



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ASIGNATURA DE CLÍNICA INTEGRADA DEL ADULTO Y
ODONTOGERIATRÍA**

Nivel de conocimiento sobre higiene bucodental y protésica en cuidadores de ELEM en la Región de Valparaíso, Chile, 2016.

Trabajo de Investigación para optar al Título de Cirujano-Dentista.

Alumnos:

Licenciado Alejandro Campos R.

Licenciada Magdalena Yáñez M.

Tutor Principal:

Dra. Gisela Moyano.

Tutor Asociado:

Dr. Osvaldo Badenier.

VIÑA DEL MAR – CHILE

NOVIEMBRE– 2016

AGRADECIMIENTOS:

Alejandro y Magdalena: Quisiéramos agradecer en primer lugar a nuestros tutores Dra. Gisela Moyano y Dr. Osvaldo Badenier por su increíble disposición y apoyo, por su tremenda calidad humana y docente; este trabajo no hubiera sido el mismo sin ustedes. Muchas gracias, esperamos que sigúan siendo las increíbles personas que conocimos.

Alejandro: Agradecer a todos, a mis padres y hermanos, a mis tutores, a mis increíbles amigos, a Magdalena por siempre apoyarme y sacar lo mejor de mí. También dar las gracias a todos los profesores que fueron parte de mi formación académica, aprendí mucho de cada uno de ustedes, espero no defraudarlos. Finalmente, al que decida leer este trabajo entienda el trasfondo social que tiene y el desafío para todos de mejorar la salud de esta población vulnerable.

Magdalena: En primer lugar, quiero agradecer a mi Madre, por su apoyo incondicional y por nunca dejar de creer en mí; en segundo lugar, a mi familia y a Andrés, por siempre estar cuando los necesité y darme animo en todo momento. A mis amigos, por nunca dejarme sola en esta etapa y hacer de esta la mejor. Alejandro muchas gracias por confiar en mí y dar lo mejor de ti. Por, sobre todo, a Dios.

ÍNDICE

| | | |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| I. | INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. | MARCO TEÓRICO | 4 |
| 2.1 | Consideraciones Epidemiológicas del adulto mayor | 4 |
| 2.1.1 | A nivel Mundial | 4 |
| 2.1.2 | América Latina y el Caribe | 6 |
| 2.1.3 | El Adulto Mayor en Chile. | 8 |
| 2.2 | Salud oral del adulto mayor | 10 |
| 2.3 | ELEAM en Chile e institucionalidad del adulto mayor..... | 13 |
| 2.4 | Caracterización de cuidadores de hogares de ancianos | 19 |
| 2.6 | Higiene bucodental del adulto mayor | 24 |
| 2.6.1 | Conocimientos para el cuidado de la salud oral integral del adulto mayor | 24 |
| 2.6.2 | Higiene oral del adulto mayor | 25 |
| 2.7 | Prótesis dentales e higiene protésica | 29 |
| 2.7.1 | Cuidados e higiene de prótesis dentales. | 29 |
| 2.7.2 | Higiene de prótesis removible | 31 |
| 2.8 | Frecuencia de control por parte del odontólogo..... | 34 |
| III. | OBJETIVOS..... | 35 |
| IV. | MATERIALES Y METODOS..... | 36 |
| 4.1 | Diseño de estudio | 36 |
| 4.2 | Definición del Universo | 36 |
| 4.3 | Tamaño Universo | 37 |
| 4.4 | Criterios de selección | 38 |
| 4.5 | Variables de estudio..... | 39 |
| 4.6 | Recolección de datos e instrumentos | 44 |
| 4.7 | Implicancias éticas | 48 |
| 4.8 | Análisis de datos..... | 50 |
| V. | RESULTADOS | 51 |

| | | |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5.1 | Caracterización general de las muestras | 51 |
| 5.2 | Primera sección: Conocimientos de los cuidadores en relación a higiene bucodental y protésica..... | 53 |
| 5.2.1 | Caracterizar aspectos sociodemográficos y de experiencia de cuidadores pertenecientes a ELEAM de la región de Valparaíso..... | 53 |
| 5.2.2 | Establecer el nivel de conocimiento de los cuidadores sobre las técnicas de higiene bucodentaria y protésica | 56 |
| 5.2.2.1 | Conocimientos de los cuidadores sobre higiene bucodental y protésica | 58 |
| 5.2.3 | Relacionar el nivel de conocimiento sobre higiene bucodental y protésica de los cuidadores con su nivel educativo y de capacitación..... | 66 |
| 5.3 | Segunda sección: Evaluación de hábitos de cuidados e higiene de prótesis dentales removibles en adultos mayores..... | 69 |
| 5.3.1 | Evaluar hábitos y conductas sobre prácticas de higiene protésica en adultos mayores pertenecientes a ELEAM de la región de Valparaíso..... | 69 |
| 5.3.2 | Evaluar la condición higiénica de las aparatologías removibles en pacientes adultos mayores institucionalizados en ELEAM de la región de Valparaíso | 71 |
| 5.3.3 | Relacionar si el cuidador se encarga de la limpieza protésica del adulto mayor con la condición higiénica que se observan las prótesis removibles | 72 |
| VI. | DISCUSIÓN | 73 |
| VII. | CONCLUSIÓN..... | 83 |
| VIII. | SUGERENCIAS | 85 |
| IX. | BIBLIOGRAFÍA..... | 86 |
| X. | ANEXOS..... | 96 |

I. INTRODUCCIÓN

Nuestro país cursa un proceso de transición demográfica, experimentado un envejecimiento poblacional acelerado, (Perfil epidemiológico del adulto mayor en Chile, Superintendencia de Salud, 2006). La mayor longevidad de la población, implica no sólo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, sino que implica también, una mayor prevalencia de discapacidad, limitaciones funcionales y cognitivas que afectan la independencia en el diario vivir de los adultos mayores. (Dependencia de los adultos mayores en Chile, 2008)

Debido a lo anterior, un número importante de adultos mayores son institucionalizados en residencias u hogares de ancianos, con la finalidad de recibir cuidados y protección. Los encargados de realizar estas funciones se denominan “cuidadores” y son aquellos que se encargan de ayudar en las actividades de la vida diaria a personas que no pueden desempeñar estas funciones por sí mismas, y velan porque la persona en situación de dependencia reciba los cuidados necesarios que aseguren una calidad de vida adecuada.

Los adultos mayores dependientes en numerosas ocasiones requieren la ayuda de sus cuidadores para realizar actividades de autocuidado como la higiene oral, en comparación con adultos mayores autovalentes (Holmén y cols, 2011, Garrido y cols, 2011). A pesar de lo anterior, se ha visto que sus necesidades de asistencia en higiene oral, muchas veces son desatendidas y en general los cuidadores tienen una formación limitada en lo que respecta a higiene oral (Frenkel y cols, 2002).

