

Διαδικασίες Διαχείρισης Σύνθετων Καταστάσεων

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΟΥ, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Εργαστήριο Οδοντικής και Ανωτέρας Προσθητικής, Τομέας Προσθητικής,

Τμήμα Οδοντιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

3.1. Σύνοψη

Η αντιμετώπιση του ηλικιωμένου ατόμου στο πλαίσιο της συνολικής οδοντιατρικής φροντίδας είναι σύνθετη και απαιτητική, καθόσον ο ηλικιωμένος πληθυσμός είναι ιδιαίτερος ετερογενής ως προς τις ανάγκες, τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες από την οδοντιατρική παρέμβαση και αποκατάσταση. Όλοι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ετερογένεια, συμβάλλουν και στην αξιολόγηση του ηλικιωμένου, λαμβάνονται δηλαδή υπόψη στη λήψη των αποφάσεων για την κατάρτιση και την εκτέλεση του σχεδίου θεραπείας. Η αντιμετώπιση των νόσων του στόματος οι οποίες είναι χρόνιες, βαθμιαία επιδεινούμενες, αθροιστικές και προοδευτικές με την αύξηση της ηλικίας γίνονται περισσότερο πολύπλοκες, προσεγγίζεται στο πλαίσιο της επίλυσης προβλημάτων (problem solving approach) και ο στόχος είναι η θεραπεία του ασθενή και όχι της νόσου. Οι αρχές της επιστημονικά τεκμηριωμένης οδοντιατρικής φροντίδας (evidence based dental care) σε συνδυασμό με τις αρχές της θεραπείας ελάχιστης παρέμβασης (minimal intervention) εφαρμόζονται στον σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου. Το σχέδιο θεραπείας που καταρτίζεται, δεν ακολουθεί τα βήματα ενός τυπικού/ παραδοσιακού σχεδίου θεραπείας που στηρίζεται σε μορφολογικά χαρακτηριστικά, αλλά ακολουθεί έναν ορθολογικό μηχανισμό γηριατρικής οδοντιατρικής φροντίδας, δηλαδή μια λογική διαδικασία σκέψης, που επιτρέπει την εκτίμηση όλων των παραμέτρων και των μεταβολών (φυσιολογικών και παθολογικών) του βιολογικού υποστρώματος. Η συμβιβαστική αυτή διαδικασία είναι χρήσιμη στο να τεθεί η διάγνωση με ακρίβεια και να καταρτιστεί ένα σχέδιο θεραπείας με βάση την ευνοϊκή πρόγνωση, οπότε έχει καλές προϋποθέσεις να διατηρηθεί το αποτέλεσμα σε βάθος χρόνου.

3.2. Προαπαιτούμενη γνώση

Γνώσεις εκτίμησης και διαχείρισης ασθενή με προβλήματα στοματικής υγείας. Εξοικείωση με τη λήψη ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού. Συγκέντρωση στοιχείων, ώστε να τεθεί ακριβής διάγνωση. Αξιολόγηση ευρημάτων που επηρεάζουν την πρόγνωση. Αξιολόγηση λειτουργίας και αισθητικής. Σχεδιασμός αποκατάστασης με πρόβλεψη για συντήρηση του αποτελέσματος.

3.3. Οδοντιατρική φροντίδα ηλικιωμένων: ανάγκες και ζήτηση

Ο ηλικιωμένος πληθυσμός είναι ετερογενής τόσο, ώστε δεν μπορεί να γίνει περιγραφή «τυπικού ηλικιωμένου ατόμου» (Ettinger 1993). Οι ηλικιωμένοι μπορεί να είναι από υγιείς μέχρι ιδιαίτερα ευπαθείς, από μορφωμένοι μέχρι αναλφάβητοι, από ευκατάστατοι μέχρι πολύ φτωχοί, από ενόδοντες, που διατηρούν όλα τα φυσικά τους δόντια, μέχρι ολικά νωδοί, χωρίς φυσικά δόντια, που φορούν ολικές οδοντοστοιχίες (Vaupel 2010). Η ετερογένεια αυτή είναι αποτέλεσμα κληρονομικότητας, διατροφής, φυσικής άσκησης, ιστορικού εξέλιξης των συστηματικών νόσων, ατυχημάτων και τρόπου ζωής (Chalmers & Ettinger 2008). Όλοι αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν την παιδεία τους σε θέματα υγείας και διαμορφώνουν το κίνητρο σχετικά με την αντιμετώπιση καταστάσεων της γενικής και στοματικής τους υγείας (Ettinger & Beck 1984).

Η λήψη απόφασης για τη φροντίδα της στοματικής υγείας για ένα νεώτερης ηλικίας ενήλικα ασθενή εξαρτάται αρχικά από παράγοντες που αφορούν στον ασθενή και συγκεκριμένα από: α) το εάν έχει την επιθυμία για θεραπεία και β) το εάν διαθέτει τον χρόνο, και κατόπιν από παράγοντες που αφορούν στον κλινικό οδοντίατρο (θεράποντα), όπως α) να έχει τη δεξιότητα και τη γνώση και β) τα μέσα για να εκτελέσει το θεραπευτικό σχέδιο. Για τους ηλικιωμένους ασθενείς η λήψη απόφασης είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη, επειδή οι παραπάνω παράγοντες περιπλέκονται από τη γνωστική κατάσταση και τα πολλαπλά προβλήματα γενικής υγείας (πολύ-παθολογία: ένας αριθμός συστηματικών μη μεταδιδόμενων χρόνιων νόσων, ο οποίος αυξάνει με

την αύξηση της ηλικίας), σε συνδυασμό με την πολυφαρμακία και τις επιπλοκές από παρενέργειές της. Επιπρόσθετα, οι παθολογικές καταστάσεις του στόματος αντανakλούν ως εμπειρία ζωής τη φυσιολογική γήρανση, τις περιβαλλοντικές επιδράσεις και τα αποτελέσματα τραυματικών και ιατρογενών παρεμβάσεων. Αυτό σημαίνει ότι δύο ηλικιωμένα άτομα της ίδιας ηλικίας μπορεί να διαφέρουν σημαντικά ως προς την κατάσταση της γενικής υγείας, της γνωστικής λειτουργίας, όπως και της στοματικής τους κατάστασης.

Για την κατάρτιση του σχεδίου θεραπείας ενός ηλικιωμένου ασθενή, προκειμένου να προσδιοριστούν οι ανάγκες αλλά και η επιθυμία για οδοντιατρική φροντίδα, οι ηλικιωμένοι διακρίνονται λειτουργικά σε τρεις ομάδες (Ettlinger & Beck 1984).

