

# La salud bucodental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades<sup>1</sup>

R. Mariño<sup>2</sup>

*A medida que aumenta la esperanza de vida y con ella el número absoluto y relativo de personas de 60 años y más, los servicios de salud bucodental enfrentan nuevos desafíos. En este artículo se explora la situación de la odontología geriátrica en América Latina mediante una revisión bibliográfica de los estudios epidemiológicos publicados en los últimos 10 años e incluidos en los sistemas MEDLINE y LILACS y de obras de la OPS sobre el tema. Los aspectos enfocados son el estado de salud bucodental de los ancianos, la percepción que estos tienen de su propia salud bucodental y la frecuencia con que usan los servicios odontológicos.*

*Nuestra revisión pone de manifiesto el estado crítico de la salud bucodental en pacientes latinoamericanos de edad avanzada, en quienes se observa una alta prevalencia de pérdida completa de la dentadura y de pérdida de dientes por caries. También revela la escasez de datos sobre el estado de salud periodontal y de los tejidos blandos de la cavidad bucal en este grupo.*

*En general, la percepción de los ancianos sobre su propia salud bucodental es poco congruente con la situación clínica observada. Según varios estudios basados en encuestas, la mayoría cree tener una salud bucodental buena o muy buena y pocos problemas de masticación o ninguno. En cuanto a la utilización de los servicios, gran parte indicó no haber ido al dentista en los 6 meses previos. En vista de las consecuencias sanitarias, sociales y psicológicas de esta situación para la población de edad avanzada y de la capacidad potencial de los servicios odontológicos de mejorar la calidad de vida de este grupo, al final se recomienda el establecimiento de programas de atención bucodental con metas a corto, mediano y largo plazo.*

En muchos países de América Latina se observa una mejoría de las condiciones de vida y de salud de la población. Esto se refleja en varios indicadores básicos: una menor tasa de mortalidad infantil, una menor tasa cruda de mortalidad general y una mayor esperanza de vida al nacer. Los tres fenómenos juntos están llevando al envejecimiento paulatino de la población y a un aumento del número absoluto y relativo de personas de 60 años o más, quienes en este artículo se denominarán ancianos o población de edad avanzada.

Pese a que se dispone de los conocimientos necesarios para despejar ideas erró-

neas en relación con la salud bucodental y el envejecimiento, los ancianos siguen corriendo un alto riesgo de sufrir enfermedades bucodentales, entre ellas la caries, la enfermedad periodontal y el cáncer bucal. La prevalencia de estos trastornos no ha mejorado significativamente en este grupo y tanto la sociedad en general como los ancianos mismos siguen aceptando el deterioro bucal y del aparato masticatorio como parte normal e inevitable de la vejez.

En la actualidad se sabe, sin embargo, que es posible mantener la buena salud bucodental hasta edad avanzada y que la dentadura no se pierde a causa del envejecimiento, sino debido a enfermedades bucodentales asociadas con diversos factores de riesgo: trastornos sistémicos crónicos que comienzan a edad temprana; estilos de vida malsanos; iatrogenias repetidas y un mal estado nutricional. La articulación temporomandibular tiende a sufrir una serie de anor-

<sup>1</sup> Se publica una versión en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. 28, No. 3, 1994, con el título "Oro-dental health of the elderly: reality, myth, and perspective".

<sup>2</sup> Universidad de Melbourne, Escuela de Odontología, Melbourne, Australia. Dirección postal: The University of Melbourne, School of Dental Science, 711 Elizabeth Street, Melbourne, Victoria 3000, Aus

malidades cuya relación con la vejez aún no ha quedado establecida. Las alteraciones del flujo salival muchas veces son efecto secundario de ciertos medicamentos y no una consecuencia fisiológica del envejecimiento (1).

La salud bucodental es un constituyente inseparable e importante de la salud general, la cual influye, a su vez, en aquella. Enfermedades como artritis, accidentes cerebrovasculares, cáncer, diabetes mellitus, hipertensión y los trastornos autoinmunes interfieren con el cuidado de la boca, la masticación y el uso de prótesis dentales, lo cual aumenta el riesgo de caries dentales y enfermedad periodontal, infecciones por microorganismos oportunistas y sequedad de la boca.

