

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA



**“EFICACIA DE LA INSTRUCCIÓN ODONTOLÓGICA Y MANTENIMIENTO
DE PROTESIS REMOVIBLE EN LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD
ORAL DE LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPARON
EN EL PROGRAMA “SONRISAS FELICES” DEL CENTRO
DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI Y PUESTO
DE SALUD 05 DE NOVIEMBRE,
DURANTE EL AÑO 2008”**

TESIS

PRESENTADA POR:

BACH. BYANCA LISSETTE ARANDA LANCHIPA

TACNA – PERÚ

2011

DEDICATORIA

A mi familia, por su comprensión y aliento permanente en la realización de mis metas planteadas.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	
1.1 Fundamentación del problema	5
1.2 Formulación del problema	6
1.2.1 Problema general	6
1.3 Objetivos de la investigación	7
1.3.1. Objetivo general	7
1.3.2. Objetivos específicos	7
1.4 Justificación	9
1.5 Definición de Términos	10
CAPITULO II: REVISION BIBLIOGRAFICA	
2.1 Antecedentes de la investigación	12
2.2 Marco teórico	18
2.2.1 Placa dental	18
2.2.1.1 Formación de la placa bacteriana dental	18
2.2.1.2 Identificación y remoción de la placa dental	19
2.2.2 Prótesis dental	19
2.2.2.1 Prótesis removible	19
2.2.2.2 Clasificación de las prótesis por su soporte	22

2.2.3 Cambios en la salud oral del adulto mayor	22
2.2.4 Rehabilitación protésica del adulto mayor	24
2.2.4.1 Efectos de la rehabilitación protésica	25
2.2.4.2 Factores que influyen en el uso de prótesis removibles	27
2.2.4.3 Experiencia previa al uso de prótesis removibles	28
2.2.5 Percepción de la salud oral	29
2.2.6 Mantenimiento e higiene de la prótesis	30
2.2.7 Controles posteriores a la colocación de la prótesis	32
2.2.8 Métodos y agentes químicos de limpieza para las prótesis removible	33

CAPITULO III. HIPOTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis	39
3.2 Variables	39
3.3 Operacionalización de las variables	40

CAPITULO IV. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	
4.1 Diseño	43
4.2 Ámbito de estudio	43
4.2.1 Población	44
4.2.2 Criterios de inclusión	44
4.2.3 Criterios de exclusión	44
4.2.4 Materiales e instrumentos	45
RESULTADOS	47
DISCUSION	74
CONCLUSIONES	77
RECOMENDACIÓN	79
BIBLIOGRAFIA	81
ANEXOS	88



INTRODUCCION

En 1982 un grupo de trabajo de la Organización Mundial de la Salud, adoptó como objetivo para la salud bucal “la conservación durante toda la vida de una dentición natural, funcional y estética de no menos de 20 dientes y que no requiera el uso de prótesis”. En nuestro medio, se evidencian problemas relacionados con la masticación, la estética, la deglución y el habla, los que se incrementan significativamente en las personas a consecuencia del envejecimiento.

La rehabilitación estomatológica conlleva realizar tratamientos ortopédicos para brindar una mejor calidad de vida, las prótesis removibles son un tratamiento de primera elección por su mayor accesibilidad y bajo costo, por lo cual han sido motivo de estudio las patologías que presentan los portadores de prótesis removibles relacionadas con su uso.

Numerosas investigaciones han descrito las patologías, pero pocos llaman la atención o concluyen, sobre la higiene de las prótesis, las mucosas y su relación a éstas.

La mayoría de los portadores de prótesis desconocen la manera de mantener y cuidar sus prótesis, y parte de esta responsabilidad debe asumirla el profesional odontológico y su personal auxiliar. Todos los que acceden a este servicio deben ser informados sobre la necesidad de su cuidado así como de su manipulación y limpieza.

En el mercado mundial existen agentes limpiadores químicos que están al alcance de los pacientes, pero la gran mayoría los desconoce. Además las técnicas mecánicas que comúnmente se usan pueden causar abrasión de la prótesis si no se tiene los conocimientos adecuados e indicaciones especiales para el usuario.

Por tal motivo se vio la necesidad de realizar un estudio para determinar la eficacia de la instrucción odontológica y mantenimiento de las prótesis removibles en la percepción de la salud oral de los adultos mayores que participaron en el programa “Sonrisas Felices” de los establecimientos de salud Francisco Bolognesi y 5 de Noviembre, durante el año 2008.

La necesidad de determinar los conocimientos sobre la limpieza y el mantenimiento que requieren las prótesis dentales, la percepción que tienen los adultos que usan prótesis y sí se asocian, permitirá ampliar el conocimiento sobre las variables de estudio, y los resultados nos permitirán diseñar estrategias preventivo promocionales, destinadas a mejorar la calidad de vida del adulto mayor a partir de una salud oral adecuada.

El presente trabajo de investigación ha sido distribuido en nueve capítulos de acuerdo a los parámetros establecidos de la siguiente manera:

En el capítulo I, El problema de investigación: en él se fundamenta y formula el problema, se plantean los objetivos tanto generales como específicos, se justifica la investigación, y se realizan las definiciones de algunos términos de la investigación que se consideran los más importantes.

En el capítulo II, Revisión bibliográfica: se presentan algunos antecedentes de investigación que están directamente relacionadas con la presente, y se desarrolla el marco teórico.

En el capítulo III, Hipótesis, variables y definiciones operacionales: en este punto se plantean los objetivos y se operacionalizan sus variables respectivas.

En el capítulo IV, Metodología de la investigación: se describe el tipo de diseño, ámbito de estudio, su población y muestra, los criterios de inclusión y exclusión, y los instrumentos de recolección de datos utilizados.

En el capítulo V, Procedimientos de análisis de datos: el presupuesto, el cronograma de actividades y la hoja de ruta de la investigación.



En el capítulo VI, Discusión de la investigación con los antecedentes de la investigación.

En el capítulo VII, Conclusiones correspondientes a la presente investigación.

En el capítulo VIII, Recomendaciones referentes a la presente investigación.

En el capítulo IX, Bibliografía y anexos de la investigación.



CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

Es evidente, que el proceso de envejecimiento afecta a los individuos de los diferentes lugares de nuestro planeta, sin distinción de raza ni de credo. Se estima que Asia y el Pacífico sean las regiones más envejecidas, pues Corea y Singapur tendrán en el 2030 una población de adultos mayores de 19 %, que para el 2050 será de 33 % en Japón, 26 % en Australia y 21 % en la India. En América Latina se dice que el envejecimiento en la próxima década representará 3.5 % y que este impacto negativo se agudizará por:

- a) Elevada incidencia de la pobreza
- b) Persistente inquietud social
- c) Baja cobertura de la seguridad social
- d) Tendencia hacia el deterioro de la estructura familiar de apoyo a las personas mayores. (1)

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la población mundial envejece anualmente el 1.7% y se espera que para el año 2025 existan aproximadamente 1.1000.000.000 de personas mayores de 60 años en el mundo; de este total, según el Centro Latinoamericano de Demografía, 82.000.000 estarán en América Latina. (2)

Existe una deficiente educación sanitaria bucal en los pacientes portadores de prótesis dental, que además están sometidos a un gran número de factores de riesgo que favorecen la aparición de afecciones en la cavidad bucal, los que pueden evitarse si se aplican las herramientas como la educación para la salud y de esta forma mejorar la información y la actitud en lo que a salud bucal se refiere.

Lo expuesto, resalta la necesidad de una rehabilitación, la cual es conveniente e importante en todas las etapas de vida, pero en las personas adultas con mayor énfasis ya que muchas veces la salud oral se ve comprometida hasta el punto de

limitar de modo importante las funciones motoras bucales, las cuales no sólo se afectan por las alteraciones fisiológicas, psicológicas y neuromusculares, propias de la edad, sino por una deficiente salud oral. En ese sentido, muchos adultos, requieren de tratamientos protésicos rehabilitadores, los cuales mejoraran su calidad de vida y su salud oral, sin embargo llama la atención que en un tiempo corto, concurren a la consulta y manifiestan malestar, incomodidad e incluso se aprecia la prótesis en mal estado (fracturas, manchas y cálculos) lo que presumiblemente se debería a un escaso conocimiento de los métodos de limpieza y mantenimiento de las prótesis, y que determinan una disminución del tiempo de vida de la prótesis y que además, aparentemente alteraría la salud oral de los adultos usuarios en especial los tejidos blandos de la boca. (3)

Por la situación expuesta, se sugiere la realización del presente estudio, a fin de determinar la eficacia de la instrucción odontológica y mantenimiento de prótesis parcial removible en la percepción de la salud oral de los adultos mayores que participaron en el programa “Sonrisas Felices” de los establecimientos de salud Francisco Bolognesi y el P.S 5 de Noviembre, durante el año 2008.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la eficacia de la instrucción odontológica y mantenimiento de prótesis removibles en la percepción de la salud oral de los adultos mayores que participaron en el programa “Sonrisas Felices” del centro de salud Francisco Bolognesi y el Puesto de Salud 5 de Noviembre, durante el año 2008?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar si influye eficazmente la instrucción odontológica y mantenimiento de prótesis removible en la percepción de la salud oral de los adultos mayores que participaron en el programa “Sonrisas Felices” del C.S. Francisco Bolognesi y el P.S. 5 de Noviembre, durante el año 2008.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Determinar el nivel de instrucción odontológica que recibieron los pacientes adultos mayores portadores de prótesis removibles que participaron en el programa “Sonrisas Felices” del C.S. Francisco Bolognesi y P.S. 5 de Noviembre, durante el año 2008.

- b. Precisar el nivel de instrucción odontológica que recibieron los pacientes adultos mayores portadores de prótesis removibles que participaron en el programa “Sonrisas Felices” del C.S. Francisco Bolognesi y P.S. 5 de Noviembre, durante el año 2008, según sexo y grupo etáreo.

- c. Establecer la percepción de la salud oral por parte de los pacientes adultos mayores portadores de prótesis removibles que participaron en el programa “Sonrisas Felices” del C.S. Francisco Bolognesi y P.S. 5 de Noviembre, durante el año 2008.



- d. Determinar la percepción de la salud oral por parte de los pacientes adultos mayores portadores de prótesis removibles que participaron en el programa “Sonrisas Felices” del C.S. Francisco Bolognesi y P.S. 5 de Noviembre, durante el año 2008 según grupo etáreo y según sexo.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Con el presente estudio de investigación se pretende conocer la eficacia de la instrucción odontológica y mantenimiento de prótesis parcial removible en la percepción de la salud oral de los adultos mayores por medio de la higiene, el uso de métodos más comunes en el cuidado de prótesis removibles, por lo que se ha observado en muchos casos la falta del cuidado de sus prótesis removibles entre los factores que pueden influir se pueden considerar la falta de motivación, escasa o mínima información por parte del operador, falta de conocimiento por parte del paciente, debiendo ser considerada ésta, una fase de suma importancia para la preservación, durabilidad y salubridad de las prótesis removibles y así pueda cumplir fehacientemente con la función estomatológica, la cual contribuirá a una buena salud y nuestro tratamiento tenga mucho éxito.

Desde el punto de vista práctico, los resultados van a permitir afrontar el problema, implementando medidas profilácticas, preventivas y terapéuticas, con el propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes que usan las prótesis dentales, por lo que la investigación es esencialmente útil desde el punto de vista preventivo promocional.

El problema es trascendente, ya que los factores de riesgos psicológicos, físicos y sociales, que muchas veces supone el uso prótesis removible, pueden ocasionar acontecimientos perturbadores para los adultos mayores.

El presente estudio brindará un valioso aporte para mejorar las altas básicas odontológicas en el tratamiento rehabilitador de los adultos mayores y para el operador aumentar la eficacia en la atención, que a su vez mejorará la calidad y confort del paciente portador de prótesis removible.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Prótesis dental: Es un elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias, devolviendo el confort, salud de los dientes y tejidos adyacentes faltantes por sustitutos artificiales, a su vez le devuelve la dimensión vertical. (4)

Instrucción odontológica: Conocimiento sobre tipos, forma y procedimiento de limpieza de las prótesis removibles. (5)

Percepción: La percepción es la imagen que se hace el individuo de él mismo cuando se trata de evaluar sus propias fuerzas y autoestima. (6)

Higiene oral: Logro y preservación de la salud bucal, poniendo en práctica la enseñanza de técnicas de cepillado de los dientes cuyo objetivo es remover la placa bacteriana. (7)

Placa dental: Corresponde a una película transparente e incolora, adherida a la superficie dentaria. El proceso de formación de la placa se puede dividir en tres fases: producción de una cubierta llamada película en la superficie dental, colonización bacteriana y maduración de la placa. (8)

Sarro: Generalmente, el sarro dental es la consecuencia de los residuos que se forman por la comida, por la saliva, por las bebidas, el tabaco, etc., los que producen una capa calcárea que cubre de forma irregular los dientes. (8)



CAPITULO II

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. INTERNACIONALES

Título: “Modificar los conocimientos sobre el cuidado y mantenimiento de la prótesis total en pacientes de la tercera edad pertenecientes al Círculo de Abuelos “Los Maceo” del área de salud Carlos J. Finlay de Santiago de Cuba en el período comprendido de enero del 2003 a noviembre del 2005”

Autor: Mario Castañeda

Lugar y fecha: Santiago de Cuba, 2005

Resumen: El universo de estudio estuvo constituido por el total de pacientes geriátricos (60 – 65 años de edad), de ambos sexos con prótesis total superior e inferior con menos de dos años de instalada, que es de 34 senescentes. Para conocer el nivel de conocimientos de los ancianos se aplicó una encuesta antes y después de la intervención educativa. La unidad de medida fue el porcentaje y para la validación estadística y determinar la significación de los cambios después de la intervención se utilizó la técnica de Mc Nemar, aplicando Chi Cuadrado, obteniendo como resultado una significativa modificación de los conocimientos en los senescentes. Se recomienda determinar el impacto a largo plazo de la intervención educativa en los conocimientos sobre el cuidado y mantenimiento de la prótesis total y extender su ejecución en los círculos de abuelos y hogares de ancianos. (9)

Título: “Factores que influyen en el uso de prótesis removible en Adultos Mayores recién rehabilitados”.

Autor: Gina Pennacchiotti Vidal.

Lugar y fecha: Chile, 2006

Resumen: El objetivo se centró en determinar qué factores influyen en el uso de prótesis removible en 82 adultos mayores recién rehabilitados.

Concluye que : a) La frecuencia de uso de prótesis removible está relacionada directamente con la edad del individuo y con la autopercepción que éste tenga de su salud oral , b) Los factores: sexo, tipo de prótesis, salud mental, experiencia previa y calidad técnica protésica , no influyen en la frecuencia de uso de prótesis removible en adultos mayores recién rehabilitados , y c) La autopercepción del individuo sobre su salud oral es el factor que más influye en el uso de prótesis removible. (10)

Título: “Eficiencia masticatoria en portadores de prótesis parcial Removible”

Autor: Silva FJ y cols.

Lugar y fecha: Brasil, 2006

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo comparar la eficiencia masticatoria en voluntarios parcialmente dentados, antes y después de la instalación de PPR. Fueron seleccionados 16 voluntarios, cuyas prótesis fueron confeccionadas por alumnos de la Facultad de Odontología de Sao José dos Campos – UNESP en el periodo 2002. Después de 6 meses de la instalación de la prótesis, fue entregado al voluntario un cuestionario con preguntas relacionadas a la efectividad de las prótesis. Los resultados, con respecto al cuestionario 81.25% continuaron comiendo normalmente, 87,5% relataron mas confortabilidad o facilidad para masticar alimentos, 62,5% relataron disminución en el tiempo para masticar alimentos después de la instalación de la prótesis con un índice de satisfacción de 100% en relación con el aparato protésico, pudiendo concluir que el tratamiento realizado mejoró la eficiencia masticatoria de los pacientes tratados. (11)

Título: “Percepción de la salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en ancianos.”

Autor: Juana Jiménez ferez.

Lugar y fecha: México, 2005.

