamentos. Son temas que se deben manejar con sumo cuidado por el equipo de trabajo. En la práctica, por falta de formación de las personas que dirigen las instituciones, se toman odontólogos generales, como asesores, para una tarea que no están capacitados.

El paciente AM ambulatorio, independiente, tiene la opción de elegir su odontólogo. Tampoco en el caso del institucionalizado en los que hay un equipo de odontólogos el paciente no puede elegir y esto es una limitación. Existe entonces una barrera en cuanto al ejercicio de su decisión. En otras circunstancias los pacientes con demencia u otras enfermedades, no pueden ejercer tampoco esa decisión y es el familiar o la institución quien lo resuelve, siendo esta su única opción. Se plantean en estos casos situaciones éticas y morales de difícil solución. El consentimiento informado tiene entonces una limitación básica, pues terceros son los que deciden.

Lo que está claro es que el profesional, en todas las situaciones en las que ni el AM ni los familiares puedan tomar sus propias decisiones, él debe aplicar el protocolo correspondiente, aceptado institucionalmente, para el caso del residente.

Conclusión y reflexión final

Los P escritos por expertos, son herramientas para asegurar la aplicación ordenada de los mismos, lo que a su vez mejora su eficiencia. También es cierto que los P deben ser revisados y evaluados periódicamente y en base a sus resultados se modificarán, si es necesario. Es la diversidad de esta cohorte y lo cambiante en cuanto a sus patologías, dependencia, los trastornos cognitivos e institucionalización,

que hacen que los P deban ser evaluados, en lapsos cortos, por los equipos de salud. Esto da no solo más eficiencia sino seguridad (12). Además se debe considerar tanto la práctica clínica como las circunstancias, ya que no siempre se trabaja en condiciones óptimas.

El AM puede llegar al consultorio solo o acompañado o en silla de ruedas y con distintos niveles de independencia-dependencia. El P se tendrá que ajustar a cada situación.

Por otra parte están los institucionalizados, que pueden tener un apoyo logístico muy variable. Si bien no debería ocurrir esto, en los hechos es así. Las autoridades competentes, encargadas de la observancia de las normas, son las responsables de que se cumplan las mismas.

De todas maneras lo importante es conocer los objetivos y el rol que debe cumplir cada uno en las distintas circunstancias.

Fundamentalmente considerar lo siguiente: **“No permitas que la frialdad del protocolo anule el calor y color de la creatividad, de la iniciativa y la innovación”** (Susumu Nisizaki). De alguna manera el P conspira contra la creatividad y automatiza el trabajo, lo que está en contra de la racionalización.

Apéndice

Protocolo de Higiene Bucal para el AM.

Infraestructura y Materiales de Higiene Bucal

En el caso de protocolos de higiene bucal con fines preventivos, se conocen los requisitos que debe cumplir el lugar físico donde se hace la higiene y cuáles son los materiales que debe disponer el AM. Pero además tener en cuenta las condiciones de higiene de ese lugar, la reposición de material y el uso personal de los mismos.

a- Infraestructura.

- Lavatorios y bachas de dimensiones y al-

turas confortables.

- Canillas de manija no redondas.
- Espejos con aumento.
- Muy buena iluminación.
- Privacidad para llevar a cabo su higiene bucal.

b- Materiales de Apoyo

- Cepillos comunes y especiales de acuerdo a las indicaciones del odontólogo e higienista dental.
- Cepillos o raspadores de lengua.
- Cremas dentales con fluor.
- Antisépticos bucales con clorhexidina.
- Recipientes individuales para prótesis dental.
- Cepillos para prótesis.
- Limpiadores para prótesis.

Serían útiles algunas demostraciones prácticas, así como la evaluación periódica de los resultados obtenidos.

Se tiene que contar con material de apoyo escrito y visual para leer, aprender y rever los procedimientos o protocolos.

Protocolo de Higiene Bucal para el AM en: CTI, Terminal y Frágil

Bases conceptuales

El cepillado bucal en dentados y desdentados ha dado excelentes resultados en pacientes AM así como los enjuagatorios con clorhexidina por su efectividad prolongada. Son herramientas preventivas que se siguen aplicando dentro de un prolijo, ordenado y estandarizado protocolo, por su eficacia en esta cohorte etárea. Si bien en situaciones críticas, con mucho más razón se deben aplicar los P (13), se pueden plantear casos especiales, que obligan al manejo de prioridades. En situaciones de emergencia a veces no hay tiempo para cumplir con el P de higiene bucal, pues se debe actuar inmediatamente, tal cual lo indica la emergencia.

Mantener una salud aceptable en los AM en

situación crítica es mucho más difícil, pero a su vez es mucho más necesario, para evitar complicaciones.

En el paciente AM en CTI, se agrava la condición de salud bucal por sus infecciones. El cambio de la microflora se debe entre otras causas a la antibioticoterapia masiva y por el uso de otros medicamentos que deprimen la salud bucal y general.