De igual forma, las enfermedades bucodentales afectan a la salud general del individuo y tienen consecuencias fisiológicas aún más complejas en personas de edad avanzada, ya que pueden llegar a menoscabarles la nutrición (2), las relaciones interpersonales y la salud mental (3).

El presente artículo reúne información obtenida de estudios epidemiológicos sobre el estado de salud bucodental de la población de edad avanzada en algunos países de América Latina. Compara dicho estado con la percepción que tienen los ancianos de su propia salud bucodental y describe la frecuencia con que estos solicitan atención odontológica. El objetivo es identificar posibles áreas de intervención, con énfasis en la educación, prevención y tratamiento. Al final se proyectan las futuras posibilidades que ofrece la odontología a personas de este grupo de edad.

## MATERIALES Y MÉTODOS

La información se obtuvo de dos fuentes. Primero se hizo una revisión bibliográfica de MEDLINE y LILACS<sup>3</sup> para buscar es-

<sup>3</sup> MEDLINE es una base electrónica de datos bibliográficos, de alcance internacional, que incluye referencias y resúmenes de artículos y boletines sobre temas biomédicos. LILACS (literatura latinoamericana en ciencias de la salud) es una base de datos similar dedicada exclusivamente a publicaciones biomédicas procedentes de América Latina.

tudios epidemiológicos sobre la salud bucodental de la población latinoamericana de edad avanzada. También se revisaron las publicaciones y documentos pertinentes del Programa de Salud Bucodental de la OPS y de la serie titulada *Perfil del Anciano*.

## RESULTADOS

En total se encontraron 14 referencias, siete correspondientes a estudios epidemiológicos sobre la salud bucodental (tres (4-6) de alcance nacional y cuatro (7-10) de carácter local). Se identificaron además otros siete estudios con información sobre la percepción que tienen los ancianos de su propia salud bucodental y sobre la frecuencia con que estos utilizan los servicios odontológicos (11-17).

### Aspectos clínicos de la salud bucodental

**Caries dental.** La historia de caries dental se determinó usando el índice COPD, que representa el promedio aritmético del número de dientes cariados (C), obturados (O) y perdidos (P) como resultado de la caries en dientes permanentes (cuadro 1).

Según un estudio venezolano (4), las personas mayores de 65 años tuvieron un índice COPD de 19,11 y el componente P, sumado al número de dientes de extracción indicada, representaba 85% del índice. En otro estudio efectuado en el Brasil para establecer las necesidades de atención odontológica (5) no se determinó la prevalencia de caries dental en el grupo de 60 años y más, pero los resultados correspondientes al grupo de 50 a 59 años se consideraron reveladores de lo que probablemente ocurre en la población de edad avanzada. El índice COPD en el grupo citado fue de 27,21 y la suma del componente P y del número de dientes de extracción indicada dio un promedio de 23,8.

Un estudio costarricense sobre personas en la tercera edad (7) reveló un índice COPD promedio de 26,1, del cual 87,9% correspondió al componente P. En un estudio

**CUADRO 1. Índice COPD, componente P, dientes con extracción indicada y porcentaje de personas con pérdida completa de la dentadura, según estudios realizados en la población de edad avanzada de distintos países latinoamericanos, 1972 a 1989**

País (Edad en años)	Año	COPD*	P†	EI‡ (No.)	Personas con pérdida completa de la dentadura (%)
Brasil (50—59)	1986	27,2	23,3	0,9	...
Costa Rica (60+)	1989	26,1	24,6	0,5	70,7
Cuba (60+)	1989	28,0	26,9	...	(90,6)§
Chile (60+)	1983	24,7	22,8	...	33,0
Venezuela (65+)	1972	19,1	13,6	2,6	38,7

\* Índice de dientes cariados (C), obturados (O) y perdidos (P).

† Componente P del índice COPD.

‡ Dientes de extracción indicada.

§ Pacientes con menos de 20 dientes.

chileno (8) realizado en clubes de ancianos de la ciudad de Valparaíso se detectó un índice COPD promedio de 24,8, del cual 81,3% correspondió al componente P.