- Η **πρώτη ομάδα** περιλαμβάνει τα **λειτουργικά ανεξάρτητα άτομα** άνω των 65 ετών (functionally independent older adults), που αποτελούν το 70% του πληθυσμού των ηλικιωμένων. Τα άτομα αυτά πάσχουν από μη μεταδιδόμενες χρόνιες ασθένειες, όπως είναι η υπέρταση, ο διαβήτης τύπου II, η οστεοαρθρίτιδα κ.λπ. Οι ασθένειες αυτές πρέπει να είναι ελεγχόμενες με φαρμακευτική αγωγή.

Επομένως, κατά τη λήψη του ιατρικού ιστορικού, από την καταγραφή των συστηματικών νόσων και των φαρμάκων, γίνεται αντιληπτό πως οι συγκεκριμένες παθολογικές καταστάσεις και η σχετική φαρμακευτική αγωγή αφενός και η προσωπική αντίληψη του ασθενή, των οικείων και το κόστος αφετέρου, μπορούν να διαδραματίσουν κρίσιμο ρόλο στην τελική απόφαση για την αποκατάσταση της στοματικής υγείας. Οι ηλικιωμένοι της ομάδας αυτής έχουν τη δυνατότητα να ζητήσουν οδοντιατρική θεραπεία, προσερχόμενοι σε ιδιωτικό οδοντιατρείο ή άλλο φορέα υγείας μόνοι τους, χωρίς να χρειάζονται βοήθεια από άλλο άτομο.

- Η **δεύτερη ομάδα** περιλαμβάνει του **ευπαθείς ηλικιωμένους** (frail older adults), που αποτελούν το 20% του πληθυσμού των ατόμων άνω των 65 ετών. Τα άτομα αυτά δεν έχουν τη δυνατότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο χωρίς τη βοήθεια από κάποιο άλλο άτομο.

Η στοματική υγεία απαιτεί μεγαλύτερη κατανόηση της γενικής κατάστασης της συστηματικής υγείας, των παθολογικών καταστάσεων, αλλά και της πολυφαρμακίας που τις συνοδεύει. Απαιτείται προσεκτική εκτίμηση εάν μπορούν να αντεπεξέλθουν στη θεραπεία, αλλά και στην καθημερινή στοματική υγιεινή από μόνοι τους.

- Η **τρίτη ομάδα** περιλαμβάνει τους **λειτουργικά εξαρτημένους ηλικιωμένους** (functionally dependent older adults), που αποτελούν το 10% του πληθυσμού των ατόμων άνω των 65 ετών. Αυτοί είτε ζουν περιορισμένοι κατ' οίκον λόγω των προβλημάτων υγείας είτε ζουν σε οίκους ευγηρίας. Μπορούν να επισκεφτούν τον οδοντίατρο μόνο εάν συνοδεύονται από άλλο άτομο, οπότε συχνά χρειάζεται αναπηρικό καροτσάκι, ή πρέπει να δεχτούν οδοντιατρικές υπηρεσίες κατ' οίκον ή στο γηροκομείο από τον οδοντίατρο ή από κινητές μονάδες. Τα ιδιωτικά οδοντιατρεία που μπορούν να εξυπηρετήσουν αυτούς του ασθενείς, έχουν τη δυνατότητα να δεχτούν αναπηρικά καροτσάκια. Θεωρείται ιδιαίτερο προσόν ενός γηροκομείου να έχει οδοντιατρική μονάδα.

3.4. Πρωτόκολλο οδοντιατρικής φροντίδας. Κατευθυντήριες οδηγίες

Το πρωτόκολλο της αντιμετώπισης των ηλικιωμένων ασθενών τροποποιείται ανάλογα με την ιδιαιτερότητα του κάθε ηλικιωμένου ασθενή. Σε γενικές γραμμές, όμως, πρέπει να τηρούνται τα ακόλουθα:

- Προγραμματισμός της οδοντιατρικής παρέμβασης σε πρωινή ή απογευματινή συνεδρία ανάλογα με τη φαρμακευτική αγωγή που ακολουθεί για την αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων.
- Μείωση του χρόνου αναμονής στο ελάχιστο.
- Μικρής διάρκειας συνεδρίες.
- Μικρής διάρκειας συνολικός χρόνος θεραπείας και αποκατάστασης.
- Αποφυγή προγραμματισμού συνεδρίας σε ημέρες με αυξημένη θερμοκρασία και υγρασία.
- Ο επιβαρυσμένος ιατρικά (φυσική ή ψυχική επιβάρυνση) ηλικιωμένος ασθενής να συνοδεύεται από οικείο πρόσωπο.
- Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή για τον έλεγχο του άγχους.
- Λήψη λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού.

- Προεγχειρητικός έλεγχος και επικοινωνία με θεράποντα ιατρό για εξασφάλιση των καταλληλότερων συνθηκών για την οδοντιατρική παρέμβαση και αντιμετώπιση ενδεχομένων επιπλοκών.
- Αξιολόγηση εμφάνισης, οξύτητας αισθήσεων (ακοή, όραση), κινητικής και νοητικής κατάστασης.
- Λήψη λεπτομερούς οδοντιατρικού ιστορικού και καταγραφή παραπόνων.
- Έλεγχος του πόνου, ελεγχόμενη χορήγηση τοπικών αναισθητικών και αγγειοσυσπαστικών.

3.4.1. Διαχείριση (management) ηλικιωμένου ασθενή

Η διαχείριση (management) ηλικιωμένου ασθενή περιλαμβάνει:

- Την αξιολόγηση (assessment), κατά την οποία γίνεται η εκτίμηση ψυχολογικής κατάστασης (αυτοεκτίμηση), προσδιορίζονται οι προσδοκίες του σε σχέση με τη λειτουργικότητα, την άνεση και την αισθητική και αποτιμάται η προηγούμενη εμπειρία από οδοντιατρική θεραπεία παρελθόντος.
- Τη διάγνωση (diagnosis) βάσει των στοιχείων που έχουν καταγραφεί από το γενικό ιατρικό, το ειδικό οδοντιατρικό ιστορικό και τα παράπονα του ασθενή.
- Την πρόγνωση (prognosis) βάσει της γενικής κατάστασης, των φυσικών και ψυχικών δυνατοτήτων και δεξιοτήτων του ασθενή.
- Το σχέδιο θεραπείας (treatment plan), το οποίο πρέπει να είναι εξατομικευμένο, κατά το δυνατόν απλό, οικονομικό, με γνώμονα το συμφέρον και το όφελος του ασθενή.
 - Το εξατομικευμένο σχέδιο θεραπείας αποβλέπει στην αναλογία: όφελος (δεξιότητες)/ ανάγκη θεραπείας (εξάλειψη της παθολογίας).
 - Η επιλογή θεραπείας γίνεται ανάλογα όχι μόνο με τις διαθέσιμες θεραπείες αλλά τις κατάλληλες θεραπείες για τους ηλικιωμένους ασθενείς.
 - Επιλέγεται η ρεαλιστική θεραπεία για τον συγκεκριμένο ασθενή με τη μικρότερη δυνατή επιβάρυνση.
- Τη συντήρηση (maintenance) του αποτελέσματος μέσα από την επιμόρφωση του ασθενή για τήρηση κανόνων στοματικής υγιεινής, το διαιτολόγιο και το πρόγραμμα επανελέγχων. Σε περίπτωση αδυναμίας του ασθενή, επιμορφώνεται το πρόσωπο που έχει επιφορτιστεί με την περιποίηση του ηλικιωμένου ατόμου (π.χ. σύζυγος, θυγατέρα, νοσοκόμα).

