



UNIVERSIDAD FINIS TERRAE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**FALENCIAS EN LA ODONTOGERIATRÍA ACTUAL.
REVISIÓN DE LA LITERATURA**

CARLOS ALBERTO FARCUH ABBOTT
NICOLÁS ALEXANDRÉ GRASSET ESCOBAR

Tesis presentada a la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae,
para optar al grado de Licenciado en Odontología.

Título Profesional: Cirujano Dentista.

Profesor Guía: Dr. Julio Huerta Fernández

Santiago, Chile

2017

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a nuestras familias por el apoyo incondicional y la confianza entregada a lo largo de nuestra carrera.

A nuestro docente guía, Dr. Julio Huerta por su paciencia, motivación y por toda la ayuda incondicional otorgada en todo el transcurso de la realización de este proyecto.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	ii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
ÍNDICE DE FIGURAS	iv
RESUMEN	v
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS.....	3
Objetivo General:.....	3
Objetivos Específicos:	3
MATERIAL Y MÉTODO	4
Estrategia de búsqueda.....	5
Selección de artículos	5
MARCO TEÓRICO	6
CAPÍTULO 1. Odontogeriatría	6
1.1 Definición: Odontogeriatría	6
1.2 Historia de la Odontogeriatría	6
CAPÍTULO 2. Situación Demográfica	8
2.1 Situación demográfica a nivel mundial.....	8
2.2 Situación Demográfica Chile.....	8
CAPITULO 3. ENVEJECIMIENTO.....	10
3.1 Proceso de Envejecimiento.....	10
3.2 Repercusiones del envejecimiento en la cavidad oral	10
CAPÍTULO 4. ADULTOS MAYOR	12
4.1 Situación de los adultos mayores en Chile	12
4.2	14
Consideraciones en la atención de pacientes Odontogeriatricos	14
CAPÍTULO 5. ACTUALIDAD NACIONAL	17
5.1 Sistema de salud público chileno.....	17
5.2 Barreras actuales para lograr un acceso eficiente de salud oral	19
5.3 Razones que podrían explicar la baja cobertura	20
5.4 Realidad de las listas de espera en atención Odontológica	21
5.5 Educación en Odontogeriatría nacional.....	22
CAPÍTULO 6. ACTUALIDAD INTERNACIONAL.....	24
6.1 Actualidad Odontogeriatrica en Brasil.....	24

6.2	Actualidad Odontogeriatrica en Austria, Suiza y Alemania.	26
6.3	Actualidad Odontogeriatrica en Inglaterra y Gales.....	27
6.4	OMS y su visión mundial de la Odontogeriatría.	33
	DISCUSIÓN	37
	CONCLUSIÓN	40
	BIBLIOGRAFÍA	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Distribución de tópicos referentes a Odontogeriatría en pregrado.....	27
Figura 2.	Porcentaje de personas entre 65 y 74 años que tiene algún problema bucal, naciones de la OMS.	37

RESUMEN

Gracias a los avances en medicina, el aumento en la expectativa de vida y el crecimiento progresivo demográfico a nivel mundial se ha generado un aumento en el grupo etario del adulto mayor, el que considera a las personas sobre los 65 años de edad. Por esta razón, es necesario un envejecimiento activo generando oportunidades de salud que permita mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, los cuales en unos años más aumentaran de forma considerable ocupando un gran porcentaje de la población. Este escenario también se vive en la Odontología actual, ya que existe la necesidad de dar un énfasis en el adulto mayor, brindando un servicio íntegro sobre su salud oral, tanto en odontogeriatría como en odontología general, los que a su vez deben contar con las herramientas suficientes para saciar estas necesidades. En este contexto, se debe evidenciar las posibles falencias que existen tanto a nivel nacional como internacional en cuanto a los servicios de salud pública en donde las políticas públicas aplicadas no son las adecuadas, dejando de lado a los adultos mayores y otorgando prioridad casi exclusivamente a niños. No obstante, es necesario rescatar aquello positivo de ciertos países en cuanto a sus sistemas de salud y políticas públicas, ya que de esta forma estas medidas pueden ser replicadas en nuestro país y así, podremos estar preparados para cubrir las necesidades de una población futura con un gran número de adultos mayores.

INTRODUCCIÓN

Hace décadas, se observa a nivel mundial una tendencia constante al incremento progresivo de la población de adultos mayores de 60 años, lo que trae como consecuencia un incremento considerable en el número de adultos mayores que requieren atención odontológica. ^(1,2,3,4,5)

En el área de la salud, Chile dispone para la comunidad distintos programas de salud oral, los que están destinados a adolescentes, niños y adultos mayores ⁽⁶⁾, pero desafortunadamente en su gran mayoría éstos están asignados exclusivamente para el beneficio de niños y adolescentes, dejando de lado a los adultos mayores. ^(1,6,7) Actualmente la cobertura odontológica para la población mayor abarca solo atenciones de urgencia ambulatoria y atención integral odontológica exclusivamente para quienes tienen 60 años, dejando sin cobertura a los mayores de 60 años y a las personas con grados mayores de dependencia que les impide trasladarse a los lugares de atención ambulatoria. ^(1, 2,7,8)

En Chile, en el año 2015 la población de 60 años o más era de 2.679.910 personas lo cual correspondía a un 17% de la población nacional ⁽⁹⁾, se estima que en el año 2020 la población de adultos mayores sea de un total de 3.271.990 personas ^(4,9,10)

Datos del Ministerio de Salud (Minsal) del año 2014 informan que los ingresos a tratamiento de odontología general en establecimientos de atención primaria en salud en todo Chile fueron de 27.556 adultos de 60 años y de 28.435 en adultos mayores de 65 años o más. Lo que significa que solo un porcentaje menor de la población logro ser atendida. ⁽⁹⁾

Según el informe de Lista de espera por especialidad realizado por el Minsal, en todo Chile se registraron 367.907 personas en lista de espera por atención odontológica hasta el 31 de enero año 2016. ⁽¹¹⁾ Dentro de las especialidades odontológicas, las consultas por Rehabilitación de Prótesis Removible son las que lideran la lista con un total de 87.193 personas.

El aumento de la expectativa de vida con un incremento importante de la proporción de adultos mayores y la necesidad de cobertura odontológica actual hará que se incrementen de forma progresiva las desigualdades entre los distintos grupos etarios ⁽⁶⁾. Se requiere implementar estrategias que permitan mantener su calidad de vida. Los sistemas de salud deben responder en forma urgente a estos cambios epidemiológicos. ^(12,13)

OBJETIVOS

Objetivo General:

El propósito de este estudio será identificar, analizar e interpretar el cuerpo de conocimientos disponibles sobre el acceso y la atención odontológica para pacientes geriátricos.

Objetivos Específicos:

1. Resumir la información científica significativa existente respecto de los índices de morbilidad en Odontogeriatría.
2. Identificar los aspectos relevantes conocidos, los desconocidos y los controvertidos en el área de la Odontogeriatría.
3. Usar la revisión de la bibliografía para explicar, apoyar y ampliar la teoría generada en los estudios de investigación al respecto.
4. Mencionar las estrategias necesarias en el odontólogo para un tratamiento con enfoque Odontogeriatrico.

MATERIAL Y MÉTODO

a) Diseño del estudio:

Este trabajo corresponde a una revisión bibliográfica de tipo literaria

b) Universo y muestra:

Universo: Estará representado por el número total de publicaciones encontradas en la literatura científica por medio de los descriptores elegidos.

Muestra del estudio: Corresponderá a los trabajos que cumplan con los criterios de Elegibilidad.

Criterios de inclusión

- Estudios que aborden temas sobre el acceso y la atención odontológica para pacientes geriátricos desde el año 2000 en adelante.
- Artículos publicados en español y/o inglés.

Criterios de exclusión

- Estudios procedentes de publicaciones sin comité editorial.
- Publicaciones con información incongruente.

Estrategia de búsqueda

Se realizará la búsqueda de todos los títulos que obedecen a los límites activados y se verificará que las revistas tengan un comité de revisores que evaluarán la validez y confiabilidad de los estudios.

La búsqueda de artículos se realizará en PubMed, EBSCO, Medline y Scielo utilizando los siguientes términos MESH: Adulto mayor, Gerontología, Geriatria, Actualización Odontogeriatría, elderly patients actuality, updating in odontogeriatric, geriatrics, gerontology.

Los artículos evaluados corresponden a aquellos publicados en inglés a partir del año 2000 hasta hoy.

Selección de artículos

Se realizará una selección de acuerdo al título y resumen de cada artículo relacionado con el tema, en la que participarán los tutores y alumnos.

De cada artículo seleccionado, se extraerán los siguientes datos: autor; año; país (lugar de estudio) y el tipo de diseño del estudio. Además, se obtendrá la información acerca de las falencias en Odontogeriatría. Cualquier desacuerdo respecto de la inclusión de un artículo será resuelto mediante una discusión.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. Odontogeriatría

1.1 Definición: Odontogeriatría

La Odontogeriatría es la rama de la Odontología que, en unión con la Gerontología y la Geriatría, se dedica a la salud bucal de las personas adultas mayores. Los principales padecimientos que se atienden son la gingivitis, caries, pérdida de piezas, movilidad siempre desde el punto de vista biológico, social, psicológico y espiritual. Lamentablemente dado su deterioro fisiológico o mediado por factores extrínsecos, los pacientes suelen tener una o más enfermedades crónicas asociadas que implican un deterioro físico o mental debilitantes, con problemas asociados psicosociales y/o derivados de terapias médicas. ^(1,14,15)

Mientras aumenta la expectativa de vida, los adultos mayores no tienen el cuidado para la mantención de sus piezas dentales, por lo que es relevante que cuenten con la atención de un odontogeriatra en coordinación con el médico general, el gerontólogo y un psicólogo, para así lograr un enfoque multidisciplinario que pueda enseñar al paciente a que asimile y asuma la situación que guarda su estado de salud bucal, ya que muchas veces genera un impacto que puede deteriorar aún más su salud. ^(1, 14,15)

El cuidado de los dientes y cavidad bucal es una prioridad, sin importar cuál sea su edad. Para evitar graves problemas dentales, Un buen dentista geriátrico puede ser necesario a medida que se envejece para evitar graves problemas dentales, por lo que es conveniente que el paciente asuma un cuidado minucioso, continuo y periódico ^(14,15)

1.2 Historia de la Odontogeriatría

La Odontogeriatría comienza en Estados Unidos en los años sesenta del siglo pasado, fomentada por odontólogos con un interés en la salud bucodental del adulto mayor bajo un enfoque geriátrico, lo cual dio origen a la Sociedad American

De Odontología Geriátrica (American Society For Geriatric Dentistry), donde su crecimiento más evidente fue de 1966 a 1979, periodo en el que se publicó la revista internacional Journal Of The American Society For Geriatric Dentistry. Sin embargo, a partir de 1979 la revista dejó de publicarse con dicho nombre, debido a la fusión de la Sociedad Americana De Odontología Geriátrica con la Asociación Americana De Dentistas De Hospital (American Association Of Hospital Dentists), con la Academia De Odontología para personas con discapacidades (Academy Of Dentistry For Persons With Disabilities) y con La Asociación Odontológica De Cuidados Especiales (Special Care Dentistry Association). Desde ahí que actualmente las cuatro asociaciones publican conjuntamente la revista internacional Special Care In Dentistry. ^(14,15,16)

