

# La salud bucodental de los españoles mayores de 64 años. Impacto en el estado de salud individual.



Subirà-Pifarré,  
Carles

Oral health in Spaniards older than 64. Impact in the individual health

Subirà-Pifarré, Carles\*  
Ramón-Torrell, Josep M<sup>\*\*\*</sup>  
Grupo Español de Investigación  
Gerodontológica<sup>\*\*\*</sup>

\* Profesor Titular de Gerodontología.  
Facultad de Odontología. Universidad  
de Barcelona.

\*\* Profesor Titular de Epidemiología.  
Facultad de Medicina. Universidad de  
Barcelona.

\*\*\* Ver página xxxx

**Resumen:** *Introducción:* los cambios epidemiológicos sufridos en los países occidentales en el siglo XX han propiciado un aumento del número absoluto y de la proporción de ancianos en todos ellos. **Pacientes y Método:** se realizó un estudio descriptivo transversal de prevalencia de enfermedades bucodentales en una población de 3.460 individuos en 7 Comunidades Autónomas españolas, tanto institucionalizados (10%) como no institucionalizados (90%). **Resultados:** la edad media de los encuestados fue de 73,6±7 años. Un 31,4% de los individuos del estudio eran desdentados totales. Los individuos dentados presentaban un promedio de 14,8±8 dientes. El CAOD de los individuos de la muestra fue de 20,8±10, siendo de 23,7±9,8 en los institucionalizados. La última visita al dentista había sido de media 4 años y medio antes, pero los institucionalizados hacía 7 años. **Discusión:** es totalmente inaceptable que la prevención y el tratamiento las enfermedades bucodentales, especialmente entre las personas de edad más avanzada, se sigan considerando como un aspecto totalmente optativo para el mantenimiento de la salud del individuo. Estudios epidemiológicos, bacteriológicos e inmunológicos demuestran que la enfermedad periodontal o la caries pueden ser las causantes de un importante aumento de la morbi-mortalidad especialmente entre las personas de más edad.

**Palabras clave:** Estudio epidemiológico de salud oral, Gerodontología, Anciano

**Abstract:** *Introduction:* During the XXth century the dramatic epidemiological changes in Western countries have favoured the increase of the absolute number and rate of elderly people. **Patients and methods:** this is a descriptive cross-sectional oral health survey performed among 3,460 individuals of 7 Spanish Autonomous Regions, institutionalized (10%) as well as non-institutionalized (90%). **Results:** The mean age of the sample was 73.6±7 years. Dentates had on average 14.8 ±8 teeth. DMFT of the sample was 20.8±10, and 23.7±9.8 among the institutionalized patients. The last visit to the dentist had been 4 and a half years ago, 7 years in the case of the institutionalized patients. **Discussion:** It is totally unacceptable that the prevention and treatment of oral pathologies in still regarded as something optional for the maintenance of the individual health, especially among elderly patients. Epidemiological, bacteriologic, and immunological data support the contention that periodontal disease or caries are the reason for a high increase in morbidity and rates specially among elderly people.

**Key words:** Oral health survey, Gerodontology, Elderly.

## Correspondencia

Carles Subirà Pifarré  
Facultad de Odontología. UB.  
Feixa Llarga s/n. Campus de Bellvitge  
08907-L' Hospitalet de Llobregat  
(Barcelona)

Fecha recepción	Fecha última revisión	Fecha aceptación
10-8-2000	20-9-2000	6-10-2000

BIBLID [1138-123X (2000)5:6; noviembre-diciembre 597-704]

Subirà-Pifarré C, Ramón-Torrel JM y el Grupo Español de Investigación en Gerodontología. La salud bucodental de los españoles mayores de 64 años. Impacto en el estado de salud individual. RCOE 2000; 5(6): 613-620.

## Introducción

La población mundial está creciendo a un ritmo del 1,7% anual. El crecimiento de la población de 65 o más años es del 2,5% anual. La esperanza de vida mundial ha aumentado de los 48 años en 1955, a los 65 años en 1995, y las proyecciones apuntan que llegará a los 73 años en el año 2025<sup>1</sup>. Los mayores de 65 años ya superan los 800 millones de personas. Actualmente se sabe que en el mundo hay unas 100.000 personas centenarias. Se calcula que en el año 2.050 serán 2.200.000. Dos tercios de los mayores de 65 años viven en países desarrollados y la mayoría son mujeres<sup>1</sup>.