3.5. Αξιολόγηση/εκτίμηση ηλικιωμένου ασθενή (Geriatric Patient Assessment)

Η πλειοψηφία των νόσων του στόματος είναι χρόνιες νόσοι, οι οποίες δεν αποθεραπεύονται (no cure), αντίθετα εξελίσσονται και, όταν δεν αντιμετωπίζονται, είναι βαθμιαία επιδεινούμενες, αθροιστικές και προοδευτικές με την πρόοδο του χρόνου γίνονται περισσότερο πολύπλοκες. Γι' αυτό και η αντιμετώπισή τους επιβάλλεται να είναι εξατομικευμένη στο πλαίσιο της προσέγγισης επίλυσης προβλήματος (problem solving approach), όπου ο στόχος είναι η θεραπεία του ασθενή και όχι της νόσου.

Για παράδειγμα, η τερηδόνα είναι χρόνια νόσος των δοντιών που υποτροπιάζει στους ηλικιωμένους. Το γεγονός αυτό «αναγκάζει» τον οδοντίατρο να τροποποιήσει την παρέμβασή του, στην προσπάθειά του να αφαιρέσει μια παλαιά έμφραξη στην οποία έχει παρουσιαστεί επανατερηδονισμός. Χρειάζεται να τοποθετήσει τα όρια της νέας έμφραξης υποουλικά (**Εικόνα 3.1**). Αυτό απαιτεί αφενός κλινική ικανότητα και δεξιότητα, ώστε κατά τη νεαροποίηση της παρασκευής της κοιλότητας, λόγω χειρισμών, να προκαλείται η ελάχιστη δυνατή αιμορραγία, για να περιοριστεί η διατάραξη της υγείας των περιοδοντικών ιστών και αφετέρου επιλογή του κατάλληλου υλικού, φιλικού προς τους ιστούς και με δυνατότητα χειρισμού τόσο για την έμφραξη όσο και τη διαδικασία της λείανσης (*Bader et al 1991*).

Στο πλαίσιο αυτής της αντιμετώπισης, η διαχείριση των προβλημάτων του ηλικιωμένου ασθενή απαιτεί, ως βασική γνώση, τα παρακάτω:

- Κατανόηση της φυσιολογίας της γήρανσης, της βιολογικής εξέλιξης των ιστών και των οργάνων λόγω ηλικίας.

- Κατανόηση της παθολογικής γήρανσης που προέρχεται από τους εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες και της επίδρασής της στο γηρασμένο βιολογικό υπόστρωμα.
- Κατανόηση των συστηματικών χρόνιων καταστάσεων/νόσων και την αναγνώριση των επιπτώσεων στη στοματική κοιλότητα.
- Κατανόηση της φαρμακολογίας και των επιπτώσεών τους στη στοματική κοιλότητα.
- Διαπροσωπικές δεξιότητες για την αποτελεσματική επικοινωνία με τον ασθενή, την οικογένεια και άλλους εμπλεκόμενους παρόχους υγείας.
- Γνώση ειδικών τεχνικών επικοινωνίας με ηλικιωμένους που έχουν αισθητηριακές διαταραχές.
- Κλινική εμπειρία στην αξιολόγηση και λήψη αποφάσεων αυτών των ασθενών.



(α) Πριν



(β) Μετά

Εικόνα 3.1. Αποκατάσταση πρόσθιων δοντιών με εμφράξεις από υαλινομερές εμφρακτικό υλικό

Οι εξατομικευμένοι παράγοντες που διαφοροποιούν την αντιμετώπιση του ηλικιωμένου ασθενή αξιολογούνται, ώστε να ολοκληρωθεί το σχέδιο θεραπείας. Ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι οι αποφάσεις που παίρνουν οι οδοντίατροι όσον αφορά στο σχεδιασμό της θεραπείας των ηλικιωμένων ατόμων εξαρτώνται από την προσωπική αντίληψη και το υπόβαθρο γνώσεων για τις παθήσεις του στόματος και την αντιμετώπισή τους και όχι από την εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου (risk factors), των ποσοστών **επίπτωσης** (incidence rates), της εξέλιξης (progress) της νόσου και του αποτελέσματος (outcome) της (Bader & Shugars 1995).

Κατά κανόνα, οι οδοντίατροι προτιμούν τις ακίνητες προσθετικές αποκαταστάσεις ως θεραπεία επιλογής σε νωδότητες οπίσθιων δοντιών, όταν πρόκειται για ενήλικες ασθενείς νεότερους σε ηλικία, ενώ οι μερικές οδοντοστοιχίες αποτελούν σε αντίστοιχες απώλειες οπίσθιων δοντιών θεραπεία επιλογής για ηλικιωμένους, αφού επιλεγούν περισσότερες «στρατηγικές» εξαγωγές δοντιών με αμφίβολη πρόγνωση (Braun & Marcus 1985) (**Εικόνα 3.2**).



Εικόνα 3.2. Ηλικιωμένος ασθενής με εκτεταμένες νωδότητες αμφοτερόπλευρα. Θεραπεία επιλογής: μερική οδοντοστοιχία

3.6. Συστήματα αξιολόγησης ηλικιωμένων (Geriatric dental

assessment)

Οι συστηματικές τεκμηριωμένες προσεγγίσεις της εκτίμησης του ηλικιωμένου ασθενή στο πλαίσιο της γηριατρικής οδοντιατρικής είναι οι παρακάτω.

3.6.1. Γηριατρική οδοντιατρική αξιολόγηση - OSCAR

Το σύστημα αξιολόγησης OSCAR αποτελεί μια συστηματική προσέγγιση προσδιορισμού των εξατομικευμένων αναγκών του ηλικιωμένου ασθενή (*Shay 1994*).