La Asociación de Cuidado Especial de Odontología sirve como un recurso para todos los profesionales de la salud oral que sirven o están interesados en atender a los pacientes con necesidades especiales a través de la educación y la creación de redes para aumentar el acceso a la salud oral para pacientes con necesidades especiales. ⁽¹⁷⁾

CAPÍTULO 2. Situación Demográfica

2.1 Situación demográfica a nivel mundial

Hace décadas, se observa a nivel mundial una tendencia constante al incremento de la expectativa de vida al nacer y un incremento progresivo de la población de 60 o más años. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2002 existían en el mundo 600 millones de personas mayores de esa edad, cifra que se duplicaría en el año 2025 y para el 2050 podrían llegar a los 2 billones de personas, la mayoría de ellos viviendo en países en desarrollo. ^(1,3)

Datos extraídos de los censos poblacionales muestran que en Chile también se está viviendo este proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento: en 100 años la población total así como los menores de 60 años, aumentaron casi 5 veces; mientras que los mayores de 60 años crecieron en 7,5 veces y se estima que hacia el 2034 la cantidad de adultos mayores se igualará a los menores de 15 años ⁽¹⁾ Esto puede indicar un mejoramiento en muchos aspectos, sin embargo, es importante considerar qué se está haciendo para que este aumento en la expectativa de vida sea coherente con un aumento en su calidad, lo que se relaciona con los recursos intelectuales, sociales, biológicos y materiales acumulados durante el ciclo vital. ^(1,2)

2.2 Situación Demográfica Chile

Entre los años 1920 y 1940, en Chile, los adultos mayores no superaban el 3,5% del total de la población. En esta década alcanza a un 10% con un número de 1.300.000 personas de 60 años de edad o más proyectándose un 16% para el año 2025 con una población superior a los 3.000.000. ⁽⁴⁾

Por esta razón, Chile dejó de ser un país en transición demográfica pasando a tener una población envejecida, entre quienes distinguimos: adultos mayores entre 60 y 70 años de edad, generalmente jubilados, sanos, los cuales corresponden a más de 1/3 de nuestros adultos mayores, y los “ancianos de más de 80 años, la

mayoría de los cuales requieren servicios médicos asistenciales, quienes representan sólo un 16% de la población mayor. ⁽⁴⁾

El incremento en la población de la tercera edad tiene implicancias sociales y demográficas importantes; por tal motivo, las sociedades actuales deben preocuparse por alcanzar entre sus metas una vejez saludable y un envejecimiento activo. ⁽¹⁵⁾

CAPITULO 3. ENVEJECIMIENTO

3.1 Proceso de Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso natural, universal, irreversible y de duración variable, es homogéneo para cada especie, en el cual influyen una serie factores que pueden ser externos (ambientales) o propios del individuo (genético). ^(18,19) Este proceso consiste en un progresivo incremento de la vulnerabilidad y la disminución de la viabilidad del organismo. ^(18,19)

El envejecimiento es un proceso dinámico de modificaciones morfológicas, funcionales, psicológicas y bioquímicas. Envejecer no es lo mismo que enfermarse, en el camino hacia el envejecimiento se van produciendo cambios en los órganos y sistemas, el individuo se encuentra más susceptible a contraer enfermedades a medida que transcurre el tiempo, por lo que es muy importante tener un control y prevenir enfermedades en los adultos mayores. ⁽¹⁹⁾

Este proceso comienza en la edad adulta, pero se hace evidente después de la sexta década de la vida, por su mayor grado de compromiso orgánico y psíquico. ⁽¹⁹⁾ Puede afectar al individuo a nivel de tejidos, órganos, sistemas e incluso su autoestima y sus relaciones personales y afectivas. ⁽¹⁹⁾

3.2 Repercusiones del envejecimiento en la cavidad oral

A nivel de la cavidad oral también se pueden apreciar distintos cambios a medida que transcurre el tiempo, en los tejidos de revestimiento se produce un adelgazamiento, deshidratación, reducción de vascularización y cantidad de tejido adiposo de la mucosa oral, que se traduce en una pérdida de resistencia y elasticidad. ⁽¹⁾

Los tejidos dentarios y paradentarios también sufren modificaciones en el tiempo, en el esmalte se puede observar desgastes naturales (atriciones), fracturas y caries, el cemento dentario aumenta su grosor especialmente en su extremo

apical, el complejo pulpodentario presenta reducción del volumen de la cámara pulpar, calcificaciones pulpares. ⁽¹⁾

La salud bucal de los adultos mayores se encuentra mucho más dañada y con mayor susceptibilidad a sufrir enfermedades ya que durante el transcurso de su vida no recibieron las medidas preventivas necesarias o tratamientos adecuados y oportunos en el momento que los necesitaban. ^(1,3) A consecuencia de esto, la mayoría ha quedado con diferentes secuelas como por ejemplo: caries (cervicales predominantemente), enfermedad gingival y periodontal, otros casos infecciones en la mucosa bucal y cáncer bucal. ^(1,3)

CAPÍTULO 4. ADULTOS MAYOR

4.1 Situación de los adultos mayores en Chile

En el proceso de transición al envejecimiento, Chile aumentaría su Índice de Dependencia Demográfica (IDD) de 57,2% en el 2005 a 60% en el 2020. Esto quiere decir que por cada cien personas potencialmente activas habría 60 dependientes (menores de 15 y 60 años o más). ⁽²⁾

La Araucanía (62,3%) y Coquimbo (61%) fueron las regiones con mayor índice de dependencia demográfica en el 2005. Esto se espera que aumente el 2020, en la Araucanía con (64,1%) y Coquimbo con (63,3%). ⁽²⁾

Por el contrario, las regiones que presentan un menor índice de dependencia demográfica son Antofagasta con un 54,3% en 2005, se espera 55,4% en el 2020 y Magallanes con un 52,6% el 2005 y se espera un 56,6% en el 2020 ⁽²⁾

En Chile desde el año 1992 se encuentra un incremento porcentual constante de hombres y mujeres, concentrándose de mayor forma en la población femenina, debido a una menor mortalidad lo que resulta en una mayor esperanza de vida en relación a los hombres fenómeno llamado feminización de la vejez ⁽²⁾

Según el Censo del 2002, las personas de 60 años o más representaban el 11,24% de la población, las cuales se encontraban en condiciones desfavorables a nivel educacional, seguridad social y participación económica ⁽⁷⁾. Un mayor número de esta población aumenta la prevalencia de discapacidades y limitaciones funcionales y cognitivas lo cual afecta la independencia y la rutina diaria del adulto mayor. ⁽⁷⁾

En relación al estado de salud de los adultos mayores, tienen una alta prevalencia de enfermedades crónicas las cuales están asociadas a desigualdades en relación a género y nivel educacional ⁽⁷⁾. La encuesta sobre “Vejez y calidad de vida” del año 2007 revelo que el 62% de los adultos mayores tiene una mala percepción de

su salud oral. Las mujeres tienen una peor percepción que los hombres, las cuales presentan un menor nivel educacional ⁽⁷⁾

Las caries dentales y la enfermedad periodontal son parte de un proceso crónico que avanza con el tiempo, sus manifestaciones y consecuencias se acumulan con la edad. Según la primera Encuesta Nacional de Salud, un 44,7% de los adultos mayores de 65 años o más tiene una caries o más, un 33% ha perdido todos sus dientes y un 29,1% expresa que siempre o casi siempre sufre de incomodidad con sus dientes o prótesis si es que es usuario ⁽⁷⁾. Las tres condiciones nombradas fueron las más frecuentes en los niveles socioeconómicos más bajos ⁽⁷⁾. Un nivel socioeconómico deficiente también influye en las visitas preventivas al odontólogo, donde fue de un 8.7% en las clases más pobres y en las clases altas correspondió a un 33,8% ⁽⁷⁾

La primera Encuesta Nacional de Salud también arrojó los siguientes resultados en cuanto a la salud oral de los adultos de 65 años o más: ⁽¹²⁾

- La tercera parte de esta población era desdentada total
- Menos del 1% de la población de esta edad tenía todos sus dientes
- El grupo de desdentados parciales el promedio de dientes remanentes fue de 7, de los cuales 1,72 estaba cavitado por caries, en donde las mujeres tenían un mayor daño que los hombres.
- De la población total de 65 años, el 37,1% usaba prótesis en ambos maxilares, el 25,3% usaba solo en el maxilar superior y solo un 0.8% usaba prótesis en el maxilar inferior.

Una pobre salud oral y una discapacidad oral por la pérdida de piezas dentarias tienen un impacto significativo en los adultos mayores, afectando su calidad de vida y su salud en general, ya que comúnmente se suman a otros factores de riesgo y enfermedades de base acumuladas en el transcurso de sus vidas. ⁽²⁰⁾

Estudios demuestran que existe relación de la salud oral con la dieta y nutrición de los adultos mayores, los desdentados evitan alimentos duros como frutas y

prefieren alimentos blandos generalmente ricos en grasas saturadas y altos en colesterol. Como consecuencia aumentan las probabilidades de generar alguna enfermedad como diabetes, resistencia a la insulina y enfermedades cardiovasculares. También puede afectar el autoestima y bienestar psicosocial de la persona al ser desdentando y no poder relacionarse de manera adecuada con el resto de la gente, llevándolas a aislarse ⁽²⁰⁾

Se realizó un estudio en Santiago de Chile en el año 2009 sobre la prevalencia de caries y pérdida de dientes en población de 65 a 74 años de Santiago. Se tomó una muestra de 109 personas (74 mujeres y 35 hombres), y reveló que el 100% de las personas examinadas presentaban historia de caries. El 45,9% de las personas que conformaban la muestra tenían lesiones de caries cavitadas no tratadas, el COPD promedio fue de 24,9, este índice se vio muy influenciado por la pérdida de piezas dentarias siendo el promedio de piezas perdidas de un 20,52 (los hombres pierden significativamente más dientes que las mujeres) El 38,5% de los sujetos usaban prótesis removible y 15 personas (13,76%) eran edéntulas. ⁽²¹⁾

Respecto al índice COPD se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, en donde los hombres se veían más perjudicados. Esto se puede deber a las políticas de salud que por varias décadas han privilegiado a la atención de la mujer embarazada y la población infantil en el sector público de salud en Chile. ⁽²¹⁾

Los niños y las mujeres embarazadas acceden a la atención restauradora, mientras que los hombres no tienen el mismo acceso y solo logran acceder a la atención dental de urgencia donde se realizan principalmente extracciones de piezas dentarias. ⁽²¹⁾

4.2 Consideraciones en la atención de pacientes Odontogeriatricos

Los adultos mayores presentan una alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal, causando de esta forma gran pérdida de piezas dentarias. Existe una disminución de la eficacia masticatoria en pacientes desdentados totales o parciales y también en pacientes con prótesis mal adaptadas. ⁽⁴⁾ Es frecuente observar pacientes con una higiene oral inadecuada que se puede dar por

alteraciones en los hábitos alimenticios, alteraciones psicomotoras o por falta de instrucción sobre la mantención de los aparatos protésicos. ⁽⁴⁾

La gran mayoría de los adultos mayores padecen de algún tipo de enfermedad y para tratarlas tienen que recurrir a uno o varios fármacos. En el caso de los adultos mayores hay que ser rigurosos, ya que al estar consumiendo varios fármacos pueden tener interacciones entre ellos. ⁽²²⁾