Resumen: Este estudio demuestra que el estado de salud bucal de los adultos mayores, afecta la calidad de vida y también la percepción de bienestar. Este grupo de edad necesita mejores condiciones de salud bucal, la funcionalidad es el aspecto más importante para una buena alimentación. Evitar la pérdida de los dientes es el principal objetivo que debe alcanzar actualmente la odontología, para lo cual debe hacer uso de todas las medidas preventivas existentes y de esta forma mejorar el bienestar y la calidad de vida de los ancianos.

Se compararon los valores medios obtenidos por ambos grupos (institucionalizados y no institucionalizados), en la percepción de calidad de vida, bienestar y salud bucal; se encontraron diferencias significativas para bienestar y calidad de vida, siendo más positiva para los no institucionalizados. No se observaron diferencias significativas en la percepción de salud bucal entre ambos grupos. La percepción de salud bucal mostró puntajes bajos, ya que 61.7% de la muestra la consideró muy mala o mala, mientras que 16.5% la consideró buena. La mayoría utilizaba prótesis (66.1%) de tipo parcial, total o ambas, sólo un número reducido dijo no requerirla (12.2%). En cambio, 21.7% la necesitaba pero no la usaba, por diversas razones, en su mayoría de tipo económicas y falta de ajuste en las prótesis. La percepción de salud bucal se asoció significativamente con la salud física, con la calidad de vida y con el bienestar en el grupo no institucionalizado. En el grupo institucionalizado, el puntaje del instrumento de salud bucal, se asoció significativamente con el de bienestar y con calidad de vida. (12)

2.1.2. NACIONALES

Título: “Conocimiento de limpieza de la prótesis removible en los pacientes que recibieron tratamiento en la Clínica Odontológica de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica en el periodo 2002”

Autor: Jorge Torreblanca del Carpio.

Lugar y fecha: Ica, 2002

Resumen: Para la limpieza de prótesis removibles existen métodos mecánicos y químicos. El principal problema de usar solo el método mecánico es la dificultad psicomotora que pueden presentar algunos pacientes, en especial de los adultos mayores para la limpieza adecuada de las prótesis. Por lo que es ventajoso acompañar la limpieza mecánica con un agente de limpieza químico. Dentro del grupo químico hay cinco clases de agentes: peróxidos alcalinos, ácidos, enzimas, hipocloritos alcalinos y desinfectantes. En la ciudad de Ica, es muy difícil para el paciente comprar cualquiera de estos agentes, ya que son escasos los establecimientos comerciales de ventas de artículos de higiene bucal como farmacias y casas dentales. Se consultó 12 farmacias, 3 casas dentales, y 15 odontólogos en el área urbana para evaluar el conocimiento sobre la existencia de esta forma de limpieza y la frecuencia de su indicación y uso. Los resultados de la investigación apuntan hacia el desconocimiento de manera general, por parte de odontólogos y pacientes de la existencia de estos productos químicos para la limpieza de la prótesis removibles. También se encontró que sobre los medios utilizados para la limpieza de las prótesis removibles el 66,66% de los estudios utilizan el método mecánico y un 33% utilizan ambos métodos el mecánico y agentes químicos. Con lo referente al grado de información que recibieron, encontramos que fueron informados por el odontólogo en forma eficiente un 20% de casos en un grado regular 70% de casos en el rubro sobre la información fue deficiente, encontramos un 3,33% de los casos, en el rubro de que fueron informados por otras personas encontramos un 6,67% de los estudiados.

El objetivo de esta investigación es el de conocer el grado de información sobre la limpieza química de las prótesis parciales por parte del odontólogo y de las casas dentales. (13)

2.1.3. LOCALES

Título: “Factores relacionados a la falta de adaptación al uso de prótesis removibles en el adulto mayor rehabilitado en la Clínica Docente Médico Odontológica de la Universidad Privada de Tacna en el periodo 2005-2008.tacna-2010”

Autor: Yosselin Cotrina Arratia.

Lugar y fecha: Tacna, 2010

Resumen: Durante los años 2005 a 2008, en la Clínica Médico Odontológica de la Universidad Privada de Tacna atendió 75 adultos mayores en prótesis removible; el estudio se abordó a 52 de ellos, todos participaron voluntariamente. Se estudió cerca del 70% del total, donde las tres cuartas partes lo conformaron mujeres y una cuarta parte los hombres, siendo el grupo de 60-69 años y de sexo femenino los que más acudieron.

Un grupo importante (30,77%) de adultos mayores no se adaptaron al uso de prótesis removible luego de ser rehabilitados, mientras que más de la mitad (69,23%) si lograron adaptarse.

En la percepción de la salud oral se consideró 6 componentes y entre las características medibles relacionadas a la falta de adaptación del uso de prótesis removible, fueron: molestias psicológicas sociales no se encontró asociado a la falta de adaptación del uso de prótesis; higiene buco dental no se encontró relacionado el colocar la prótesis en un vaso con agua; molestias físicas: si se encontraron relacionadas con la falta de adaptación del uso de prótesis removibles; eficiencia masticatoria: todas las características se encontraron relacionados a la falta de adaptación del uso de prótesis



removibles; problemas en fonética: todas las características se encontraron relacionados a la falta de adaptación del uso de prótesis removible; salud de tejidos de soporte: se encontraron relacionados a la falta de adaptación del uso de prótesis removible.

El tipo de prótesis removible con mayor rechazo por el adulto mayor rehabilitado fue la total, que predominó sobre la parcial y ésta sobre las que usaron ambas (total y parcial).

Las indicaciones profesionales, tales como la explicación de que habrían cambios durante la masticación al usar su prótesis y de hacer ingestas pequeñas de alimentos durante el día para mejorar su prótesis se asociaron a la falta de adaptación del uso protésico removible luego de ser rehabilitados.(14)

2.2 MARCO TEORICO

2.2.1. PLACA DENTAL

Es una biopelícula o biofilm que es más comúnmente llamada placa dental, es incolora y pegajosa que recubre constantemente todas las superficies de la cavidad bucal, (supra e infragingival) la comunidad microbiana es asociada sobre todo con los tejidos duros, o cualquier otro material duro que se encuentre en la cavidad bucal, ya sea de restauraciones fijas o removibles como tejidos naturales no descamativos.

La acumulación y el metabolismo de las bacterias en las superficies de la cavidad bucal se consideran causas principales de caries dental, gingivitis, periodontitis, infección preimplantaria y estomatitis.

En un paciente sano, la enseñanza de técnicas de higiene bucal previene la instalación de una patología. Ante un paciente con gingivitis o periodontitis, el tratamiento correspondiente y la enseñanza de técnicas de higiene oral, lleva a la salud y previene la recidiva de la enfermedad. (15, 16)

2.2.1.1 FORMACIÓN DE LA PLACA BACTERIANA DENTAL

Partiendo de un diente limpio, a las pocas horas, es cubierto por una película adquirida formada a partir de glicoproteínas salivales; sobre esta, se realiza la agregación de las bacterias que están en reservorios ecológicos dentro de la cavidad bucal. Las bacterias llegan al diente y se produce la adhesión inicial, de glicoproteínas salivales se pegan a la superficie del diente por una acción físico-química, así también como sobre el metal, sobre la porcelana, etc. Los microorganismos en la cavidad oral pueden volverse patógenos. Las bacterias forman colonias con adhesión inter bacteriana, es decir, se unen entre sí “los fenómenos de adhesión bacteriana son un poderoso determinante ecológico” y luego la inserción, donde intervienen adhesinas y receptores. La acumulación de placa involucra una progresión ecológica secuencial de cambios bacterianos

Las primeras bacterias que pueden ser observadas después de 4 horas son estreptococos, en especial *s. mitis*, *s. sanguis*, y *s. oralis*.

La formación de la placa dental se divide en dos etapas; la primera incluye adherencia de bacterias al diente y la segunda, la maduración de placa, incluye multiplicación o crecimiento de bacterias adherentes y sucesión microbiana posterior. (17,18)

2.2.1.2 IDENTIFICACIÓN Y REMOCIÓN DE LA PLACA DENTAL

Su identificación se da mediante soluciones y comprimidos capaces de colorear depósitos bacterianos que se hallan sobre la superficie de los dientes, son excelentes elementos de higiene bucal ya que proporciona al paciente educación y automotivación; también podemos ayudarnos por medio de folletos explicativos como manuales de higiene oral, su eliminación se puede dar por diferentes medios, como los físicos o mecánicos (cepillo dental, hilo dental), químicos (dentífricos, colutorios u otros medios caseros).(19)

2.2.2 PRÓTESIS DENTAL

Llamada también prostodoncia, es la rama del arte y la ciencia dental específicamente del reemplazo de los dientes

Ocupándose de la restauración y mantenimiento de las funciones bucales. Devolviendo el confort, salud de los dientes y tejidos adyacentes faltantes por sustitutos artificiales.

Debe recordarse que una prótesis, técnicamente bien concebida, debe constituir un estímulo a los tejidos de sostén y no una agresión. (20)

La prótesis dental es más que una simple reposicionadora de elementos dentales, es una integradora familiar, social, mantiene la salud general y

eleva la expectativa de vida, por proporcionar condiciones al adulto mayor de formar el bolo alimenticio de forma adecuada, impidiendo que disminuya la consistencia alimenticia y esto lleve a un déficit proteico. (21)

El factor más crítico en la parte operativa de la prótesis para ancianos, es la higienización y la mantención de las prótesis. Se debe destacar la importancia de la higienización y motivarlos para evitar una dieta criogénica sustituyendo los bizcochos, dulces y tortas, por verduras, carnes magras y frutas, con el fin de adecuar su sistema masticatorio para la rehabilitación parcial o total. Por tanto, debe haber una integración del equipo odontológico con los médicos, familiares y personal auxiliar. (22)

2.2.2.1 PRÓTESIS REMOVIBLES

- *Prótesis total:*

Se entiende por parte de la prótesis odontológica, a diferencia de las demás ramas protésicas: fija o removible, Es decir un paciente totalmente desdentado concretamente a la prótesis total: bimaxilar o monomaxilar.

Prótesis removible es un aparato protésico que tanto el paciente como el odontólogo pueden retirarla con facilidad de la boca del paciente, con lo que se consigue la restauración completa de la oclusión del mismo. (23)

Es una rehabilitación fisiológica por que involucra las funciones de la masticación, deglución, fonética, estética y eventualmente adaptación psíquica.

De la patología clásica de la edentación total, que es de la pérdida de todos los dientes de ambos maxilares o de un solo maxilar. (24)

Se ha demostrado que el uso de prótesis completas se asocia a una frecuencia de complicaciones y dificultades máximas por la mayor edad de los pacientes y su situación de sobre carga psíquica. (25)

- *Prótesis parcial removible:*

La prótesis parcial removible (PPR) es un recurso usado para restaurar el edentulismo parcial es económica y fácil de confeccionar; su bajo costo permite que este recurso esté al alcance de una población numerosa en comparación con otros tipos de prótesis dentales que por su técnica, los equipos y los materiales que emplean resultan costosos.

La demanda de la prótesis aumenta como consecuencia de que los recursos para conservar los dientes y sus estructuras vecinas son cada vez más eficientes y la totalidad de odontólogos de práctica general deben estar capacitados para ofrecer este servicio con eficiencia.

El principal objetivo de la PPR es preservar los dientes y las estructuras remanentes asociadas en la boca más que la restauración meticulosa de lo que falta, por eso es necesario que los pasos en la construcción de la PPR se realicen cuidadosa y meticulosamente es decir, debe ser construida tan simple como sea posible, consistente con la función requerida. (26)

Las prótesis removibles son dispositivos confeccionados y adaptados en la boca a través de ganchos y conectores, que vienen a sustituir dientes perdidos y devuelven la función y la estética al paciente. Este tipo de prótesis se puede remover de la boca cuando el paciente lo desee.

Es el tipo de prótesis que se emplea cuando no es posible obtener pilares dentales sanos sobre los que apoyar una prótesis. (27, 28)

2.2.2.2 CLASIFICACIÓN DE LAS PROTESIS POR SU SOPORTE

- **Dentosoportada**

Dentaduras parciales removibles soportadas únicamente por dientes naturales, en los cuales existen dientes anteriores y posteriores a la zona edéntula, donde los dientes pilares proporcionan resistencia y soporte directo a las fuerzas funcionales.

- **Dentomucosoportada**

Dentaduras parciales removibles de extensión distal en las cuales es necesario recurrir a la ayuda de la cresta residual para conseguir la estabilidad funcional y la de un pilar anterior para una estabilidad funcional adecuada.

- **Mucosoportada**

Dentaduras totales removibles en las cuales hay ausencia total de piezas dentarias donde va ser necesario recurrir solamente a la cresta residual y paladar para conseguir estabilidad y soporte. (29)

2.2.3 CAMBIOS EN LA SALUD ORAL DEL ADULTO MAYOR

La falta de higiene y cuidado a lo largo de la vida reflejan, en la vejez, requerir una prótesis y dentaduras postizas.

Por ende, las complicaciones en la salud bucal son totalmente prevenibles con un correcto y constante cepillado de dientes y con dos visitas al año a su odontólogo o especialista.

La habilidad masticatoria y el estado de la dentición juegan un rol muy importante en la ingestión de alimentos. A medida que las personas pierden sus piezas dentarias, y aún cuando utilicen prótesis, disminuye su eficiencia masticatoria mostrando menor disposición a ingerir alimentos duros. (30)

Existen cambios que forman parte del proceso de envejecimiento como:

- *Atrofia de la mucosa oral:* Hace a los tejidos más vulnerables a los traumas y presiones durante la masticación, produciendo malestar que obliga a la selección de alimentos más blandos.
- *Cambios en la función salival:* Los pacientes ancianos presentan diversos grados de disfunción salival, tanto en calidad como en cantidad. La disminución de la saliva, hace que el adulto mayor requiera de más tiempo para preparar el bolo alimenticio para ser deglutido, afectando su relación social y condicionando la selección de los alimentos de modo adverso para su salud.
- *Cambios en el tejido óseo:* En los adultos mayores el proceso de remodelación ósea constante que ocurre normalmente durante toda la vida, y que en el adulto conserva un equilibrio entre la reabsorción ósea y la deposición del hueso, se ve alterado con los años por causas celulares y/o hormonales, predominando a partir de la sexta década de la vida la reabsorción ósea.
- *Cambios en el tejido dentario:* El uso constante hace que los dientes sufran un desgaste natural conocido con el nombre de atrición. A este hecho se agregan patologías como la caries dental, lesiones abfractionales, enfermedad periodontal, bruxismo u otros factores como la reacción a los procedimientos odontológicos o al uso de materiales restauradores. Todos ellos constituyen agentes irritantes sobre la pulpa que ocasionan procesos reactivos con consecuencias importantes en la estructura dental que complican los tratamientos
- *Cambios en el periodonto:* La enfermedad periodontal, es la mayor causa de pérdida dentaria después de los 35 años. Si bien suele ser más común en los ancianos, lo es únicamente por la frecuencia acumulada, sin que sea propiamente una enfermedad de la vejez. (31,32)

Estudios realizados sobre la influencia de las condiciones bucales en el bienestar del anciano reportaron que las enfermedades bucales condicionan disfunciones del sistema estomatognático, falta de bienestar y discapacidad, además de influir en aspectos sociales, económicos y psicológicos del adulto mayor.

2.2.4. REHABILITACIÓN PROTÉSICA DEL ADULTO MAYOR

Las técnicas protésicas que se emplean en la rehabilitación del adulto mayor son aproximadamente las mismas que se realizan en cualquier individuo, solamente se han adaptado a las características de la población, las que son diferentes a las del resto de los adultos y es por esta razón que el protesista debe considerarlas en la planificación de los tratamientos.