La placa dental y las mucosas bucales se convierten en verdaderos reservorios de infecciones hospitalarias del CTI (3). En este sentido tanto los odontólogos como el personal auxiliar (higienistas dentales, nurses, enfermeros) deben prepararse y entrenarse para intervenir en los CTI. Es fundamental lograr una buena higiene bucal, mediante cepillado integral, raspado de lengua y enjuagatorios antisépticos, **complementados con una muy buena aspiración**. Se mejoran las condiciones de salud bucal y sistémica, controlando mejor las infecciones generales, como las neumonías por aspiración de focos bucales (14).

Un capítulo aparte lo constituyen las prótesis removibles (parciales y totales), cuya higiene sistemática no es contemplada, particularmente en los pacientes institucionalizados o en CTI. Es fundamental no solo la higiene de las mucosas sino también de aparatos protéticos removibles con un prolijo cepillado, el uso de antisépticos y los limpiadores de prótesis más indicados, por su eficacia.

Lamentablemente muchos AM que ingresan a CTI además están desnutridos, deshidratados, inmunodeprimidos y aun en algunos casos tienen antecedentes de alcoholismo o tabaquismo que agravan más la situación crítica.

Como si fuera poco, a todo esto se le debe sumar las enfermedades crónicas, la polifarmacia y la consecuente xerostomía, muy frecuente en los AM.

Dentro de la población de AM se dice que el 14% son pacientes frágiles, que a su vez son los que tienen peor higiene bucal (1, 7,

14,15). Tener en cuenta que en los centros LTC (centros de larga estadía), los cambios que se dan desde el punto de vista cognitivo, obligan a una evaluación periódica individual de los residentes. La adaptación de los P a ese “nuevo” paciente es un hecho evidente, que se platea día a día.

Por otra parte, el 50% de la población con distintos tipos de demencia tienen disfagia y por tanto el riesgo grave es la neumonía por aspiración, de alimentos o de focos bucales, agravados por la mala higiene (16,17).

También los AM que viven en hogares de ancianos, en general, comparativamente tienen una condición de salud bucal más comprometida. Otra realidad es que los recursos humanos específicos (odontólogos e higienistas) son totalmente insuficientes en relación a la población total de AM (18). Para lograr un buen nivel de higiene bucal, en esta población, lo ideal sería que en todas las residencias se estandarizaran y aplicaran esos P. Solución que no se cumple ni aplica aun en los países desarrollados.

La falta de apoyo del sistema nacional de salud, que no contempla estas carencias, debe a su vez ser considerada como negligente en su actitud. También los profesionales que no luchan para que se revierta deben considerarse en la misma situación.

Se deberían crear P y recomendaciones para ser aplicados a todos los AM, en forma preventiva. La necesidad es muy grande, por tanto se tienen que encontrar soluciones inmediatas con estrategias apropiadas (19, 20, 21). Esta realidad se ha convertido en un problema de salud incluso en los países desarrollados. La prueba está en las numerosas publicaciones al respecto en los últimos años. Se plantean en ellas no solo las necesidades sino también las posibles soluciones. El trabajo en equipo es el denominador común en estas publicaciones, apuntando hacia la salud del AM. El enfoque preventivo, el desarrollo de políticas y estra-

tegias deben ser enfocados por: odontólogos, médicos, enfermeros, higienistas dentales, asistentes sociales, cuidadores de AM, etc.

Estas acciones y respuestas se deben evaluar analizando la evidencia de los resultados (22, 23). En estas publicaciones la propuesta es realizar evaluaciones, sobre la base de estudios longitudinales. De Visschere L en varios artículos enfatiza la necesidad de hacer estudios en forma supervisada y viceversa, para visualizar mejor el impacto real, en las residencias para AM, tanto de la enseñanza como de la evaluación permanente de los resultados.

Los cuidadores tendrán un rol muy importante en la aplicación de los P, más aún cuanto mayor es la dependencia y fragilidad, de los pacientes institucionalizados. (24,25, 26,27). El rol de los cuidadores ha adquirido mucha importancia, para los AM que viven en sus hogares, como los institucionalizados u hospitalizados.

Como el personal de enfermería no puede estar en forma permanente al lado del paciente, es el cuidador quien tiene que asumir este rol. Por esta razón tanto se insiste en el nuevo perfil del cuidador, con programas de formación continua, que no solo se focaliza en la calidad de vida del AM, pero también en la del propio cuidador (28).