Varias patologías sistémicas tienen manifestaciones a nivel oral, por ejemplo: Leucemia, Hipotiroidismo, Diabetes Millitus tipo 1, síndrome de Sjögren, Sida, Enfermedad de Addison etc. ⁽²³⁾

La hiposalivación es una disminución en el flujo salival que se da frecuentemente en adultos mayores como consecuencia de enfermedades sistémicas, uso de medicamentos o radioterapia de cabeza y cuello. Algunos síntomas son: sed, boca seca, acumulación de placa, alteración del gusto, dificultad para portar la prótesis, incomodidad nocturna. ^(1,24) Estos pacientes al no contar con saliva suficiente están mucho más susceptibles a formar nuevas lesiones de caries ⁽²⁴⁾

En la atención del adulto mayor nos podemos encontrar con una serie de patologías y condiciones sistémicas que requieren de un manejo clínico odontológico especial, de las más frecuentes se podría mencionar:

<p>Pacientes Hipertensos:</p>	<p>Corresponde a una elevación sostenida de la presión arterial. Un 26% de la población chilena padece de hipertensión arterial, lo que va aumentando al pasar los años donde un 75% de los adultos mayores de 65 años o más tienen esta enfermedad. ^(4,25,26)</p>
<p>Pacientes con Enfermedades Cardiacas</p>	<p>Es más preciso estimar su mortalidad que su incidencia y prevalencia ⁽²⁷⁾ Las enfermedades cardiovasculares son la causa de un 30% de las muertes en Chile ⁽²⁸⁾ Los pacientes pueden padecer de Arritmias, Infarto al Miocardio, Cardiopatía Vascolar, es vital la interconsulta al médico tratante. ^(4,28,29)</p>

Pacientes con Enfermedades Renales	<p>Se estima que un 10% de la población mundial padece de Enfermedad Renal Crónica (ERC). En Chile un 2,7% de la población general padece de ERC. ⁽³⁰⁾ En este tipo de pacientes se deben ajustar la dosis de los medicamentos que se excretan por el riñón ^(4,31)</p>
Pacientes con Enfermedades Respiratorias Crónicas	<p>Según estadísticas de la OMS en el año 2004 unos 235 millones de personas padecían de asma y 64 millones de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ⁽³²⁾ Las enfermedades respiratorias crónicas afectan a 1 de cada 5 adultos mayores ⁽³³⁾</p>
Paciente con Diabetes Mellitus	<p>La Diabetes mellitus es un estado de hiperglicemia, ⁽³⁴⁾ Un 9.4% de la población chilena padece de diabetes mellitus (hombres 8.4% y mujeres 10,4%) en donde la población más afectada son los adultos mayores de 65 años o más con un 26% de la población. ⁽²⁵⁾</p>
Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores	<p>Se define deterioro cognitivo como la disminución de diferentes aptitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas patogénicas que incluyen, además de las de naturaleza orgánica, otras de tipo social. ⁽³⁵⁾ El deterioro cognitivo afecta a 7-10% de los adultos mayores de 65 años y se incrementa con la edad (hasta 30% de casos por encima de los 80 años) ⁽³⁶⁾</p>

Por todo lo anterior mencionado, los problemas de salud bucal en los adultos mayores son muy importantes ya que en esta etapa de la vida tienen un alto impacto en su calidad de vida, en sus rutinas diarias. Tienen un mayor riesgo de presentar consecuencias más severas y complejas que requieren de atención especializada y cautelosa ⁽¹⁵⁾

CAPÍTULO 5. ACTUALIDAD NACIONAL

5.1 Sistema de salud público chileno

Existen dos ámbitos en el sistema de salud chileno, uno público y otro privado. El público es el Fondo Nacional de Salud más conocido como FONASA. El sistema privado está en manos de las Instituciones de Salud Previsional más conocido como ISAPRES. ⁽³⁸⁾

FONASA es el encargado de otorgar cobertura de atención a su población beneficiaria, la que en el 2011 fue de aproximadamente un 81% de la población del país. Las ISAPRES son las encargadas del sistema privado cuya población beneficiaria alcanzo el 17% de la población ⁽³⁸⁾

En el año 2002 con el objetivo de mejorar la salud, en cuanto acceso e igualdad de la población chilena, se enviaron al Congreso Nacional cinco proyectos de ley que conformaron la Reforma de la Salud, su objetivo era garantizar igualdad de derechos a todos los chilenos a través de la implementación de políticas públicas en las cuales los recursos se utilizarían de forma eficiente. Uno de estos cinco proyectos es el GES (Garantías Explícitas de Salud) (Ley N°19.966 o Ley GES de 2004). ⁽³⁸⁾

En Chile actualmente se encuentra la garantía GES la cual tiene como objetivo asegurar el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera a quienes requieran de atención de ciertos problemas de salud en general. ^(1, 39,40)

El plan GES comenzó a funcionar en julio del 2006 cubriendo 56 problemas de salud. En julio del 2013 ya alcanzaba 80 problemas de salud, dentro de estas patologías se encuentran 5 problemas de salud oral, los cuales según orden de incorporación al plan son: ⁽⁴¹⁾

- Fisura labio palatina
- Salud oral integral para niños de 6 años
- Urgencias odontológicas ambulatorias

- Salud oral integral del adulto de 60 años
- Salud oral integral de la embarazada

Uno de los programas que incluye el GES es Salud Oral Integral del Adulto de 60 Años, donde tienen acceso a este beneficio exclusivamente personas de 60 años afiliadas tanto a FONASA como a ISAPRE. Si es cotizante o beneficiario de FONASA, deberá ingresar al GES a través del consultorio de atención primaria donde esté inscrito. Luego si es cotizante o beneficiario de una ISAPRE deberá concurrir con el diagnóstico médico del profesional de salud tratante a las oficinas de la institución para que designe un prestador de la red GES. ⁽⁴¹⁾ El tratamiento se inicia dentro de 90 días iniciado la solicitud de atención. ⁽⁴¹⁾ El precio del plan GES va a depender de la afiliación de la persona. Una persona afiliada a FONASA A o B es gratuito, FONASA C cancelan un copago de 10% y FONASA D de un 20%, una persona afiliada a una ISAPRE debe pagar por cada beneficiario un monto mensual determinado por su ISAPRE. ⁽⁴²⁾

Todas aquellas personas beneficiarias de una ISAPRE que decidan renunciar a los beneficios del GES, sólo se les otorgará la cobertura establecida en el Plan de Salud Complementario contratado con la ISAPRE. Es recomendable renunciar a dicho beneficio solo cuando la cobertura del plan de salud complementario es más favorable que las del beneficio GES. ⁽⁴²⁾

Si un prestador de la red GES no cumple con el plazo señalado para la Garantía de Oportunidad de un problema de salud GES que se ha diagnosticado, el paciente o un tercero que lo represente deberá reclamar a FONASA o ISAPRE según corresponda, dentro de los 30 días de vencido el plazo correspondiente. ⁽⁴²⁾

La Institución de Salud tiene un plazo de 2 días para designar un segundo prestador. Este nuevo prestador tendrá un plazo de 10 días corridos para atenderlo, salvo que el plazo garantizado para resolver el problema de salud del paciente sea menor. En el caso de que el FONASA o la ISAPRE no designen un segundo prestador o este no cumpliera debidamente con la atención, el paciente o su representante deberán reclamar de inmediato ante la Superintendencia de

Salud, solicitando un Tercer Prestador, que será designado dentro de los 2 días siguientes a la presentación de su reclamo en esta Superintendencia. ⁽⁴²⁾

Se realizan prestaciones odontológicas orientadas a disminuir el daño en salud bucal y a rehabilitar protésicamente la pérdida de dientes. El programa incluye examen, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación, incluyendo recuperación de dientes remanentes y la instalación de prótesis removible si corresponde. ^(1,40)

5.2 Barreras actuales para lograr un acceso eficiente de salud oral

Desde los años 1990 en Chile, las políticas de salud bucal se han centrado en priorizar a la población menor de 20 años, ya que al actuar en ese segmento de la población se puede lograr mejores resultados a largo plazo teniendo un mejor impacto en el futuro, por otra parte actuar en ese sector también es más costo-efectivo. ^(1,6)

La implementación de esta política ha dejado de lado un gran porcentaje de los adultos mayores en general, ya que para la población mayor de 60 años abarca solo atenciones de urgencia ambulatoria y la atención integral odontológica es exclusivamente para quienes tienen 60 años, dejando sin cobertura al resto, incluso una persona de 61 años que puede tener un gran daño en su salud bucal. Esto también afecta a las personas con grados de dependencia que les impide trasladarse a los lugares de atención ambulatoria ^(2,7)

En el país no se cuenta con una distribución equitativa para entregar el beneficio GES a todos los pacientes, es por ello que se ha decidido que las prestaciones pueden ser realizadas en su mayoría por odontólogos generales y en casos específicos por especialistas ⁽¹⁾

Aún existe una cobertura reducida en este grupo de edad (21% al año 2009), presumiblemente por falta de información, poca valoración de la salud bucal o la creencia de que no recibirán atención de calidad. ⁽¹⁾

A pesar de que este programa es garantizado, la cobertura no se está cumpliendo según se esperaba, Por lo tanto, se toma la iniciativa de modificar la estructura de este plan específico para beneficiar la salud de los adultos mayores. ⁽²⁰⁾

En el año 2009 de todos adultos de 60 años beneficiarios de FONASA solo un 21% recibió alta odontológica integral. En el año 2013 la cobertura mejoró a un 32,63%, lo que corresponde a 35.425 altas odontológicas integrales de pacientes, de un total de 108.565 adultos de 60 años que requieren tratamiento. ⁽²⁰⁾

5.3 Razones que podrían explicar la baja cobertura

La baja cobertura del programa GES del adulto mayor de 60 años podría verse influenciada a 3 factores:

- Edad de jubilación
- Bajas pensiones
- Alto costo de la vida en Chile

Desde el punto de vista laboral afecta negativamente la oportunidad de atención, ya que cabe la posibilidad de que los horarios del paciente sean incompatibles con los de la atención odontológica, en muchos trabajos las autoridades no son flexibles con los permisos de sus empleados para las atenciones en salud. ⁽²⁰⁾

Los adultos mayores con mejor situación económica pueden acceder al costo de los sistemas privados. Sin embargo existe un gran número de adultos mayores que experimentan en el transcurso de sus vidas distintos obstáculos y que por algún motivo ya sea financiero o por temas de jubilación se encuentre con bajos ingresos y tenga que abandonar su ISAPRE . ^(7,20) De esta forma dependerá de FONASA pero puede ocurrir que quede fuera de este programa ya sea por no inscribirse en el periodo de cobertura o por ser mayor de 61 años, de esta forma el este individuo no podrá financiar su tratamiento. Todo este hecho provoca que la salud oral sea considera como un “lujo” por su alto costo y deje de ser relevante, pasando a segundo plano. ⁽²⁰⁾

La insuficiente información y divulgación con la que cuenta la población sobre los beneficios que otorga el GES, pueden estar afectando en la baja cobertura que presenta actualmente. ^(1,20) El sistema de información que utiliza el Minsal (folletos, afiches etc.) no es el más adecuado para que la información llegue de forma masiva a la población, dejando de lado medios más eficientes como la televisión. ⁽²⁰⁾