Con el envejecimiento se hace más difícil alcanzar nuevos aprendizajes y el logro de nuevos patrones de movimiento se hace dificultoso para una persona de edad. El anciano realiza la mayor parte de las acciones que estaba acostumbrado a efectuar como adulto maduro, pero la destreza de su accionar y el modelo de conducta es más lento. (33)

De esta forma acostumbrarse a una prótesis representa graves inconvenientes, a pesar de todos los problemas que se pueden presentar, los pacientes necesitan una rehabilitación oral que les devuelva la estética, las funciones bucales, la autoestima, y la relación con sus semejantes, y que además, les permita acceder y/o mantener una vida laborable que ayude a solucionar sus problemas económicos.

En la medida que el odontólogo comprenda la realidad física y psicológica del adulto mayor podrá aplicarla en su quehacer de manera “ética”, aquella ética en la cual lo que le pasa al otro con lo que yo hago, a mi me importa. La mayoría de las veces, esto es lo que diferencia el éxito del fracaso en lo profesional.

El odontólogo debe educar al paciente desde el inicio del tratamiento, en el uso y manejo de las prótesis e igualmente planificar la dieta en cantidad, calidad, tamaño y consistencia, para mantener una nutrición equilibrada, ya que las prótesis influyen en la capacidad de masticación e inevitablemente sobre el interés y elección de los alimentos, siendo la población adulta mayor más vulnerable a la desnutrición. (34)

2.2.4.1 EFECTOS DE LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA

Los pacientes usuarios de prótesis removibles pueden presentar efectos adversos en la salud de los tejidos de soporte. Estos efectos pueden ser divididos en secuelas directas e indirectas.

Secuelas

En usuarios de dentaduras removibles en comparación con sujetos dentados las secuelas directas están relacionadas con los cambios en la función masticatoria, y con los trastornos fonéticos.

Reabsorción del reborde residual:

La reabsorción de reborde residual alveolar es un proceso de pérdida ósea que se presenta en todos los pacientes, con una considerable variación interindividual en el grado de pérdida de hueso post extracción dentaria y el uso de prótesis dentales siendo cuatro veces mayor en la mandíbula que en el maxilar. (35)

Reacciones de la mucosa:

Estomatitis sub-protésica:

Muchos portadores de prótesis removible desarrollan una reacción inflamatoria en la mucosa oral, la cual se denomina estomatitis subprotésica que según Newton puede ser graduada en tres tipos, la tipo I presenta

inflamación localizada o punteado hiperémico: la tipo II presenta un eritema más difuso y la tipo III se presenta como una hiperplasia papilar no neoplásica con variados grados de inflamación. La prevalencia de la estomatitis protésica es muy variable y su etiología es de carácter multifactorial, como la mala higiene oral con la consecuente acumulación de placa bacteriana y la presencia de *Cándida albicans*, asociada principalmente a la estomatitis protésica tipo II y III. Factores traumáticos como mecánicos, químicos y reacciones alérgicas asociadas a los componentes de la prótesis, principalmente se relacionan con la estomatitis protésica tipo I. Estudios recientes postulan que los aspectos inmunológicos pueden sumarse a la patogénesis de esta condición (36).

Hiperplasias irritativas:

Como respuesta de las mucosas ante la irritación crónica de una sobre extensión y/o mal ajuste de la prótesis, puede ser una hiperplasia tisular fibrosa, presentando una ocurrencia mayor en el maxilar, sin embargo estas lesiones curan comúnmente sin problemas después de eliminar el área injurante de la prótesis.

Úlceras traumáticas:

Se producen frecuentemente los primeros días después de la instalación de las nuevas prótesis, y son causadas, generalmente, por alteraciones oclusales, sobre extensión de flancos y sobre compresiones. Luego de realizar las modificaciones de la prótesis sanan rápidamente. Investigaciones realizadas en pacientes portadores de prótesis por largos períodos de tiempo han demostrado la presencia de un 7% de úlceras en la mandíbula y sólo un 1% en el maxilar.

Fonética:

Es un problema relacionado con la posición del grupo anterior superior de dientes y con la extensión del conector mayor sobre esta zona anterior palatina que corresponde a las rugosidades palatinas en cuanto a los dientes, estos no están colocados suficientemente a bucal. Otra causa puede ser la colocación de los premolares mandibulares, en el sentido de que si se sitúan

más lingualmente, la lengua no puede moverse y se distorsiona su acción fonética. Si se sitúan más en sentido bucal, puede escaparse el aire entre la lengua y los dientes.

Los problemas fonéticos inherentes a la instalación del aparato se solucionan llevándolo durante dos o tres semanas, esforzándose en hablar y pronunciar lentamente deletreando con toda claridad, para ir de manera progresiva normalizando el habla. (37, 38, 39)

Secuelas indirectas

- Reacciones alérgicas a los materiales dentales
- Náuseas

2.2.4.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL USO DE PRÓTESIS REMOVIBLES

- *Sexo*

Los problemas de la vejez afectan más al sexo femenino, ya que la mujer tiende a vivir más que los hombres, y con ello presenta mayor posibilidad de que su salud se deteriore. En nuestro país la vejez femenina se caracteriza generalmente por enfermedad, pobreza, dependencia, soledad e institucionalización.

Algunos estudios indican que éste género presenta una mayor preocupación por el estado de su salud general y oral, demostrada a través de la mayor demanda por atención en los servicios.

La extrema irritabilidad y frecuente sensación de ardor de la mucosa, lengua y paladar en mujeres diabéticas y menopáusicas es a menudo diagnosticada como alergia a uno de los componentes de las bases protésicas.

La poca lubricación de la saliva debido a cambios degenerativos y consecuente disfunción de las Glándulas salivales causa la sensación de ardor en la mucosa y dificultad para comer y tragar con prótesis.

- *Edad*

No existen estadísticas nacionales que relacionen personas desdentadas y edad, algunos estudios muestran que su número aumenta con el envejecimiento, como también algunas enfermedades de tipo crónico y sistémico.

El uso de prótesis removible, particularmente de las totales, está basado en un muy complejo patrón de coordinación neuromuscular. La prótesis en sí misma es un implemento sin vida y pasivo, es completamente inútil sin la operación de la neuromusculatura. El anciano realiza la mayor parte de las acciones que estaba acostumbrado a hacer como adulto maduro, pero la destreza de su accionar y el modelo de conducta es más lento. De esta forma acostumbrarse a una prótesis representa graves inconvenientes, debido a la adaptación del sistema neuromuscular. (40, 41)

2.2.4.3 EXPERIENCIA PREVIA AL USO DE PRÓTESIS REMOVIBLE

Cada tratamiento debe ser resuelto sobre la base de la individualidad. Experiencias previas desagradables son un factor importante en el comportamiento posterior a la inserción de la prótesis. Algunos estudios demuestran que pacientes que nunca han usado prótesis anteriormente, presentan un mayor grado de insatisfacción con su tratamiento que aquellos que presentan una experiencia anterior.

Si previamente se ha confeccionado una dentadura removible, es importante conocer el máximo posible acerca de la experiencia durante y después del tratamiento. Si al paciente se le han confeccionado varias prótesis en corto tiempo, se debe considerar que la actitud y/o biotipo del paciente puede

influir. La respuesta del paciente a la pregunta ¿Por qué no está satisfecho con sus prótesis? nos ayuda a no repetir los mismos errores que provocaron el descontento del paciente. Si el paciente ha sido portador de una sola dentadura removible y ésta simplemente se ha desgastado, la experiencia previa del paciente ha sido favorable y puede anticipar una conducta similar para el tratamiento futuro.(42)

2.2.5 PERCEPCIÓN DE LA SALUD ORAL

Actualmente, el envejecimiento de la población es para algunas sociedades, incluida la peruana, uno de los retos sociales más relevantes de los últimos tiempos. Este envejecimiento representa para la sociedad una preocupación especial en la prestación de los servicios sanitarios necesarios para garantizar su bienestar. Dentro de los problemas de salud que aquejan a los adultos, los bucodentales cobran especial importancia. Algunas consideraciones como el que los problemas dentales no tratados causan dolor e incomodidad, interfiriendo con la capacidad de comer y tragar, dando como resultado una nutrición inadecuada, que las infecciones orales, que quizás sean problemas menores en personas jóvenes, pueden causar serias infecciones sistémicas en las personas adultas mayores. De otro lado, la evaluación inicial del estado bucodental que derivaría al adulto mayor a tratamiento y/o mantenimiento de su salud tradicionalmente debería hacerse mediante un examen clínico y radiográfico, lo que hace indispensable la presencia de este tipo de profesionales odontólogos. A la par, muchos investigadores han planteado la posibilidad de valorar el estado de salud oral basados en la percepción del propio paciente, utilizando instrumentos de evaluación que engloban dimensiones funcionales y psicosociales. Uno de estos instrumentos que valora a través de un cuestionario la percepción de la apariencia de su boca, su capacidad de masticar y su salud oral que puede relacionarse con sus evaluaciones clínicas es el *Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)* el cual fue

diseñado por Atchinson y Dolan, los cuales se basaron en dos supuestos : S1: La salud oral puede ser medida a partir de la autoevaluación del propio paciente, S2: Que los niveles de salud oral varían entre los pacientes y que esta variación puede demostrarse utilizando una medición basada en la percepción del paciente, y que la percepción ha sido identificada como predictora de la salud oral.

La manera en que las personas perciben su salud bucal está relacionada significativamente con el bienestar; es decir, que una boca “saludable” contribuye a que la persona se sienta bien y ayuda a su satisfacción y felicidad. Por ello la percepción de salud bucal puede ser considerada como un factor predictor de calidad de vida, y está asociada a una variedad de indicadores de salud general y conductas saludables. (43,44, 45)

2.2.6 MANTENIMIENTO E HIGIENE DE LA PRÓTESIS

Es imprescindible instruir a los pacientes sobre la necesidad de realizar una correcta higiene oral, antes incluso de confeccionar la prótesis. No se debería construir ninguna prótesis sin antes haber conseguido que el paciente pueda mantener unos niveles mínimos de placa bacteriana de nada servirá diseñar una muy correcta prótesis si a los poco meses vemos comprometido su futuro por culpa de la aparición de caries en las piezas que lo soportan. Si es una prótesis parcial la presencia en la cavidad oral de elementos contacto mantenido de ciertos elementos como los ganchos, planos guía, elementos recíprocos, etc.; con la superficie de los dientes, es un serio inconveniente para la integridad del esmalte. Además, estas áreas que entran en contacto con la prótesis se encuentran en muchas ocasiones en zonas de difícil acceso, como sucede con los planos guía situados en las caras distales o los elementos recíprocos en las caras linguales o palatinas. (46)

Así pues, lo primero será conseguir que el paciente presente una buena higiene oral y entienda la importancia que tiene mantener su boca libre de

placa bacteriana. Para ello, debemos consultar manuales, folletos explicativos e invertir una parte de nuestro tiempo en su formación hay que explicarle cómo limpiarse los dientes y también enseñarle en la propia boca del paciente, por medio de un cepillo y un espejo grande en el que pueda ver la eficacia del cepillado. Es muy importante el uso de reveladores de placa disponibles en el mercado para mostrar al paciente las zonas de su boca que atrapan más placa y los movimientos que el cepillo debe realizar para eliminarla, así como pedirle que los primeros días los realice sin dentífrico para observar exactamente dónde y cómo pone el cepillo.(47)

También es importante para mantener una correcta higiene oral el empleo de seda dental para la limpieza de los espacios interdentarios. En este caso deberemos explicar su uso y enseñarle en el sillón, sino queremos ver como el paciente abandona su empleo después de unos pocos intentos, debemos remarcarle que los primeros días puede ser algo difícil su manejo y recomendar el uso de los aplicadores de seda dental en aquellos pacientes que después de unas cuantas visitas no consiguen hacerlo con soltura.

En los pacientes con enfermedad periodontal, nunca debe iniciarse la construcción de la prótesis si antes no se ha conseguido controlarla, estos deben ser objetos de tratamiento periodontal previamente a la fase protésica. Además este tratamiento nos ofrecerá la posibilidad de confirmar las piezas que pueden servir como apoyo de la prótesis y desechar aquellas que por su grado de afectación no deben incluirse dentro de su diseño. En estos pacientes es importante complementar la higiene oral con cepillos interdentarios, imprescindibles en la mayoría de casos.

En cuanto a las instrucciones concretas para la higiene de la prótesis, debe especificarse que se limpiaran por separado los dientes y el removible. Primero se cepillarán los dientes sin la prótesis en la boca, a continuación se cepillará la prótesis, cuando ya se ha realizado por separado se vuelve a colocar la prótesis. Esta se limpiará con un cepillo grande como los que existen en el mercado para la limpieza y se lava con jabón normal. Los

pacientes que lo deseen pueden complementar la limpieza sumergiéndola en algún producto desinfectante específico. La prótesis y los dientes se deben limpiar preferentemente después de cada comida.

Debemos insistir al paciente que hay que cepillar con especial interés las piezas sobre las que se apoya la prótesis e instruirle en su conocimiento.

Uno de los procedimientos que puede ayudar a la limpieza de la prótesis es el Pulido de las superficies protésicas está indicado para eliminar los pigmentos y conferir nuevamente a los productos protésicos superficies perfectamente lisas, necesarias para limitar la acumulación de placa y sarro en proximidad a los márgenes gingivales.

Para este fin se utiliza copines de goma blanda y pastas de abrasión programada, diferente para cada tipo de material. (48,49, 50)

2.2.7. CONTROLES POSTERIORES A LA COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS

El control periódico de las prótesis, es necesario para el correcto mantenimiento y el control de la lesividad que puedan ocasionar en los tejidos de soportes mediante ajustes, retoques y correcciones ocluso-articulares o el ordenamiento de nuevas prótesis según las condiciones, y es necesario que el protesista realice los controles con el objetivo de no atentar contra la salud de los tejidos bucales, cualquiera que sea el tipo de prótesis indicada, así como el tiempo de construida. (51)

Debemos aconsejar al paciente que nos visite con regularidad para verificar el buen funcionamiento de la prótesis removible. Al principio es conveniente revisar la prótesis a las pocas semanas de su uso, aunque el paciente no note molestias. En este caso se comprobará el estado de limpieza del aparato y de los dientes remanentes y que el paciente puede manejarse con una cierta soltura con el mismo.

Después será suficiente una revisión periódica cada 6-12 meses para comprobar su perfecto funcionamiento y servirán para confirmar la buena tolerancia de los tejidos duros y blandos. Hay que prestar atención a las piezas pilares que presenten movilidad o desplazamiento, aflojamiento de retenedores, desajuste de bases, presencia de ulceraciones, zonas de roce, enrojecimientos de la mucosa, etc. (52)

2.2.8 MÉTODOS Y AGENTES QUÍMICOS DE LIMPIEZA PARA LAS PRÓTESIS REMOVIBLES

Los métodos más comunes para la limpieza de prótesis se pueden dividir en dos grupos. Aquellos que poseen efectos mecánicos y aquellos que tienen efectos químicos, existe una gran cantidad de soluciones, pastas y polvos disponibles en el mercado mundial para la limpieza de dentaduras, con una atribución variada sobre su eficacia.

Entre los métodos mecánicos tenemos las pastas abrasivas que se usan en combinación con cepillos, estas tienen la ventaja de ser de uso sencillo y económico, sin embargo si son empleados de manera exagerada o con una técnica incorrecta pueden causar daño a las bases de las prótesis, teniendo efectos tales como manchas persistentes. Son ineficaces en aquellos pacientes con limitaciones motoras. La eliminación mecánica de la placa utilizando solo un cepillo o en combinación con la impregnación química es probablemente la forma más afectiva. La prótesis se debe cepillar después de cada comida o al menos una vez al día, preferiblemente antes de acostarse. La remoción efectiva de placa requiere de cierto grado de destreza manual, la cual está reducida entre los adultos mayores. El empleo de cepillos también puede lesionar y distorsionar los ganchos afectando su capacidad retentiva, esta parte de la prótesis debe manipularse con especial cuidado. (53)

En cuanto a los agentes químicos se han descrito tres factores que afectan el tiempo requerido para completar la desinfección de una prótesis:

- a) Concentración del material bacteriano.
- b) Concentración del desinfectante
- c) Tipo de material y cantidad de superficie expuesta al desinfectante.