Por otra parte, se ha encontrado que los adultos mayores dependientes, frecuentemente presentan problemas de salud bucal, los que aumentan su malestar, aislamiento, angustia y afectan la calidad de vida. A su vez, podría asociarse a un aumento de desnutrición, riesgo de enfermedad cardiovascular y otras complicaciones sistémicas (Forsell y cols, 2010; Frenkel y cols, 2002).

Se ha estudiado actitudes y percepciones hacia la salud bucal y educación en higiene oral de los cuidadores, sin embargo, se ha observado que los intentos de programas educativos no siempre logran resultados satisfactorios. Una posible explicación de ello, es la existencia de una brecha entre el conocimiento en salud bucal y el comportamiento como prácticas de higiene oral, debido a la influencia de las actitudes y percepciones de los cuidadores hacia el cuidado bucal de las personas que están a su cargo (Forsell y cols, 2010).

Adicionalmente, en la literatura revisada se han encontrado pocos reportes de programas educativos en higiene oral de adultos mayores institucionalizados, dirigidos a sus cuidadores, y ninguno que fuese aplicado a las condiciones actuales de los ELEAM. Por lo tanto, la información obtenida en el presente estudio, que tiene como propósito valorar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en cuidadores de adultos mayores residentes en ELEAM de la región de Valparaíso, Chile 2016, permitirá orientar estrategias para que los cuidadores se actualicen y adquieran nuevos conocimientos o habilidades, y se motiven para desarrollar intervenciones preventivas orientadas a mejorar la salud bucal y la salud general de esta población.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Consideraciones Epidemiológicas del adulto mayor

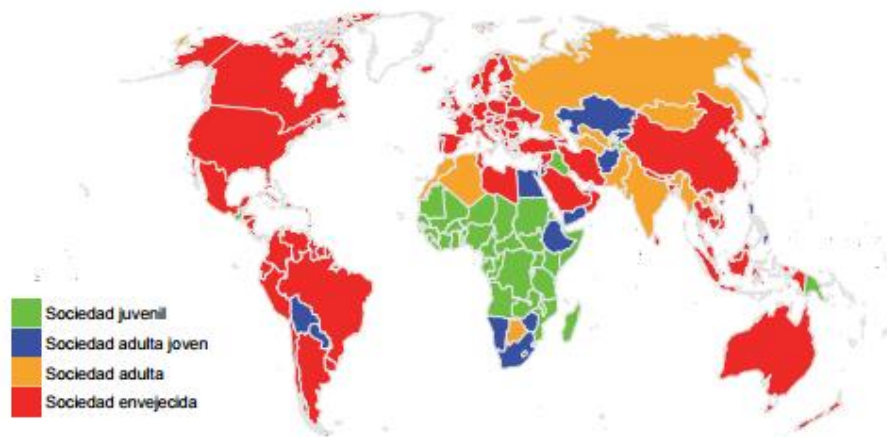
2.1.1 A nivel Mundial

El envejecimiento poblacional es un proceso intrínseco de la transición demográfica que se desarrolla como resultado del paso, desde una población con alta fecundidad y alta mortalidad, a una población con fecundidad y mortalidad baja, lo cual lleva a un cambio en la pirámide poblacional; esta transformación que ha adoptado el nombre de transición demográfica, ha provocado un progresivo aumento del tamaño de la población mundial y, simultáneamente, su envejecimiento, debido a un aumento en la esperanza de vida y un incremento en la población adulta mayor (Harwood y cols, 2004). Este ha sido un proceso que inicialmente surgió en naciones desarrolladas a lo largo de todo el siglo XX, y que hoy viven muchas de las naciones en vías de desarrollo (United Nations, Population Division, 2002; Díaz y cols, 2003).

La baja natalidad y mortalidad, la elevada expectativa de vida y el consecuente predominio de las enfermedades crónicas, con el incremento en el número de personas de edad avanzada, son las principales características actuales y futuras de la sociedad; estos factores conllevan al incremento de personas que requieren cuidados durante largos períodos de tiempo (Cardona y cols, 2011).

En los últimos años, el adulto mayor, definido por la Organización Mundial de la Salud como la persona de 60 años o más, ha tenido una tendencia sostenida de incremento porcentual. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud en el año 2002 existían en el mundo 600 millones de personas mayores de esa edad, cifra que se duplicaría en el año 2025 y para el año 2050 podrían llegar a los 2 billones de personas, la mayoría de ellos viviendo en países en desarrollo (Petersen y cols, 2005).

Gráfico 1. La transformación de la estructura etaria de la población en el mundo 2010.



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de United Nations, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, 2013.

En la mitad del siglo XXI, según el informe de las Naciones Unidas para el envejecimiento, por primera vez en la historia de la humanidad, la cantidad de personas de 60 años y más en el mundo, superará a la cantidad de personas jóvenes (menores de 15 años). En otras palabras, mientras que en el año 2000

una de cada diez personas en el mundo era un adulto mayor, a mitad de siglo será una de cada cinco. (United Nations, Population Division, 2003)

En términos porcentuales, entre 1950 y 1980 el porcentaje de adultos mayores con respecto a la población total, se mantuvo alrededor del 8%, mientras que en el año 2000 ascendió a 10%. Bajo las tendencias previstas del envejecimiento demográfico mundial, se estima que en el año 2030 este porcentaje ascenderá a 16,6% y para el año 2050 a un 21,4%.

Teniendo en cuenta estas proyecciones de cambios en la estructura poblacional, la atención odontológica en los adultos mayores se incrementará, por los altos valores de prevalencia e incidencia de las patologías bucales en esta población frente a los más jóvenes, especialmente en los países en vías de desarrollo.

2.1.2 América Latina y el Caribe

La población de América Latina y el Caribe aumentará en alrededor de 180 millones de personas entre el año 2000 y el 2025. Más de un tercio de ese incremento corresponderá a población adulta mayor. (Agar Corbinos, 2001).

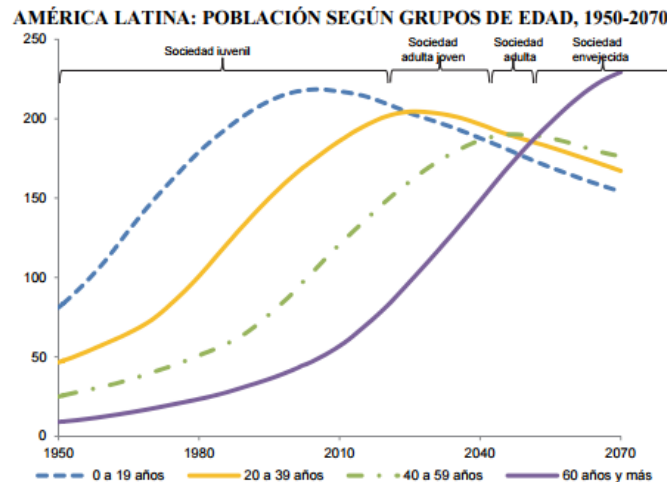
En América Latina y el Caribe existen realidades asociadas con el estadio de la transición demográfica, muy diversas, lo cual trae implicaciones sociales, económicas y éticas diferentes según los países de la Región. Por ejemplo, Bolivia y Haití muestran altas tasas de mortalidad y natalidad con un crecimiento

demográfico cercano al 2,5% anual que corresponden a países en situación de transición poco avanzados. (Agar Corbinos, 2001).