Una inadecuada promoción y educación en salud oral también podría estar relacionado con la falta de éxito de este programa. ⁽²⁰⁾ Según la Encuesta Nacional de Salud del 2009-2010 el grupo de personas entre 45 a 64 años y 65 años o más son los que tienen un mayor porcentaje de no visita al odontólogo en 5 años. Este tipo de pacientes son los que se caracterizan por llegar a la consulta al servicio de urgencia solo cuando el dolor ya es insoportable sin dejar otra alternativa que la exodoncia de esta forma aumentando el número de pacientes desdentados en la población. ⁽²⁰⁻²⁵⁾

5.4 Realidad de las listas de espera en atención Odontológica

Datos del Minsal del año 2014 informan que los ingresos a tratamiento de odontología general en establecimientos de atención primaria en salud en todo Chile fueron de 27.556 adultos de 60 años y de 28.435 en adultos mayores de 65 años o más. Lo que significa que solo un porcentaje menor de la población logro ser atendida ⁽⁹⁾

Según el informe de Lista de espera por especialidad realizado por el Minsal en todo Chile se registró 367.907 personas en lista de espera por atención odontológica hasta el 31 de enero año 2016. ⁽¹¹⁾ Dentro de las especialidades odontológicas registradas encontramos:

- Rehabilitación: Prótesis removible
- Ortodoncia
- Endodoncia
- Periodoncia
- Cirugía y traumatología Maxilo facial

- Odontopediatría
- Cirugía bucal
- Rehabilitación: Prótesis fija
- Trastornos temporomandibulares y dolor oro facial
- Operatoria

Las consultas por rehabilitación de prótesis removible, Ortodoncia y endodoncia son las que lideran las listas de espera representando un 65,3% del total de las personas en espera. ⁽¹¹⁾

Rehabilitación en prótesis removible es la que lidera la lista con un total de 87.193 personas. ⁽¹¹⁾ La especialidad que tiene más demanda es justamente lo que necesitan más los adultos mayores, los cuales al no cumplir el requisito de edad del GES caen directamente en estas listas ^(1,11)

El aumento de la expectativa de vida con un incremento importante de la proporción de adultos mayores hará que estas cifras sigan aumentando, es por esto la necesidad de una mayor cobertura odontológica, que incluya adultos mayores de más de 61 años, las políticas que rigen actualmente harán que se incrementen de forma progresiva las desigualdades entre los distintos grupos etarios. ⁽⁶⁾

5.5 Educación en Odontogeriatría nacional

Es indiscutible que una correcta capacitación de los profesionales odontólogos podría contribuir a solucionar parte de estos problemas otorgando una atención de calidad ^(6,43)

Se realizó un estudio en USA destinado a evaluar el estado actual de la educación en Odontogeriatría en Chile ⁽⁴⁴⁾ reveló que solo un 37% de ellas contaba con un curso específico de Odontogeriatría, a pesar de contar con un bajo porcentaje, estos cursos eran impartidos alineándose a los contenidos curriculares internacionales. ⁽⁴⁴⁾

Los cursos de pregrado deberían incluir técnicas necesarias para una atención adecuada de los adultos mayores ⁽¹⁵⁾, por otra parte, la atención de los pacientes dependientes requiere de competencias más complejas las cuales deberían ser trabajo de postgrado. ^(6,45)

Aunque en Chile la Odontogeriatría no es reconocida como una especialidad, ya existen Universidades que imparten programas de Magister en Odontogeriatría (Universidad de Talca) y Diplomados en Odontogeriatría en las Universidades de Chile, Pontificia Universidad Católica, de Talca y de la Frontera.

En países como Estados Unidos, Nueva Zelanda, Australia, Reino Unido, Países escandinavos, Brasil, Argentina, Irlanda, Japón, México, Holanda y España ya existen Post grados de Odontogeriatría. ⁽⁶⁾

CAPÍTULO 6. ACTUALIDAD INTERNACIONAL

Hoy en día es muy importante estar al tanto de nuestra realidad nacional como también de la realidad que tenemos en otros países para así poder ir evaluando nuestro entorno y lograr ir progresando mediante una visión enfocada en cuáles son nuestros homólogos que se encuentran en una mejor situación o con ideas para un futuro más próspero.

Es así como se generó una evaluación a nivel internacional sobre cuáles son sus enfoques, déficit e ideas para un progreso en Odontogeriatría pudiendo ver que hay muchos países que se están preocupando por entregar atención al adulto mayor, o cuidando de ellos para poder lograr abarcar con las exigencias demográficas que tendrán en un futuro, ya que como sabemos la expectativa de vida va aumentando, cada vez más gracias a los avances de salud que existen en la actualidad. ⁽⁴⁶⁾

6.1 Actualidad Odontogeriatrica en Brasil.

Brasil es el que tiene la vanguardia siendo el primer país en reconocer la Gerodontología como una especialidad dental con el fin de poder afrontar el desafío planteado por el envejecimiento de la población, donde en el censo del 2000 indicó un envejecimiento rápido de la población teniendo 24,7 millones de personas ancianas (12,1% de la población) ⁽⁴⁷⁾. Debido a esto el 2001 el Consejo Federal de Odontología (CFO) debió reconocer la Gerodontología como especialidad en Odontología. ⁽⁴⁸⁾

Así fue como varios otros países fueron reconociendo la necesidad de una atención especializada y dedicada a la geriatría propiamente tal ^{49,50} incluyendo Odontogeriatría en sus cursos pre doctoral, a sus cursos de educación continua o programas de postgrado ^(45,48,51,52)

A comienzos del 2002 el Consejo Brasileño de Odontología estableció un plan de acción para abarcar la Gerodontología enfocándose en: ^(53,54)

- Estudiar el impacto de los factores sociales sobre la salud bucal de los ancianos.
- Estudiar el envejecimiento del sistema estomatognatico y las consecuencias de su deterioro con el tiempo.
- Revisar los diagnósticos y tratamientos de las patologías orales en pacientes ancianos incluyendo sus efectos secundarios.
- Estudiar la influencia de una terapia multidisciplinaria integral evaluando la planificación y prestaciones existentes en el servicio de salud.

Observando los datos anteriores cabe la duda de evaluar cuál ha sido el progreso en Brasil en la atención geriátrica, vislumbrándose en un estudio del 2012 donde se presenta una muestra de 747 personas mayores inscritas en un estudio de cohorte denominado Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) donde mediante un Índice General de Evaluación de la Salud Oral (GOHAI) se calcularon los cambios en la puntuación global de GOHAI y en las puntuaciones de cada una de las dimensiones de la misma, restando la puntuación de referencia de la puntuación de seguimiento. Se encontró en el estudio que el 48,56% de los pacientes en estudio experimentaron una disminución en la salud oral y el 33,48% experimento una mejora. ⁽⁵⁵⁾

Brasil cuenta según el Consejo Dental Brasileño e Instituto Brasileño de Geografía y Estadística con 170 escuelas de odontología que entregan alrededor de 14.000 vacantes de pregrado cada año y a nivel de postgrado hay 19 especialidades dentales reconocidas dentro de ellas odontogeriatría que cuenta con 18 programas de certificación con una capacidad de generar 216 especialistas cada 18 meses de estudio, en Brasil la relación de dentistas/habitantes es de 1:870 (14,5 millones de habitantes ancianos mayores a 60 años, 8,6% de la población) lo cual supera la recomendada por la OMS ⁽⁵⁶⁾ durante el 2007 habían 124 especialistas en odontogeriatría distribuidos irregularmente a lo largo de Brasil dando una relación de 1:117249 especialistas/habitantes ancianos. Es lamentable que se vea una tal equidad en las necesidades de especialistas para Brasil, tomando en cuenta que sus requerimientos poblacionales por lo que es de

urgencia poder incluir en los planes de estudios de pregrado la odontología geriátrica y los cursos de postgrado deben desarrollar académicos calificados, especialistas interesados e investigadores en este campo. ^(47,56)

6.2 Actualidad Odontogeriatrica en Austria, Suiza y Alemania.

Se realizó un estudio con la intención de evaluar el aumento en la enseñanza gerontológica de pregrado entre el 2004 y 2009, tales encuestados fueron 37 decanos y 140 jefes de departamento en escuelas austriacas, suizas y alemanas demostrando que la Gerodontologia sigue incluyendo una base principalmente de temas tradicionales (FIG 2), pero que si han aumentado las conferencias y charlas específicas para dar un conocimiento más amplio de geriatría odontológica, abarcando temas de tanta relevancia como medicina geriátrica, gerontopsiquiatría, cuidados especiales, farmacología y salud pública. ⁽⁵⁷⁾

Figura 1. Distribución de los temas de Gerontología enseñados en materias de pregrado.

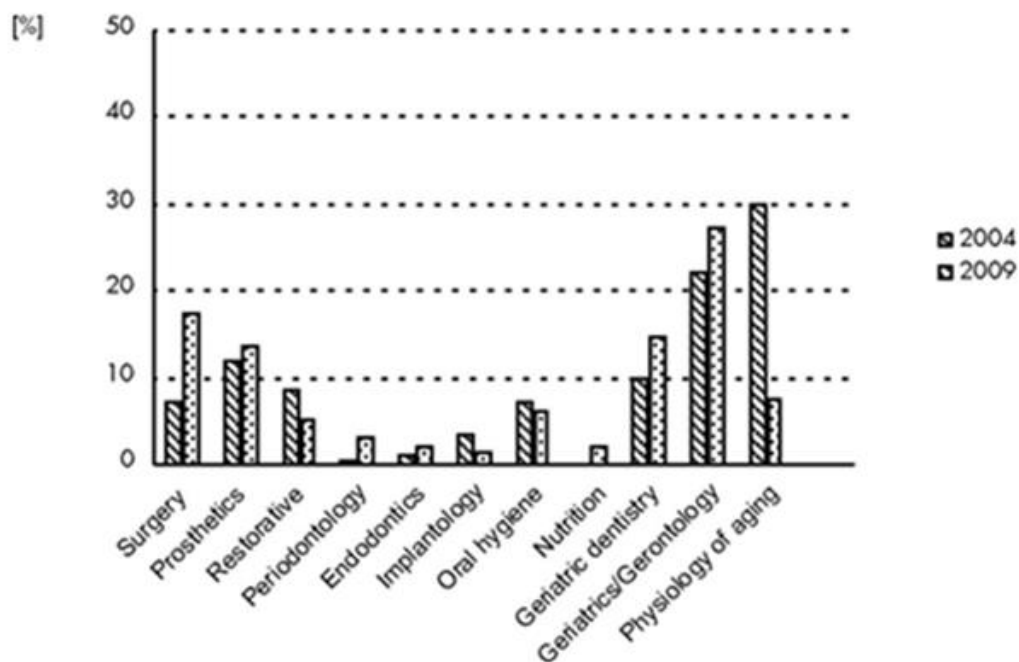


Figura 1. Distribución de tópicos referentes a Odontogeriatría en pregrado.