España, uno de los diez países más desarrollados del mundo, ha experimentado en los últimos decenios un aumento espectacular, tanto en proporción como en números absolutos, de la población mayor de 64 años. Actualmente, un 16,26% de la población española tiene 65 años o más<sup>2</sup>. El segmento de población igual o mayor de 75 años representa el 6,8%. La esperanza de vida también es una de las más elevadas del mundo: 74,4 en hombres y 81,6 en mujeres<sup>2</sup>. Cuando un ciudadano español llega a los 65 años de edad, si es hombre tiene una expectativa de vida de 16 años y si es mujer de 20<sup>2</sup>.

El cambio demográfico se ha producido paralelamente a una transformación profunda de la sociedad. El núcleo familiar ya no está estructurado como antaño, donde cada uno de sus miembros tenía un papel bien definido: los padres cuidaban a los hijos que, a su vez, cuidaban de los padres cuando estos ya no estaban en condiciones de trabajar. El tener hijos representaba un valor añadido para

tener una vejez «segura». Tradicionalmente alguna de las hijas tenía la responsabilidad de «cargar» con los padres ancianos hasta que estos fallecían. Hoy en día los que podrían ser padres están viviendo como hijos, de forma que la juventud se está prolongando hasta límites increíbles. El papel de la mujer también ha cambiado. Está creciendo el número de familias monoparentales, la mayoría formada por mujeres, algunas de las cuales deciden no tener hijos para poder dedicar más tiempo a su profesión, habitualmente con formación universitaria o en puestos cualificados<sup>3</sup>.

Un 16,1% de los ancianos españoles viven solos. Esta proporción es del 20% en los mayores de 74 años. En cambio, sólo un 9% aceptarían vivir en una institución en los próximos años. Actualmente sólo un 3% de los ancianos españoles viven en instituciones, aunque serían necesarias 90.000 plazas más. En España se necesitan de forma urgente más hospitales de día, centros socio-sanitarios y hospitales de media y larga estancia. A pesar de estas carencias, un 40% del presupuesto de la sanidad española se dedica a los más mayores<sup>4</sup>.

La separación histórica entre Medicina y Odontología en todo el mundo, ha condicionado que los profesionales de la salud general —médicos y enfermeras— tengan unos conocimientos ciertamente limitados en materia de salud oral. No cabe ninguna duda que la asignación de recursos para luchar contra las enfermedades sigue siendo patrimonio del profesional de la medicina. Y no es menos cierto que muy pocas veces piensan en las enfermedades bucodentales<sup>5-7</sup>. La evidencia científica sigue constatando día a día que la salud oral puede tener impor-

tantes repercusiones en la salud general de cualquier individuo, más si es un individuo mayor<sup>8-15</sup>.

En España existen numerosos estudios donde se describe la salud bucodental de los mayores de 65 años. La mayoría están centrados en regiones concretas, comunidades autónomas o población institucionalizada<sup>14-21</sup>. Sólo existe un estudio estatal en población general pero abarca la franja de edad entre 65 y 74 años<sup>22</sup>. La carencia de estudios representativos estatales sobre la salud bucodental de la población general mayor de 64 años, ha sido la principal motivación de este proyecto.

## Pacientes y método

Se diseñó un estudio descriptivo transversal representativo de la población española de 65 o más años de edad. Este estudio abarca a población institucionalizada y no institucionalizada distribuida entre las Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra y Valencia. Estas comunidades englobarían al 65% de la población española mayor de 65 años. Se han examinado, por una parte, todos aquellos individuos de ese rango de edad institucionalizados en cualquiera de los centros socio-sanitarios existentes en cada una de las comunidades autónomas participantes. Por otra, dadas las dificultades que representaría obtener un universo muestral para cada comunidad autónoma de la población diana no institucionalizada, la fuente de ancianos no institucionalizados se obtuvo a partir de las consultas médicas de asistencia primaria. El porcentaje de población de estas edades que utiliza, en algún momento y a lo