Por otra parte, Argentina, Brasil, Cuba, Uruguay y Chile, son países con baja natalidad y mortalidad diferencial con las tasas de crecimiento natural más bajas de la región, representando valores alrededor del 1,6% anual contrastando con el grupo anterior, presentando una transición demográfica avanzada.

Se prevé por otra parte, que cerca del año 2036, en América Latina y el Caribe, el número de personas mayores supere por primera vez el de niños y que siga creciendo hasta el 2070. Así, Latinoamérica ha pasado de tener una estructura de población joven en 1950, a una población que actualmente se encuentra en un proceso de envejecimiento que continuará con fuerza en las próximas décadas. Según la Celade, se proyecta para el 2050 una proporción de adultos mayores superior al 15% en todos los países de América Latina y el Caribe y superior al 30% en varios de esto (CEPAL, 2012).

Gráfico 2. América Latina- Población según grupos de edad 1950-2070



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de United Nations, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, 2013.

2.1.3 El Adulto Mayor en Chile.

Chile no está ajeno a la realidad de los otros países de Latinoamérica debido a que, en los últimos 30 años, ha experimentado un proceso de envejecimiento demográfico acelerado. En el país, la proporción de personas mayores de 60 años que en el año 2000 correspondía al 12% ha tenido un aumento sostenido estimándose que, en 2020, representará cerca del 17,3% de los habitantes de la nación y en 2050 esta población alcanzará el 28,2% (CEPAL 2012).

Según el INE, una de cada diez personas pertenece al grupo adulto mayor y se espera que para el año 2025 esta proporción sea de uno por cada cinco. Si lo comparamos con la población menor de 15 años, los adultos mayores ascienden

actualmente a uno por cada dos niños y niñas. Se estima que para el año 2025, la cantidad de menores de 15 años y los adultos mayores se igualaran en términos absolutos y porcentuales (20%), en todas las regiones del país. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile 2013).

De acuerdo al Informe Nacional de Estadística (2015) sobre la población de adultos mayores por regiones y con base en el censo del año 2002, el país tiene una población de 15.116.435 personas, de las cuales el 11% son adultos mayores, es decir 1.719.478 personas. De estas, 758.049 (10,2%) son hombres y 959.429 (12,5%) son mujeres. Con respecto a la esperanza de vida, se estima de 82 años en mujeres y de 77 años para los hombres, por lo que Chile es el país de América Latina con mayor esperanza de vida media promedio de 80,5 años y el segundo de todo el continente americano después de Canadá (82,2 años).

Esta población de adultos mayores, se distribuye de manera relativamente homogénea por regiones. Según la encuesta CASEN realizada en el año 2013 sobre el índice de envejecimiento de la población, la quinta región es la tercera en el país con un mayor porcentaje de adultos mayores (18,3 %), precedida por la región del Maule (18,7 %) y la región de los Ríos (19,7%). De esta manera Chile se acerca a la realidad de Europa ya que en Suecia el 24% de la población es adulta mayor (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile 2013).

2.2 Salud oral del adulto mayor

Sobre el estado de salud de la población adulta mayor a nivel latinoamericano, datos de investigaciones brasileñas, que han evaluado la salud bucal de las personas de edad avanzada, muestran una situación preocupante. Los resultados del estudio de Costa y cols, (2010), revela pobres condiciones orales de los pacientes con edentulismo, el índice COPD elevado (29,8).

En España, según datos epidemiológicos de la Encuesta de Salud Oral 2010, las personas entre 65-74 años muestran un índice COPD promedio 14,7, el nivel de pacientes desdentados totales alcanza el 16,7%, y según el índice periodóntico comunitario (IPC) el 94,2% necesitan tratamiento periodontal. Estos resultados demuestran que los ancianos mayores de 65 años tienen un estado de salud bucodentario deficiente (Cornejo y cols, 2013).

En Chile, el “Programa Nacional de Salud de las personas adultas mayores” del Ministerio de Salud 2014 de Chile, a través de la encuesta nacional de salud año 2003, exploró el estado de salud bucal de la población de 65 y más años. Mostró que menos del 1% de esta población tenía todos sus dientes y que la tercera parte de ella era desdentada total. En relación al edentulismo y pérdida de piezas dentarias, se observa en esta encuesta, que es más frecuente esta condición en aquellos sujetos de nivel socioeconómico bajo (14,7%) que los de nivel alto (1,5%), siendo mayor esta diferencia cuando se comparan por nivel educacional,

presentándose una prevalencia de desdentado total igual a un 19% en el grupo con nivel educacional bajo, versus un 0% en aquellos con nivel educacional alto.

La encuesta también indica que, del total de la población mayor de 65 años, el 37,1% usaba prótesis removible en ambos maxilares, y se relaciona este porcentaje al nivel socioeconómico y educacional de esta población.

La Encuesta Nacional de Salud (2009-2010), igualmente evaluó la percepción de la salud bucal de acuerdo al uso particular de prótesis dentales. Las personas mayores refirieron en un 55,3 % en la percepción de necesitar prótesis dental. Por otra parte, el porcentaje de personas que no ha visitado al odontólogo en los últimos 5 años, es mayor en los grupos de 45-64 años, y 65 y más años, en comparación con los participantes de 15-24 años.

El estudio realizado en la región metropolitana, Santiago de Chile por Arteaga y cols (2009), en población de 65 a 74 años evidencia que el promedio de dientes afectados por caries era de 24,9, de los cuales 0,9 dientes tenían caries, 3,47 se encontraban obturados, y 20,52 se encontraban perdidos por caries.

Otro estudio realizado en la región de Valparaíso, que evalúa la salud bucodental de adultos mayores postrados de Muñoz y cols (2012), concluye que la condición de salud bucal de esta población está extremadamente deteriorada, ya que se encuentra un estado de abandono extremo en cuanto a salud oral. El índice de higiene de O'Leary alcanzó un 100% y el COP alcanzó un 29,9, del cual el 27,79 fue por pérdida dentaria.