El estudio fue concluyente con que han aumentado los departamentos con personal dedicado a la Gerodontología, así como su investigación y número de publicaciones.⁽⁵⁷⁾

El Colegio Europeo de Gerodontología (2009) ha declarado un enfoque cuyo objetivo es preparar estudiantes de pregrado como de postgrado para una atención adecuada para el adulto mayor, mediante la integración de conocimientos teóricos, habilidades prácticas, técnicas de gestión de pacientes más un fundamento ético de la Gerodontología, concluyendo sobre la importancia de formación profesional continua de profesores doctos en el tema, intensificación en la cooperación entre universidades para lograr una línea de formación contundente y cohesiva logrando así una formación de profesionales especialistas en odontología geriátrica.^(45,57,58,59)

6.3 Actualidad Odontogeriatrica en Inglaterra y Gales

El Colegio Europeo de Gerodontología se encuentra preocupado de realizar una evaluación e implementar nuevas estrategias para un desarrollo pleno e especializado en geriatría odontológica, es de suma importancia evaluar cuál ha sido la evolución y tendencias en el tiempo frente las prestaciones de servicios dentales a nivel nacional mediante el Servicio Nacional de Salud (NHS) para personas mayores en la población, así poder considerar sus implicaciones para un futuro próximo, cabe resaltar que hoy en Inglaterra la proporción de personas mayores está en aumento contando hoy en día con 11 millones de personas de 65 años o más, esperando un aumento para el 2032 de 14 millones.⁽⁶⁰⁾

Evaluando la creciente población adulto mayor que está presentándose en múltiples países de diferentes continentes es necesario ir analizando la actividad en relación a las prestaciones entregadas por los servicios de salud así se vislumbra en un estudio donde se realiza un análisis descriptivo de la atención primaria en Inglaterra durante un periodo de 6 años 1999/2000/2004/2005.⁽⁶⁰⁾

Los datos fueron agrupados para su posterior análisis dando como resultados que hubo un aumento en términos absolutos del total de artículos 3,7% mayor

comparando 1999/2000 y 2004/2005 durante este periodo de 6 años se observaron aumento de examen dental 11,3%, periodontal 8,9%, obturaciones 1,9% coronas 14,3% y extracciones 4,9% viendo también una disminución en la atención domiciliaria (46,4%) y prótesis total superior (32,9%).⁽⁶⁰⁾

La atención dental de los adultos mayor ha aumentado, pero aún sigue siendo baja, en necesario analizar las prestaciones otorgadas en atención dental, de esta forma garantizar una mejor salud oral a los adultos mayores.⁽⁶¹⁾

Se han logrado progresos en cuanto a salud oral de adultos mayores, pero es necesario garantizar que los avances no sean de forma temporal y que los servicios continúen mejorando.⁽⁶¹⁾

Dado estos principios el grupo de políticas de salud de Inglaterra de la British Dental Association (BDA) ha actualizado las recomendaciones del informe de salud 2003 donde puntos a considerar fueron:⁽⁶²⁾

- El National Health Service (NHS) deben tener en cuenta las necesidades, los cambios clínicos asociados al envejecimiento de la población. La BDA continuará impulsando una mayor integración entre salud y asistencia social para asegurar una buena salud oral y que existan estructuras para hacer frente a las necesidades de salud bucal de una población envejecida.⁽⁶²⁾
- Los responsables de la salud y el bienestar de los adultos mayores ya sea en hogares de acogida o de cuidados, deben proporcionar a los residentes información básica de los indicadores relacionados con la salud oral. Esto permitiría a los residentes dar prioridad a sus requisitos de salud bucal, también deberían existir normas locales básicas relativas a la asistencia sanitaria de los residentes con los que los hogares tendrían que cumplir, por ejemplo controles por parte del personal sobre cepillado de dientes y limpieza de prótesis dentales.⁽⁶²⁾
- Las clínicas integrales para la odontología deben trabajar mediante la especialidad que se requiere a las necesidades de la población mayor.⁽⁶²⁾

- Las evaluaciones gratuitas y exhaustivas de la salud oral deben ser financiadas adecuadamente para los ancianos más de 60 años, independientemente de las circunstancias logrando así un acceso equitativo en todo el Reino Unido. ⁽⁶²⁾
- Los cursos de CPD (Courses for Dental Professionals) y postgrado deben ser ofrecidos a nivel nacional para equipar a dentistas con las habilidades clínicas de comunicación que necesitarán para tratar el creciente número de adultos mayores. La investigación de BDA sobre servicios dentales en hogares de cuidado mostró que las barreras continúan existiendo y que impiden una buena asistencia sanitaria oral en estos entornos. ⁽⁶²⁾
- En un hogar de cuidado las evaluaciones deben ser realizadas por un dentista y para todas las personas. ⁽⁶²⁾
- Deberán proporcionarse salas de consulta especializadas para mejorar la atención domiciliaria en todos los hogares de cuidado nuevos. Los proveedores de cuidado domiciliario existentes deben tomar todas las medidas necesarias para asegurarse de que hay un lugar adecuado para los exámenes dentales en sus instalaciones. ⁽⁶²⁾
- Como principio básico de toda atención, la prestación de cuidados debe ser para la conveniencia del Paciente y no la organización proveedora. Las reformas actuales del NHS, las revisiones del sistema de salud pública y de asistencia social buscan condiciones favorables para mejorar la atención bucodental de los adultos mayores. ⁽⁶³⁾ En conjunto con entregar una cobertura de prestaciones odontológicas al paciente adulto mayor lo cual es muy importante. ⁽⁶²⁾

Un objetivo primordial hoy en día para la OMS como para Inglaterra y gales es lograr un sistema equitativo, sensible que pueda ofrecer prevención y tratamiento para todos en proporción a sus necesidades logrando así un Envejecimiento Activo. ^(62,64,65)

Para esto existe necesidad de modificar o implementar políticas para una mejor atención de los adultos mayores en Inglaterra, las cuales son ⁽⁶²⁾:

- Se requiere mayor información sobre la salud oral de la población mayor residente.
- Los servicios odontológicos para los adultos mayores deben estar más integrados, desarrollar capacitaciones y un intercambio de información efectivo, todo esto es necesario para lograr cambios adecuados.
- Desarrollar un servicio centrado en el paciente con diversos niveles de prevención y que la atención sea parte integrada como una atención domiciliaria para prevención rutinaria, tratamientos simples y acceso a cirugías orales básicas, centros de transporte y centros multi-especializados para tratamientos más complejos.
- Integración de servicios médicos y sociales para el adulto mayor, significando que los pacientes con condiciones progresivas a largo plazo podrían recibir evaluaciones dentarias rutinarias y un plan de tratamiento adecuado con su condición a largo plazo. Esto permitiría un enfoque proactivo y progresivo para que el paciente este sano hacia el futuro, antes que su estado general de salud dificulte la provisión de tratamiento y acceso al personal dental con experiencia en atención dental para el adulto mayor con conocimiento en sus complejidades involucradas. ⁽⁶²⁾

Tiene vital importancia y especial cuidado la planificación de un tratamiento correcto considerando que puede hacerse complejo durante su curso dado que hay riesgos asociados con las condiciones a largo plazo del paciente y sus efectos consecutivos a la polifarmacia. ^(66,67)

Las limitaciones que tiene un adulto mayor ya son abundantes dadas por su deterioro fisiológico y psicosocial estas sumadas a sus dificultades funcionales para poder desplazarse hacen necesario en muchos pacientes la necesidad de una asistencia para su traslado o un sistema que acompañe esa dificultad pudiendo ir a su hogar a realizar una atención adecuada, asociado a su dificultad para desplazarse, también hay que considerar que es complejo para ellos poder estar sentados en una silla dental por periodos largos por eso también el

profesional dental debe saber realizar un tratamiento adecuado en un tiempo correcto sin estar sobre tratando o sobre indicando acciones incorrectas.⁽⁶⁴⁾

En Inglaterra una de cada seis personas es mayor de 80 años, por otra parte, durante el 2014, 773.502 personas de 65 años o más se encontraban afectadas por un proceso de demencia.⁽⁶⁸⁾

Esto tiene implicancias para el examen y tratamiento del adulto mayor los cuales no tienen la capacidad de consentir, cooperar con los tratamientos, realizar higiene oral, arreglar citas con el dentista o son dependiente de los cuidadores, por otra parte en Inglaterra y Gales el acceso a la salud lamentablemente varía tanto geográficamente como por la privación económica generando que personas de clases sociales más pobres tienen un 60% más de prevalencia en multi-morbilidad que los más adinerados y el 30% tiene una gravedad mayor de las enfermedades.⁽⁶⁸⁾

Del mismo modo, la salud oral se ve afectada por factores socioeconómicos, la prevalencia de pérdida dentales (desdentado total) en Inglaterra, país de Gales e Irlanda del Norte combinado es más alto en ocupaciones rutinarias y manuales (10%) seguido por ocupaciones intermedias (5%), menor en el ámbito profesional y ocupaciones directivas siendo de un 3%.^(68,69)

Antiguamente la mayoría de las conversaciones sobre la salud oral del adulto mayor eran sobre la necesidad de como poder proporcionar atención dental domiciliaria a los residentes de hogares y en el hogar propio, claramente hemos visto a lo largo de los años que ese no es el único factor a estudiar y que este tampoco es suficiente para poder entregar salud oral a toda la población adulta mayor, hemos visto como el deterioro producido a lo largo de la vida no es un deterioro solo a nivel oral, o solo a nivel físico ocurre un deterioro a nivel global en el individuo, sobrellevando múltiples condiciones a lo largo de su vida y aumentando a paso de los años.⁽⁶⁹⁾

Se ha visto un aumento del cuidado y apoyo hacia el adulto mayor en el propio hogar disminuyendo la asistencia a residenciales, siendo probable que esto aumente en el futuro ya que cada vez la calidad de vida para el senescente es mejor y su expectativa de vida está en aumento dejando las residenciales reservadas primordialmente para un pacientes más ancianos y con necesidades de cuidado mayor, en base a esto hace que la identificación y el acceso a los que necesitan prevención y servicios de tratamiento más complejos sea más dificultoso en su identificación, ya que al tener un sector determinado de estudio como ocurría con los residentes de hogares o servicios administrados por el estado permitía lograr generar un informe periódico de las necesidades de cuidado y salud bucal de la población en estudio, los cuales son en su mayoría de residentes de hogares, por eso al perder el manejo de estos ha dificultado lograr una evaluación de las necesidades requeridas por este grupo. ^(62,69)

La visión de la NHS destaca la necesidad de aumentar la integración entre salud y asistencia social con el fin de mejorar la salud de la población, dado que al unir estas dos áreas, se logra entregar una visión holística de las necesidades a la salud oral para el adulto mayor, por eso en el 2012 se creó Netter Care Fund vinculando los presupuestos de salud y asistencia social, esto fue creado a través de la ley de salud y asistencia social 2012 logrando a través de estos primeros pasos acercarse más al objetivo. ⁽⁷⁰⁾

Por otra parte, una ley creada en el 2014 busca integración entre trabajos en asociaciones y atención centrada en la persona, enfoque importante para personas mayores de edad. ⁽⁷⁰⁾

Producto estas medidas hoy en día los servicios odontológicos al servicio de las personas mayores de edad deben integrar salud y cuidado social, una evolución en la formación de especialistas, cuidadores formales e informales requieren tener una formación y apoyo adecuado para poder garantizar la aplicación de conocimientos de higiene oral, reconocer las condiciones dentales urgentes, cuando y donde deben buscar tratamientos de urgencia que sean necesarios para

el paciente dependiente de cuidado, por lo cual es necesario un intercambio en las vías de referencias siendo pilar fundamental para lograr este fin. ⁽⁷⁰⁾