El uso de limpiadores químicos es el segundo método de limpieza más popular para la prótesis. Existen varios tipos de limpiadores químicos de prótesis dependiendo de sus componentes químicos y su mecanismo de acción entre los que se incluyen. (54)

Los peróxidos alcalinos

Estos limpiadores son los más comunes usados para limpieza de las prótesis, incluyen polvos y tabletas que llegan a ser soluciones alcalinas de peróxido de hidrógeno cuando son disueltas en agua. La liberación de oxígeno por parte del peróxido de hidrógeno causa la formación de burbujas o una acción efervescente que tiene un efecto de limpieza mecánica sobre la prótesis. Esta acción mecánica se produce solo durante un periodo de diez a quince minutos en la que la solución produce burbujas. No existen inconvenientes para el empleo de estos productos, excepto la precaución en el almacenamiento, para que no sean ingeridos por accidente, ya que pueden ser confundidos con tabletas de antiácidos e ingeridas de forma accidental por pacientes ancianos o con trastornos visuales. Además se debe limitar su acceso a los niños.

Es una investigación realizada por Dilis y Cols (1988), se determinó que la combinación del cepillado de la prótesis y la inmersión de las mismas en peróxido alcalino no redujo el nivel de microorganismos significativamente al compararlo con la muestra en que se dejaron las prótesis inmersas únicamente en la solución. En general el solo cepillado no remueve significativamente los microorganismos presentes en la prótesis; los agentes químicos como los peróxidos alcalinos tuvieron gran actividad contra los microorganismos anaeróbicos gran negativos y gran positivo facultativo. (55,56)

Hipocloritos alcalinos

Son útiles para la limpieza de prótesis porque remueven las manchas, disuelven algunos componentes salivales y otras sustancias orgánicas. Son bactericidas y fungicidas. Se dispone de hipoclorito comercializado o en forma de preparación casera en la que se combinan una cucharada de lejía y dos cucharadas de Galgón con cuatro onzas de agua templada. Se cree que el hipoclorito actúa directamente sobre la matriz orgánica de la placa dental y causa la destrucción de la estructura del polímero del acrílico. El hipoclorito no disuelve el cálculo, pero si inhibe la formación de este sobre la prótesis, al disolver la matriz orgánica de la placa dental. Webb y Cols (1998) en sus estudios indicaron que una dentadura sumergida en una solución de hipoclorito de sodio al 0.02% por 8 horas reduce la actividad fungicida para la prevención de estomatitis bacteriana, aunque la esterilización total no se pudo lograr. Aunque son limpiadores de prótesis eficaces, estas soluciones presentan diversos inconvenientes. Producen corrosión de metal y aumentan la flexibilidad de los ganchos, lo que restringe su empleo a aparatos sin componentes metálicos. La adición de agentes anticorrosivos como por ejemplo el **Hexametáfosfato** de sodio supera esta desventaja, pero gradualmente se van sedimentando por lo que se pierde su efectividad. Las soluciones de hipoclorito blanquean las resinas acrílicas. Sin embargo un estudio de Rudd y Cols (1984) reportó que no existía diferencia entre la prótesis que fueron sumergidas en agua con las que fueron sumergidas con cloro, en cuanto a color, textura de la superficie y acabado. Otra limitación del Hipoclorito de sodio es que su actividad disminuye cuando aumenta las concentraciones de material inorgánico. Se indica sumergir la prótesis en estas soluciones por solo diez minutos y no durante toda la noche.

La prótesis debe ser enjuagada debido a que el hipoclorito deja un sabor desagradable. La ADA ha recomendado que la concentración de Hipoclorito de sodio diluido 1:10, complete la desinfección en cuatro minutos. Mientras

que Chau y Col, (1995) reseñan que la desinfección es efectiva en 0.52% de solución de Hipoclorito de sodio por 10 minutos de inmersión. (57,58)

Los ácidos diluidos

Son el ácido clorhídrico al 3.5% con o sin ácido fosfórico, el vinagre blanco casero y preparaciones comerciales más concentradas que son utilizadas en las unidades de ultrasonido solo por los profesionales dentales. Debe ser utilizado con precaución debido a su capacidad de producir corrosión de los metales. Según Budtz- Jergense (1979) el 5% de los ácidos limpiadores son soluciones de ácido hipoclorhídrico y su eficacia es proporcional al grado de disociación de este ácido. Esto resulta efectivo con manchas difíciles que resisten a los limpiadores tipo peróxido. Generalmente son productos para ser aplicados con un cepillo o esponja y el periodo de exposición de prótesis a la gente debe ser corto. Se debe tener cuidado en la manipulación y almacenamiento de estos productos debido a que pueden ser perjudiciales para la ropa y dañinos para los ojos y la piel. (59)

Agentes desinfectantes

Diversos limpiadores de prótesis se han estudiado de manera experimental. En ocasiones se hace necesario el cambio de la prótesis total por el deterioro de la base como consecuencia del abuso y mala aplicación de las técnicas de limpieza y/o limpiadores, tal como sucede con el uso de los blanqueadores caseros. Según Nicholson y Cols (1968), Hutchines y Cols (1973). Budtz- Jergense y Cols (1972). Landt y Cols (1975), Olsen (1975) citado por López, los desinfectantes no comercializados como limpiadores protésicos, han sido utilizados para prevenir la infección nicótica o salicilato causa una reducción de la sensación de ardor de la mucosa en pacientes con estomatitis subprótesica. Sin embargo, puede haber recurrencia una vez suspendido el tratamiento, pero se ha observado que una inmersión nocturna de la prótesis en una solución de gluconato de clorhexidina al 0.2% previene la



recurrencia de la infección, aún cuando la micosis no se ha eliminado de la cavidad bucal. Budtz-Jerferson (1978) reportó una decoloración marcada de las dentaduras por las soluciones de clorhexidina, lo que indica que esta sustancia debe ser evitada para la inmersión rutinaria de las dentaduras. Landt citado por Budtz-Jerferson (1975) encontró que el uso de una solución de salicilato al 0.05% para la inmersión era menos efectiva que una solución al 0.2% de gluconato de clorhexidina en el tratamiento de la estomatitis. Sin embargo, las soluciones de salicilato no mancharon las dentaduras. El mismo autor cita los trabajos de Weuffen y Cols (1970) y Wigert (1971) que reportaron que el etanol, alcohol isopropílico, cloroformo, formalina, y ácido acético pueden usarse ocasionalmente para desinfección de prótesis y para evitar contaminación en el traslado de la clínica al laboratorio dental y viceversa. Estas sustancias no pueden ser usadas diariamente debido a su mal color, sabor, efectos de blanqueamiento y desconocimiento acerca de los efectos secundarios. El cloroformo nunca debe ser usado debido a que la disuelve la resina acrílica. (60,61)



CAPITULO III

HIPOTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1. Hipótesis

La instrucción odontológica y el mantenimiento de las prótesis removibles influyen eficazmente en la percepción de la salud oral de los adultos mayores que participaron en el programa “Sonrisas Felices” del C. S. Francisco Bolognesi y el P.S. 5 de Noviembre, durante el año 2008.

3.2. Variables

- Variable Independiente: Instrucción odontológica y mantenimiento de la prótesis removible
- Variable dependiente: Percepción de la salud oral
- Variable interviniente: Tipo de prótesis
 - Estado de la prótesis removible
 - Control odontológico
 - Edad
 - Sexo
 - Establecimiento de salud

3.3 Operacionalización de las Variables

Variable	Indicador	Categorización	Escala de Medición
<p>VARIABLES INDEPENDIENTES</p> <p>Instrucción odontológica y mantenimiento de prótesis removible</p>	<p>Instrucción sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Cepillado de la prótesis *Frecuencia de la limpieza de la prótesis *Forma de conservar la prótesis por las noches 	<p>Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca</p>	Ordinal
<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Percepción de la Salud Oral</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Inestabilidad del aparato protésico *Limitación / tipo/ o cantidad de alimentos debido a la prótesis *Incomodidad para cortar o masticar alimentos *Dificultad para deglutir *Incomodidad para comer frente a otras personas *Dificultad para hablar o vocalizar *Molestias al comer *Limitaciones para establecer contacto social por la prótesis *Percibe un olor constante de su prótesis *Grados de satisfacción con el uso de prótesis *Preocupación por como se ve su prótesis *Ansiedad debido a problemas con las prótesis 	<p>Siempre A menudo A veces Rara vez Nunca</p>	Ordinal
Tipo de prótesis	Característica de la prótesis dental según se sustituyan todos los dientes o sólo algunos	Parcial Total	Nominal
Estado de la prótesis removible	Cambio de coloración	Si No	Nominal
	Superficie de la prótesis	Lisa Irregular	Nominal

	Pigmentaciones	Si No	Nominal
	Presencia de placa bacteriana en la prótesis	Si No	Ordinal
	Presencia de sarro	Si No	Ordinal
Control odontológico	Frecuencia de control	*1 vez al mes * cada tres meses * cada seis meses *1 vez al año *Cada 2 años *Sólo cuando siente molestias *Nunca ha vuelto a ir	Ordinal
Edad	Fecha de nacimiento	Años	Ordinal
Sexo	Genero	Femenino Masculino	Nominal



CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño

El presente estudio es observacional, descriptivo, prospectivo, transversal.

4.2 Ámbito de estudio

El Departamento de Tacna es una circunscripción regional del Perú situada en el extremo sur del país, ribereño del océano Pacífico por el suroeste y limitante con los departamentos de Puno por el norte y Moquegua por el noroeste, como con la República de Bolivia por el este y la República de Chile por el sureste. Su capital es la ciudad de Tacna.

El Centro de Salud Francisco Bolognesi, pertenece a la Microrred del metropolitano de Tacna. Está ubicado en la Urbanización Bolognesi, y fue creado el 22 de agosto de 1961. La distancia al Hospital Hipólito Unanue de Tacna, es de 1,5 kilómetros, y se encuentra a una altitud de 558 m.s.n.m. Tiene una población asignada de 24,306 personas. Cuenta con los siguientes servicios: a) Medicina, b) Obstetricia, c) Odontología, d) Psicología, e) Atención integral del niño, f) Atención de Tópico, g) Servicio Social y h) Saneamiento Ambiental. (34)

El Puesto de Salud 5 de Noviembre es un Establecimiento de Salud ubicado al nordeste del actual distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, perteneciente a la Microred de cono sur creado en Diciembre del año 1996 entrando en funcionamiento el 18 de Junio del año 1997 en un local alquilado en la Asociación 5 de Noviembre Mz E - Lt. 23. Comenzó funcionando con 1 Enfermera y 1 Técnica de Enfermería, dicho personal dependía del Centro de Salud San Francisco donde fueron contratados por Servicios No Personales, posteriormente en Octubre del año 1998 se creó el CLAS Puesto de Salud 5 de Noviembre incorporándose 1 médico más,

debido a la necesidad de brindar atención de salud oportuna a un importante porcentaje de población del Cono sur, debido al crecimiento vertiginoso del número de sus habitantes que eran de toda condición socio-económica.

4.3 Población

4.2.1 Población de estudio

Estuvo conformada por 56 adultos mayores que pertenecen al programa” Sonrisas Felices del C. S. Francisco Bolognesi de la provincia de Tacna y el P.S. 5 de Noviembre del distrito Gregorio Albarracín, realizado en el año 2008.”

Establecimiento de Salud	N°
C.S. Francisco Bolognesi	37
P.S. 5 de Noviembre	19
Total	56

4.2.1. Criterios de inclusión

Adultos mayores que participaron en el programa sonrisas felices.

Adultos que continúen con la prótesis del programa sonrisas felices.

Adultos mayores que aceptaron consentimiento informado.

4.2.2. Criterios de Exclusión

Adultos mayores que tengan algún problema de discernimiento, que les impida contestar el cuestionario.

Adultos mayores que no aceptaron participar en el estudio.

Adultos mayores que no se encontraron en la ciudad de Tacna.

Adultos mayores que cambiaron su prótesis removible.

4.4 Instrumentos, materiales y procedimiento de recolección

a) Instrumentos

Para el presente estudio se utilizará un cuestionario que tiene cuatro apartados:

Apartado 1: Información general (edad, sexo, establecimiento de salud en que se realizó el tratamiento, portador de la prótesis)

Apartado 2: Datos observacionales (Estado, tipo, cambio de color, superficie, presencia de pigmentación de la prótesis y placa bacteriana)

Apartado 3: Instrucción odontológica (03 ítems)

Apartado 4: Percepción de la salud oral (10 ítems)

La validación será llevada a cabo mediante una prueba piloto (Prueba de expertos).

b) Materiales

- Equipo de examen dental convencional
- Algodón
- Porta residuos
- Bandeja portainstrumentos

c) Procedimiento

- La autorización será mediante una solicitud a la Gerencia de los Centro de Salud, para recolección de datos de los pacientes atendidos en el programa Sonrisas Felices.
- Se revisará las historias clínicas de los pacientes atendidos en el programa Sonrisas Felices.



- Los datos recolectados serán tabulados, procesados y analizados en el programa SPSS versión 15 en español analizados, para lo cual se realizará un análisis descriptivo para cada una de las variables de estudio.
- Se entrevistará a los adultos mayores, previa información del propósito de la aplicación del cuestionario, para obtener su consentimiento informado.



CAPÍTULO V

RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

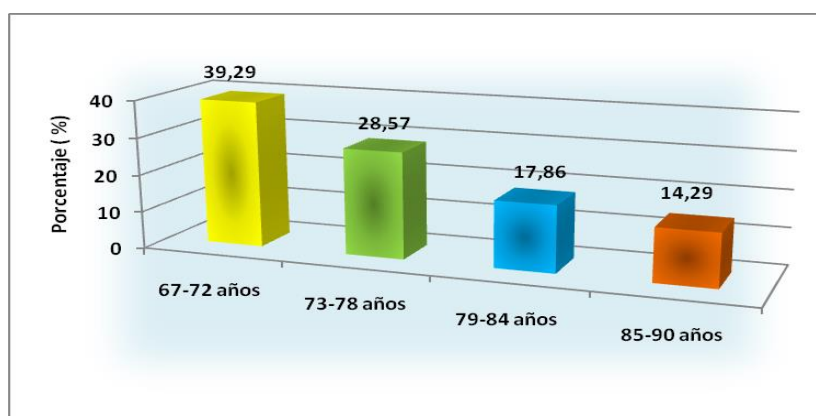
TABLA N°1

EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES

Grupo etáreo	N°	%	% acumulado
67-72	22	39,29	39,29
73-78	16	28,57	67,86
79-84	10	17,86	85,71
85-90	8	14,29	100,00
Total	56	100,00	

Fuente: cuestionario

GRÁFICO N°1



Fuente: Tabla 1

INTERPRETACIÓN

Se aprecia en la Tabla y en el Gráfico 1, que la mayoría de los adultos mayores que participaron en el Programa Sonrisas Felices, tenían edades entre 67 a 72 años, un poco más de la cuarta parte (28,57 %) entre 73 a 78 años de edad; ambos grupos de edades superan la mitad (67,86 %). La diferencia, casi la tercera parte (32,15 %) tienen una edad entre 79 y 90 años de edad.

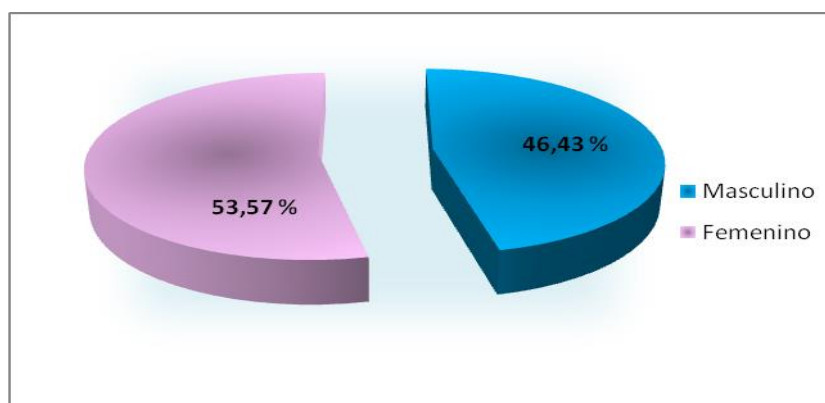
TABLA N°2

SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES

Sexo	N°	%
Masculino	26	46,43
Femenino	30	53,57
Total	56	100,00

Fuente: Cuestionario

GRÁFICO N°2



Fuente: Tabla 2

INTERPRETACIÓN

En la Tabla y en el Gráfico 2 se muestra el sexo de los adultos mayores encuestados, apreciándose que más de la mitad fueron mujeres (53,57 %), la diferencia son varones.