La investigación realizada por Quezada y cols (2013), para comparar la salud bucodental y satisfacción entre paciente beneficiarios del GES, (Salud Oral Integral 60 años) y no beneficiarios, el índice COPD promedio de los casos fue 20,2 y 19,3 para los controles, ambos resultaron menores al reportado por Mariño y cols (2011), en el estudio de prevalencia efectuado en la población mayor en Valparaíso.

Con respecto al impacto de la salud bucal sobre la percepción de la calidad de vida, se observa que la función psicosocial del adulto mayor está afectada, principalmente por no sentirse cómodos al momento de comer delante de otras personas por problemas dentales lo que lleva a representar un impacto negativo en su calidad de vida, confirmando la importancia de la salud bucodental como un factor determinante para la consecución del bienestar general (Diaz y cols, 2012).

En este contexto, la política de Salud Bucal del Ministerio de Salud tiene como objetivo general “disminuir la alta morbilidad bucal existente en la población chilena y contribuir a mejorar su calidad de vida”, priorizando la atención de los menores de 20 años. Dada la importancia que tiene la población adulta mayor y la prevalencia de daños en la salud bucal, se ha considerado tener programas que le den atención integral, para contribuir a su calidad de vida en esta etapa de su ciclo vital, así como dar resolución de las Urgencias Odontológicas a toda la población del país.

Como parte de esta política, el Ministerio de Salud de Chile (2008) en la Reforma de Salud en Chile, incluyó como parte de las Garantías Explicitas en Salud, (GES) la Urgencia Odontológica Ambulatoria y la Salud Oral Integral del adulto de 60 años. Sin embargo, aún existe una cobertura reducida en este grupo de edad (21% en 2009), presumiblemente por falta de información, poca valoración de la salud bucal o la creencia de que no recibirán atención de calidad (Ministerio de salud, 2010).

2.3 ELEAM en Chile e institucionalidad del adulto mayor.

Para el cuidado del adulto mayor, surgen algunos servicios geriátricos, de atención de larga y corta estadía, cuidados continuos, residencias u hogares de ancianos y adquieren una importancia fundamental en la construcción de la expectativa de vida de los adultos mayores traduciéndose en calidad de vida familiar y personal (Vergara y cols, 2008).

Las razones para la institucionalización en cada persona y familia son múltiples y diversas relacionadas directamente a su contexto social e histórico tales como: tiempo, infraestructura, recursos humanos y materiales, hacinamiento, requerimiento de cuidados específicos, y están orientadas hacia la búsqueda de un lugar adecuado para que el adulto mayor reciba los cuidados que requiera, entre ellos la salud bucodentaria (Vergara y cols, 2008). En toda prestación de cuidado a personas institucionalizadas, la intervención debe orientarse a potenciar y mantener las capacidades remanentes de los residentes en los

aspectos físicos, psíquicos y cognitivo. Asimismo, debe orientarse a evitar o retardar su deterioro. Todo lo anterior, a través de estrategias de atención individual y/o grupal que combinen prestaciones de salud con acciones que promuevan la integración social, familiar y comunitaria, así como el acceso a prestaciones sociales (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile 2009).

El tipo de cuidados que se brinda en Chile a los adultos mayores puede clasificarse en dos categorías, diferenciables por calidad, cobertura y capacidad técnica en: 1) Formales e 2) Informales. Los cuidados formales son prestados esencialmente por aquellas organizaciones entre cuyos propósitos se encuentra de manera integral el cuidado de personas, cumpliendo pautas sanitarias establecidas por el Ministerio de Salud. Los cuidados informales en cambio, se definen como los cuidados proporcionados por la familia, amigos, vecinos u otras personas al interior del hogar en un mundo privado, a personas acianos, enfermas y dependientes.

El Ministerio de salud define funcionalidad como la capacidad de una persona de llevar por sí misma la orientación de sus actos, hacer lo que ella o el desee de su entorno, realizando las actividades de la vida diaria desde el punto de vista cognitivo, físico y social. Según su grado de funcionalidad, los adultos mayores se pueden clasificar en: autovalentes, frágiles y dependientes.

El adulto mayor autovalente, corresponde a aquella persona cuyas características físicas, funcionales, mentales y sociales le permiten realizar las

actividades funcionales esenciales de autocuidado, sin requerir de la ayuda de terceros en sus actividades de la vida diaria. (Romo y cols, 2011)

El adulto mayor frágil ve afectada su autonomía por factores físicos, ambientales, psicológicos, sociales y económicos, que le hacen necesitar de ayuda de otros para mantener los niveles básicos de cuidado personal

El adulto mayor dependiente, se encuentra imposibilitado para efectuar las actividades de la vida diaria de manera independiente, requiere de apoyo constante para desarrollarlas, ya sea por sus limitaciones físicas o mentales, se ve impedido para realizar diversas actividades incluyendo el autocuidado bucal. Este adulto mayor dependiente puede clasificarse en: leve, moderado y severo.

Los adultos mayores dependientes institucionalizados, son pacientes que están bajo el cuidado de cuidadores formales en establecimientos de larga estadía, residencias que proporcionan alojamiento permanente y atención integral y continuada a los pacientes.

¿Qué es un Establecimiento de Larga Estadía (ELEAM)?

Los Establecimientos de Larga Estadía, son una de las formas de entregar servicios de cuidado a las personas mayores, están regidos por el Reglamento D.S. N°14 de agosto del 2010 del Ministerio de Salud (MINSAL), y son fiscalizados por los Servicios de Salud del correspondiente territorio. En él se definen los ELEAM como lugares “en que residen adultos mayores que, por

motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la mantención de su salud y funcionalidad”. Deben contar con una autorización sanitaria para funcionar en esa calidad, la cual es otorgada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente del lugar en que se encuentran ubicados (SENAMA, 2013).

Los usuarios potenciales de este tipo de instituciones son personas de 60 años y más con mermas en su capacidad funcional; en consecuencia, de acuerdo al Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores (EDPM, SENAMA, 2009), el 24,1% de la población de 60 y más años presenta algún nivel de dependencia y 12,4% presenta dependencia severa. Por otra parte, de acuerdo al Catastro de Establecimientos de Larga Estadía, realizado el año 2012 (SENAMA), existen 12.632 personas mayores en situación de dependencia física, psíquica y postración que residen en establecimientos de larga estadía. (SENAMA, 2013)

En Chile existe solo un estudio que hace una estimación del número de establecimientos que entregan cuidado a adultos mayores. Se trata del estudio “Adultos mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son?” (Marín y cols, 2004). A partir de los datos del Censo 2002, los autores llegan a la conclusión de que en Chile existirían alrededor de 1.668 “residencias de ancianos”, de los cuales 1.044 serían formales y el resto clandestinas.