Referencias

1. Gil-Montoya JA, Ferreira de Mello AL, Barreto Cárdenas C, Guardia Lopez I. Oral health protocol for the dependent institutionalized elderly. *Geriatr Nurs* 2006, 27(2): 95-101.
2. Fiske J, Frenkel H, Griffiths J, Jones V. Guidelines for the development of local standards of oral health care for people with dementia. *Gerodontology* 2006, 23(Suppl): 3-32.
3. O'Reilly M. Oral care of the critically ill:

- a review of the literature and guidelines for practice. *Austr Crit Care* 2003, 16(3): 101-110.
4. VanOstenberg PR. Practice guidelines and quality: Is there a connection? *Spec Care Dent* 1996, 18(4): 147-149.
 5. Dental treatment guidelines for common geriatric conditions. En: Ship, Jonathan. *Oral Health in Geriatric Patients*. Hamilton, Ontario: BC Decker; 2006.
 6. Ellek D. The development of practice guidelines. *Spec Care Dent* 1996, 16(4): 150-152.
 7. Consensus statements and recommendations. *Spec Care Dent* 1996, 16(4): 177.
 8. Shay K. Oral neglect in the institutionalized elderly. Part 2: the role of the dentist and the standard of care. *Spec Care Dent* 1990; 10(6):. 200-203.
 9. Strayer M, Henry R. Developing practice guidelines for institutionalized older dental patients. *Spec Care Dent* 1996, 16(4): 165-169.
 10. The Gerodontology Association. Appendix A: Nursing standards for oral health in continuing care. *Gerodontology* 2005, 22(Suppl 1): 2-48.
 11. Shuman SK, Bebeau MJ. Ethical Issues in nursing home care: practice guidelines for difficult situations. *Spec Care Dent* 1996; 16(4): 170-176.
 12. Helgeson MJ, Smith BJ. Dental care in the nursing homes: guidelines for mobile and on-site care. *Spec Care Dent* 1996, 16(4): 153-164.
 13. Strayer M. Consensus conference on practice guidelines for institutionalized older dental patients. *Spec Care Dent* 1996, 16(4): 141-142.
 14. Nisizaki S. (2005) Halitosis en el adulto mayor: como infección bucal y sus complicaciones a distancia. *Actas Odontol* 2005; (1): 6-13.
 15. Glassman PD, Chavez EM, Hawks D. Abuse and neglect of elderly individuals: guidelines for oral health professionals. *J Calif Dent Assoc* 2004, 32(4): 323-335.
 16. Pace CC, McCullough GH. The association between oral microorganisms and aspiration pneumonia in institutionalized elderly: review and recommendations. *Disphagia* 2010; 25: 307-322.
 17. Syrjälä AM et al. Dementia and oral health among subjects aged 75 years or older. *Gerodontology* 2012; 29(1): 36-42.
 18. de Mello AL, Padilha DM. Oral health care in private and small long-term care facilities: a qualitative study. *Gerodontology* 2009; 26: 53-57.
 19. Kossioni AE. Is Europe prepared to meet the oral health needs of older people? *Gerodontology* 2012; 29(2): e1230-e1240.
 20. Zini, A et al. Intervention plan for improving oral health among the elderly residing in the community and in a nursing home. *Middle East J Age Ageing* [en línea] 2013 [citado 30/01/2014]; 10(1): 12-15. Disponible en: <http://www.me-jaa.com/January%202013/Oral.pdf>
 21. Nisizaki, S. Improving oral health to enhance general health in elderly people in Uruguay. *Int Dent J* 2001; 51(3): 247-253.
 22. De Visschere L, de Baat C, Schols JM, Deschepper E, Vanobbergen J. Evaluation of the implementation of an 'oral hygiene protocol' in nursing homes: a 5-year longitudinal study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011, 39: 416-425.
 23. De Visschere L, Schols JM, van der Putten GJ, de Baat C, Vanobbergen J. Effect evaluation of a supervised versus non-supervised implementation of an oral health care guidelines in nursing homes: a cluster randomised clinical trial. *Gerodontology* 2012; 29(2): e90-e106.
 24. Miranda AF, Lia EN, Leal SC, Miranda MAF. Doença de Alzheimer: características e orientacoes em odontologia. *RGO*.

- Rev Gaucha Odontol (Online) [en línea] 2010 [citado 30/01/2014]; 58(1):103-107. Disponible en: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198186372010000100019&lng=en&nrm=iso
25. Van der Putten GJ, Mulder J, de Baat C, De Visschere L, Vanobbergen J, Schols JM. Effectiveness of supervised implementation of an oral health care guideline in care homes: a single-blinded cluster randomized controlled trial. *Clin Oral Investig* 2013; 17(4): 1143-1153.
26. De Visschere L et al. An oral health care guideline for institutionalised older people. *Gerodontology* 2011; 28 (4): 307-310.
27. Bissett S, Preshaw P, Guide to providing mouth care for older people. *Nurs Older People* 2011; 23 (10): 14-21.
28. Nisizaki S Calidad de vida en gerodontología. Enfoque integral: profesional, cuidador, familiar. *Actas Odontol* 2012; 9 (2): 27-34.

Susumu Nisizaki: suni@adinet.com.uy