- O=Oral (Στοματική): Εκτίμηση κατάστασης δοντιών, προσθετικών αποκαταστάσεων, περιοδοντίου, πολφού, βλεννογόνου, σύγκλεισης και σάλιου.
- S=Systemic (Συστηματική): Εκτίμηση φυσιολογικών (normative) μεταβολών λόγω γήρανσης, ιατρική διάγνωση χρόνιων ασθενειών και φαρμακευτική αγωγή, διεπιστημονική επικοινωνία.
- C=Carability (Ικανότητα): Εκτίμηση λειτουργικής κατάστασης, όπως αυτοεξυπηρέτηση και αυτοφροντίδα (στοματικής υγιεινής) ή αναγκαιότητα παρουσίας φροντιστών, κινητικότητα και ανάγκη μεταφοράς.
- A= Autonomy (Αυτονομία): Εκτίμηση δυνατότητας συναίνεσης ενημερωμένου ασθενή ή εξάρτηση από άλλο άτομο.
- R= Reality (Πραγματικότητα): Εκτίμηση της προτεραιότητας στη στοματική υγεία, οικονομικοί περιορισμοί, και αναμενόμενη διάρκεια ζωής (life span).

Το πρωτόκολλο αξιολόγησης OSCAR περιλαμβάνει όλους τους παράγοντες που επηρεάζουν την πιθανή εκτέλεση και έκβαση της θεραπείας. Αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο θεραπευτικής αντιμετώπισης ηλικιωμένων ασθενών με σύνθετα γηριατρικά προβλήματα (*Ettinger 2015*).

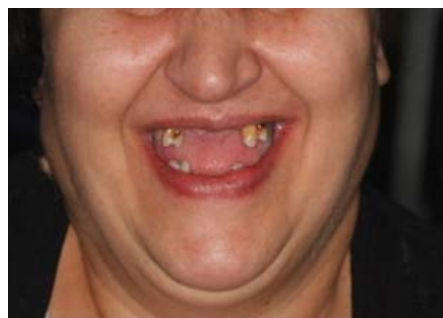
3.6.2. Εκτίμηση τεσσάρων τομέων προσδιορισμού της ανάγκης για γηριατρική οδοντιατρική φροντίδα (the four domains of dental need)

Οι *Beckey et al.* (1996) πρότειναν ένα παρόμοιο αλλά εννοιολογικά διαφορετικό μοντέλο αξιολόγησης, όπου τέσσερις διαφορετικοί τομείς, που προσδιορίζουν την ανάγκη για οδοντιατρική θεραπεία, χρειάζεται να ενσωματωθούν. Αυτοί είναι η λειτουργία (function), η συμπτωματολογία, η παθολογία, και η αισθητική (**Εικόνα 3.3α & β**) (*Beckey et al 1996*).

- Λειτουργία (function): Αφορά στη δυνατότητα μάσησης τροφών που περιλαμβάνονται σε ένα διαιτολόγιο και εξασφαλίζουν σωστή διατροφή στο πλαίσιο της επάρκειας θρεπτικών συστατικών.
- Συμπτωματολογία: Αφορά στην απουσία πόνου στη μάσηση με ικανοποιητική ποσότητα σάλιου, ώστε να είναι ανεμπόδιστες η ομιλία, η γεύση και η κατάποση.
- Παθολογία: Αφορά στην έλλειψη βλαβών (στη στοματική κοιλότητα) και δυσφορίας
- Αισθητική: Αφορά στην υποκειμενική αντίληψη της βελτίωσης της εμφάνισης και του χαμόγελου.



(α) Άνδρας 75 ετών



(β) Γυναίκα 68 ετών

Εικόνα 3.3. Λειτουργικά και αισθητικά προβλήματα σε ηλικιωμένους ασθενείς

Για να γίνουν εφικτά τα παραπάνω, απαιτείται να καταγραφούν οι επιθυμίες και προσδοκίες του ασθενή, ο τύπος και η σοβαρότητα των αναγκών του, η επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής, η πιθανότητα θετικού αποτελέσματος, οι θεραπευτικές εναλλακτικές, η δυνατότητα στοματικής υγιεινής, οι οικονομικοί και άλλοι πόροι και η ικανότητα του οδοντίατρου.

Χρησιμοποιώντας όλη την πληροφορία από τα παραπάνω, ο οδοντίατρος σταθμίζει την επίπτωση των ευρημάτων και προσδιορίζει τις ανάγκες του ασθενή σε πέντε επίπεδα οδοντιατρικής φροντίδας, από πολύ εκτεταμένη μέχρι πολύ περιορισμένη οδοντιατρική φροντίδα. Η πολύ εκτεταμένη φροντίδα (επίπεδο πρώτο) για σύνθετες ανάγκες περιλαμβάνει εκτεταμένες ακίνητες προσθετικές αποκαταστάσεις και ικανότητα εκ μέρους του ασθενή να μπορεί να διατηρήσει το αποτέλεσμα σε βάθος χρόνου. Η εκτεταμένη φροντίδα (επίπεδο δεύτερο) επιλύει καταστάσεις με συνδυασμό ακίνητων και κινητών αποκαταστάσεων, με απαραίτητη την προϋπόθεση να είναι ανεκτές από τον ασθενή. Η ενδιάμεση φροντίδα (επίπεδο τρίτο) απαιτεί εναλλακτική προσέγγιση σε κλασικές παραδοσιακές θεραπείες. Η περιορισμένη φροντίδα (επίπεδο τέταρτο) παρέχεται σε εκείνους τους ασθενείς που δεν μπορούν να παραμείνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στην οδοντιατρική καρέκλα λόγω σοβαρών χρόνιων παθήσεων. Οπότε χρειάζεται προγραμματισμός σύντομης διάρκειας επισκέψεων και ένα απλό σχέδιο θεραπείας. Η πολύ περιορισμένη φροντίδα (επίπεδο πέμπτο) αφορά στην ανακούφιση από τον πόνο και τον περιορισμό της λοίμωξης (Berkey et al. 1996).

3.6.3. Ορθολογικό μοντέλο γηριατρικής οδοντιατρικής φροντίδας (Rational dental care model)

Το ορθολογικό μοντέλο αποτελεί έναν μηχανισμό που επιτρέπει στον οδοντίατρο που έχει εμπειρία στην περίθαλψη ηλικιωμένων ατόμων, να εκτιμήσει διάφορους παράγοντες που έχουν υποστεί άγνωστου βαθμού τροποποιήσεις και μεταβολές με την αύξηση της ηλικίας και να καταρτίσει σχέδιο θεραπείας (Ettinger & Beck 1984). Αυτό το μοντέλο είναι κατάλληλο να ενσωματωθεί σε προγράμματα σπουδών, επειδή μια λογική διαδικασία σκέψης που μπορεί να αποδειχτεί χρήσιμη, για να τεθεί η διάγνωση και να καταρτιστεί το σχέδιο θεραπείας σε όλους τους ασθενείς (Εικόνα 3.4).

Το σύνθετο αυτό μοντέλο περιέχει καταρχήν υποκειμενικές αντιλήψεις του ασθενή, οπότε θεωρείται ότι έχει ενσωματωμένη την προκατάληψη ότι οι απαντήσεις του εξαρτώνται αφενός από την εντύπωση που αποκομίζει από την προσωπικότητα του οδοντίατρου, γεγονός που σημαίνει ότι σε κάποιον άλλο οδοντίατρο θα απαντούσε διαφορετικά και αφετέρου από την ασθενή πρόσφατη μνήμη του, που σημαίνει ότι μια ερώτηση μπορεί να απαντηθεί διαφορετικά σε δύο διαφορετικές περιστάσεις (Anastassiadou et al. 2004).