En Chile, se cuenta con los establecimientos de larga estadía (ELEAM), que según el último catastro realizado por SENAMA 2013, se contabilizaron 726 instituciones, de los cuales 344 están distribuidos en la región Metropolitana y 149 en la región de Valparaíso, siendo ambas las regiones en donde existe el mayor número de establecimientos de esta índole. De estos 149 establecimientos autorizados en la Quinta región, 126 son instituciones con fines de lucro y 23 de estos no tienen fines de lucro. De estos 23 solo 13 cuentan con una subvención económica especial por parte del SENAMA, debido a que cumplen con criterios de selección específicos, dentro de los cuales esta como obligación ser una fundación sin fines de lucro. Al analizar la naturaleza de la propiedad del ELEAM, el mayor número de ellas corresponde a instituciones privadas con fines de lucro (65,8%), sin embargo, si se analiza la distribución del total de personas institucionalizadas es posible constatar que este tipo de ELEAM entrega estadía al 41,1% del total. Este dato se explica por el tamaño de este tipo de ELEAM; en promedio dan estadía a 17 personas mayores. En cambio, aquellos ELEAM que corresponden a instituciones, fundaciones o congregaciones religiosas sin fines de lucro, poseen un promedio de 56 usuarios por centro, por lo que acogen a la mayoría de las personas adultas mayores, 56,2% del total de institucionalizados.

Respecto a la composición del recurso humano disponible al interior de los ELEAM, se visualizan tres escalafones de cargo: Planta directiva-administrativa, planta de funcionarios de atención directa de personas mayores y auxiliares de apoyo. El recurso humano disponible existente en estas instituciones es

multidisciplinario y está facultado para responder de manera efectiva los requerimientos biopsicosociales de las personas (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile 2014).

En los ELEAM, donde existen funcionarios de atención directa (cuidadores directo y auxiliares paramédicos), en un 95,5% de los centros analizados se dispone de cuidadores, en tanto un 71,9% dispone de auxiliares paramédicos. En el caso de cuidadores, el promedio por centro alcanza a 4 cuidadores, cifra notoriamente superior al 1,7 que se registra en el caso de auxiliares paramédicos. Respecto de las horas de ejercicio diario, las horas promedio de los cuidadores asciende a 9,7 horas, en el caso de los auxiliares desciende a 8,8 horas. El promedio de días que los cuidadores concurren a laborar a la semana es de 5,5. En el global un 97,6% de este personal posee educación básica completa. (Ministerio de Desarrollo Social, 2013).

De acuerdo al reglamento para ELEAM establecidos por el Ministerio de Salud de la República de Chile, Decreto N° 14 de 2010, en el artículo 18 señala que “los adultos mayores con dependencia física o psíquica, en grado leve o moderado que requieren un cuidador por cada 12 residentes dependientes en horario diurno y uno por cada 20 residentes en horario nocturno. De acuerdo a ello, a partir de 13 residentes, corresponde 2 cuidadores diurnos y a partir de 25 corresponde a 3, y así sucesivamente, operando del mismo modo respecto de los cuidadores del turno de noche.

Actualizar y adquirir nuevos conocimientos o habilidades en salud, favorece la adquisición de nuevas herramientas destinadas a impactar positivamente la calidad de vida de la población. Unos de los aspectos relevantes que presenta el estudio de actualización del Ministerio de Desarrollo Social (2013) sobre los ELEAM, es que un número relevantes de cuidadores no ha participado en las capacitaciones (37,6%) y en aquellos ELEAM donde parte del personal si ha participado, predominan aquellos que han asistido entre una a dos capacitaciones (45,7%). Un 16,7% declaran haber realizado entre tres a cuatro. El estudio también muestra que un 76,7% de los ELEAM si realiza evaluación del personal, con una periodicidad predominantemente mensual en el 42,1%.

2.4 Caracterización de cuidadores de hogares de ancianos

Según el Diccionario de la Real Academia Española define al Cuidador/ra; quién cuida a una persona, es la que se hace cargo, por cuenta propia o por encargo, de vigilar y atender a otra persona ya sea un anciano, un bebé, un convaleciente, o una dependencia. El cuidador, como lo entendemos en materia de dependencia, es la persona que facilita la vida y complementa la falta de autonomía de una persona dependiente, ayudándola en sus tareas diarias como aseo, alimentación, desplazamiento, salud, entre otras. (Ruiz y cols, 2012)

Esta definición expresa la necesidad de tener en cuenta diferentes grados de responsabilidad en el cuidado de ancianos y la consecuente diferenciación entre

cuidadores directos e indirectos. A partir de esta definición general de cuidadores, se impone la diferenciación de los cuidadores directos en formales e informales.

Los cuidadores “informales” no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. El apoyo informal es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos (Flórez Lozano y cols, 1997, Aguas, 1999). Los cuidadores principales o primarios son los que asumen su total responsabilidad en la tarea, pasando por diferenciaciones progresivas a esta situación según la ayuda, formal o informal, que reciban. La cooperación entre los diferentes tipos de cuidadores puede ser fundamental para la superación de la vulnerabilidad de ancianos y cuidadores familiares en el contexto hogareño, y adquiere especial relevancia en la institucionalización de larga estadía, cuando una intervención adecuada del equipo interdisciplinario puede potenciar la ayuda al anciano utilizando los recursos de la red familiar y social del mismo. En esta etapa surgen nuevas complejidades, ya que a la red informal que cuidaba del anciano se superpone un tipo de cuidador considerado como “formal”; personal, profesionales y responsables del establecimiento geriátrico. Estos compartirán con el cuidador familiar el carácter directo y prolongado de la atención, aunque con límite de horarios y menor compromiso afectivo. (Ruiz y cols, 2012, De los reyes 2001)

Según un estudio realizado en Medellín, Colombia el año 2010, en relación a cuidadores primarios las características sociodemográficas son las siguientes: el 80,1% son mujeres y solo el 19,9% son hombres. La edad promedio fue de 54 años y la más frecuente fue de 50 años. El nivel educativo más alto en el que estuvo matriculado el cuidador primario del adulto mayor fue el de secundaria completa, seguido de los de primaria incompleta y los que no culminaron el nivel de secundaria. En cuanto a la ocupación del cuidador, el 57,7% manifestaron ser amas de casa. Seguidamente se hallaron los trabajadores independientes que fueron el 12,2% en su conjunto hombres y los empleados y obreros 11,5% con mayoría femenina. (Cardona y cols, 2011)

En relación al tiempo, horas de trabajo y habilidad del cuidador según el estudio de Rojas y cols, (2007), se determinó que el 67,65% de los cuidadores lleva más de 37 meses en esta labor, en relación a las horas que el cuidador dedica al cuidado de adultos, se evidencia que un poco más de los cuidadores consagra de 13 a 23 horas diarias para cuidar y si a este porcentaje le sumamos el 23,55% que dedican las 24 horas diarias de cuidado se puede determinar que el cuidador ocupa casi la totalidad del día a esta labor. Con respecto a la habilidad de cuidado de los cuidadores primarios, los resultados demuestran que una cuarta parte de los cuidadores (24,51%), tiene habilidad de cuidado alta, menos de la mitad representado en un 44,12% tiene habilidad moderada y el 31,3% baja. Estos datos permiten ver que el 75,49% de los cuidadores no tienen una habilidad de cuidado óptima.