TABLA N°3

**ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA SONRISAS FELICES,
POR TIPO DE PRÓTESIS SEGÚN COLOR, SUPERFICIE,
PIGMENTACIÓN, PLACA Y SARRO**

Cambio de color	Tipo de prótesis			
	Prótesis Parcial		Prótesis Total	
	N°	%	N°	%
Si	15	50,00	15	50,00
No	9	34,62	17	65,38
Total	24	42,86	32	57,14
Superficie				
Lisa	9	50,00	9	50,00
Irregular	15	39,47	23	60,53
Total	24	42,86	32	57,14
Pigmentación				
Si	9	31,03	20	68,97
No	15	55,56	12	44,44
Total	24	42,86	32	57,14
Presencia de placa				
Si	24	43,64	31	56,36
No	0	,00	1	100,00
Total	24	42,86	32	57,14
Presencia de sarro				
Si	4	57,14	3	42,86
No	20	40,82	29	59,18
Total	24	42,86	32	57,14

INTERPRETACION:

Se aprecia en la Tabla 3, que en el grupo de adultos mayores que presentaron ***cambio de color*** el 50 % su tipo de prótesis fue parcial y el otro 50 % total; sin embargo de los que no presentaron cambio de color la mayoría (65,38 %) tenían prótesis total, la diferencia parcial.

Asimismo, respecto a la ***superficie***, de los pacientes que presentaron superficie lisa un 50 % tuvieron prótesis parcial y el otro 50 % total. Se apreciaron diferencias, cuando la superficie es irregular, ya que el 60,53 % tuvieron prótesis total y el 39,47 % prótesis parcial.

Respecto a la ***pigmentación***, de los adultos mayores con pigmentación, más de las dos tercera partes (68,97 %) tenían prótesis total, la diferencia prótesis total (31,03%); sin embargo, de los que no presentaron pigmentación más de la mitad (55,56 %) su prótesis fue parcial, mientras que el (44,44 %) presentaba prótesis total.

En cuanto a la ***presencia de placa***, sólo un adulto mayor no presentó placa y tenía una prótesis total, la mayoría tuvo presencia de placa y prótesis total (56,36%) y un (43,64%) prótesis parcial.

Respecto a la ***presencia de sarro***, la mayoría no presentó sarro, de los cuales casi las dos terceras partes tuvieron también prótesis total (59,18 %), la diferencia presentó una prótesis total (40,82 %). De los siete adultos que presentaron sarro el (57, 14 %) tenía una prótesis parcial, la diferencia una prótesis total (42,86 %).

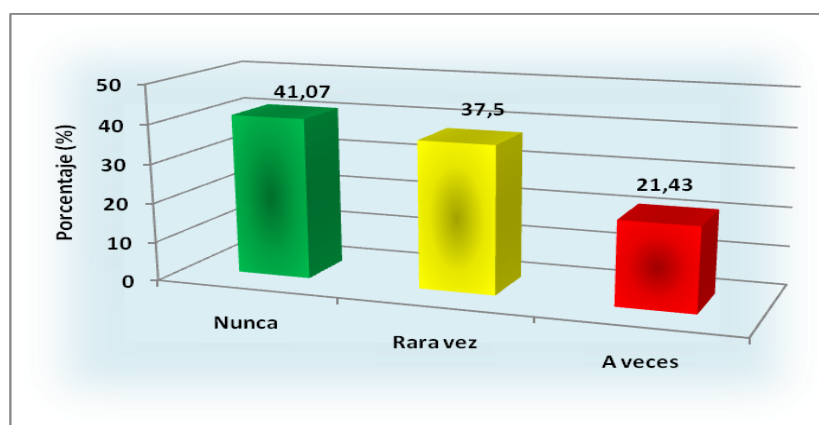
TABLA N°4

CÓMO DEBÍA REALIZAR EL CEPILLADO DE SUS PRÓTESIS

	N°	%
Nunca	23	41,07
Rara vez	21	37,50
A veces	12	21,43
Total	56	100,00

Fuente: cuestionario

GRÁFICO N° 3



Fuente: Tabla 10

INTERPRETACIÓN

En relación a las instrucciones recibidas por los adultos mayores que participaron en el Programa Sonrisas Felices, sobre “cómo debía realizar el cepillado de su prótesis”, se evidencia en la Tabla 5 y en Gráfico 10, que un 41,07 % manifiesta que *nunca* recibió dicha instrucción, un poco más de la tercera parte (37,50 %) indica que *rara vez*, mientras que prácticamente la quinta parte (21,43 %) dice que *a veces*.

TABLA N° 5

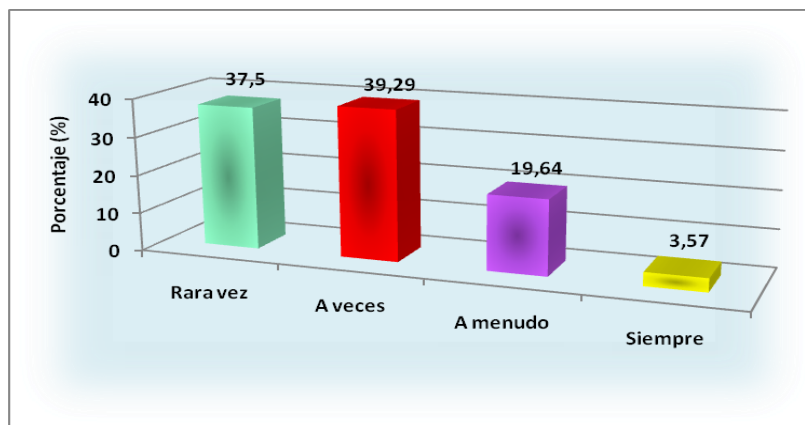
FRECUENCIA DEL CEPILLADO DE SU PRÓTESIS

	N°	%
Rara vez	21	37,50
A veces	22	39,29
A menudo	11	19,64
Siempre	2	3,57
Total	56	100,00

Fuente: cuestionario

GRÁFICO N° 4

FRECUENCIA DEL CEPILLADO DE SU PRÓTESIS



Fuente: Tabla N°5

INTERPRETACIÓN

En cuanto a la instrucción sobre la “frecuencia con que debía realizar el cepillado de su prótesis”, según es de verse en la Tabla 5 y en Gráfico 4, los adultos mayores indicaron en un 39 % que *a veces* y en un 37, 50 % *rara vez* se les dio dicha instrucción. Sin embargo, casi la quinta parte (19,64 %) dice que *a menudo* y sólo dos adultos manifiestan que *siempre* (3,57 %), se les ha instruido sobre cuán frecuente debe realizar el cepillado de su prótesis bucal.

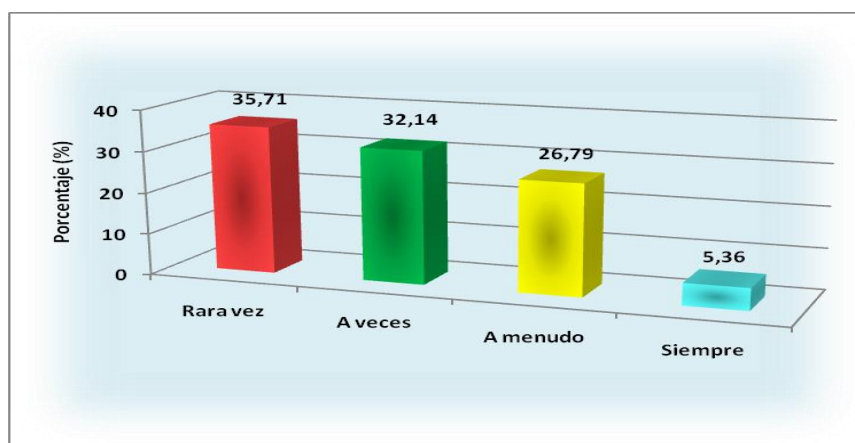
TABLA N°6
COMO CONSERVAR SU PRÓTESIS POR LA NOCHE

	N°	%
Rara vez	20	35,71
A veces	18	32,14
A menudo	15	26,79
Siempre	3	5,36
Total	56	100,00

Fuente: cuestionario

GRÁFICO N° 5

COMO CONSERVAR SU PRÓTESIS POR LA NOCHE



Fuente: Tabla 7

INTERPRETACIÓN

En cuanto a “cómo debían conservar su prótesis por la noche”, la Tabla 6 y el Gráfico 5 muestran que un poco más de la tercera parte (35,71 %) dice que *rara vez* se le instruyó y prácticamente otra tercera parte (32,14) manifiesta que *a veces*. Sin embargo, un poco más de la cuarta parte (aunque discretamente) (26,79 %) señala que dicha instrucción le fue dada *a menudo*, y sólo tres adultos indican que *siempre*.

TABLA N° 7

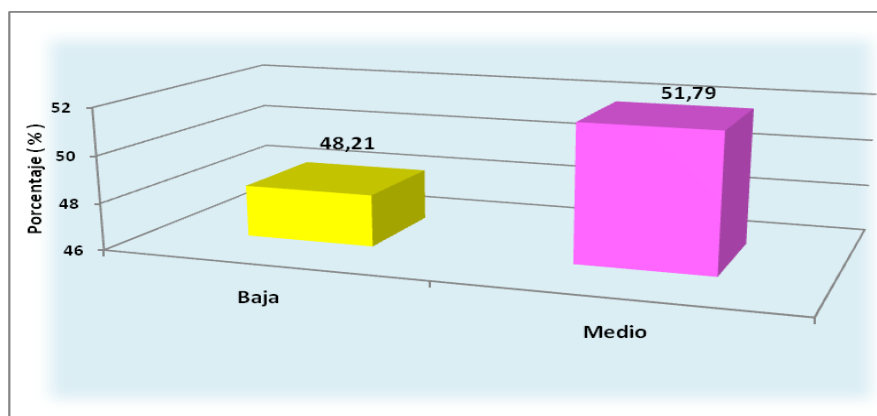
MANTENIMIENTO DE LAS PRÓTESIS REMOVIBLE

Nivel de instrucción	N°	%
Baja	27	48,21
Medio	29	51,79
Total	56	100,00

Fuente: Cuestionario

GRÁFICO N° 6

MANTENIMIENTO DE LAS PRÓTESIS REMOVIBLE



Fuente: Tabla 8

INTERPRETACIÓN

Se aprecia que el nivel de instrucción odontológica y mantenimiento de prótesis removible recibida en el grupo de estudio, apreciándose que un poco más de la mitad (51,79 %) presentan un nivel de instrucción medio, mientras que la diferencia (48,21 %) la que es una proporción importante, recibió un nivel de instrucción odontológica y mantenimiento de prótesis removible *baja*.

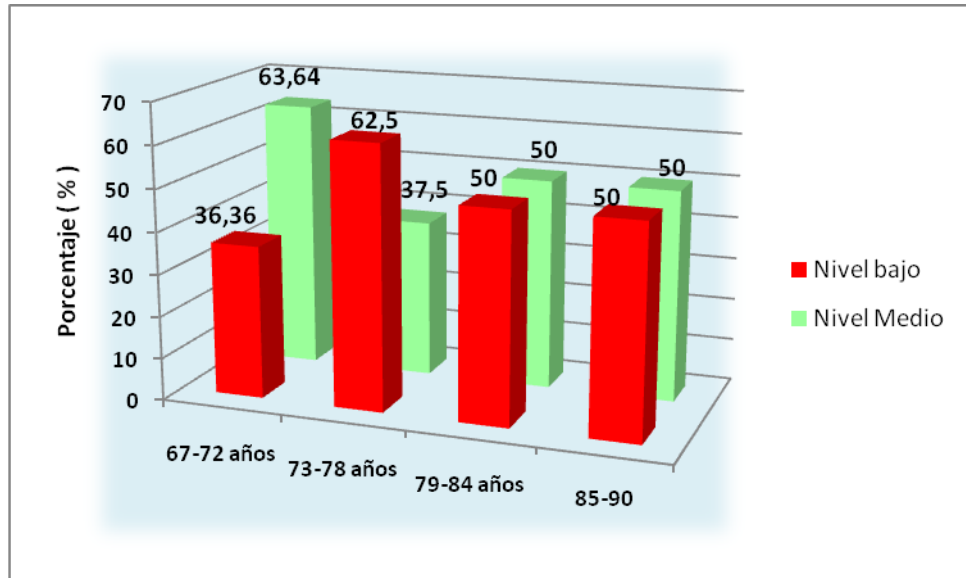
TABLA N° 8

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN ODONTOLÓGICA Y
MANTENIMIENTO DE PRÓTESIS REMOVIBLE SEGÚN GRUPO
ETÁREO.**

Grupo etáreo	Nivel				Total	
	Bajo		Medio		N°	%
	N°	%	N°	%		
67-72	8	36,36	14	63,64	22	100,00
73-78	10	62,50	6	37,50	16	100,00
79-84	5	50,00	5	50,00	10	100,00
85-90	4	50,00	4	50,00	8	100,00
Total	27	48,21	29	51,79	56	100,00

Fuente: cuestionario

GRÁFICO N° 7



Fuente: Tabla N°8

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 8 y en el Gráfico 7, se observa en el grupo etéreo de 67 a 72 años, la mayoría presenta un nivel medio de instrucción odontológica y mantenimiento de la prótesis removible, mientras que en el grupo de 73 a 78 años mayormente el nivel es bajo (62,50 %), en los grupos etéreos de 79 a 84 y en el grupo de 85 a 90 años de edad presentan un nivel de instrucción medio en un 50 % en ambos casos.

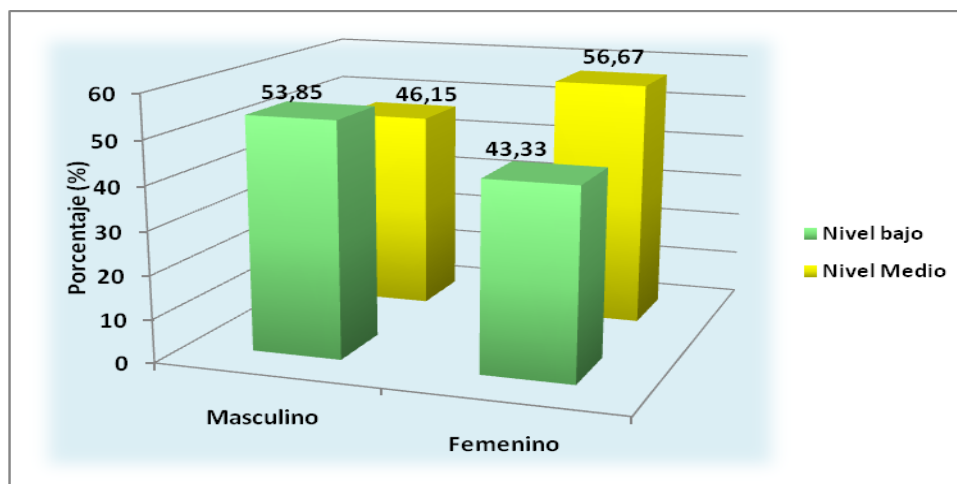
TABLA N°9

NIVEL DE INSTRUCCIÓN ODONTOLÓGICA Y MANTENIMIENTO DE PRÓTESIS REMOVIBLE SEGÚN SEXO.