largo de un año, la asistencia primaria es muy elevado. Criterios de inclusión: individuos de 65 años o más, que acudieron por algún motivo no dental durante el tiempo del trabajo de campo a alguna de las consultas de asistencia primaria seleccionadas; estar institucionalizado en un centro socio-sanitario en el momento del estudio y como mínimo los 6 meses anteriores al estudio, y aceptar participar en el estudio. Criterios de exclusión: sufrir un grado de enfermedad neurológica que no permita la exploración adecuada por parte de los examinadores; los individuos institucionalizados, llevar menos de 6 meses en el centro; la negativa a participar por parte de las direcciones de los centros (Instituciones y centros de asistencia primaria), los familiares o los sujetos escogidos; estar residiendo menos de un año en la comunidad autónoma elegida, aunque si antes residía en una de las comunidades participantes en el estudio puede ser incluido en aquella.

El número de sujetos necesarios se ha calculado estimando una prevalencia de enfermedad bucodental del 90%, con una precisión requerida de  $\pm 1\%$ . El número de sujetos calculado fue de 3546. La técnica de muestreo de los 3546 sujetos se realizó teniendo en cuenta que un 10% serían institucionalizados y un 90% no institucionalizados, con un 60% mujeres. La muestra total fue proporcional según su distribución por comunidad autónoma (tabla 1). Y en cada una de ellas, la muestra obtenida fue, así mismo, proporcional en función al grupo de edad (65-74 a. y mayores de 74 a.) y sexo (tablas 2 y 3).

Participaron en el estudio 16 examinadores. Todos ellos fueron calibra-

Comunidad Autónoma	Porcentaje de mayores de 64 años (en relación al total muestral)	Número absoluto de ancianos	N Teórica no institu.	N Teórica Institu.	N no Institu.	Institucionalizados
Andalucía	24	878.486	776	52	725	53
Cataluña	26	937.082	842	52	829	54
Galicia	13	469.205	421	52	424	53
Madrid	17	635.190	550	52	534	69
Murcia	3	134.958	97	52	5	55
Navarra	2	84.777	65	52	65	52
Valencia	15	551.152	486	52	489	53
TOTAL		3.555.892	3237	364	3071	389
			3601		3460	
		(61,2% del total de ancianos españoles TOTAL ESPAÑA: 5.761.715)				

	EDAD	N
Hombres	73,0537 $\pm$ 6,2822	1433 (41,8%)
Mujeres	74,0110 $\pm$ 7,0694	1996 (58,2%)
Total	73,6110 $\pm$ 6,7671	3429

dos en una residencia de ancianos de Armilla (Granada), obteniéndose unos índices Kappa de promedio 0,85.

Se presentan los primeros resultados descriptivos del estudio, donde se exponen los resultados de algunas de las variables analizadas: distribución por sexo y edad, nivel educativo, económico, prevalencia de desdentados totales, número medio de dientes, índices CAOD, índices CPI y nivel de inserción, hábitos de higiene oral, necesidades de prótesis dentales y de extracciones y última visita al odontólogo.

## Resultados

El número de individuos finalmente examinados fue de 3460 (tabla 1), de los cuales un 41,6% eran hombres y un 58,4% mujeres. El rango de edad oscilaba entre los 65 y los 98 años, con una edad media de  $73,6\pm 6,8$  años (tabla 2).

El nivel educacional de los individuos de la muestra se divide de la siguiente manera: un 23% de los individuos eran analfabetos, un 65,1% habían estado menos de 8 años en la

**Tabla 3. Distribución por grupo de edad**

EDAD	N	%
65-70	1347	38,9
71-75	851	24,6
76-80	689	19,9
> 80	542	15,7
Total	3460	100,0

**Tabla 4. Nivel de escolarización de los ancianos de la muestra**

	N	%
Analfabeto y sin estudios	797	23
Básica	2254	65,1
Bachiller	156	4,5
Formación profesional	139	4,0
Diplomados y licenciados	90	2,6
Sin datos	24	0,7
Total	3460	100,0

escuela, un 8,5% tenían estudios medios (entre 8 y 12 años de educación) y el 2,6% eran diplomados o licenciados (tabla 4). En cuanto al nivel socioeconómico, un 23% de los ancianos encuestados tenían una pensión inferior a las 40.000 Ptas. mes, un 52,5% entre 40.000 y 80.000, y un 26,4% superior a 80.000 Ptas. mes. Un 27% declararon vivir completamente solos.