En relación al contexto nacional, el estudio de Zavala y cols (2002), sobre el perfil sociodemográfico en Chile, evidenció que el 84% de los cuidadores son mujeres, de estas el 90% son mayores de 40 años, muchos tienen una enseñanza escolar básica incompleta, solo un mínimo tiene enseñanza superior completa. Los cuidadores en Chile enfrentan una gran carga física y psicológica, carencia de apoyo y falta de información. Todo lo anterior constituye un grupo de factores que pueden dificultar tanto el aprendizaje como la motivación para aprender de parte de quienes van a hacerse cargo de los cuidados del anciano institucionalizado.

En Santiago de Chile, Garrido y cols (2010), realizó un estudio sobre prácticas de cuidado bucal y creencias de salud bucal de los cuidadores de adultos mayores dependientes, cuya muestra incluyó cuidadores formales e informales, en donde reportaron que solo un 43,6% de los cuidadores de la muestra había recibido instrucción para el cuidado bucal del adulto mayor. Con respecto a la frecuencia de cepillado brindada por los cuidadores, se informó que el 52,4% de los cuidadores formales, realiza el cepillado dental de manera ocasional, mientras que el 33,3% y el 38,9% de los cuidadores informales lo realiza ocasionalmente y una vez al día, respectivamente. Además, encontró que entre un 24% y 44% de los cuidadores formales e informales respectivamente, realiza el cepillado de dientes con cepillo duro, práctica que es inadecuada. No obstante, también se encontraron prácticas adecuadas para el cuidado bucal, siendo así que, el uso de cepillo interproximal se reportó entre un 9,5% y 0%; el

uso de seda dental entre un 4,8% y 22%; y el uso de enjuague bucal entre un 24% y 33% de los cuidadores formales e informales, respectivamente.

Otro estudio realizado en la región de Valparaíso sobre el nivel de conocimiento sobre higiene oral de cuidadores de adultos mayores residentes en establecimientos de larga estadía por Rey y cols, 2015, reveló que el 97% de los cuidadores son mujeres, con una edad promedio de 40 años y un tiempo de experiencia promedio de 8 años. El mismo estudio evidencio que el nivel de conocimientos de los cuidadores sobre higiene oral es de un nivel medio. El conocimiento que los cuidadores poseen sobre las características del cepillo como son: el tamaño del cabezal, el grado de dureza de los filamentos, así como la frecuencia de cepillado presentan un nivel bueno con porcentajes de respuestas positivas en un 64%, 63%, 97% respectivamente. Por el contrario, el conocimiento sobre la frecuencia del cambio de cepillo y la técnica correcta de cepillado presentan un nivel bajo, con un 31% y 0% de respuestas acertadas respectivamente, siendo la técnica de cepillado el conocimiento que menos poseen.

Siguiendo la misma línea investigativa, el estudio realizado en la Quinta región por García-Campo, el año 2009, en donde evalúa la necesidad de capacitación en conocimientos de higiene oral en cuidadores de adultos mayores de ELEAM, determino que los cuidadores manejan conocimientos adecuados para realizar la labor de higiene oral, pero demostró deficiencias en el nivel de conocimiento

para realizar una higiene eficiente en los aparatos protésicos, en conjunto con una falta generalizada de educación formal en cuidados de salud oral del adulto mayor. Esto demostró que existe una necesidad de capacitación, con el fin de colaborar en el mejoramiento de la salud y calidad de vida del adulto mayor institucionalizado.

Los ancianos residentes suelen depender de sus cuidadores para realizar todos sus cuidados diarios y, por lo tanto, estos desempeñan un papel fundamental en sus quehaceres diarios. Se ha informado en algunos estudios que los cuidadores no entienden la importancia de la salud dental y que los adultos mayores a los cuales cuidan, rara vez reciben algo más que un tratamiento de emergencias para el dolor y las molestias. (Simons y cols, 2009).

2.6 Higiene bucodental del adulto mayor

2.6.1 Conocimientos para el cuidado de la salud oral integral del adulto mayor

El conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente. La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de factores, incluyendo valores, actitudes, creencias. En el contexto del cuidador, este requiere de conocimiento, actitudes y prácticas que le permitan establecer relaciones comunicativas comprensivas con los diferentes colectivos humanos con los cuales interactúa.

Por lo tanto, su práctica debe ser respaldada por propuestas que aporten significativamente a la transformación del cuidado y de los servicios de salud oral.

El conocimiento de los cuidadores de adultos mayores sobre higiene oral, es fundamental para el desarrollo de hábitos saludables y constituye una estrategia que permite promocionar actitudes favorables en salud. Una buena salud oral es un componente fundamental para el logro de una buena calidad de vida en los adultos mayores. (Díaz y cols 2012).

2.6.2 Higiene oral del adulto mayor

Como parte de los conocimientos básicos sobre higiene oral que todo cuidador de adulto mayor debe poseer están: Instrucción de técnica de cepillado, instrucción de hilo dental e higiene de prótesis dentales. (Calleja y cols, 2010). Entre los cuidados para la higiene oral que deben ser proporcionados o supervisados por el cuidador están: técnica de cepillado, uso de seda dental, higiene de la prótesis y frecuencia de control por el odontólogo.

1) Técnica de cepillado:

La higiene bucal es la clave para prevenir y mantener la salud de los dientes, encía y lengua. Existe en el mercado una gran variedad de cepillos dentales que deben ser seleccionados para su uso, de acuerdo a las características de cada adulto mayor.

Para el adulto mayor, se recomienda el uso de un cepillo dental personal, mango recto, penacho de filamentos de nylon blando, de puntas redondeadas, todas a la misma altura. Las dimensiones aproximadas de la cabeza del cepillo deberán ser de 2,5 cm x 1.5 cm x 0.9 cm. Si el adulto tiene problemas motores, el mango se puede adaptar engrosándolo con trozo de espuma plástica u otro material que facilite su prensión (se puede adaptar incluso una manilla de bicicleta). (Public Health England, 2014)

El cepillo dental que es exitoso en remover la placa en las caras libres, y por oclusal no es capaz de limpiar completamente las superficies interdentarias, para esto se requiere de dispositivos que puedan penetrar entre dientes adyacentes, como la seda dental o cepillos interdentales. En el estudio de Slot y cols (2008), realizado con el fin de evaluar el efecto de cepillos interdentales como complemento del cepillado, comparado con el cepillado solo, las variables de resultado medidas tales como placa, gingivitis, sangrado y bolsas periodontales muestran que el cepillado más el uso de cepillos interdentales remueven más placa que el cepillado solo.