	Nivel				Total	
	Bajo		Medio		N°	%
	N°	%	N°	%		
Masculino	14	53,85	12	46,15	26	100,00
Femenino	13	43,33	17	56,67	30	100,00
Total	27	48,21	29	51,79	56	100,00

Fuente: cuestionario

GRÁFICO N°8



Fuente: Tabla 15

INTERPRETACIÓN

Respecto a la instrucción odontológica y mantenimiento de las prótesis removibles según sexo, es de apreciar en la Tabla 9 y en el Gráfico 8, que los varones presentan mayormente un nivel bajo (más de la mitad con un 53,85 %); mientras que las mujeres su nivel fue mayormente medio (56,67%).

TABLA N°10

PERCEPCION DE LA SALUD ORAL

	SIEMPRE		A MENUDO		A VECES		RARA VEZ		NUNCA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Inestabilidad con su aparato protésico	6	10,70	10	17,87	15	26,79	19	33,93	6	10,71
Limitaciones con el tipo o cantidad de alimentos	2	3,57	12	21,43	16	28,57	23	41,07	3	5,36
Incomodidad al cortar o masticar alimentos	4	7,14	23	41,07	11	19,64	15	26,79	3	5,36
Incomodidad al comer	3	5,36	7	12,50	19	33,93	21	37,50	6	10,71
La prótesis le limita sus contactos sociales	0	0,00	7	12,50	10	17,86	29	51,78	10	17,86
Percibe un olor constante	0	0,00	2	3,57	19	33,93	23	41,07	12	21,43
Ansiedad o nerviosismo debido a prótesis	2	3,57	5	8,93	11	19,64	21	37,50	17	30,36

INTERPRETACIÓN

En el cuadro N°10 Respecto a si los adultos mayores encuestados, presentaron algunas *limitaciones con el tipo o cantidad de alimentos debido a problemas protésicos*, se aprecia, que un poco más del 41,07 % expresan que *rara vez* les ocasiona este tipo de limitaciones y tres adultos indicaron que *nunca*. Sin embargo, un 28,57 % dice que *a veces* presentan limitaciones con el tipo o la cantidad de alimentos, un poco más de la quinta parte (21,43 %) señala que *a menudo*, mientras que dos adultos apuntan que *siempre* presentan este tipo de limitaciones.

Respecto a si los adultos mayores encuestados, presentaron algunas *limitaciones con el tipo o cantidad de alimentos debido a problemas protésicos*, se aprecia, que un poco más del 41,07 % expresan que *rara vez* les ocasiona este tipo de limitaciones y tres adultos indicaron que *nunca*. Sin embargo, un 28,57 % dice que *a veces* presentan limitaciones con el tipo o la cantidad de alimentos, un poco más de la quinta parte (21,43 %) señala que *a menudo*, mientras que dos adultos apuntan que *siempre* presentan este tipo de limitaciones.

En cuanto a si los adultos presentaron *incomodidad al cortar o masticar algunos alimentos debido a la prótesis dental*, evidencian, que una cuarta parte (26,79 %) indica que *rara vez*, tres adultos manifiestan que *nunca* (5,36 %). Sin embargo, casi la quinta parte afirma que *a veces* (19,64 %), mientras que una proporción importante de 41 % señala que *a menudo* presenta este tipo de incomodidad. Se resalta que cuatro adultos, indican que *siempre* presentan esta incomodidad al cortar o masticar los alimentos.

Al consultar con los adultos mayores, si sienten *incomodidad al comer frente a otras personas debido al estado en que se encuentra su prótesis*, se evidencia, que la mayoría de los adultos mayores refieren incomodidad, ya que el 33,93 % precisa *a veces*, mientras que el 12,50 % indica que *a*

menudo y un 5,36 % que corresponde a tres adultos dice que *siempre* siente incomodidad de comer frente a otras personas. Sin embargo, un poco más de la tercera parte, manifiestan que *rara vez* se sienten incómodos/as (37,50%) y seis adultos (10,71 %) subrayan que *nunca* se sienten incómodos de comer frente a otras personas por motivo atribuido a su prótesis.

Se observa, que los adultos mayores limitan sus contactos con las personas, debido a las condiciones de su prótesis, casi la quinta parte (17,86%) asevera que *nunca*, aunque un poco más de la mitad (51,78%) manifiesta que *rara vez* ocurre. En contra parte, casi la quinta parte dice que *a veces* las condiciones de sus prótesis limitas sus contactos con las personas y un (12,50%) afirma que ocurre a menudo.

Se observa que la mayoría de los adultos mayores encuestados, indicaron que *rara vez* perciben un olor constante en su aparato protésico (41,07 %), un 12 % lo *niegan*. Sin embargo, un tercio de los adultos manifestaron que *varias veces* perciben un olor constante (33,93 %) y dos adultos señalaron que sucede *a menudo* (3,57 %).

Obsérvese, que cuando a los adultos mayores se les pregunta si *se sienten ansiosos o nerviosos debido a problemas con su prótesis*, dos personas manifestaron que siempre (3,57 %), un (8,93 %) dijeron que *a menudo* y casi la quinta parte (19,64 %) señalaron que *a veces*. En contraste, más de la tercera parte expresaron que *rara vez* y un (30,36 %), precisaron que *nunca* se han sentido ansiosos o nerviosos por problemas relacionados con su prótesis dental.

TABLA N°11

Percepción de la salud oral

	Categorías											
	Siempre		A menudo		A veces		Rara vez		Nunca		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Facilidad para deglutir el alimento sin dificultad	7	12,50	12	21,3	19	33,93	16	28,57	2	3,57	56	100
La prótesis le permite hablar y vocalizar	1	1,79	10	17,86	20	35,71	23	41,07	2	3,57	56	100
Se siente conforme por cómo se ve su prótesis	1	1,79	8	14,28	29	51,79	14	25,00	4	7,14	56	100

INTERPRETACIÓN

Se muestra los resultados cuando se les interroga a los adultos sobre la *facilidad para deglutir el alimento sin dificultad estando con la prótesis puesta*, en este sentido, la tercera parte (33,93 %) indica que *a veces*, un poco más de la cuarta parte (28,57 %) manifiesta que *rara vez*, dos adultos afirman que *nunca* (3,57 %). Sin embargo, prácticamente la quinta parte afirma que *a menudo* (21,43 %) tiene facilidad para deglutir y siete adultos (12,50 %) indican que *siempre* les es fácil deglutir los alimentos sin dificultad.

Los adultos mayores cuando se les interroga *si la prótesis le permite hablar o vocalizar del modo que quisiera hacerlo*, casi la quinta parte (17,86 %) de los encuestados responden que *a menudo*, solo un adulto aseveró que *siempre* la prótesis le ha permitido hablar o vocalizar del modo que desea. De otro lado, una proporción alta (41,07 %) afirma que *rara vez* la prótesis le permite hablar o vocalizar de la forma como prefiere, un (35,71 %) precisa que *a veces* y dos adultos mayores dicen que *nunca* (3,57%).

Los adultos mayores que participaron del Programa Sonrisas Felices, se les pregunta *sobre si se sienten conformes o felices por cómo se ven sus aparatos protésicos*, sólo un adulto (1,79 %) manifestó que *siempre* es así, sólo el 14,28 % contestó que *a menudo* se siente conforme o feliz. Sin embargo, más de la mitad de los encuestados (51,79 %) dijo que *a veces* se siente feliz y conforme respecto a cómo se ven sus aparatos protésicos, una cuarta parte manifestó que *rara vez* se siente conforme (25%), mientras que cuatro adultos, señalaron que *nunca* se sintieron felices y conformes de cómo se ven sus prótesis bucales

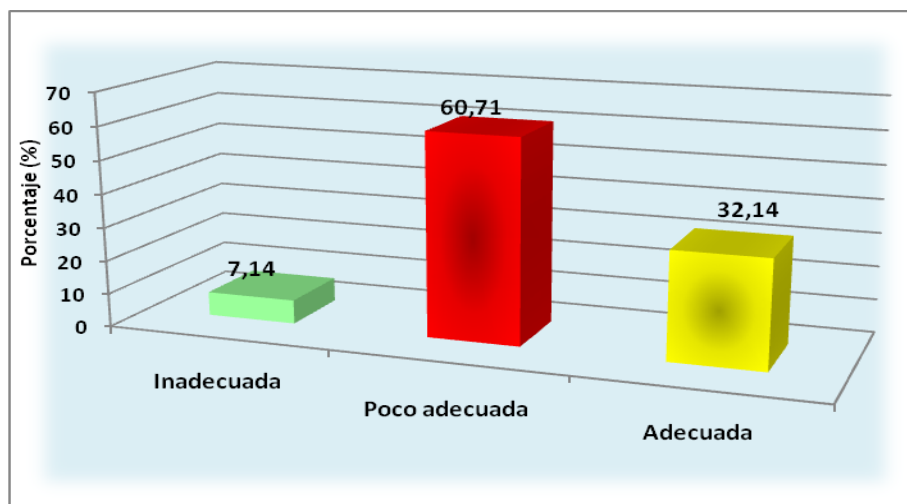
TABLA N° 12

PERCEPCIÓN DE LA SALUD ORAL DEL ADULTO MAYOR

Percepción	N°	%
Inadecuada	4	7,14
Poco adecuada	34	60,71
Adecuada	18	32,14
Total	56	100,00

Fuente: cuestionario

GRAFICO N° 9



Fuente: Tabla 12

INTERPRETACIÓN

En relación a la percepción de su salud oral , se observa en la Tabla 12 y en el Gráfico 9 que casi las dos terceras partes de los adultos mayores (60,71%) la consideró *poco adecuada* , una minoría de (7,14 %) la percibió como *inadecuada* ; sin embargo, prácticamente una tercera parte (32,14 %) la apreció su salud oral como *adecuada*.

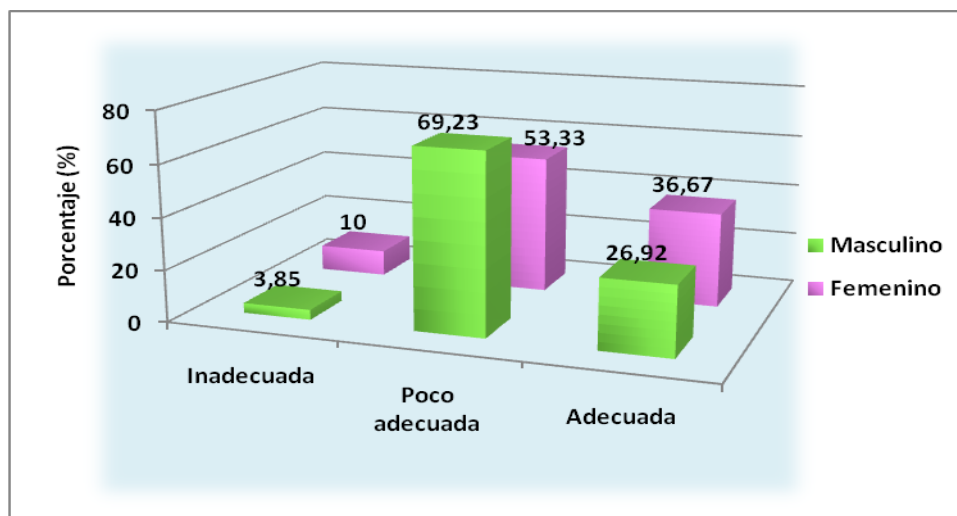
TABLA N° 13

PERCEPCIÓN DE LA SALUD ORAL SEGÚN SEXO

	Percepción sobre su salud oral						Total	
	Inadecuada		Poco adecuada		Adecuada		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Masculino	1	3,85	18	69,23	7	26,92	26	100,00
Femenino	3	10,00	16	53,33	11	36,67	30	100,00
Total	4	7,14	34	60,71	18	32,14	56	100,00

Fuente: cuestionario

GRÁFICO N° 10



Fuente: Tabla 13

INTERPRETACIÓN

Respecto a la percepción de la salud según el sexo, se evidencia en la Tabla 13 y en el Gráfico 10, que los adultos mayores de sexo masculino la perciben mayormente como *poco adecuada* (69,23 %) mientras que la cuarta parte de los varones la consideran *adecuada* (26,92 %). En el caso de las mujeres adultas mayores, un poco más de la mitad (53,33 %) la perciben como *poco adecuada* y un poco más de la tercera parte (36,67 %) la distinguen como *adecuada*.

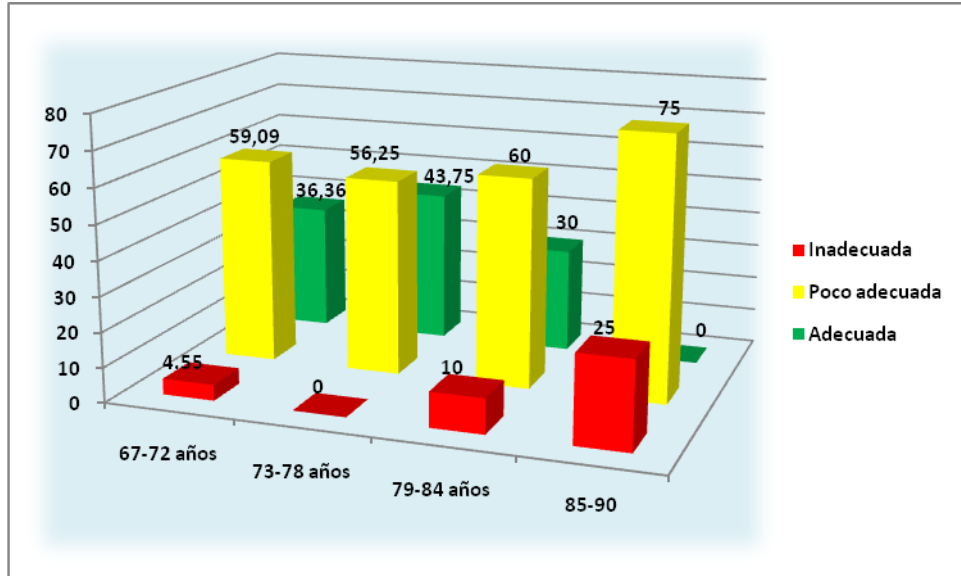
TABLA N° 14

PERCEPCIÓN DE LA SALUD ORAL SEGÚN GRUPO ETÁREO.

Grupo Etáreo	Percepción de su salud oral						Total	
	Inadecuada		Poco adecuada		Adecuada		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
67-72	1	4,55	13	59,09	8	36,36	22	100,00
73-78	0	0,00	9	56,25	7	43,75	16	100,00
79-84	1	10,00	6	60,00	3	30,00	10	100,00
85-90	2	25,00	6	75,00	0	0,00	8	100,00
Total	4	7,14	34	60,71	18	32,14	56	100,00

Fuente: cuestionario

GRÁFICO N° 11



Fuente: Tabla 14

INTERPRETACIÓN

Se aprecia en la Tabla 14 y en el Gráfico 11, que la percepción según el grupo etáreo difiere. Se observa que en todos los grupos etáreos, los adultos mayores percibieron su salud oral como *poco adecuada*, así en el grupo de 67 a 72 años es el 59 %, en el grupo etáreo de 73 a 78 años el 56 %, en el de 79 a 84 años alcanza el 60 % y en el grupo de 85 a 90 años llega al 75%.