**Salud periodontal.** El estado de salud periodontal se describe con menos frecuencia. En Venezuela (4) el índice de Russell<sup>4</sup> reveló que solo 7% de las personas encuestadas mayores de 64 años se encontraban libres de enfermedad periodontal. Cuatro por ciento presentaban lesiones destructivas con formación de sacos periodontales.

En el Brasil (5), el estado de salud periodontal se determinó aplicando el índice comunitario de necesidades de tratamiento periodontal (CPITN),<sup>5</sup> según el cual 7,4% de los encuestados tenían enfermedad periodontal avanzada. El mismo índice se aplicó en un estudio en Coronado, Costa Rica, donde se encontró que 33,7% de las personas que aún

conservaban dientes también tenían un grado avanzado de enfermedad periodontal.

**Pérdida dentaria.** Según datos oficiales, en Cuba solo 6,2% de la población mayor de 65 años conservaba más de 20 dientes en 1984 y este porcentaje aumentó a 9,4 en 1989 (6). En Chile la frecuencia de pérdida dentaria total en ancianos fue de 33% y se encontró que aquellos que aún conservaban dientes tenían un promedio de solo seis dientes, muchos de ellos con caries. La población venezolana mayor de 65 años conservaba un promedio de nueve dientes.

De las personas mayores de 59 años en Costa Rica, más de 70% tenían pérdida dentaria total. Según una encuesta brasileña (5), a 68% de las personas de 50 a 59 años les faltaba, como mínimo, la dentadura de un maxilar, 9,1% carecían totalmente de dientes en los dos maxilares y solo 23% mantenían la dentadura en condiciones lo suficientemente buenas para no necesitar aparatos protésicos.

**Lesiones de los tejidos blandos.** La prevalencia de lesiones de los tejidos blandos de la cavidad bucal se analizó en dos estudios. En el Brasil (9) se estudió la población de edad avanzada en la ciudad de Paracicaba y se en-

<sup>4</sup> Índice desarrollado para detectar la prevalencia de enfermedad periodontal. Cada diente se codifica en una escala de 0 a 8 que indica si está sano o si presenta hemorragia gingival, sacos periodontales o pérdida de la función masticatoria.

<sup>5</sup> Índice desarrollado por la OMS para establecer las necesidades de tratamiento periodontal de una comunidad. La dentadura se divide en sextantes para registrar su condición, es decir, si está sana o si presenta hemorragia gingival, depósitos duros o sacos periodontales.

contró que 59% de las personas examinadas presentaban una o más lesiones de la mucosa oral. En Chile (8) la prevalencia de estas lesiones en el mismo grupo fue de 18%.

**Uso de prótesis dentales.** La capacidad masticatoria se relacionó con la pérdida de dientes y la necesidad de rehabilitación protésica. En Costa Rica (7), 33% de la población encuestada necesitó rehabilitación protésica, ya sea total o parcial. En Chile se observó un grado variable de rehabilitación entre las personas que necesitaban prótesis dentales. De las personas que necesitaban prótesis parciales superiores, 85% las usaban; en cambio, de las que necesitaban prótesis totales inferiores, solo 21% las usaban.

Se encontró que muchos ancianos habían usado los mismos aparatos protésicos varios años sin reemplazarlos. En el estudio costarricense (7) el período de uso fue de 26,2 años en promedio. Según otros estudios, 60% de las personas habían usado los mismos aparatos por lo menos 10 años y 30% más de 20, y el período de uso promedio fue de 11 años (18, 19).

**Higiene bucal.** La prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal está relacionada con el nivel de higiene bucal individual. En Costa Rica (7), 100% de las personas que conservaban dientes naturales requerían instrucción sobre higiene bucal. En el Brasil (5) solo 1,3% de las personas de 50 a 59 años de edad que fueron examinadas presentaban encías sanas y no necesitaban ningún tipo de intervención.

En Venezuela (10) se utilizó el Índice de Higiene Oral Simplificado, el cual mide la extensión de los depósitos blandos y duros en la superficie de seis dientes índice. Los valores del índice van de 0 a 6 y los mayores de 3 indican una higiene bucal deficiente. Para el grupo de edad de 55 a 64 años este valor índice fue de 4,07 y en el grupo de 65 años o más aumentó a 4,32.