Dada estas políticas públicas establecidas hoy en Inglaterra, medidas por NHS Commissioning Board 2013 debe ser considerado un enfoque receptivo integrador, centrado en la persona con sistemas adecuados que garanticen la salud bucal de sus clientes y que esta sea optimizada y adecuada, esto garantiza por ejemplo que una persona que es diagnosticada por una enfermedad progresiva como una demencia se hace directamente una derivación hacia el especialista dental para realizar una evaluación dental. ⁽⁷⁰⁾

Esto daría tiempo para que las opciones de planificación de tratamiento sean discutidas y en algunos casos puede permitir que cualquier trabajo dental complejo se realice antes de que el tratamiento sea más difícil. ^(62,71)

Los odontólogos generales pueden aplicar tratamientos, pero al ser requerido servicios adicionales que requieran habilidades de especialistas y consultores de odontología esta sea entregada, así como tratamientos sencillos se pueda solicitar para tal caso clínicas dentales móviles como en el caso de solicitar transporte para el traslado a un lugar especializado este medio sea proporcionado siempre mediante un consentimiento informado. ⁽⁷²⁾

6.4 OMS y su visión mundial de la Odontogeriatría.

A lo largo de la información podemos ver las necesidades no solo de un país en particular también a nivel global por eso no olvidemos lo importante que es realizar una evaluación mundial del sistema de salud entregado para el adulto mayor, he ahí la importancia de poder evaluar la salud oral general de la población geriátrica en el mundo. ⁽⁴⁶⁾

Esto se muestra en un estudio realizado el 2010 por medio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde un cuestionario diseñado por la OMS fue distribuido en todo el mundo a los Directores Dentales de sus ministerios de salud, la OMS recibió 46 cuestionarios de países, además se utilizaron bases de

datos mundiales de la salud oral de la OMS, también datos de epidemiología oral de la Encuesta Mundial de Salud Oral de la OMS (WHS), con el fin de incluir a aquellos países restantes, en total la base de datos abarca 136 de 193 países es decir el 71% de todos los estados miembros de la OMS. ⁽⁴⁶⁻⁶²⁻⁷³⁾

Los objetivos de este informe son ⁽⁴⁶⁾:

1. Proporcionar una visión global de las condiciones de salud oral en las personas mayores, el uso de los servicios de salud oral y sus prácticas de autocuidado.
2. Explorar que tipos de servicios de salud oral están disponibles para las personas mayores.
3. Identificar algunas barreras importantes y oportunidades para el establecimiento de servicios de salud oral junto con sus programas de promoción de salud.

Las 6 regiones de la OMS que fueron participes en el estudio en cuestión fueron la Región Africana (AFRO), Las Américas (AMOR) La Región del Mediterráneo Oriental (EMRO), la Región Europea (EURO), la Región Sudeste Asia (SEARO) y la Región del Pacífico Occidental (WPRO). ⁽⁴⁶⁾

El cuestionario e investigación realizada por la OMS es concluyente sobre la necesidad de generar una investigación operativa sobre innovadores programas de intervención en salud bucal, iniciativas comunitarias para la promoción de la salud, programas de cuidados curativos para las personas mayores. ⁽⁴⁶⁾

Conforme a las encuestas realizadas se evidencia que solo unos pocos países han puesto en marcha programas orientados a la prevención de salud bucodental sistemáticos dirigidos al adulto mayor, donde principalmente existen es en los países nórdicos que han establecido programas para la promoción de salud oral para los adultos mayores. ⁽⁴⁶⁾

Dentro de los cambios educacionales que se han visto representados en progresos a nivel de salud pública se encuentran los países nórdicos quienes evidencian mejoras en el funcionamiento de sus servicios de salud para la

población en Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia los cuales tienen actualmente los niveles más bajos de caries dental en Europa junto con Inglaterra. En el decenio de 2000 se han aplicado en Finlandia dos importantes reformas legislativas relativas a la asistencia sanitaria oral. Uno daba derecho a toda la población a la atención subsidiada y el otro regulaba los plazos de acceso a la atención. Fueron los pertenecientes al grupo de edad más avanzada que claramente aumentaron su uso de los servicios, también se observó un aumento significativo en la visita a el dentista del sector público, particularmente en los grupos de edad que recibieron atención subsidiada en 2000. Sitúan su énfasis en los adultos mayores y también en educar a las madres y padres de niños pequeños de esta forma evitan la formación de caries dental desde pequeños. Estos resultados han sido gracias a sus medidas de promoción de la salud e inclusión del cuidado de la salud oral dentro de los planes de salud general. ^(74, 75,76,77)

El informe realizado por la OMS sugiere algunas barreras significativas a la salud de las personas mayores dentro de lo más importante es que los encargados de formular políticas y los proveedores de atención de la salud a menudo dan poca prioridad a la atención para este grupo de población y no son suficientemente conscientes de las necesidades del cuidado dental regular. ⁽⁴⁶⁾

Existe una profunda disparidad en la salud bucal entre las regiones que componen la región de la OMS y aquellos que no, además de las pobres condiciones socioeconómicas contribuyen a la subutilización de la salud oral incluyendo cuando estos se encuentren disponibles, además que hay solo un número limitado de países que disponen de datos sistemáticos sobre el uso de la salud oral y las prácticas de autocuidado que hay en ello, siendo normalmente países desarrollados. ⁽⁴⁶⁻⁷³⁾

Frente a la información recolectada mediante el estudio realizado por la OMS se evidencian ciertas recomendaciones para la salud oral, este informe muestra una necesidad urgente sobre la mala salud oral y la baja calidad de vida del adulto mayor, por lo que se establece claramente la necesidad global de una solución

para las enfermedades orales entre los ancianos alrededor del globo, las enfermedades ya son un problema de salud en los países desarrollados, pero es aún mayor en aquellos países que se encuentran en vías de desarrollo (FIG 3).⁽⁴⁶⁾

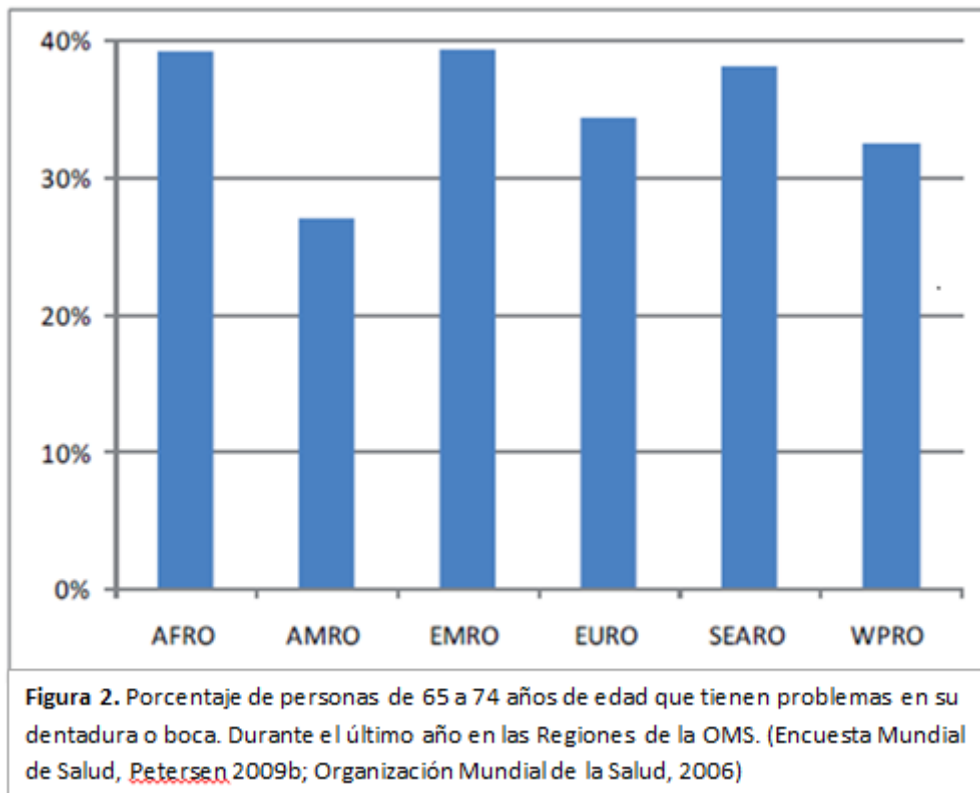


Figura 2. Porcentajes de personas entre 65 y 74 años que tiene algún problema bucal, naciones de la OMS.

Como destacó la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS en el 2007 (Petersen, 2008.2009) son responsables los políticos y las autoridades sanitarias nacionales siendo quienes están llamados a actuar para fortalecer la atención de la salud bucodental y la investigación sobre la carga de morbilidad incluyendo los factores de riesgo social, como también buscar intervenciones de la salud pública que mejoren la salud bucal y favorezcan estilos de vida saludable entre las personas mayores.^(73,78)

DISCUSIÓN

Es importante evidenciar el incremento demográfico de la población envejecida en la actualidad, ya que se ha visto que la expectativa de vida para el adulto mayor ha ido aumentando durante los últimos años gracias a los avances de la medicina. Esto ha traído consecuentemente la necesidad de cubrir ciertas problemáticas que se han presentado actualmente para la población envejecida. ^(1, 2, 3,4)

En Chile una de las falencias del sistema de salud público es la baja cobertura en la atención para el adulto mayor, ya que solo pueden ser atendidos aquellos pacientes de 60 años que pertenezcan al programa GES, dejando sin oportunidad a un gran número de pacientes que necesitan tratamientos y una atención de calidad, dejando de lado individuos institucionalizados, hospitalizados o postrados cuidados en sus domicilios.^(2,7) En Inglaterra para abarcar este tipo de problemas se han desarrollado una serie de políticas públicas como las evaluaciones exhaustivas y gratuitas de la salud oral las cuales deben ser financiadas para aquellos pacientes ancianos mayores de 60 años independientemente de las circunstancias logrando así un acceso equitativo. Otra medida abordada fue desarrollar un servicio enfocado en el paciente con dificultades funcionales para poder desplazarse, ofreciendo un servicio de traslado servicio odontológico o asistencia dental en el hogar de cuidado del anciano. ^(62,63)

Las políticas de salud oral en Chile se han centrado siempre en priorizar a la población menor de 20 años, dejando de lado a los grupos más vulnerables que son los adultos mayores. ^(1,6) Lo justifican afirmando que al actuar en la población joven se logran mejores resultados en el futuro. Es injustificable dejar de lado a los grupos más susceptibles, solo porque se sospecha que sus tratamientos son más costosos, considerando que son el grupo de la población que más está creciendo actualmente. ^(6, 7,20)

Existe una cobertura reducida en el GES de 60 años, el cual el año 2013 la cobertura fue de un 32,63% en los adultos mayores beneficiarios de FONASA. ⁽²⁰⁾ La cobertura no es suficiente para abarcar a toda la población, por lo tanto, es

necesario modificar o generar nuevas alternativas para satisfacer estas necesidades. ⁽²⁰⁾