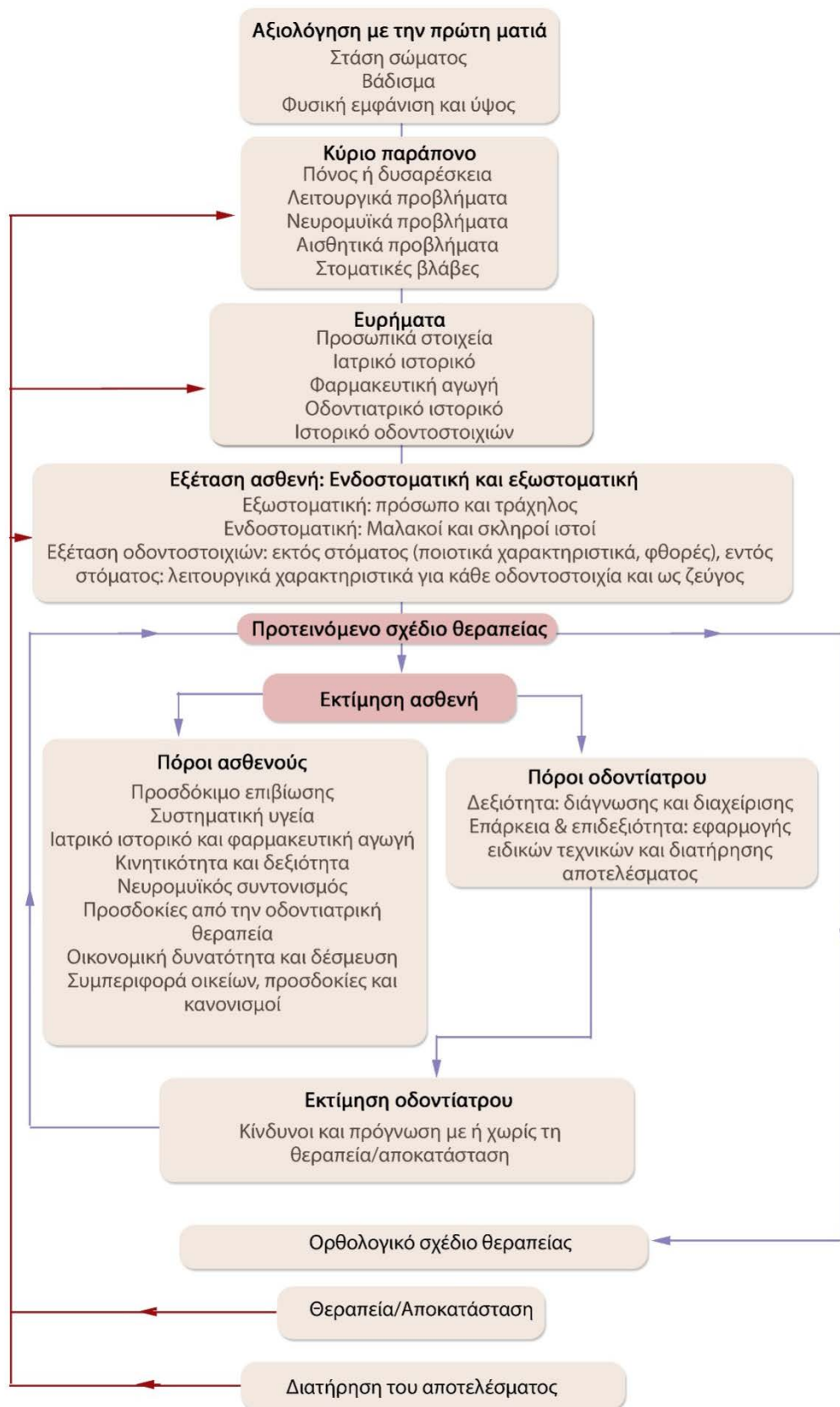
Επιπρόσθετα, το σχέδιο θεραπείας συνήθως βασίζεται στην προσωπική συλλογή δεδομένων από προηγούμενα περιστατικά και από την κλινική εμπειρία του θεράποντος οδοντίατρου και όχι σε επιστημονικά τεκμηριωμένα αποτελέσματα καλά σχεδιασμένων κλινικών μελετών.

Ένα σχέδιο θεραπείας δεν μπορεί να θεωρηθεί πλήρες, εάν δεν ενσωματώνει την επιστημονικά τεκμηριωμένη οδοντιατρική φροντίδα (evidence based dental care) και την γηριατρική θεραπευτική προσέγγιση της ελάχιστης παρέμβασης (minimal intervention).

Η οδοντιατρική ελάχιστης παρέμβασης αξιολογεί τους κινδύνους της χρόνιας οδοντοστοματικής νόσου με στόχο την πρόληψη και την πρόληψη, την εξωγενή και εγγενή επαναμετάλλωση και τη χρησιμοποίηση ενός ευρέος φάσματος αποκαταστάσεων. Χειρουργική παρέμβαση γίνεται μόνο μετά τον έλεγχο της φλεγμονής και μόνο αν είναι απολύτως απαραίτητη. Επομένως, το πρωτόκολλο της ελάχιστης παρέμβασης περιλαμβάνει:

- Τον έλεγχο της νόσου και, αν είναι δυνατόν, τον προσδιορισμό των παραγόντων κινδύνου. Αυτό επιτρέπει τη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου και τον προσδιορισμό της σοβαρότητας και της επιθετικότητας της νόσου.
- Την ανάγνωση των τερηδονικών βλαβών το δυνατόν νωρίτερα και την προσπάθεια επαναμετάλλωσης της βλάβης με φθοριούχα σκευάσματα, χωρίς να χρειαστεί αποκαταστατική παρέμβαση.
- Διατήρηση των διαδικασιών αποκατάστασης με την ελάχιστη παρέμβαση αφαιρώντας μόνο τη μολυσμένη οδοντίνη και όχι την οδοντίνη που έχει επηρεαστεί από τη νόσο (caries infected vs caries affected).
- Την επιδιόρθωση των αποκαταστάσεων και όχι την αντικατάσταση, όταν είναι εφικτό.
- Προσπάθεια για μεταβολή των συνηθειών διατροφής και στοματικής υγιεινής. Επιπρόσθετα, αλλαγή στη συμπεριφορά χρήσης αντιβακτηριδιακών προϊόντων και φθοριούχων σκευασμάτων

- Ενίσχυση της εκπαίδευσης του ασθενή με συχνούς επανελέγχους, ώστε να παρακολουθείται η στοματική υγεία.