Esta información indica que la higiene bucal se va deteriorando de manera importante después de los 60 años de edad, posi-

blemente debido a que se considera natural perder los dientes progresivamente hasta llegar a la pérdida total (18). Esto hace que los pacientes de edad avanzada descuiden las medidas preventivas necesarias para mantener la salud de las encías.

## Cómo perciben los ancianos su propia salud bucodental

Estudios realizados en ancianos de varios países de América Latina (11-17) con la coordinación de la OPS muestran que los ancianos califican de buena o muy buena su propia salud bucodental con una frecuencia de 33,2% a 68,3%. Los ancianos de sexo femenino calificaron más favorablemente su salud bucodental que los de sexo masculino (cuadro 2).

**Problemas durante la masticación.** Los estudios revisados (11-17) indican que más de 60% de los ancianos manifestaron no haber tenido problemas de masticación, o haber tenido muy pocos, como consecuencia de la falta de dientes naturales. En este sentido no se encontraron diferencias importantes entre los dos sexos (cuadro 2).

**Uso de los servicios odontológicos.** De acuerdo con ciertos autores (4, 20, 21), las visitas al odontólogo tienden a disminuir con la edad. Los estudios latinoamericanos antedichos confirman este fenómeno, ya que en muchos de ellos más de 75% de los ancianos encuestados indicaron no haber visitado al odontólogo en los 6 meses previos a la encuesta (cuadro 2).

## DISCUSIÓN

Como parte de la meta de salud para todos en el año 2000, la OMS y la Federación Dental Internacional (FDI) han trazado metas específicas para mejorar la salud bucodental de los ancianos: primero, reducir en 25% la frecuencia actual de pérdida dentaria; segundo, lograr que más de 50% de la población mayor de 60 años conserve un mínimo

**CUADRO 2. Autopercepción del estado de salud bucodental, visitas al odontólogo y notificación de problemas de masticación en ancianos de países de las Américas, 1989 a 1990**

País	Sexo	Salud bucodental*	Visitas al odontólogo†	Problemas de masticación‡
Argentina	M	51,8	76,6	79,9
	F	56,1	78,6	78,0
Brasil	M	37,4	92,2	73,0
	F	36,5	90,1	72,7
Chile	M	50,4	88,6	69,2
	F	58,1	88,3	71,0
Costa Rica	M	60,9	91,0	79,8
	F	68,3	90,8	82,2
El Salvador	M	33,2	97,8	60,1
	F	40,2	93,0	69,4
Guyana	M	39,2	94,3	79,4
	F	50,1	97,9	83,7
Trinidad y Tabago	M	46,1	89,6	80,0
	F	44,1	92,3	79,4

\* Porcentaje de ancianos que calificaron de bueno o muy bueno su estado de salud bucodental.

† Porcentaje de ancianos que indicaron no haber visitado al odontólogo en los 6 meses previos a la encuesta.

‡ Porcentaje de ancianos que indicaron nunca o raras veces tener dificultad en masticar alimentos por falta de dientes naturales.

de 20 dientes funcionales (22). Lamentablemente, nuestros datos comprueban que el estado de salud bucodental de este grupo en América Latina es bastante crítico si se consideran la alta prevalencia de pérdida dentaria total y de enfermedades gingivales, el gran número de dientes perdidos y la frecuencia con que se necesitan aparatos protésicos. Por lo tanto, la meta señalada está muy lejos de lograrse.

Los estudios clínicos latinoamericanos que se examinaron en esta revisión tienden a concentrarse en la caries dental y en el uso de prótesis dentales. Pocos tratan la salud de las encías y solo dos se refieren a lesiones de los tejidos blandos de la cavidad bucal, pese a que el grupo de edad en cuestión corre un gran riesgo de sufrir afecciones de estas partes.