Con relación a la salud bucodental, un 31,4% eran desdentados totales. El promedio de dientes presentes entre los pacientes dentados fue de  $14,8 \pm 8,3$ . El CAOD global de la muestra fue de  $20,8 \pm 0,4$ . En dentados fue de  $17,5 \pm 8,8$  (tabla 5). En ambos casos el valor más elevado fue de la variable ausencias (A):  $19 \pm 11$  en toda la muestra y  $15 \pm 9$  en dentados. Tanto la presencia de caries activas como obturaciones fue mucho más baja: 1,5 y 0,2 respectivamente, y 2,2 y 0,3 en individuos dentados. La experiencia de caries radicu-

lares también fue baja: 0,7 de media en toda la muestra.

A nivel periodontal, la condición más prevalente, después de los sextantes anulados (59%), fue la presencia de cálculo (17,3%) y la menos las bolsas superiores a 5 mm (0,88%). En cuanto a pérdida de inserción, la condición más prevalente fue la de 1 a 3 mm (18,3%), seguida de la pérdida entre 4 y 5 mm (14,4%). La menos prevalente fue la superior a 12 mm (0,14%) (tabla 6).

En el cuestionario, se preguntó sobre los hábitos de higiene oral. Aproximadamente el 50% de los pacientes declararon no cepillarse los dientes nunca, mientras que el otro 50% declararon hacerlo al menos una vez al día. Un 32,7% usaban enjuagues diariamente. Tanto si declaraban cepillarse los dientes diariamente como si no, la proporción de pacientes que declaraban enjuagarse diariamente era aproximadamente un tercio. Un

90% se enjuagaban con hexetidina 0,1% como principio activo.

La mitad de las personas examinadas no necesitaban ningún tipo de tratamiento protético restaurador en el maxilar superior ni en el inferior. En maxilar superior, un 3,5% tenían un espacio sin diente; un 20% alternaban espacios sin varios dientes con espacios carentes de un diente; un 8% necesitaban una prótesis completa superior y un 14% necesitaban reparar la prótesis removible que llevaban. En mandíbula, un 5% presentaban un espacio sin diente; un 24% alternaban espacios sin varios dientes con espacios carentes de un diente; el 8% necesitaban una prótesis completa; el 16% necesitaban reparar la prótesis que llevaban (tabla 7).

Con relación a las necesidades de extracciones, los individuos de esta muestra necesitaban un promedio de 0,84 extracciones cada uno. En los pacientes institucionalizados el número de extracciones aumentaba a 1,4 por individuo.

Preguntados cuándo fue la última vez que habían acudido al dentista, la media fue de 4 años y 4 meses. En pacientes institucionalizados esta media aumentaba a 7 años.

## Discusión

El mundo en el que vivimos es un mundo que envejece. Nunca en la historia de la humanidad se habían conseguido los niveles de esperanza de vida actuales. Esto ha sido posible gracias a las mejoras socio-económicas de las condiciones de vida, al progreso de la medicina moderna y a la influencia ejercida por el cambio de estilo de vida. Científicos de todas las

disciplinas y facultades están investigando la influencia del bienestar psico-social en la longevidad. ¿Qué se puede hacer para asegurar un envejecimiento con éxito?. ¿Qué se puede hacer para conseguir una calidad de vida adecuada y con salud en la edad más avanzada de cualquier individuo?. ¿Qué se puede hacer para prevenir la enfermedad y la dependencia durante la vejez?. El 79% de los hombres mayores de 84 años y el 72% de las mujeres son independientes para poder llevar a cabo solos las actividades de la vida diaria. Esto significa que envejecer no necesariamente implica volverse frágil y dependiente. En cambio, sí que parece que envejecer en España significa perder la salud bucodental.