Εικόνα 3.4. Διάγραμμα ροής που απεικονίζει τη διαχείριση του ηλικιωμένου ασθενή στο πλαίσιο της συνολικής οδοντιατρικής φροντίδας (Ettinger et al 1990).

Στο πλαίσιο της ελάχιστης παρέμβασης εκτιμώνται και άλλοι παράγοντες, όπως το ιατρικό ιστορικό, η φαρμακευτική αγωγή, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση αφενός και οι πρωτογενείς παράγοντες που επηρεάζουν τον βιοϋμένα, όπως η διατροφή και το σάλιο, αφετέρου. Αυτή η εκτίμηση δείχνει την τάση μετατροπής του βιοϋμένα από τερηδογόνου (cariogenic) σε υγιή. Σε συνδυασμό με το ορθολογικό μοντέλο οδοντιατρικής φροντίδας η θεραπεία γίνεται περισσότερο αποτελεσματική.

Αξίζει να σημειωθεί ότι από όλα τα συστήματα αξιολόγησης τερηδονικού κινδύνου, το καριόγραμμα (Cariogram system), που είναι πολύ επιτυχημένο σύστημα στην ανίχνευση τερηδόνας στο μόνιμο φραγμό στα παιδιά, είναι μέτρια αξιοποιήσιμο στους ηλικιωμένους (Tellez *et al.* 2013). Επομένως, είναι επιτακτική η ανάγκη για την ανάπτυξη έγκυρων και αξιόπιστων μεθόδων για την εκτίμηση του τερηδονικού κινδύνου στους ηλικιωμένους.

3.7. Στρατηγική για τη λήψη αποφάσεων (Strategy for decision making)- Πρόγνωση (prognosis)

Δύο καταστάσεις (conditions) που αποτελούν σημείο προβληματισμού κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι η πολυπλοκότητα (complexity) και η αβεβαιότητα (uncertainty) (Εικόνα 3.5).

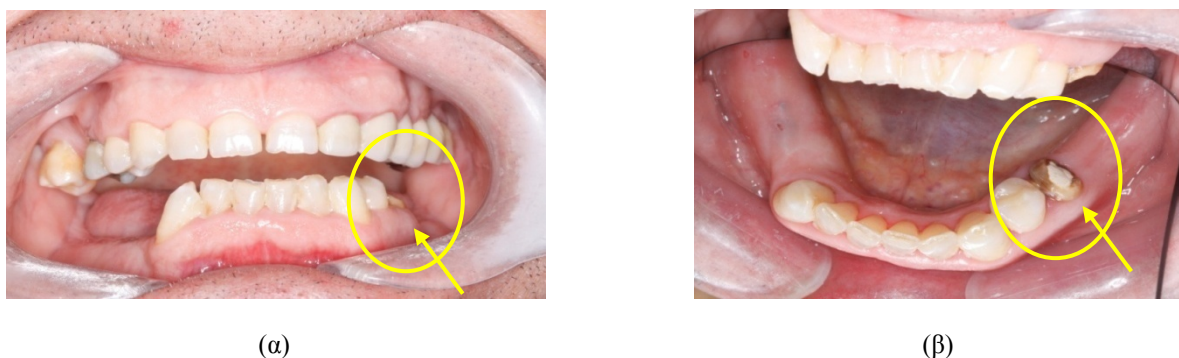


Εικόνα 3.5. Κλινική εικόνα ηλικιωμένου ασθενή (γυναίκα 72 ετών), όπου διακρίνεται η πολυπλοκότητα και η αβεβαιότητα κατά τον σχεδιασμό της αποκατάστασης.

Η αβεβαιότητα προκύπτει, όταν η υπάρχουσα γνώση, όσον αφορά σε συγκεκριμένες σημαντικές μεταβλητές/παραμέτρους, που αφορούν στον ηλικιωμένο ασθενή, είναι ανεπαρκείς και θέτουν σε κίνδυνο το αποτέλεσμα.

Το παρακάτω σενάριο (Εικόνα 3.6 α&β) αποτελεί αντιπροσωπευτικό παράδειγμα τροποποίησης εξαιτίας των δυσμενών συνθηκών της σχεδίασης του μεταλλικού σκελετού μερικής οδοντοστοιχίας, η οποία κατασκευάστηκε για να αποκαταστήσει την αμφίπλευρη νωδότητα ηλικιωμένου ασθενή.

Άνδρας (ΑΑ), ηλικίας 75 ετών, προσήλθε στην Κλινική Συνολικής Αντιμετώπισης του Τμήματος Οδοντιατρικής, Σχολής Επιστημών Υγείας, Α.Π.Θ, για να «φτιάξει» τα δόντια του.

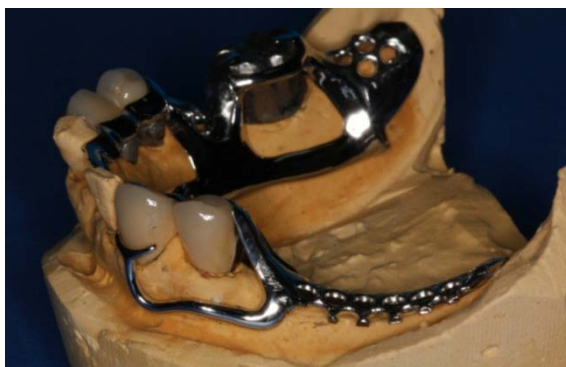


Εικόνα 3.6. Αρχική εικόνα ασθενή (άνδρας 75 ετών) και προτεινόμενο σχέδιο θεραπείας

Το ιατρικό ιστορικό αποκάλυψε ότι έπασχε από καρδιαγγειακή νόσο, διαβήτη τύπου II, χοληστερίνη και υπέρταση. Οι χρόνιες καταστάσεις ήταν ελεγχόμενες με φαρμακευτική αγωγή (Sindrom 4mg, Dicoxin 0,25mg, Olmetec Plus 20mg, Fisiotens monoxidine 0,4 mg, Tragenta 5mg και Lipidor 20mg). Ο ασθενής προσκόμισε πρόσφατες αιματολογικές εξετάσεις (από τις οποίες φάνηκε ότι οι αιματολογικοί του δείκτες ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων), πρόσφατο καρδιογράφημα και υπέρηχο καρδιάς. Πριν την έναρξη κάθε συνεδρίας γινόταν έλεγχος της αρτηριακής πίεσης.