Si bien es cierto, por otro lado, que los criterios de juicio aplicados por el personal clínico y por los pacientes no son los mismos, la situación clínica descrita no es congruente con la percepción que tienen los propios ancianos, ya que subestiman su mala salud bucodental. Si se tomara al pie de la letra la información proporcionada por ellos, se podría suponer equivocadamente que en América Latina se han identificado claramente los problemas de salud bucodental de la población de edad avanzada y que se aplican me-

didias para resolverlos y para lograr la completa rehabilitación del paciente. La frecuencia decreciente de las visitas al odontólogo a medida que avanza la edad se debe, posiblemente, a esta percepción poco realista y a la tendencia a aceptar como normal la mala salud bucodental. Sin embargo, los factores que afectan al uso de servicios de salud bucodental son múltiples y muestran una interacción. La mayor parte de los estudios indican que la autopercepción es un factor determinante y que también son importantes la educación, el nivel socioeconómico, el estado de la dentadura y el hecho de haber perdido todos los dientes. Se ha estudiado el efecto de la ansiedad en la búsqueda de atención odontológica y se ha determinado que su efecto en los ancianos es menos importante que en personas más jóvenes (23).

Nuestros resultados indican que los odontólogos deben motivar a otros profesionales de la salud —médicos, personal de enfermería, nutricionistas, trabajadores sociales, etc.— a educar y asesorar a sus pacientes, indicándoles la necesidad de atender al cuidado de la boca y de hacerse periódicamente un autoexamen de los tejidos blandos y duros de la misma. Fundamentalmente, los resultados ponen de manifiesto la necesidad de educar a los pacientes, subrayando que la falta

de dientes, las hemorragias gingivales, las prótesis mal ajustadas y los distintos tipos de lesiones (2) no son fenómenos normales, sino trastornos susceptibles de tratarse e incluso prevenirse.

La situación aquí descrita se ve perpetuada por los sistemas actuales de atención odontológica, que dependen excesivamente de tratamientos rehabilitadores exclusivos y de alto costo. Por otra parte, los cambios demográficos que se vislumbran presagian un aumento de los problemas de salud bucodental en personas ancianas. La situación exige, como ha señalado la OPS (24), formular objetivos y programas específicos para la atención odontológica de estas personas basados en medidas a corto, mediano y largo plazo. Estas medidas deben orientarse a corregir los trastornos clínicos encontrados en la práctica y a acabar con una serie de mitos y falsas creencias con respecto a la salud bucodental de los ancianos. No es la intención dejar de dar atención prioritaria a otros grupos, sino distribuir equilibradamente los recursos de acuerdo con la situación demográfica, epidemiológica y tecnológica que nos plantean el presente y el futuro.

**Objetivos a corto plazo.** Es necesario establecer como objetivo a corto plazo algún tipo de atención odontológica mínima para pacientes de edad avanzada, teniendo presente la situación particular de cada país en términos de sus recursos y características demográficas, económicas y epidemiológicas. Particularmente importante es proveer servicios de restauración para devolver al paciente la función del aparato masticatorio, así como medidas terapéuticas correctoras, que deberán basarse en los conceptos de funcionalidad social, estética y masticatoria. Una vez recuperado el equilibrio, se precisa ofrecer mecanismos para conservar la funcionalidad sin recurrir a medidas de emergencia, como las exodoncias.

Lograr los objetivos citados implica educar a la población y al personal de salud odontológica en materia de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento, procurando

crear una colaboración entre el odontólogo y otros profesionales de la salud para fomentar la funcionalidad biológica, psicológica y social de la creciente población de edad avanzada (2). Es necesario, simultáneamente, recolectar información socioepidemiológica con los siguientes fines: hacer un diagnóstico de la salud bucodental de este grupo; determinar sus necesidades terapéuticas y los factores que impiden el acceso a los servicios; hacer estudios longitudinales; evaluar las intervenciones realizadas, y generar nuevas preguntas orientadas a diseñar futuras investigaciones en este campo. En los países de América Latina se deberán identificar y describir los recursos disponibles para planificar actividades y programas de salud bucodental, de todo grado de complejidad técnica y administrativa, destinados a personas de edad avanzada.