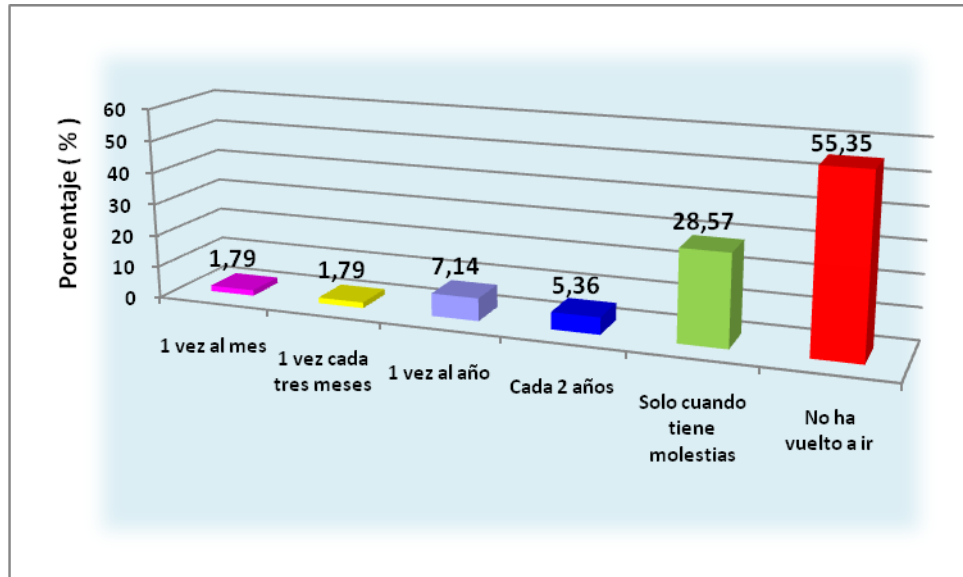
TABLA N° 15

**CONTROL ODONTOLÓGICO DESPUÉS DE HABERSE REALIZADO
LA INSTALACIÓN DE LA PRÓTESIS**

	N°	%
1 vez al mes	1	1,79
1 vez cada tres meses	1	1,79
1 vez al año	4	7,14
Cada 2 años	3	5,36
Solo cuando tiene molestias	16	28,57
No ha vuelto a ir a la consulta	31	55,35
Total	56	100,00

Fuente: cuestionario

GRÁFICO N°12



Fuente: Tabla 15

INTERPRETACIÓN

La Tabla 15 y el Gráfico 12 exhiben los resultados, según la frecuencia con que los adultos mayores se *realizan un control odontológico después de haberse realizado la instalación de una prótesis bucal*, encontrándose que la mayoría *no ha regresado a realizarse un control* (55,35 %); más de la cuarta parte (28,57 %) sólo acude a la consulta *cuando tiene molestias*; tres adultos mayores manifiestan que acuden *cada dos años* y cuatro *una vez al año*. Sin embargo un adulto mayor manifestó que acude *una vez al mes* y otro *una vez cada tres meses*.

5.6. PRUEBA DE HIPÓTESIS DE LA EFICACIA DE LA INSTRUCCIÓN ODONTOLÓGICA Y MANTENIMIENTO DE PRÓTESIS REMOVIBLE EN LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD ORAL DE LOS ADULTOS MAYORES

Hipótesis estadística:

H₀: La instrucción odontológica y el mantenimiento de las prótesis removibles no influyen en la percepción de la salud oral de los adultos mayores que participaron en el programa “Sonrisas Felices” del C. S. Francisco Bolognesi y el P.S. 5 de Noviembre, durante el año 2008.

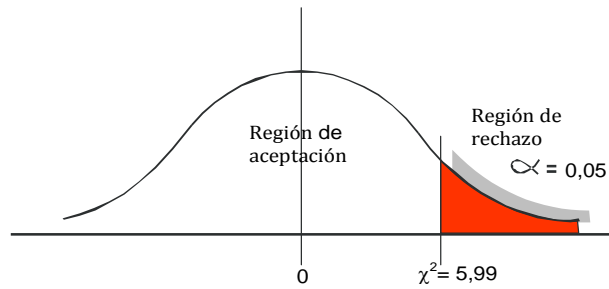
H₁: La instrucción odontológica y el mantenimiento de las prótesis removibles influyen en la percepción de la salud oral de los adultos mayores que participaron en el programa “Sonrisas Felices” del C. S. Francisco Bolognesi y el P.S. 5 de Noviembre, durante el año 2008.

Prueba:

$$gl = 2; \alpha = 0.05$$

Chi-cuadrado teórico:

$$\chi^2_{(2; 0.05)} = 5,99$$



- **Matriz de operaciones auxiliares**

			Nivel de instrucción y mantenimiento		Total
			Bajo	Medio	
Percepción de su salud oral	Inadecuada	Recuento	2	2	4
		Frecuencia esperada	1.9	2.1	4.0
			50.0%	50.0%	100.0%
	Poco adecuada	Recuento	21	13	34
		Frecuencia esperada	16.4	17.6	34.0
			61.8%	38.2%	100.0%
Adecuada	Recuento	4	14	18	
	Frecuencia esperada	8.7	9.3	18.0	
		22.2%	77.8%	100.0%	
Total	Recuento		27	29	56
	Frecuencia esperada		27.0	29.0	56.0
			48.2%	51.8%	100.0%

$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}$$

Resumen

Chi cuadrado calculado: $\chi^2_c = 7,376$ ($P = 0,025 < 0,05$)

Medida de asociación Coeficiente de contingencia: $C = 0,341$
($P = 0,025 < 0,05$)

Decisión:

Como $\chi^2_c = 7,376 > \chi^2_t = 5,99$, entonces el estadístico calculado (con $P = 0,025 < 0,05$) se encuentra en la región de rechazo. Consecuentemente, se rechaza la H_0 y aceptamos H_1 y afirmamos que existe evidencia a favor de una influencia entre la instrucción odontológica y el mantenimiento de las prótesis removibles en la percepción de la salud oral en adultos mayores participantes del Programa Sonrisas Felices, para un nivel un nivel de significancia de 5%.

DISCUSIÓN

Los hallazgos demuestran que la mayoría de los adultos mayores que participaron del Programa, tenían edades entre 67 a 78 años de edad, sin embargo, Castañeda en Chile, en el año 2003 al 2005, realizó un estudio con pacientes geriátricos con edades de 60 a 65 años de ambos sexos que tenían prótesis total superior e inferior (9). Nuestros resultados, evidencian que los adultos mayores tenían edades superiores, lo que tiene relación con el aumento de la esperanza de vida en el Perú, lo que ha tenido como consecuencia un importante incremento del número de personas que alcanzan edades avanzadas, sin embargo muchos adultos mayores, actualmente llevan una vida productiva, llena de relaciones sociales, de calidad de vida e independencia relativa. Sin embargo, hay situaciones de discapacidad, de disminución de la calidad de vida y en algunos casos de dependencia, que son producto no sólo de la edad sino también de problemas de salud y de algunos hábitos de vida inadecuados, como son la pérdida de piezas dentales, que determinan que el adulto opte por el uso de prótesis dentales.

Los adultos mayores en su mayoría fueron mujeres (53,57 %), resultados concordantes con los de Yoselyn Cotrina en el año 2010 en Tacna, quien reportó que en su población de estudio, las tres cuartas partes eran mujeres. (13) La mayor demanda de prótesis dental por parte de las pacientes de sexo femenino, quizá se deba a que socialmente es más criticable que una mujer se presente con ausencia de piezas dentarias que los varones y quizá tenga una mayor repercusión en su autoestima y confianza en las mujeres.

Como característica relevante, se halló que la mayoría de los adultos mayores usaban una prótesis total (57,14 %), resultados coincidentes informó Castañeda en Cuba, en el año 2003, en cuanto a que mayormente, en este caso todos sus pacientes tenían prótesis total superior e inferior. (9)

Asimismo, nuestros hallazgos sobre las instrucciones recibidas por los adultos mayores participantes del Programa Sonrisas Felices, evidencian que la mayoría responde que nunca recibió instrucciones específicas sobre “cómo debía realizar el cepillado de su prótesis”, “frecuencia con que debe cepillar la prótesis” y “cómo debía conservar su prótesis por la noche”, lo que resulta preocupante ya que es sabido que durante la tercera edad es posible que la salud oral sufra alteraciones, incluso teniendo buenos hábitos de higiene, por el uso de prótesis, tomar medicamentos o por trastornos normales de salud, lo que sugiere que si los pacientes desconocen cómo realizar un cepillado adecuado, la frecuencia óptima de cepillado y cómo conservar su prótesis durante la fase del sueño que obliga a retirarla, el riesgo de padecer de algún problema de salud es alto.

En general, el nivel de instrucción odontológica y mantenimiento de prótesis removibles es media en la mitad de los pacientes adultos mayores, y prácticamente la otra mitad es baja. No se ha encontrado evidencia empírica de otros estudios para comparar los resultados, sin embargo, lo que conllevaría no sólo a que se produzcan caries dental sino a enfermedades como la gingivitis (inflamación, hinchazón y sangrado de las encías) y halitosis (mal aliento) entre otras.

La percepción de la salud bucal de las personas y en este caso de los adultos mayores, es considerada como un elemento del bienestar y calidad de vida. Nuestros resultados, evidenciaron que el 68 % percibió su salud bucal como poco adecuada e inadecuada, proporción superior a la hallada por Jiménez y cols., en un estudio realizado en México en el año 2006, quien encontró un 61,7 % de adultos mayores que percibían su salud oral como mala y muy mala (percepción negativa) (64), referida según los resultados principalmente con la inestabilidad del aparato protésico, limitaciones con el tipo o cantidad de alimentos debido a problemas protésicos, incomodidad al cortar o masticar algunos alimentos, coincide con Silva FJ y cols de Brasil, quien encontró en un 62,5 disminución en el tiempo para masticar

los alimentos después de la instalación de la prótesis (11), disminución de la facilidad para deglutir el alimento sin dificultad, incomodidad al comer frente a otras personas debido al estado de su prótesis. Los resultados también son concordantes con los de Yoselyn Cotrina en Tacna, quienes informan que un grupo importante de 30,77 % de adultos mayores no se adaptaron al uso de prótesis removible y por tanto se espera una percepción negativa. (13) Nuestros hallazgos, evidencian que más de la mitad de los encuestados utilizaban prótesis de tipo parcial (57,14%), resultados similares hallaron Jiménez Férrez y cols. , los que reportaron que más de la mitad (66,1%) de los pacientes encuestados utilizaban también una prótesis parcial.

La percepción de la salud oral por parte de los pacientes adultos mayores portadores de prótesis removibles que participaron en el programa “Sonrisas Felices” del C.S. Francisco Bolognesi y P.S. 5 de Noviembre, durante el año 2008, en general fue poco adecuada (60,71 %), resultados coincidentes con los de Jiménez Ferez y cols. Quienes encontraron que en un 61,7% la percepción de la salud bucal mostró puntajes bajos (percepción mala o muy mala). (12)

Asimismo, existe suficiente evidencia de la relación que existe entre la instrucción odontológica y mantenimiento de las prótesis removible con la percepción de la salud oral de los adultos mayores ($P:<0,05$), lo que se interpretaría que el nivel de instrucción es bajo y la percepción inadecuada lo que indudablemente impactaría en el bienestar de los adultos y en su calidad de vida.

CONCLUSIONES

- d) La instrucción odontológica, el mantenimiento y conservación de las prótesis removibles influyen eficazmente en la percepción de la salud oral por parte de los pacientes adultos mayores portadores de prótesis removibles que participaron en el programa “Sonrisas Felices” del C.S. Francisco Bolognesi y P.S. 5 de Noviembre, durante el año 2008 ($P = < 0,05$).
- e) Las adultas mayores presentan un nivel medio más alto (56,67 %) que los varones (46,15 %) en cuanto a nivel de instrucción odontológica y mantenimiento de prótesis removible. Y el grupo etáreo de 67 a 72 años presenta el nivel de instrucción odontológica y mantenimiento de prótesis medio más alto y el grupo de 73 a 78 años el más bajo nivel de instrucción (62,50%).
- f) La percepción de la salud oral por parte de los pacientes adultos mayores portadores de prótesis removibles que participaron en el programa “Sonrisas Felices” del C.S. Francisco Bolognesi y P.S. 5 de Noviembre, durante el año 2008, en general fue poco adecuada (60,71 %).
- g) Las adultas mayores mujeres tienen una mejor percepción (adecuada) de su salud oral (36,67%), que los varones adultos mayores (26,92%) portadores de prótesis removibles que participaron en el programa “Sonrisas Felices” del C.S. Francisco Bolognesi y P.S. 5 de Noviembre, durante el año



2008. Y el grupo etáreo que tiene una mejor percepción de su salud oral es el de 73 a 78 años (43,75 %), mientras que el que en mayor proporción la percibe como inadecuada es el de 85 a 90 años de edad (25 %).

RECOMENDACIONES

En base a los resultados encontrados en el presente estudio me permito efectuar las siguientes recomendaciones:

1. Dado que los resultados evidencian que el nivel de instrucción odontológica y mantenimiento de las prótesis removibles es medio, y que además influye en la percepción de la salud oral de los adultos mayores, se recomienda a los profesionales y estudiantes de Odontología, como parte de los contenidos curriculares que atañen al campo de la educación sanitaria, diseñar y ejecutar estrategias de información, educación, y comunicación efectivas a fin de favorecer prácticas de higiene adecuada de la prótesis removible, ya que si éstas se descuidan después de transcurrido un tiempo este dispositivo suele causar diferentes molestias que pueden ser físicas, estéticas y sobre todo psicológicas para el paciente.
2. Se recomienda a los docentes profesionales de la salud oral realizar estudios destinados a valorar la eficacia de intervenciones educativas para modificar los conocimientos sobre el cuidado y mantenimiento de las prótesis removibles en pacientes de la tercera edad, lo que sin duda contribuirá a mejorar su calidad de vida.



3. Se debería implementar en consultorios privados, clínicas, establecimientos de salud y en las clínicas de las universidades brindar folletos y videos de recomendaciones sobre el uso, mantenimiento, limpieza y cuidado de las prótesis removibles con el fin de que los adultos mayores puedan instruirse en el manejo y funcionalidad de sus aparatos protésicos así como también los familiares o tutores del adulto mayor.
4. Se recomienda, realizar un estudio sobre la utilización y acción sobre agentes químicos con relación a la limpieza e higiene de las prótesis removibles para un mayor conocimiento de los mismos.
5. Se debería llevar un correcto seguimiento y controles posteriores cada cierto tiempo posterior a la colocación de las prótesis removibles en los pacientes adultos mayores.
6. Según plantean algunos psicólogos educacionales el paciente retiene el 10% de lo que lee, el 20% de lo que oye, el 30% de lo que ve, el 50% de lo que oye y ve y el 90% de lo que hace. Hay que tener en cuenta todo esto para así poder motivar y estimular al paciente, familiar o tutor del adulto mayor para que pueda tener una buena higiene oral, como también del aparato protésico y todo esto realizado en su hogar.

BIBLIOGRAFIA

• LIBROS:

2. VILA, VILMA G, BARRIOS, CAROLINA E. (2005) “Estado gingival y evaluación de la higiene bucal en adultos mayores con relación al uso de prótesis dental” facultad de odontología. U.N.N.E. Cátedra práctica clínica preventiva I, Argentina.
3. SAENZ BARBOSA JAIRO (2006) “Tratamiento integral con prótesis fija-removible” publicación científica facultad de odontología. UCR. N°8. Perú.
5. BOTICELLI AT (2002) Tratamiento de mantenimiento. Manual Of Dental Hygiene London QUINTESSENCE.
7. FRIENDEMTHAL MARCELO (2006) Diccionario de odontología. 2ª ed. Editorial: Panamericana. Buenos aires.
8. HERBERT F. WOLF EDITH M Y KLAUS H. ROTERTSCHACK (2005) Periodoncia. Editorial Thieme. 3ª Edición. Arizona
13. YOSSELYN PAOLA COTRINA ARRATIA (2010)”Factores relacionados a la falta de adaptación al uso de prótesis removibles en el adulto mayor rehabilitado en la clínica médico odontológica de la universidad privada de Tacna en el periodo 2005-2008 Tacna.
14. HANS-PETER MUELLER (2006) Prologo de Thomas. M. Hassell. Periodontologia tomo I Editorial el Manual Moderno. 4ta Edición, Colombia.
15. ECHEVERRIA José Javier, Carolina Manau. (2001) Periodoncia Fundamentos Clínicos. Editorial Ergon S.A. 3ra Edición, España.
16. JAN LINDHE, NIKLAUS P. LANG THORKILD KARRING (2008) “Periontologia Clínica e Implantologia Odontológica”, Editorial Médica Panamericana, 5ta Edición, Colombia.
17. GENCO ROBERT, GOLDMAN HENRY, COHEN WALTER (1993) “Periodoncia”, Edit. Lindhe, 1º Edición, México D.F.