Η αρχική κλινική εικόνα του ασθενή φαίνεται στην **Εικόνα 3.6 (α & β)**. Το στήριγμα #35 (**Εικόνα 3.6β**) θεωρήθηκε αμφίβολης πρόγνωσης κατά τον περιοδοντικό έλεγχο. Ο ακτινογραφικός έλεγχος αποκάλυψε περιακρορριζική βλάβη. Αποφασίστηκε να γίνει ενδοδοντική θεραπεία. Η εξαγωγή αποκλείστηκε ως επιλογή αφενός λόγω των πολλαπλών προβλημάτων υγείας του ασθενή και της πολυφαρμακίας και αφετέρου εξαιτίας της επιθυμίας του ασθενή να «σωθεί» το δόντι του. Μετά την ολοκλήρωση της ενδοδοντικής θεραπείας, συστήθηκε περιοδική ακτινογραφική παρακολούθηση της περιακρορριζικής επούλωσης της βλάβης για έξι μήνες, πριν χρησιμοποιηθεί το συγκεκριμένο δόντι ως στήριγμα μερικής οδοντοστοιχίας.

Επειδή, όμως, έπρεπε να ολοκληρωθεί το σχέδιο θεραπείας και η κατασκευή της μερικής οδοντοστοιχίας, καθόσον ο ασθενής δεν μπορούσε να καλύψει το επιπλέον οικονομικό βάρος της ενδιάμεσης μερικής οδοντοστοιχίας, αποφασίστηκε να μη χρησιμοποιηθεί το συγκεκριμένο δόντι ως κύριο στήριγμα της μερικής οδοντοστοιχίας και να τροποποιηθεί το σχέδιο του μεταλλικού σκελετού (**Εικόνα 3.7**). Ο ασθενής συμφώνησε με τις παραπάνω τροποποιήσεις του σχεδίου θεραπείας, τροποποιήθηκε το έντυπο συναίνεσης και, αφού υπογράφηκε, ολοκληρώθηκε η κατασκευή της μερικής οδοντοστοιχίας.



Εικόνα 3.7. Σχεδίαση μεταλλικού σκελετού μερικής οδοντοστοιχίας σύμφωνα με τις αρχές της υγιεινής σχεδίασης και τροποποίηση συγκράτησης σύμφωνα με την πρόγνωση των δοντιών

Από την αντιμετώπιση του παραπάνω περιστατικού γίνεται κατανοητό ότι παράγοντες που αφορούν τον ασθενή επηρεάζουν άμεσα την πρόγνωση της αποκατάστασης, συμβάλλουν στην πολυπλοκότητα του σχεδίου θεραπείας και δυσκολεύουν τη λήψη αποφάσεων.

3.7.1. Κριτήρια ή κατευθυντήριες γραμμές για την αντικατάσταση των δοντιών

Το τυπικό σχέδιο θεραπείας προσβλέπει στο ιδανικό σχέδιο θεραπείας, δηλαδή αυτό που εξασφαλίζει την καλύτερη πρόγνωση, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη παράγοντες που επιβάλλουν τροποποιήσεις. Το ιδανικό σχέδιο θεραπείας στηρίζεται σε μορφολογικές έννοιες. Ο οδοντίατρος εξετάζει τον οδοντικό φραγμό και αξιολογεί, ακολουθώντας τεχνική προσέγγιση, πόσα δόντια μπορούν να σωθούν ή να αντικατασταθούν με προσθετικές εργασίες, χωρίς περαιτέρω εκτίμηση περιοριστικών παραγόντων. Αυτή η προσέγγιση, γνωστή ως το σύνδρομο των 28δοντιών, είναι συμβατή σε ένα αυτοχρηματοδοτούμενο σύστημα περίθαλψης, που αφορά ενήλικα και υγιή άτομα νεότερης ηλικίας (*Ettinger 2015*).

Όσον αφορά στα ηλικιωμένα άτομα, τα οποία διατηρούν πλέον μεγάλο αριθμό φυσικών δοντιών σε προχωρημένη ηλικία, τίθεται το ερώτημα πόσα δόντια είναι απαραίτητα, ώστε να διασφαλίζουν ικανοποιητική λειτουργία, και σε ποιο βαθμό χρειάζεται αποκατάσταση η σύγκλειση. Η υιοθέτηση του βραχέος οδοντικού τόξου (δεκαετία του 1980), θεωρήθηκε σταθμός στην αντιμετώπιση των οπόσθιων νωδοτήτων. Η παρουσία των πρόσθιων δοντιών και όλων των προγομφίων θεωρήθηκε ότι εξασφαλίζει ικανοποιητική λειτουργία, σύγκλειση και νευρομυϊκή σταθερότητα, ακόμη και στις περιπτώσεις όπου η περιοδοντική στήριξη δεν είναι ιδανική (13) (*Kano et al. 2006*). Από τη εποχή εκείνη μέχρι σήμερα,

επιστημονικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι, όταν εξασφαλίζονται τουλάχιστον 20 δόντια και 6 συγκλεισιακές μονάδες σε φυσικά δόντια, συμμετρικά, κατά προτίμηση, κατανεμημένες, τότε τόσο λειτουργικά όσο και οικονομικά το αποτέλεσμα της οδοντιατρικής φροντίδας είναι θετικό (Pedersen & Yamamoto 2005, Naka et al. 2014).

Για τους ηλικιωμένους ασθενείς, κατά την κλινική εξέταση η απώλεια των δοντιών αξιολογείται με τα εξής κριτήρια (Ettinger 2015):

- Αξιολόγηση του χρόνου που έχει περάσει από τις εξαγωγές και των συνεπειών στο πλαίσιο της διαταραχής της σύγκλεισης.
- Αξιολόγηση του μασητικού επιπέδου από μετακίνηση ανταγωνιστών.
- Αξιολόγηση αισθητικών προβλημάτων. Η διατήρηση των πρόσθιων δοντιών αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην περίπτωση ηλικιωμένων με διαταραχές της γνωστικής λειτουργίας.
- Αξιολόγηση μασητικής επίδοσης και ικανότητας. Εκτίμηση του αριθμού των συγκλεισιακών μονάδων και αξιολόγηση εάν είναι επαρκείς τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά.
- Αξιολόγηση προβλημάτων από τις κροταφογναθικές διαρθρώσεις και προσδιορισμός ανάγκης αποκατάστασης ελλειπόντων οπίσθιων δοντιών.

Κυρίως για τους πάσχοντες από νευροεκφυλιστικές ασθένειες, όπως νόσο Parkinson's ή νόσο Alzheimer's, συστήνεται να γίνεται προσπάθεια διατήρησης δοντιών στην κάτω γνάθο, διότι οι ασθενείς αυτοί δεν μπορούν να προσαρμοστούν στις ολικές οδοντοστοιχίες.

Συμπερασματικά, επιβάλλεται η προσεκτική εκτίμηση όλων των δοντιών, ώστε να προσδιοριστούν ποια είναι τα «δόντια κλειδιά» που πρέπει να διατηρηθούν στη στοματική κοιλότητα. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στους παράγοντες που τροποποιούνται και επιδεινώνονται με την πρόοδο της ηλικίας, όπως είναι η πολυπαθολογία και η πολυφαρμακία, οι αδυναμίες και οι αναπηρίες και οι κοινωνικές επιπτώσεις όλων αυτών.