Existen diferentes técnicas de cepillado, pero actualmente más que recomendar una determinada técnica de cepillado, se establece que debe utilizarse la que mejor remueva la placa bacteriana, de fácil realización, cuidando de indicarla al

menos 2 veces al día, con una duración 2 a 3 minutos, siendo muy importante el cepillado nocturno. (Public Health England, 2014).

La técnica de Bass Modificada es la técnica ideal de uso. Consiste en:

1. Cabeza del cepillo en un ángulo de 45° con respecto al eje axial del diente.
2. Presionar contra el surco gingival y realizar movimientos vibratorios cortos y suaves en dirección antero-posterior.
3. Movimiento de barrido en donde la cabeza del cepillo se rota aplicando un movimiento encía-diente.
4. Limpieza de lengua con movimientos de barrido de atrás hacia delante

En un estudio de Poyato y cols, realizado para comparar la técnica de Bass modificada con otras técnicas libres de cepillado en la eliminación de placa supra gingival, se obtuvo que la técnica de Bass modificada fue significativamente más eficaz en la eliminación de placa bacteriana ($P < 0.05$) que las técnicas libres de cepillado dentario tanto en superficies vestibulares como palato/linguales.

En pacientes con limitaciones manuales o cognitivas es recomendable indicar un cepillo eléctrico de acción rotatoria y oscilación que es más eficiente que el cepillado manual, en el corto plazo (Robinson y cols, 2005)

2) Higiene interdental: Uso de seda dental

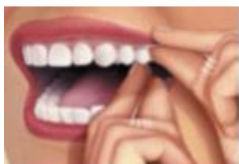
En el adulto mayor se debe usar hilo dental después del cepillado por lo menos una vez al día, de otra manera solo se realizará la mitad del trabajo de mantener una boca sana. El uso de este instrumento de higiene es indispensable para mantener la salud oral, ya que el cepillo dental tradicional por el grosor de sus cerdas no alcanza a limpiar los espacios interdentales y tiende a acumular depósitos blandos.

De acuerdo a la Guía Clínica 2010 Salud Oral Integral para adultos de 60 años Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud Pública la técnica recomendada de uso de la seda dental es la siguiente:

Figura n°1: Uso de hilo dental, MINSAL (2010)



Cortar 30-40 cm de hilo dental y enrollarlo en los dedos medios de ambas manos dejando aproximadamente 2 cm entre uno y otro.



Deslizarlo suavemente entre los dientes hasta llegar por debajo de la línea de la encía.



Curvar la seda en forma de "C" y deslizarla entre los dientes con un movimiento de barrido. Repetir esta acción en todos los espacios entre diente y diente.

2.7 Prótesis dentales e higiene protésica

Las prótesis dentales son instrumentos o aparatos confeccionados por los protésicos dentales en los laboratorios, pero diseñados por el odontólogo y cuya misión es la de suplir las piezas dentarias perdidas para restablecer la función masticatoria, estética y fonética. Se clasifican en prótesis parcial removible y prótesis completa removible.

2.7.1 Cuidados e higiene de prótesis dentales.

El conocimiento teórico es un paso previo necesario para realizar los cuidados de higiene de manera correcta. Sin nociones previas acerca de cómo hacer la tarea, tanto cuidadores como ancianos, difícilmente lograrán un adecuado control de placa, (Bartczyszyn y cols, 2005) y en caso de lograrlo, pueden estar haciendo daño a la superficie protésica por el uso de medios inadecuados o por el mal uso de las herramientas para la higiene de prótesis, por lo que es importante que el cuidador de ELEAM, sepa con qué y cómo limpiar la superficie de aparatos para no dañarlos y mantener un adecuado control de la higiene. La autoridad sanitaria no provee a los cuidadores de ELEAM, de pautas específicas con respecto a la higiene y mantención de prótesis dentales.

El ministerio de Salud de Chile, confecciona la Guía Salud Oral Integral para el Adulto de 60 años (2010), cuya información está orientada al odontólogo general, no al cuidador de ELEAM. Con respecto a esto y guiándose por la Pauta Clínica

para Atención Primaria de las Personas Adultas Mayores, confeccionada por la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2004), añade la necesidad de que el odontólogo general eduque al cuidador de ancianos sobre higiene bucodental y protésica como parte de las bases para el manejo de los problemas de salud oral del adulto mayor.

Estudios realizados en otros países muestra que el nivel de higiene y conservación de prótesis removibles en estas instituciones es insuficiente en la mayoría de los casos. (De Visschere y cols, 2011; Bartczyszyn y cols, 2005). En caso del estudio de Bartczyszyn, se reportó un 94% de prótesis removibles parciales y totales con higiene deficiente. En el mismo estudio se observó que los métodos más utilizados para higiene de prótesis en los hogares de ancianos fueron: cepillado con pasta dental 57% y cepillado con jabón 11%. Además, se observó que el 80% de los cuidadores limpiaban los aparatos protésicos de manera incorrecta. Finalmente, se evidenció que los usuarios de prótesis totales acumulaban un promedio de 12% menos de placa que los portadores de prótesis parciales removibles, lo cual se asocia al hecho de que un mayor número de usuarios de prótesis parciales las utilizaban las 24 horas del día, a diferencia de los usuarios de prótesis totales.

Queda de manifiesto entonces, que la labor de los cuidadores para mantener la salud oral de los adultos mayores es esencial. Esto implica tener el conocimiento y habilidades necesarias, para lograr satisfacer efectivamente las necesidades orales de los pacientes, que son incapaces de hacerlo por ellos mismos.

2.7.2 Higiene de prótesis removible

Es necesario conservar las prótesis removibles limpias, con el fin de evitar formación de manchas, depósitos duros (cálculo), prevenir la halitosis y mantener las mucosas sanas sin proliferación de microorganismos oportunistas, pues se ha observado una relación directa entre en nivel de higiene de aparatos protésicos y estomatitis orales. (Carvacho y cols, 2013).

Se debe informar tanto al adulto mayor como a los cuidadores la importancia de la correcta higiene de prótesis removible. Los aspectos a considerar son: a) retiro y lavado de las prótesis después de cada comida, para evitar la acumulación de restos alimenticios; b) uso de cepillo dental de fibras duras distinto del que utiliza para higienizar dientes y mucosas; c) retiro nocturno de aparatos protésicos. (Carvacho y cols, 2013).