Una de las alternativas podría ser ampliar el periodo de cobertura, por ejemplo, dejarlo hasta los 65 años ⁽²⁰⁾, de esta forma si el paciente a los 60 años por algún motivo no pudo asistir al odontólogo, podría tener un periodo de tiempo mayor logrando una atención odontológica con su respectiva alta integral. ⁽²⁰⁾

Otra opción es mantener informada a la población sobre sus beneficios y derechos garantizados del programa GES. Es necesario la creación de campañas con la información necesaria para que los adultos mayores tengan un acceso adecuado y a tiempo, y estas deben ser difundidas a través de medios de comunicación masivos como la televisión, de esta forma tendrá un mayor impacto en la población. ^(12,20) Frente a lo expuesto, en Inglaterra la NHS (Servicio Nacional de Salud), considera que dentro de los puntos de relevancia para lograr una entrega adecuada de información se requiere acceso de ella tanto por parte del personal de salud como para la población adulta mayor, sobre las encuestas nacionales de salud oral, criterios de aceptación para tratamientos gratuitos por parte de la NHS, tener acceso a las planificaciones y prestaciones futuras existentes para pacientes adulto mayor. ⁽⁷²⁾

Se piensa que los adultos mayores no se benefician de las actividades promotoras de la salud y que son personas que difícilmente incorporan nuevos hábitos y comportamientos, lo cual no es así. ⁽¹²⁾ Estudios sugieren que la educación en salud oral para pacientes de edad avanzada es muy efectiva ⁽²⁰⁾

En Estados Unidos se realizó un estudio con adultos mayores comprometidos periodontalmente, en el cual se modificaron sus conductas favoreciendo sus técnicas de autocuidado (cepillado, seda dental). De esta forma se redujo el sangramiento gingival, pérdida de inserción periodontal de las piezas dentarias. ⁽²⁰⁾ Es por esto que se hace necesaria la creación de nuevos programas de promoción y prevención dirigidos al adulto mayor ⁽⁴³⁾

Una buena estrategia para mejorar la salud bucal de los adultos mayores es la capacitación de sus cuidadores sobre salud oral, ya sean profesionales de la salud o familiares, sobre todo si el adulto mayor padece de algún deterioro cognitivo (12,43) La OMS recomienda encarecidamente la intervención de la salud en beneficio del adulto mayor, las cuales requieren acción por parte de las autoridades sanitarias, sobre la evaluación de factores de riesgo y enfermedades sistémicas que influyen en la salud oral. (46,78)

Actualmente es necesario mejorar los resultados en salud bucal para el adulto mayor, teniendo en cuenta que para lograr un enfoque odontogeriatrico es necesario partir con el acceso a la educación para el profesional dental y el interés de este para tal fin, por lo cual es de suma importancia evaluar el acceso a tal especialidad y cantidad de profesionales calificados que permitan entregar salud oral especializada y de calidad para pacientes geriátricos. (6,55)

CONCLUSIÓN

Al observar la situación de hoy en día, se puede concluir que el crecimiento demográfico que se está viviendo continuará de forma progresiva y hay que estar preparado para ello.

Es de suma importancia el rol del odontólogo en la salud general del adulto mayor, la alta prevalencia de enfermedades bucales puede afectar funciones básicas como son la masticación, nutrición, fono articulación, incluso llegando a afectar la autoestima del individuo. Todo este tipo de limitaciones afecta su día a día perjudicando posibilidades de trabajo, relaciones afectivas y la calidad de vida.

Es por esto que se deben tener en cuenta las necesidades del paciente geriátrico y los cambios asociados al envejecimiento, por lo que es importante impulsar una integración entre las diferentes áreas de la salud, acompañado de una asistencia social, ya que estos son un medio importante para evidenciar los requisitos psicosociales que estos pacientes tienen, entregando una visión holística y permitiendo la integración de los servicios médicos.

Esto permitirá un enfoque proactivo y progresivo para que el paciente se encuentre sano en el futuro antes que su estado de salud general dificulte la provisión de tratamientos dentales más complejos durante el curso dado por patologías de bases asociadas a trastornos crónicos, aquí cabe destacar la suma importancia sobre el trabajo interdisciplinario entre médicos y profesionales odontólogos, para cuando un médico pesquise una enfermedad la cual puede ser degenerativa, o esta pueda ir en aumento disminuyendo así las capacidades del paciente mayor sea el médico quien indique y haga la derivación pertinente para entregar tratamientos adecuados antes que estos sean más difíciles a lo largo de la enfermedad como los son el alzhéimer, Parkinson entre otras.

En Chile no se cuenta con una distribución equitativa para entregar el beneficio GES a todos los adultos mayores, las políticas de salud públicas propuestas actualmente son ineficientes para abarcar al gran número de adultos mayores que se encuentran hoy en día, generando listas de espera enormes las cuales son casi

imposibles de dar abasto con los recursos humanos, infraestructurales y de políticas entregadas hoy en día. Considerando que más del 80% son beneficiarios de FONASA los que corresponden al sector más vulnerable y con peores accesos a salud de la población. Por lo cual, es de suma urgencia la creación o modificación de políticas públicas, ya que de esta forma se pueda tener la cobertura suficiente y realizar atenciones dentales de calidad para todo el que lo necesite y solicite.

Una correcta capacitación de los profesionales odontólogos podría contribuir a solucionar parte de estos problemas, los cursos de pregrado deberían incluir conocimientos necesarios para una atención adecuada de los adultos mayores, entregando la educación y principios básicos para el manejo del paciente odontogeriatrico, tanto de pregrado como en postgrado, como ocurre en escuelas de odontología en Brasil. Es lamentablemente que hoy en día no es obligatorio en las facultades de odontología de Chile, ya que es importante la formación de profesionales con conocimientos teóricos, habilidades prácticas, técnicas en gestión de pacientes siempre con un fundamento ético de la gerodontología intensificando la cooperación entre universidades para lograr una línea de formación contundente y cohesiva formando profesionales especialistas en odontología geriátrica, esto el colegio europeo de gerodontología ya lo ha declarado un enfoque con un objetivo claro desde el 2009, donde es necesario que como país se pueda incorporar de forma adecuada.

Evaluando el acontecer internacional y sus políticas públicas podemos generar una comparación y observar los progresos que se han generado en cuanto a las éstas que se han implementado en los distintos países más desarrollado como Finlandia, Islandia, Inglaterra Suecia los cuales actualmente tienen los niveles más bajos de caries dental. Se preocuparon de otorgar derecho a toda la población subsidiada y regular los plazos de acceso a la atención, de esta forma los grupos de edad más avanzada aumentaron sus usos de servicios odontológicos y visitas al dentista en el sector público. Alternativas que no existen en Chile, en donde un adulto mayor de 60 años tiene la alternativa de tener una atención dental sin pasar

por alguna lista de espera eterna en el sector público. Por otra parte, a nivel internacional en cuanto a la atención dental del adulto mayor que se encuentra postrado, existe fiscalización de las casas de reposo, donde tienen que entregar un área especial e implementada para poder entregar atención bucal a sus pacientes, procurar que los encargados de dar atención a los adultos mayores tengan los conocimientos básicos para poder pesquisar algún signo anormal que sea necesario solicitar atención bucal para ese paciente.

Es necesario entregar por medios públicos oficiales información sobre los derechos y deberes que tienen los pacientes y quienes son aquellos que son beneficiarios o no de las Garantías Explícitas de Salud (GES), permitiendo que el paciente en cuestión tenga el conocimiento de poder elegir si acudir o no al servicio de atención.

Es necesario mantener actualizado las condiciones y necesidad de salud bucal de los adultos mayores de forma más periódica, a través de estudios epidemiológicos nacionales que estén enfocados en los adultos mayores, de esta forma tener un monitoreo eficiente de la realidad actual, conjunto con la necesidad urgente de modificar políticas actuales que no se enfocan en las necesidades reales con el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía clínica salud oral integral para adultos de 60 años [Internet] Santiago, Chile 2010: Minsal [citado 24 de agosto 2017]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7221747c2c9484b7e04001011f0141a4.pdf>
2. Adulto Mayor en Chile [Internet] Santiago, Chile 2007 [Citado el 24 de Agosto 2017] Disponible en: <http://www.ine.cl/docs/default-source/FAQ/enfoque-estad%C3%ADstico-adulto-mayor-en-chile.pdf?sfvrsn=2>
3. 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 Apr; 33(2):81-92.
4. Pavez V, Quintana M, Manejo odontológico de pacientes ancianos con riesgo sistémico, 2003:94 (2): 22-2.
5. Brothwell DJ, Jay M, Schönwetter DJ. Dental service utilization by independently dwelling older adults in Manitoba, Canada. J Can Dent Assoc 2008; 74 (2): 161f
6. León S, Giacaman R, Realidad y desafíos de la salud bucal de las personas mayores en Chile y el rol de una nueva disciplina: Odontogeriatría, Rev. méd. Chile. abr. 2016; 144(4)
7. Espinoza I, Biótica y asignación de recursos para la atención odontológica del adulto mayor en Chile, Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral, 2011; 4(2); 80-82
8. Mariño R, Fu C, Giacaman R. Prevalence of root caries among ambulant older adults living in central Chile. Gerodontology 2015; 32: 107-14
9. Instituto Nacional de Estadísticas, Gobierno de Chile [Internet]. Santiago, Chile: Instituto Nacional de Estadísticas, [Citado el 11 de jun. De 2017] Disponible desde: <http://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>
10. Rojas C, Segovia J, Raccoursier V, Godoy J, Lopetegui M, Estado periodontal y necesidad de tratamiento en pacientes Ges 60 años de Villa Alemana, Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2010; 3(2); 86-89,
11. Lista de espera no GES, Garantías de oportunidad GES retrasadas [Internet] Santiago, Chile 2016 [citado el 11 de junio 2017] Disponible

en:<http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/Informe-Glosa-06-Enero-2016-final-1.pdf>

12. Schaefer A, Reibnitz C, Lorenzini A. El cuidado a la salud bucal del anciano: buenas prácticas fundamentadas en el paradigma de la promoción de la salud. jun 2009;.20(2), Barcelona
13. Mariño R, Giacaman RA. Factors related to unmet oral health needs in older adults living in Chile. Arch Gerontol Geriatr 2014; 58 (3): 454-9.
14. Tin E. Odontogeriatría, Enseñanza odontológica ante el nuevo perfil demográfico brasileiro. Campinas SP: Editora Alinea; 2001.
15. Chávez B, Manrique J, Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor, Rev Estomatol Herediana. 2014 Jul-Set;24(3):199-207
16. Scdaonline.org [Internet]. USA, Special Care Dentistry Association, [Citado 28 de Agosto 2017] Disponible en <http://www.scdaonline.org/?OrganizationHistory>
17. Scdaonline.org [Internet]. USA, Special Care Dentistry Association, [Citado 28 de Agosto 2017] Disponible en <http://www.scdaonline.org/?page=MissionandVision>
18. García R, Grau I, Lorenzo A, Apuntes sobre el envejecimiento del sistema estomatognático, Medisur. abr.-jun. 2016; 14(3) Cienfuegos
19. Sáez C, Carmona M, Jiménez Z, Alfaro G, Cambios bucales en el adulto mayor, Rev Cubana Estomatol. oct.-dic. 2007; 44(4), Ciudad de La Habana
20. Valenzuela J, Buscando un mejoramiento en la salud oral de los adultos mayores ¿Es necesaria una reforma al GES-60 años? Rev chil Salud Pública 2015; 19 (2): 181-187
21. Arteaga O, Urzúa I, Espinoza I, Muñoz A, Mendoza C. Prevalencia de caries y pérdida de dientes en población de 65 a 74 años de Santiago, Chile. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral 2009; 2(3):161-6. 13
22. Dorado C, Martínez JM. Consideraciones Farmacodinamias y Farmacocinéticas en los tratamientos habituales del paciente gerodontológico. Av. Odontoestomatol 2009; 25 (1): 29-34.