Hoy en día en España el 80% de las familias actúan como cuidadoras de sus familiares ancianos frágiles. Esta situación debe cambiar en un futuro próximo. Los cuidados dispensados por los hijos, sobrinos y parientes cercanos tienen sus limitaciones: aparecen conflictos, especialmente entre el marido y la mujer responsables del anciano; el cuidado de los ancianos suele ser responsabilidad de las hijas, pero a menudo estas hijas ya son abuelas lo que implica una aversión a todo lo que significa geroprofilaxis, es decir, la preparación para la propia vejez; en toda Europa está aumentando el número de ancianos que no tienen hijos, lo que dificultará cada vez más el cuidado de estos en el seno familiar; la situación laboral de muchas mujeres no les permite llevar la responsabilidad (o la carga) de cuidar a un pariente anciano dependiente; muchos ancianos tampoco aceptan el hecho de estar en hogares donde existen tres generaciones convi-

	CAOD	C	A	O
Total	20,76±10,4	1,5±3	19±11	0,2±0,6
Dentados	17,5±8	2,2±3	15±9	0,3±0,6

CPI	0	1 (sangrado)	2 (cálculo)	3 (4-5 mm)	4 (>6 mm)	No recogido	Anulado	Total
%	7,5	6,5	17,3	8,02	0,89	0,51	59,2	100
Pérdida de inserción	1-3 mm	4-5 mm	6-8 mm	9-11 mm	>12 mm	No recogido	Anulado	Total
%	18,31	14,43	5,71	0,99	0,14	1,22	59,2	100

	Maxilar superior	Mandíbula
No necesita	1786 (51,6%)	1539 (44,5%)
Un diente	121 (3,5%)	162 (5%)
Varios dientes	793 (23%)	910 (26,3%)
Completa	277 (8%)	275 (8%)
Reparar	476 (14%)	560 (16%)
No valorable	7 (0,2%)	12 (0,4%)
Total	3460 (100%)	3460 (100%)

viendo; el índice de divorcios en Europa aumenta día a día y una mujer divorciada no debería soportar la responsabilidad de tener que cuidar a una ex - suegra; según diversos estudios, en España el 84% de los ancianos potencialmente dependientes manifiestan que preferirían vivir en una residencia geriátrica recibiendo un tratamiento médico adecuado que en el propio domicilio desatendidos o mal atendidos<sup>44</sup>. A medida que la sociedad evolucione, es posible que se desarrollen estrategias destinadas a prolongar al máximo la independencia del individuo de edad avanzada, adaptadas a las características específicas personales, demográficas, regionales

y ecológicas (situación de su hogar habitual, equipamiento del mismo, ambiente rural o urbano, transporte, etc.).

Los ancianos españoles son un grupo muy heterogéneo, dependiendo de la región y el núcleo residencial en el que viven, pero la problemática con relación al nivel de salud oral es muy homogénea y relevante.

Los odonto-estomatólogos de los países más avanzados están de acuerdo en que la visita regular al odontólogo debe ser imperativa en cualquier persona de edad avanzada. En España no es una prioridad. Este simple hecho, si fuera asociado con unos parámetros de salud bucodental

correctos, no tendría más importancia. Pero vistos los resultados del presente trabajo, es necesario que la comunidad odontológica se replantee su política de prioridades de forma urgente. Conocemos algunas de las limitaciones que alejan al anciano del tratamiento odontológico: barreras de tipo económico, de transporte para aquellos que viven solos, o de dependencia para los que necesitan de alguien para moverse<sup>41</sup>. Las soluciones no siempre deben pasar por la mejora estricta de estas limitaciones. A menudo es necesario desarrollar respuestas imaginativas que permitan superar problemas como el económico (por ejemplo financiación total o parcial por parte de instituciones, campañas dirigidas desde fundaciones, préstamos sin interés o asumido por los profesionales, etc.). Otras pasarían por la creación de centros de salud dental adaptados a los problemas de acceso de este grupo de población: plantas bajas con entradas amplias (para sillas de ruedas), rampas, barandillas, suelos antideslizantes, etc.

Se puede considerar que las características generales de los ancianos analizados en este estudio pueden ser, en su mayoría, perfectamente extrapolables a las de la población española de edad similar. Estos primeros resultados muestran una población con unas características socioculturales muy particulares. De entrada llama la atención que un 23% de los individuos se autocalifiquen de analfabetos. Según el Instituto Nacional de Estadística, en España en el año 1991 sólo un 10,7% de los mayores de 64 años eran realmente analfabetos, aunque un 45,8% no tenían estudios. Es decir, posiblemente en nuestra muestra el porcentaje real de analfa-

betos sea más bajo, y muchos de los calificados como analfabetos sean personas sin estudios. En el mismo año. Por debajo de los 35 años el porcentaje de analfabetos era inferior al 1%; entre los 35 y los 55 era inferior al 3%. Es decir, es de esperar que las inmediatas cohortes de personas mayores tengan un nivel sociocultural completamente distinto a las actuales<sup>2</sup>. Paralelamente, sólo el 2,6% tenían estudios superiores, cuando en la población activa del mismo año eran el 13,4%<sup>2</sup>.