18. BARRASCOUT ALONSO YVEITE (1994) “Efectividad de la técnica de control de placa bacteriana al inicio del tratamiento dental, al MI5 y al año de recibir instrucción en salud bucal en pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad Mariano Gálvez” Tesis para optar el Grado Académico de Licenciado en Estomatología y el Título de Cirujano Dentista, Universidad Mariano Gálvez, Guatemala.
19. CARRANZA F. (1992) “Periodontología Clínica de Glickman” 7ma. Edición. Editorial Médica Panamericana. México.
20. MALLAT CALLIS ERNEST (2004) “Prótesis parcial removible y sobre dentaduras”, Editorial Elsevier Mosby, España.
21. OLIVEIRA ERIKA DE ALMEIDA, EULALIA MARÍA MARTÍNS DA SILVA Y COLS (2007) “Prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes” Lima.
22. ELIO MEZZOMO/et al. (2003) “Rehabilitación Oral para el Clínico”. Editorial Amalca. Venezuela.
23. DIAZ ZEBALLOS, Juan J. (2001) “Presentación de tres casos clínicos de rehabilitación oral: Prótesis dental”.
24. JOSÉ Y.OZAWA DEGUCHI (1995) “Prostodoncia total”.5ta Edición. Editorial. Trillas. México
25. KOECK B. (2007) “Prótesis completa “ 4ta edición, Editorial. Masson Madrid.
26. MC CRAKEN (2004) “Prótesis parcial removible” 10ª Edición. Editorial. Medica Panamericana. Argentina.
27. ERNEST MALLAT DESPLATS (2007) “Prótesis parcial removible y sobre dentaduras”, Editorial Elsevier Mosby, España.
28. MC CRAKEN (2004) “Prótesis parcial removible” 10ª Edición. Argentina.
29. LOZA FERNANDEZ, DAVID (2006) “Diseño de Prótesis Parcial Removible.” 1era Edición. Madrid

30. OWALL, Bengt, KAYSER, and CARLSSON, Gunnar. (2003) “odontología protésica” 7ma Edición. Editorial Mosby.
31. QUINTANILLA PAULET ANTONIO (2000) “Pacientes edentulos y los tipos de prótesis” 1era Edición. Editorial Cabanillas Barcelona.
32. NISHUMURA Y, ATWOOD D (1994) “Knife-edge residual ridges: a clinical report”. J. Prosthetic Dentistry.
35. BOUCHER C, HICKEY J, ZARB G. (2000) “Prótesis para el desdentado total”. Edit. Mandí S.A.I.C y F. 1ª edición. Buenos Aires, Argentina.
38. ALONSO, JESUS M. (2006) “Evolución del Envejecimiento Poblacional y Respuesta Socio Sanitaria.” Revista multidisciplinar de gerontología. Vol. 16, N° 1, 2006, págs. 26-31 Cuba.
39. ALCAYAGA, OSCAR C. (1960) “Patología, anatomía y fisiología Patológica Bucodental” 6ta Edición. Editorial el Ateneo. Argentina 1999
40. MISRACHI Clara “Influencia de la Rehabilitación Protésica en la Salud Oral del Adulto Mayor” Revista Dental de Chile 2004.
41. GARRET, N. *et al.* (1996) “Efectos provenientes de dentaduras mal ajustadas y nuevas dentaduras durante la actividad masticatoria”. J. dentaduras postizas.
43. ALVAREZ CANTONI HECTOR, ALFONSO FASSINA NORBERTO y Colaboradores. (2008) “Colección Fundamentos, Técnicas y Clínicas en rehabilitación bucal” Editorial Hacheace HAC.
44. SAENZ BARBOSA JAIRO 2006 “Tratamiento Integral con Prótesis Fija-Removible.” Publicación Científica Facultad de Odontología. UCR. N°8 Perú.
45. LLENA PLASENCIA JOSE. (2002) Arce Works “prótesis completa” Editorial Labor. 2da Edición.
46. MISRACHI Clara “Influencia de la Rehabilitación Protésica en la Salud Oral del Adulto Mayor” Revista Dental de Chile 2004.



47. FRANKS A, HEDEGARD B. (1999) “Odontología Geriátrica”. 1era Edición, Editorial. Labor S.A. España.
48. FERNANDEZ MERINO MC, VEREZ VIBERO L, GUDE SANPEDRO F. (1996) “Morbilidad Crónica y percepción de salud en los ancianos de una comunidad rural”. Aten Primaria.
49. SAIZAR, P. (1998) “Prostodoncia total” Segunda edición Buenos Aires, 494 Cap. 6.
50. GUNTHER SEBERT (2000) “ABC de las Prótesis Dentales” Editorial Ediciones Especializadas Europeas 1ra Edición.
51. ANGELES MEDINA FERNANDO, NAVARRO BORI ENRIQUE. (2003) “Prótesis Bucal Removible” Editorial trillas, 1ra Edición. México.
52. KOECK B. (2007) “Prótesis completa” Editorial Elsevier-Masson, 4ta edición .Madrid.
53. BOTICELLI AT. (2002) “Manual of dental hygiene London” Quintessence.
54. PRETI GIULIO (2008) “Rehabilitación Protésica”. Edit. AMOLCA, 2da Edición. Caracas.
55. NIKLAUS P. LANG (2000) “Consideraciones Periodontales en Prótesis Dental” 1era Edición. Editorial Interamericana. México
57. GUZMAN BAEZ, Humberto. (2007) “Biomateriales en odontología de uso clínico” .Editorial Cat. Colombia.
58. SKINNER PHILLIPS. Ralph. (2003) “La Ciencia de los Materiales Dentales”. 8va Edición. Editorial Interamericana.
61. GRAIG. Robert. (2001) “Materiales Dentales Propiedades y su Manipulación” 6ta Edición. Editorial Mosby

• **PAGINAS DE INTERNET:**

1. CASTAÑEDA M, O´SALAS N, HUNG A, CALLEJAS MÓNICA, DEL VALLE G (2006) “Modificación de conocimientos sobre cuidado y mantenimiento de la prótesis total en el adulto mayor” [en línea] Disponible en [http://www.odontologia-online.com/verarticulo/Modificacion de conocimientos sobre cuidado_y_salud](http://www.odontologia-online.com/verarticulo/Modificacion_de_conocimientos_sobre_cuidado_y_salud). [Consulta 2.11.2010].
4. WIKIPEDIA (2007) Prótesis dental [en línea] disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%B3tesis_dental. [Consulta 2.11.2010].
6. ROCHE (2006) *Todo sobre el estrés* [en línea] Disponible en http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:y8yBth8rhNAJ:www.paraqueestebien.com/sintomas/stress/stress_cau9.htm+autopercepci%C3%B3n&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe [Consulta 02.11.2010].
9. CASTAÑEDA MARIO, O´SALAS NIURKA, HUNG ARMELIS, CALLEJAS MÓNICA, DEL VALLE GUILLERMO, (2006) “Modificación de conocimientos sobre cuidado y mantenimiento de la prótesis total en el adulto mayor” [en línea] Disponible en [http://www.odontologia-online.com/verarticulo/Modificacion de conocimientos sobre cuidado_y_mantenimiento_de_la_protesis_total_en_el_adulto_mayor.html](http://www.odontologia-online.com/verarticulo/Modificacion_de_conocimientos_sobre_cuidado_y_mantenimiento_de_la_protesis_total_en_el_adulto_mayor.html) [Consulta 29.10.2010].
10. PENNACCHIOTTI G (2006) “Factores que influyen en el uso de prótesis removible en Adultos Mayores recién rehabilitados. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista” [en línea] Disponible en www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2006/pennacchiotti_g/.../pennacchiotti_g.pdf [Consulta 31.10.2010].
11. SILVA FJ Y COLS. (2006) “Eficiencia masticatoria en portadores de prótesis parcial removible” revista heridiana ISSN-4355 versión impresa. Brasil [en línea] Disponible en

- http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1019-43552006000200004&lng=es&nrm=iso. [Consulta 2.11.2010].
12. JIMENEZ J, ESQUIVEL R, MARTÍNEZ N (2006) Percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en ancianos [En línea] Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2006/od065e.pdf> [Consulta 2.07.2011].
13. TORREBLANCA DEL CARPIO, JORGE Y COLS. “Conocimiento de limpieza de la prótesis removable en los pacientes que recibieron tratamiento en la clínica” <http://www.unica.edu.pe/investigacion/pdf/odontologia2003>. [Consulta 2.11.2010].
33. BADEMER O. (1987) “La salud dental en la vejez”. Cuaderno del departamento de salud pública. Facultad. de Medicina Universidad de Chile: Vejez y envejecimiento. 1987. [en línea] Disponible en <http://www.revistacambio.com.ch/vol/2pp9-12>. [Consulta 29.12.2010].
34. DR. SERGIO JORGE HISKIN. “Prótesis Parcial Removible. Su Higiene y Mantenimiento.” <http://odontoweb.especiolatino.com/profesionales/articulos/prostodoncia/articulo03-02.html>.
36. GUNNAR, C. (1998) “Clinical Morbidity and sequelae of treatment with complete dentures”. J Prosthet Dent.1998 [en línea] Disponible en [http://www.treatmentdentares.org/79\(1\)17-23.html](http://www.treatmentdentares.org/79(1)17-23.html). [Consulta 2.11.2010].
37. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1994) La atención de los ancianos, un desafío para los años noventa: afecciones orales. 1994 [en línea] Disponible en <http://www.org.pan.salud/adulto mayor1708=?> [Consulta 2.11.2010].

42. CHACON ROJAS, A, PIÑA CONTRERAS, L (1999) “salud bucal en el adulto” [en línea] Disponible en <http://www.fondef.cl/fondef/informativo/estomatitissubprotesica%20dentales.html>. [Consulta 2.11.2010].
56. CORONA M, REY B, ARIAS Z, NÚÑEZ L (2007) *Manual instructivo de instalación y control de prótesis totales*. Rev. Cubana Estomatológica [revista en la Internet]. 2007 Dic. [citado 2010 Nov. 03]; 44(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400013&lng=es. [Consulta 2.11.2010].
59. HAGGARD K. ARVELO B. De Genaro P. Recomendaciones para la limpieza de prótesis removibles. Revista Venezuela Odontológica. 2002; 55(1) [en línea] Disponible en <http://www.conetur.com/articulo.php?id=620&PHPSESSID=665d363f5947b1252674372266c05706>[Consulta 2.11.2010].
60. NAKAMOTO K, TAMAMOTO M, HAMADA T. In vitro study on the effects of trial denture cleansers with berberine hydrochloride. J Prosthet Dent. [en línea] Disponible en <http://endtheend.com/denclen-denture-cleaner>. [Consulta 3.11.2010].
62. LINGSHAY K. NICHOLSON, HUTCHINES B. L. Y COLS “Dental Higiene”[en línea] Disponible en <http://www.review.and.Update.JContempDentPract/disinfecting.landlady.html> 2000[Consulta 2.11.2010].
63. NAKAMOTO K, TAMAMOTO M, HAMADA T. In vitro study on the effects of trial denture cleansers with berberine hydrochloride. J Prosthet Dent. [en línea] Disponible en <http://endtheend.com/denclen-denture-cleaner>. [Consulta 3.11.2010].



ANEXOS

ANEXO N° 1

N°.....

1. INFORMACIÓN GENERAL

Edad: SEXO (M) (F)

▪ Establecimiento de salud que realizo tratamiento

a) C. S. Bolognesi () b) P.S. 5 de Noviembre ()

2. DATOS OBSERVACIONALES

2.1 Estado de la prótesis

- | | | |
|----------------------------------|---------------|-----------------|
| a) Tipo de prótesis | 1.Parcial () | 2.Total () |
| b) Cambio de color | 1.Si () | 2. No () |
| c) Superficie de la prótesis | 1. Lisa () | 2.Irregular () |
| d) Presencia de pigmentación | 1. Si () | 2. No () |
| e) Presencia de placa bacteriana | 1.Si () | 2.No () |
| f) Presencia de sarro | 1.Si () | 2.No () |

3. INSTRUCCIÓN ODONTOLÓGICA Y MANTENIMIENTO DE PROTESIS REMOVIBLE

CUANDO PARTICIPÓ EN EL PROGRAMA “SONRISAS FELICES” :

3.1. ¿Le dieron instrucciones sobre cómo debía hacer Usted el cepillado de su prótesis?

Siempre () A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()



3.2. ¿Le dieron instrucciones sobre la frecuencia (cuántas veces al día o a la semana) debía de realizar la limpieza de su prótesis?

Siempre () A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

3.3. ¿Le dieron instrucciones sobre cómo debía conservar su prótesis por la noche?

Siempre () A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

4. PERCEPCIÓN DE LA SALUD ORAL

Podría Usted, indicarnos como percibe que es su salud oral en los últimos 3 meses:

4.1. **¿Siente usted alguna inestabilidad con su aparato protésico?**

Siempre () A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

4.2. **¿Limita el tipo o la cantidad de alimentos que come debido a problemas con su prótesis?**

Siempre () A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

4.3. **¿Se siente incómodo al cortar o masticar algunos alimentos, tales como la carne o la manzana, desde que se colocó su prótesis dental?**

Siempre () A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

4.4. **¿Puede usted deglutir el alimento sin dificultad estando con la prótesis puesta?**

Siempre () A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

4.5. ¿Se siente incómodo al comer frente a otras personas debido al estado en que se encuentra su prótesis?

Siempre () A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

4.6. ¿Su prótesis le permite hablar o vocalizar del modo que quisiera hacerlo?

Siempre () A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

4.7. ¿Limita sus contactos con la gente (evita las reuniones sociales) debido a las condiciones de sus dientes o prótesis dentales?

Siempre () A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

4.8. ¿Percibe usted un olor constante en su aparato protésico?

Siempre () A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

4.9. ¿Se siente conforme o feliz por cómo se ven sus aparatos protésicos?

Siempre () A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

4.10. ¿Se siente ansioso o nervioso debido a problemas con su prótesis?

Siempre () A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

4.11. ¿Usa usted algún tipo de adhesivo para una mejor adaptación de su prótesis?

Siempre () A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()



5. CONTROL ODONTOLÓGICO DESPUES DE HABER REALIZADO LA INSTALACION DE LA PROTESIS

1 vez al mes ()

1 vez cada tres meses ()

1 vez cada seis meses ()

1 vez al año ()

Cada 2 años ()

Sólo cuando siente molestias ()

No ha vuelto a ir ()



ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente es una invitación cordial para que usted participe en una investigación epidemiológica realizada por una señorita de la Escuela de Odontología de la Universidad Privada de Tacna. Por favor lea cuidadosamente esta información antes de dar su consentimiento voluntario para participar.

El cuestionario indagará sobre los conocimientos sobre limpieza y mantenimiento de su prótesis y su percepción de su salud oral. El cuestionario, le tomará un tiempo aproximado de 15 minutos.

Desde ya le agradecemos su colaboración. Usted es libre de no participar, respetando su posición.

Si es de su interés puede solicitar información sobre el resultado de estas encuestas con la Srta. Bachiller Odont. BYANCA LISSETTE ARANDA LANCHIPA al número telefónico 952360815, a partir de enero del 2011.

La persona que suscribe, acepta voluntariamente participar en este estudio y certifica haber leído y comprendido toda la información que se le ha suministrado.

Nombre del paciente

Firma.....

Nombre del Profesional

Firma.....

ANEXO 3

TABLAS COMPLEMENTARIAS SOBRE INSTRUCCIÓN ODONTOLÓGICA Y MANTENIMIENTO DE LA PRÓTESIS REMOVIBLE

TABLA 30

EL USO DE AGENTES O SOLUCIONES QUÍMICAS QUE SE UTILIZAN PARA LA LIMPIEZA DE SU PRÓTESIS

	Nº	%
Nunca	55	98,21
A menudo	1	1,79
Total	56	100,00

TABLA 31

DEMOSTRACIÓN SOBRE CÓMO DEBÍA HACERSE EL CEPILLADO DE LA PRÓTESIS

	Nº	%
Nunca	55	98,21
Rara vez	1	1,79
Total	56	100,00