**Objetivos a mediano y largo plazo.** Las medidas a mediano y largo plazo deberán orientarse a mejorar el acceso a los servicios y a establecer un mejor equilibrio entre programas preventivos, educativos y terapéuticos. Esto exige establecer mecanismos de financiamiento basados en los recursos disponibles y esquemas presupuestarios actuales, ya que es poco realista esperar mayores asignaciones.

En América Latina, la formación de recursos humanos odontológicos es deficiente, tanto en los niveles de pregrado como en los de posgrado y educación continuada (25). Por lo tanto, debería ser una meta a mediano plazo mejorarla, combinando en ella los aspectos de promoción y educación para la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación y procurando mantener actualizada la docencia. Para esto último se necesita información periódica y estandarizada no solo sobre las afecciones de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el grupo de edad que nos concierne, sino también sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes y del personal de los servicios, la frecuencia con que los ancianos acuden a estos últimos

y el estado nutricional, la salud mental y otros aspectos.

Los programas con objetivos a largo plazo deberán dirigirse a personas de corta edad, de tal manera que los servicios actúen preventivamente en lugar de limitarse a reparar el daño acumulado a través de los años.

## CONCLUSIONES

La profesión odontológica en América Latina enfrenta un desafío y a la vez una oportunidad. El primero consiste en incorporar a los ancianos a los sistemas de salud bucodental con objeto de que generaciones futuras lleguen a los 60 años con una mejor salud bucodental y conscientes de que los trastornos de la cavidad bucal no son parte inevitable del envejecimiento. La segunda consiste en planificar a tiempo, antes de que la situación actual empeore. Algunas experiencias, sin ser modelos, pueden dar la pauta y enseñarnos lecciones a través de sus éxitos y fracasos. El saber aprovechar esta oportunidad estará supeditado, sin embargo, a la capacidad creadora y participatoria de toda la comunidad odontológica y de miembros de otras disciplinas. Todos deberán abordar los problemas actuales con actitud renovadora y fe en que la prevención y educación son el camino para controlar eficazmente los principales trastornos bucodentales que afectan actualmente a la población de edad avanzada y que seguirán afectándola en creciente proporción en el futuro.

## REFERENCIAS

1. Knapp A. Nutrition and oral health in the elderly. *Dent Clin North Am* 1987;33:109-125.
2. Miquel JL, Manciet G, Monsalve ER, Ferrán P, Michelet FX. Nutrición del anciano y prótesis dentales. *Bol Of Sanit Panam* 1985;98:228-233.
3. Hamilton FA, Grant AA, Worthington HV. Dental care for elderly people by general dental practitioners. *Br Dent J* 1990;168:108-112.
4. Venezuela, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. *Estudio para la planificación integral de la odontología en Venezuela*. Caracas, Venezuela: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; 1972.
5. Brasil, Ministerio da Saúde. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986*. Brasília: Ministerio da Saúde, Centro de Documentação; 1988.
6. Cuba, Ministerio de Salud Pública. *Estado del cumplimiento de las metas nacionales de salud bucal para el año 2000: análisis comparativo, años 1984-1989*. Habana, Cuba: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Estomatología; 1989.
7. Brenes W, Murillo G. Estado de salud oral y utilización de servicios odontológicos. En: *Estudios de la 3ª edad en Coronado*. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud; 1990:97-109. (Serie Salud del Adulto, monografía 90-01).
8. Badenier O, Mariño R. Magnitud de las enfermedades dentales en adultos mayores de 60 años. En: *Volumen 2: Vejez y envejecimiento*. Santiago, Chile: Universidad de Chile; 1987:34-37.
9. Almida JJ, de Bozzo L, Scully C, Graner E. Oral mucosal health and disease in institutionalized elderly in Brazil. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1990;19:173-175.
10. Soto D, et al. Condiciones del aparato masticatorio de los adultos mayores: higiene y estado fisiológico. En: *Volumen 2: Vejez y envejecimiento*. Santiago, Chile: Universidad de Chile; 1987:31-33.
11. Pan American Health Organization. *A profile of the elderly in Argentina*. Washington, D.C.: PAHO; 1989. (Cuaderno técnico 26).
12. Pan American Health Organization. *A profile of the elderly in Costa Rica*. Washington, D.C.: PAHO; 1990. (Cuaderno técnico 29).
13. Pan American Health Organization. *A profile of the elderly in Guyana*. Washington, D.C.: PAHO; 1989. (Cuaderno técnico 24).
14. Pan American Health Organization. *A profile of the elderly in Trinidad and Tobago*. Washington, D.C.: PAHO; 1989. (Cuaderno técnico 22).
15. Pan American Health Organization. *A profile of the elderly in Chile*. Washington, D.C.: PAHO; 1990. (Cuaderno técnico 30).
16. Pan American Health Organization. *A profile of the elderly in El Salvador*. Washington, D.C.: PAHO; 1989. (Informe preliminar).
17. Pan American Health Organization. *A profile of the elderly in Brasil*. Washington, D.C.: PAHO; 1989. (Informe preliminar).
18. Helft M, Cardash HS, Ronen B, Ben-Ur Z. The prevalence of denture related injuries in patients resident at two Israeli geriatric hospitals. *Gerodontology* 1986;5:123-127.
19. Tuominen R, Ranta K, Paunio I. Items of dental care received by adult dentate and edentulous populations. *Comm Dent Health* 1988;5:39-47.