Las pensiones declaradas por los encuestados no fueron mucho mayores: se puede afirmar que un 23% de los pacientes de la muestra estaban rayando la pobreza. Un 52,5% vivían con estrecheces. Esta podría ser una de las causas directas del mal estado de salud oral ya que la barrera económica a menudo es un factor disuasorio. De hecho, la única odontología por la que muchos de ellos optan es la pública, cuyas prestaciones son realmente limitadas y basadas, hasta hace muy poco, en la extracción dental. Este tipo de odontología sería una de las causas del elevado valor de la variable A (ausencias) del CAOD en este grupo de población. El valor O (obtención) es muy bajo, lo que indicaría que pocos dientes han recibido tratamiento restaurador, o si lo han hecho ya no están en boca. Estos valores son comunes a los de otros estudios realizados en España<sup>14-22</sup>.

La salud periodontal es similar a la de otros estudios realizados en personas mayores. Según estos datos, la evolución de la enfermedad periodontal en la mayoría de ellos ha seguido el patrón ya descrito por Baelum y cols.<sup>23</sup>, con pocos individuos con una grave afectación y la mayoría con pro-

blemas periodontales moderados. Los hábitos de higiene oral declarados se corresponden a la elevada prevalencia de patología asociada a los mismos. Destaca el elevado porcentaje de individuos que emplean sistemáticamente enjuagues antisépticos en soluciones hidroalcohólicas, muchos de ellos como única medida de higiene oral y no como complemento. Es necesario implementar todas aquellas medidas destinadas a promocionar la importancia del cepillado dental, como la principal actuación para asegurar una salud oral correcta.

En este estudio sigue llamando la atención que, a pesar del bajo número medio de dientes en boca, sería necesario realizar una extracción dental en cada individuo de media. Esto indica que a pesar de que el tratamiento recibido ha estado basado en la extracción dental, esta cohorte sigue sin preocuparse de restaurar su salud bucodental y sigue acumulando patología.

Actualmente ya hay una clara evidencia científica de la relación existente entre la enfermedad periodontal como factor de riesgo en la aterosclerosis y la enfermedad vascular cardíaca y cerebral. Se sabe que la periodontitis dificulta el control de la glicemia en los diabéticos y, viceversa, un mal control de la glicemia favorece la evolución tórpida de la periodontitis. Las bacterias orales pueden causar infecciones metastásicas graves en pacientes de alto riesgo en el corazón, los pulmones, la pleura, el hígado, el cerebro y/o las articulaciones. Existe una importante evidencia científica de que los individuos afectados por enfermedad periodontal entre moderada y severa tienen más riesgo de sufrir artritis reumatoide y viceversa.

La pérdida dental se ha relacionado con la disminución del ingreso de nutrientes esenciales, con las dietas monótonas y con la disminución del autoestima<sup>7-13</sup>. En definitiva, ya se sabe que el estado de salud bucodental es determinante para promocionar y mantener un envejecimiento con buena calidad de vida.

## Conclusiones

A pesar de la evidencia existente sobre la importancia de una correcta salud bucodental entre las personas de mayor edad, los españoles mayores de 64 años siguen presentado unos parámetros muy alterados, con grandes necesidades de tratamiento

acumuladas a lo largo de la vida. Es necesario iniciar actuaciones urgentes destinadas a mejorar la salud oral de nuestros ancianos y prevenir la de las cohortes que pronto van a engrosar este grupo de población, considerando dichas actuaciones medidas sanitarias necesarias para mejorar la salud general de la población anciana.

## Agradecimientos

### \*\*\*Grupo Español de Investigación en Gerodontología

**Investigador principal:** Carles Subirà Pifarré. Prof. Titular de Gerodontología. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

**Coordinador de análisis:** Josep M. Ramón Torrell. Prof. Titular de Epidemiología. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.