23. Islam NM, Bhattacharyya I, Cohen DM. Common oral manifestations of systemic disease. *Otolaryngol Clin N Am.* 2011; 44:161-82.
24. Ulloa P, Fredes F. Manejo actual de la xerostomía. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello, Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2016; 76: 243-248
25. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009 – 2010, [Internet] Santiago, Chile [Citado el 24 de Agosto 2017] Disponible en:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
26. Alven J, Arreaza I, Manejo odontológico del paciente hipertenso, *Acta odontol. Venez. Ene.2007; 45(1), Caracas*
27. Chamorro S, Combatiendo la epidemia de enfermedad coronaria en Chile: Potencialidades y problemas en el control de los factores de riesgo. *Rev. Méd. Chile* 2008; 136 (5): 551-554
28. Alonso FT, Nazzari C, Alvarado ME. Mortalidad por cardiopatía isquémica en Chile: quiénes, cuántos y dónde. *Rev Panam Salud Pública.* 2010; 28(5):319–25.
29. Merino E, Profilaxis de la Endocarditis Infecciosa en la Consulta Odontológica. Normas Actuales de la Asociación Americana del Corazón, *Acta odontol. Venez. dic. 2002;.40(3) Caracas*
30. Zúñiga C, Müller H. Flores M, Prevalencia de enfermedad renal crónica en centros urbanos de atención primaria, *Rev. Med Chile.* set 2011;139(9), Santiago
31. Rebolledo M, Carmona L, Carbonell Z, Díaz A, Salud oral en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados después de la aplicación de un protocolo estomatológico, *Av Odontoestomatol.* mar. /abr. 2012;.28(2), Madrid
32. who.int [Internet] Organización Mundial de la Salud [Citado el 24 de Agosto 2017] Disponible en: http://www.who.int/respiratory/about_topic/es/
33. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2003, [Internet] Santiago, Chile [Citado el 24 de Agosto 2017] Disponible en:
<http://www.medicinadefamiliares.cl/Protocolos/encnacsalres.pdf>
34. Sanz I, Bascones A, Diabetes mellitus: Su implicación en la patología oral y periodontal. *Av Odontoestomatol.* sep. /oct. 2009; 25(5), Madrid

35. Fernández H, Garrido B, Pastor C, La atención odontológica del paciente geriátrico con deterioro cognitivo. *Av Odontoestomatol.* 2015; 31(3): 117-127
36. Castro J, Carrasco M, Los factores progresión del deterioro cognitivo leve a la enfermedad de Alzheimer, *Rev haban cienc med.* oct – dic 2008; 7(4), ciudad de la Habana
37. Rodríguez J, Gutiérrez R, Dementias and Alzheimer's disease in Latin America and the Caribbean, *Rev Cubana Salud Pública.* jul.-set. 2014; 40(3) Ciudad de La Habana
38. Dipres.gob.cl, [Internet] Sistema Público de Salud, Situación Actual y Proyecciones Fiscales 2013-2050, Chile Dic 2013, Chile [Citado el 24 de Agosto 2017] Disponible en: http://www.dipres.gob.cl/572/articles-114714_doc_pdf.pdf
39. Moscoso K, Cornejo M, Mediación en Odontología y Garantías Explícitas en Salud en Chile 2005-2014: las diferencias entre el mundo privado y el público, *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.* 2017;10(1); 49-53.
40. Mariño R, Albala C, Sanchez H, Cea X, Fuentes A, Self- assessed Oral –Health status and quality of life of older Chilean. *Arch Gerontol Geriatr.* 2013; 56 513–517
41. Súper Intendencia de Salud [Internet] Chile: c2017. Garantías Explícitas en Salud [Citado 12 de Junio 2017] Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html>
42. Diprece.minsal.cl, [Internet] Minsal, Santiago de Chile, [Citado el 24 de Agosto 2017] Disponible en <http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/preguntas-frecuentes/>
43. Rivera J, García L, Quintana M, Gutiérrez María, Gutiérrez N. Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor. *Rev Cubana Estomatología.* 2009; 46 (1)
44. León S, Araya F, Ettinger RL, Giacaman RA. Geriatric dentistry content in the curriculum of the dental schools in Chile. *Gerodontology* 2014 Nov 30.

45. Kossioni A, Vanobbergen J, Newton J, Müller F, Heath R. European College of Gerodontology: undergraduate curriculum guidelines in gerodontology. Gerodontology. 2009; 26 (3): 165-71.
46. P.E. Petersen, D. Kandelman, S. Arpin H. Ogawa Community Dental Health (2010) Global oral health of older people – Call for public health action 27, (Supplement 2) 257–268 2010
47. Ibge.gov.br. [Internet], Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística. 2015 [Citado 18 agosto 2017] Disponible en: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/defaulttab.shtm>
48. Ettinger RL. Geriatric dentistry in the USA: looking back 30 years. Gerodontology. 2014 Sep; 31(3):161-5.
49. Newton JP. Gerodontology--the case for education. Gerodontology. 2004 Sep; 21(3):121-2.
50. Kitagawa N, Sato Y, Komabayashi T. Graduate and undergraduate geriatric dentistry education in a selected dental school in Japan. Eur J Dent Educ. 2011 Nov; 15(4):231-5.
51. Levy N, Goldblatt RS, Reisine S. Geriatrics education in U.S. dental schools: where do we stand, and what improvements should be made?, J Dent Educ. 2013 Oct; 77(10):1270-85.
52. Nitschke I, Reiber T, Sobotta BA. Undergraduate teaching in gerodontology in Leipzig and Zürich--a comparison of different approaches. 2009 Sep; 26(3):172-8.
53. Cfo.org.br [Internet], Brasil, Conselho Federal de Odontología. 2015 [Citado 20 ago 2017] Disponible en: <http://cfo.org.br/todas-as-noticias/a-odontogeriatria-em-acao/>
54. Leonardo M, Fernando L, Brunetti M, Ettinger R: Gerodontology as a dental specialty in Brazil: What has been accomplished after 15 years?, Braz Dent Sci 2016 Apr/Jun;19(2)
55. De Andrade, Fabíola B, Maria L: Correlates of change in self-perceived oral health among older adults in Brazil: findings from the Health, Well-Being and Aging Study. J Am Dent Assoc. 2012 May.; 143(5): 488-95.

56. Hebling E, Mugayar L, Vendramini P. Geriatric dentistry: a new specialty in Brasil. Gerodontology. 2007 Sep.; 24(3): 177-80.
57. Nitschke I, Kunze, J, Reiber T, Sobotta, Bernhard A: Development of undergraduate gerodontology courses in Austria, Switzerland, and Germany from 2004 to 2009. J Dent Educ. 2013 May; 77(5): 630-9.
58. Kossioni A, McKenna G, Müller F, Schimmel M, Higher education in Gerodontology in European Universities, 2017 Mar 28;17(1):71.
59. Ettinger RL, McLeran H, Jakobsen J, Effect of a Geriatric Educational Experience on Graduates' Activities and Attitudes. J Dent Educ 1990; 54(4):273–8.
60. Barnett K, Norbury M, Guthrie B Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. 2012. Lancet, 380(9836), 37–43.
61. Eleanor R, Harper P, Gallagher J. Trends in NHS primary dental care for older people in England: implications for the future. Gerodontology. 2009 Sep; 26(3): 193-201.
62. Gov.uk [Internet], What is Known About the Oral Health of Older People in England and Wales A review of oral health surveys of older people [Citado 3 septiembre 2017] Disponible en:
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/489756/What_is_known_about_the_oral_health_of_older_people.pdf
63. Bda.org [Internet], Oral healthcare for Older People 2020 Vision Check-up January 2012, British Dental Association [Citado 28ago 2017] Disponible en:
https://www.bda.org/dentists/policy-campaigns/research/patient-care/Documents/older_adults_2012_checkup.pdf
64. Who.int [Internet], Campaña de la OMS por un envejecimiento activo. [Citado 3sep 2017] Disponible en:
http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf?ua=1
65. Un.org [Internet], La situación demográfica en el mundo 2014, [Citado 3sep 2017] Disponible en:
<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Con>

[cise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf](#)

66. Gac H, Polifarmacia y Morbilidad en adultos mayores, Rev. Med.Clin.Condes - 2012; 23(1) 31-35
67. kingsfund.org.uk [Internet], Duerden M, Avery T, Payne, R., Polypharmacy and medicines optimisation Making it safe and sound, London: The King's 28 November 2013 [Citado 3 Sept 2017] Disponible en:
<https://www.kingsfund.org.uk/publications/polypharmacy-and-medicines-optimisation>
68. Dentistry.qmul.ac.uk [Internet] the Oral Health of Older Adults in East London and The City in 2011, London: NHS East London and the City and Barts and The London School of Medicine and Dentistry. 2011. [Citado 3 septiembre 2017] Disponible en:
<http://www.dentistry.qmul.ac.uk/media/dentistry/documents/The-Oral-Health-of-Older-Adults-in-East-London-and-the-City-2011.pdf>
69. Cardiff.ac.uk [Internet], Wales care home dental survey 2010-11 First Release, Cardiff University and Public Health Wales. April 2012, [Citado 4sep 2017] Disponible en:
https://www.cardiff.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0010/47755/WALES-CARE-HOME.pdf
70. England.nhs.uk [Internet], Inglaterra, NHS England et al. Five year forward view, London: NHS England, October 2014. [Citado 4sep 2017] Disponible en:
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>
71. Legislation.gov.uk [Internet], Mental Capacity Act, 2005. [Citado 5sep 2017], Disponible en: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>
72. Morgan M, Johnson I, Karki A, Dentist skill and setting to address dental treatment needs of care home residents in Wales. Gerodontology. 2016 Dec;33(4):461-469
73. Who.int, [Internet], USA, Lista de Estados Miembros por regiones de la OMS y estratos de mortalidad, [Citado 6septiembre 2017], Disponible en:
http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_member_es.pdf?ua=1

74. La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. RCOE [Internet]. 2002 Oct [Citado 2017 Sep 05]; 7(5): 537-545. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2002000600007&lng=es.
75. Honkala E, Karvonen S, Rimpela, Rajala M, Rimpelä M, Oral health promotion among Finnish adolescents in 1977-89, Health Promotion International 1991;6:21-30.
76. Fiehn N, D.D.S, Ph.D, International Section on Dental Education Perspectives on Dental Education in the Nordic Countries. Journal of Dental Education. 2002; 66(12)
77. Souminen A, Helminen S, Lahti S, Knuuttla M, Use of oral health care services in finnish adultos – results from the cross-sectional health 2000 and 2011 surveys, BMC Oral Health. 2017; 17: 78
78. Who.int [Internet], USA, Organización Mundial de la Salud, [Citado 2017 Sep 05], Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/es/>