20. National Institutes of Health. *Oral health of United States adults*. Bethesda, Maryland: NIH; 1987. (Publicación NIH 87-2868).
21. Murtomaa H, Laine P, Masalin K. Dental health practice among Finnish adults. *Comm Dent Health* 1984;1:131-140.
22. Fédération Dentaire Internationale. Global goals for health in the year 2000. *Int J Dent* 1982;32:74-77.
23. Locker D, Lidell AM. Correlates of dental anxiety among older adults. *J Dent Res* 1991;70:198-203.
24. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, edición de 1990*. Washington, D.C.: OPS; 1990. (Publicación científica 524).
25. Anzola F, Mariño R, Gillespie G, González R. Estado de la educación en gero-odontología en América Latina: hallazgos de una encuesta. *Educ Med Salud* 1992;26:426-429.

## ABSTRACT

### Oral Health Among the Elderly: Reality, Myths, and Possibilities

As life expectancy increases and with it the absolute and relative number of people aged 60 and over, oral health services face new challenges. This article investigates geriatric dentistry in Latin America through a literature review of epidemiologic studies published in the last 10 years and included in the MEDLINE and LILACS systems, as well as PAHO works on the subject. In particular, the following aspects were examined: oral health status among the elderly, the perceptions of the elderly about their own oral health, and the frequency with which this population group uses dental services.

The review makes it apparent that the oral health situation among elderly patients in Latin

America is critical. Complete loss of dentition and loss of teeth due to caries are highly prevalent in this age group. The review also reveals the scarcity of data on health of the periodontia and soft tissues of the oral cavity among the elderly.

In general, the perception of elderly people about their own oral health is not very consistent with the observed clinical situation. According to several studies based on surveys, the majority believe they have good or very good oral health and few or no problems with chewing. With regard to service usage, most indicated they had not been to a dentist in the preceding 6 months. In view of the health, social, and psychological consequences of this situation for the elderly population, and the potential capacity of dental services to improve the quality of life of this group, the establishment of oral health programs with short-, medium-, and long-term goals is recommended.

### Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS): Curso de epidemiología aplicada a la salud en el trabajo

*Fechas:* 18 a 29 de julio de 1994

*Lugar:* México, D.F.

Este curso está dirigido a médicos, ingenieros y técnicos con experiencia mínima de tres años en el área de la salud y la seguridad en el trabajo.

El propósito del curso es capacitar a los profesionales y técnicos dedicados a prevenir los accidentes y las enfermedades de trabajo de las instituciones de seguridad social en metodología epidemiológica como herramienta útil en sus actividades.

*Información:*

Ing. Rodolfo Arias Díaz  
Jefe de la División de Salud en el Trabajo  
Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social  
Calle San Ramón, s/n, esq. Ave. San Jerónimo  
Unidad Independencia, San Jerónimo Lídice  
10100 México, D.F., México  
Teléfono: 595-0011, ext. 1122; fax: 595-0644