3.8. Συναίνεση ασθενή

Ο ηλικιωμένος ασθενής ενημερώνεται λεπτομερειακά για την κατάσταση του στόματος και αναλυτικά για τις συγκεκριμένες οδοντιατρικές πράξεις που είναι απαραίτητες. Η λεπτομερής ενημέρωση αφορά στους παράγοντες κινδύνου και τις πιθανές επιπλοκές από τις οδοντιατρικές πράξεις που πρόκειται να εκτελεστούν, καθώς και στο κόστος. Μετά τη λεπτομερή ενημέρωση ο ασθενής υπογράφει έντυπο συναίνεσης (Κώδικας Οδοντιατρικής Δεοντολογίας, Προεδρικό Διάταγμα 39/2009. ΦΕΚ Α/01_04_2009).

Είναι γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι δυσκολεύονται να κατανοήσουν τους παράγοντες κινδύνου και τα οφέλη των θεραπευτικών επιλογών. Συχνά καταλήγουν να υπογράφουν το έγγραφο της συναίνεσης χωρίς να το διαβάσουν, επειδή αφενός εμπιστεύονται τον οδοντίατρο και αφετέρου στην παιδεία των περισσότερων υπάρχει η πατερναλιστική αντίληψη ότι πρέπει να γίνει αυτό που προτείνει ο ιατρός. Δυσκολίες μπορεί να υπάρχουν και εξαιτίας της εξασθένησης της πρόσφατης μνήμης, όπως και εξαιτίας προβλημάτων όρασης και ακοής. Γι' αυτό και είναι απαραίτητη η καλή επικοινωνία του οδοντίατρου τόσο με τον ασθενή και, σε περίπτωση αδυναμίας του, με την οικογένεια, ώστε να γίνεται αντιληπτή η σημασία της υπογραφής στο έντυπο της συναίνεσης, και η οδοντιατρική πράξη να είναι όχι μόνο νομικά αλλά και ηθικά κατοχυρωμένη (Davis et al 1998, Yellowitz 2005).

3.9. Βιβλιογραφικές αναφορές

Anastassiadou V, Katsouli S, Heath MR, Pissiotis A, Kapari D. Validation of communication between elderly denture wearers and dentists: a questionnaire on satisfaction with complete dentures using semi-structured interviews. Gerodontology. 2004;21(4):195–200.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15603277>

Bader J, Rozier R, McFall WJ, Ramsey D. Effect of crown margins on periodontal conditions in regularly attending patients. J Prosthet Dent. 1991;65(1):75–9.

Bader J, Shugars D. Variation in dentists' clinical decisions. J Public Heal Dent. 1995;55(3):181–8.

Beckey D, Berg R, Ettinger R, Mersel A, Mann J. The old-old dental patient: the challenge of clinical decision-making. J Am Dent Assoc. 1996;127(3):321–32.

- Braun R, Marcus M. Comparing treatment decisions for elderly and young dental patients. *Gerodontology*. 1985;1(3):138–42.
- Chalmers J, Ettinger R. Public health issues in geriatric dentistry in the United States. *Dent Clin North Am*. 2008;52(2):423–46.
- Davis T, Michielutte R, Askov E, Williams M, Weiss B. Practical assessment of adult literacy in health care. *Health Educ Behav*. 1998;25(5):613–24.
- Ettinger R, Beck JD. Geriatric dental curriculum and the needs of the elderly. *Spec Care Dentist*. 1984;4(5):207–13
- Ettinger R, Beck J, Martin W. Clinical decision making in evaluating patients: a process study. *Spec Care Dent*. 1990;10(3):78–83.
- Ettinger R. Cohort differences among aging populations: a challenge for the dental profession. *Spec Care Dent*. 1993;13(1):19–26.
- Ettinger R. Treatment planning for the ageing patient. *Aust Dent J*. 2015;60(1 Suppl):71–85.
- Kanno T, Carlsson GE. A review of the shortened dental arch concept focusing on the work by the Käyser/Nijmegen group. *J Oral Rehabil*. 2006;33(11):850–62.
- Κώδικας Οδοντιατρικής Δεοντολογίας, Προεδρικό Διάταγμα 39/2009. ΦΕΚ Α/01_04_2009. http://old.dent.auth.gr/content/Epitropi_deontologia/Kwdikas_Odont_Deont_2009.pdf
- Naka O, Anastasiadou V, Pissiotis A. Association between functional tooth units and chewing ability in older adults: A systematic review. *Gerodontology*. 2014;31(3):166–77. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23170948>
- Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(2):81–92.
- Shay K. Identifying the needs of the elderly dental patient. The geriatric dental assessment. *Dent Clin North Am*. 1994;38(3):499–523.
- Tellez M, Gomez J, Pretty I, Ellwood R, Ismail a. Evidence on existing caries risk assessment systems: Are they predictive of future caries? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013;41(1):67–78.
- Vaupel J. NIH Public Access. *Nature*. 2010;465(7288):536–42.
- Yellowitz J. Cognitive function, aging, and ethical decisions: recognizing change. *Dent Clin North Am*. 2005;49(2):389–410.

3.10. Ερωτήσεις αυτοαξιολόγησης

1. Οι ηλικιωμένοι διακρίνονται σε:

- A. λειτουργικά ανεξάρτητα άτομα.
- B. ευπαθείς ηλικιωμένους.
- Γ. λειτουργικά εξαρτημένους.
- Δ. υγιείς ηλικιωμένους.

2. Τι αξιολογείται πρώτο σε ένα ηλικιωμένο άτομο που προσέρχεται στο οδοντιατρείο:

- A. Η εμφάνιση.
- B. Το κύριο παράπονο.
- Γ. Τα ευρήματα από την εξωστοματική εξέταση.
- Δ. Η κλινική εικόνα του στόματος.

3. Ποια στοιχεία από τα χαρακτηριστικά του ασθενή λαμβάνονται υπόψη για την κατάρτιση του προτεινόμενου σχεδίου θεραπείας;

- A. Η οικονομική δυνατότητα.

- B. Το μορφωτικό επίπεδο.
- Γ. Η εμφάνιση.
- Δ. Οι επιθυμίες και οι προσδοκίες.

4. Ποιοι είναι οι τομείς που προσδιορίζουν την ανάγκη για οδοντιατρική θεραπεία σε έναν ηλικιωμένο ασθενή;

- A. Η λειτουργία και η άνεση.
- B. Η αισθητική.
- Γ. Η ποιότητα ζωής.
- Δ. Η δυνατότητα στοματικής υγιεινής.

Απαντήσεις

Ερώτηση	Απάντηση
Ερώτηση 1:	Το Α, Β και το Γ
Ερώτηση 2:	Το Α
Ερώτηση 3:	Το Α και το Δ
Ερώτηση 4:	Το Α και το Β