### Coordinadores por Comunidad Autónoma:

**Andalucía:** Pilar Junco Pérez. Prof. Asociada de Odontología Preventiva. Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

Eugenio Velasco Ortega. Prof. Titular de Odontología Integrada de Adultos. Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla.

**Galicia:** Andrés Blanco Carrión. Prof. Titular de Medicina Oral. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Santiago de Compostela.

**Madrid:** Ángel González Sanz. Prof. Titular de Odontología Preventiva. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid.

**Murcia:** Pía López Jorret. Prof. Titular de Medicina Oral. Facultad de Odontología. Universidad de Murcia.

**Navarra:** Fco. Javier Cortés y Martiñorena. Presidente de SESPO.

**Valencia:** José M. Almerich Silla. Prof.

Titular de Odontología Preventiva. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia.

José Carmelo Ortola Siscar. Prof. Asociado de Odontología Preventiva. Facultad de Odontología. Universidad de Valencia.

### Investigadores:

Dr. Juan Algar

Dra. M<sup>a</sup> Angeles Asenjo

Prof. Dra. Pilar Baca

Prof. Dr. Manuel Bravo Pérez

Dra. M<sup>a</sup> del Carmen Bravo Ruiz

Dra. Sonia Burgell

Dra. Meritxell Calatayud

Dra. Angels Calvet

Dr. Manuel Carot

Dr. Ricardo Cejudo

Dr. Daniel Cruz

Prof. Dr. José J. Echeverría

Prof. Leopoldo Forner

Dr. Carlos Gil González

Dr. Fco. Javier Gil González

Dr. Antonio Gil Montoya

Dra. Pilar Iribarren

Dr. Jacobo López

Dra. M<sup>a</sup> Carmen Llena

Prof. Dr. Juan C. Llodra

Dr. Pablo Madriñán

Dra. Carolina Manau

Dr. Juan A. Márquez

Dra. Isabel Martínez Lizán

Dra. Cristina Nevot

Dr. M<sup>a</sup> José L. Precioso

Dr. Andreu Puigdollers

Dra. Rosa Ma. Ramon

Dra. Mireia Vila

## Bibliografía recomendada

Para profundizar en la lectura de este tema, el/los autor/es considera/an interesantes los artículos que aparecen señalados del siguiente modo: \*de interés \*\*de especial interés.

1. Shepherdstown Report on Rural Aging: The Results of the Expert Group Meeting. West Virginia University Center on Aging. May 22-5, 1999.
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyecciones actuales. 1998. En: <http://www.ieg.csic.es>.
3. Cabré A. ¿Cómo somos los españoles?. El País Semanal 1224, 12 de marzo de 2000: 14-22.
- 4\*\*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Leir U: Longevity - A challenge for the individual and the society. En: [www.segg.org/Leir1.htm](http://www.segg.org/Leir1.htm). 2000.

Página web muy recomendable para todos aquellos odontoestomatólogos interesados en temas generales de tercera edad de España. El artículo en

cuestión representa una puesta al día sobre el aumento de la esperanza de vida en Europa.

5. Adams R. Qualified nurses lack adequate knowledge related to oral health, resulting in inadequate oral care of patients on medical wards. J Adv Nurs 1996; 24(3): 552-60.
6. Krasse B. It is time for physicians to consider the mouth as part of the body. Lakartidningen 1999 Feb 24; 96(8): 861-3.
- 7\*. Jones TV, Siegel MJ, Schneider JR. Recognition and management of oral health problems in older adults by physicians: a pilot study. J Am Board Fam Pract 1998; 11(6): 474-7.

Interesante publicación en la que se resalta la falta de formación odontológica por parte de los

médicos americanos dedicados a la atención de personas mayores. Resaltaríamos las recomendaciones en materia de formación.

8. Guivante-Nabet C, Berenholc C, Berdal A. Caries activity and associated risk factors in elderly hospitalised population—15-months follow-up in French institutions. Gerodontology 1999; 16(1): 47-58.
9. Holmes S. Promoting oral health in institutionalized older adults: a nursing perspective. J R Soc Health 1998 Jun; 118(3): 167-72.
10. Knecht MC, Syrjala AM, Knuutila ML. Attributions to dental and diabetes health outcomes. J Clin Periodontol. 2000 Mar; 27(3): 205-11.
11. Berger AM, Eilers J. Factors influencing oral