Existen tres métodos básicos para la higiene de prótesis dentales: Mecánicos, Químicos y combinados (Roessler, 2003). El método mecánico incluye cepillado con agua, jabón, dentífrico o abrasivos y tratamiento de ultrasonido. (Freitas de Souza R, 2008). Los métodos químicos para la limpieza de las prótesis dentales

incluyen, peróxidos, enjuagues dentales y soluciones del hogar como hipoclorito de sodio, hipocloruros y solución de vinagre. (Carvacho y cols, 2013).

Según el estudio de Yadav y cols (2013), que evaluó y comparó el resultado del tratamiento con 3 métodos diferentes de limpieza de prótesis en términos de eliminación de la placa (cálculo) de la superficie de la prótesis. Se encontró que la eficacia de la eliminación de placa fue significativamente mayor con un método combinado; el método mecánico que consistió en cepillado y enjuague con agua, y método químico que consistió en inmersión por 30 minutos en peróxido alcalino, fue superior a estos métodos de forma individual y al método químico de inmersión en solución de vinagre. Por lo tanto, a fin de obtener una limpieza de alta calidad, el cepillado y la inmersión en agentes químicos debe estar asociado de manera tal que la placa eliminada por los productos químicos de limpieza, se pueda quitar fácilmente por la acción posterior del cepillado mecánico.

La literatura recomienda para una correcta higiene de prótesis:

1. Retiro de las prótesis después de cada comida para su higiene (2 a 3 veces al día).
2. La limpieza debe realizarse con un cepillo dental de cerdas duras y jabón de glicerina neutro (New Zealand Dental Association, 2010). El uso de pasta dental está contraindicado, ya que provoca opacidad de la prótesis y aumento de la porosidad del material (Peracini A y cols, 2010).

3. Sumergir la prótesis en una solución desinfectante durante aproximadamente 15 minutos por lo menos una vez a la semana, y enjuagarla con abundante agua corriente antes de colocarla de nuevo en boca. Esta solución puede ser hipoclorito de sodio al 0,05% diluido en agua (Prótesis de base metálica o que contenga elementos metálicos, no pueden utilizar esta solución), pastilla efervescente diluida en agua o vinagre común diluido en agua, (Castellucci L y cols, 2008).
4. Retirar la prótesis de la boca durante 6 a 8 horas, idealmente durante las horas de sueño nocturno, con el fin de que los tejidos de soporte se recuperen del trauma por contacto (Takamiya A y cols, 2011).
5. Una vez retirada la prótesis, ésta debe ser conservada en un ambiente húmedo (se recomienda gasa húmeda) y protegido, con el fin de conservar mejor el material de elaboración y evitar golpes y deformaciones. No se recomienda sumergirla en agua.
6. Realizar instrucciones de manera escrita en vez de verbales. Las instrucciones deben estar desarrolladas en un procedimiento escrito, puesto que permite el reforzamiento constante de la información (Ardila, 2008).

La higiene oral y protésica no debe ser vista por los cuidadores como algo que debe hacerse sólo si hay tiempo, sino que debe ser incorporado como parte integral de la atención total, ya que como se ha expuesto, afecta fisiológica y psicológicamente a las personas mayores (Sumi Y, 2001)

Considerando la gran influencia que tiene la salud bucal en la salud general y en la calidad de vida de los adultos mayores, toma gran importancia conocer su desempeño en cuanto al cuidado bucal y la ayuda proporcionada por sus cuidadores; observando sus conocimientos y prácticas de higiene oral y protésica, y de esta forma poder relacionarlas de manera tangible con el estado de conservación de prótesis dentales, con el fin de comprobar si éstos realizan una higiene oral efectiva, para así poder contribuir de mejor forma en la creación a futuro de un plan de acción, que resuelva eficazmente la problemática actual.

2.8 Frecuencia de control por parte del odontólogo

Con relación a los controles dentales tradicionales, a nivel internacional los odontólogos han recomendado controles periódicos cada 6 meses. La periodicidad se fundamenta en las necesidades individuales y en los factores de riesgo que presente el/la paciente. La continuidad en el cuidado de la salud bucal asegura manejo adecuado de las condiciones orales, por lo que en aquellos pacientes que presenten antecedentes en su historia clínica de alto riesgo, deben requerir intervalos de control cada 3 meses. (MINSAL, 2010).

III. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene bucodentaria y protésica de cuidadores de pacientes adultos mayores institucionalizados en ELEAM sin fines de lucro y con subsidio SENAMA en la región de Valparaíso.

Objetivos específicos

1. Caracterizar aspectos sociodemográficos y de experiencia de cuidadores pertenecientes a ELEAM de la región de Valparaíso.
2. Establecer el nivel de conocimiento de los cuidadores sobre las técnicas y prácticas de higiene bucodentaria y protésica.
3. Relacionar el nivel de conocimiento sobre higiene bucodental y protésica de los cuidadores con su nivel educativo y de capacitación.
4. Evaluar hábitos y conductas sobre prácticas de higiene protésica en adultos mayores pertenecientes a ELEAM de la región de Valparaíso.
5. Evaluar la condición higiénica de las aparatologías removibles en pacientes adultos mayores institucionalizados en ELEAM de la región de Valparaíso.
6. Relacionar si el cuidador se encarga de la limpieza protésica del adulto mayor con la condición higiénica que se observan las prótesis removibles.

IV. MATERIALES Y METODOS

4.1 Diseño de estudio

Estudio descriptivo, de dos universos independientes.

4.2 Definición del Universo

| Universo 1 | Universo 2 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Personas de ambos sexos, cuidadores de personas mayores de 60 años pertenecientes a Establecimientos de larga estadía (ELEAM) sin fines de lucro y subsidiados por el SENAMA, en la región de Valparaíso, Chile durante el año 2016. | Adultos mayores portadores de prótesis dental removible y sin deterioro cognitivo, institucionalizados en Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) sin fines de lucro y subsidiados por el SENAMA, en la región de Valparaíso, Chile durante el año 2016. |

La Secretaria Regional Ministerial (SEREMI) y el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) en la quinta región, dispuso en un inicio (marzo 2016) a 13 establecimientos, sin embargo, envió una actualización de esta información y solo dejó disponible para este estudio a 9 establecimientos que cumplían con el requisito de estar subsidiados por el SENAMA, por lo que estos 9 ELEAM en definitiva constituyen al universo. (Anexo n°1).

4.3 Tamaño Universo

| Universo 1: Cuidadores | Universo 2: Adultos mayores. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">- El tamaño del universo 1 corresponde al total de 65 cuidadores del turno diurno vinculado a 9 ELEAM. | <ul style="list-style-type: none">- El tamaño del universo 2 corresponde a 61 adultos mayores que cumplían con los criterios de uso de prótesis y capacidad intelectual para responder las preguntas, vinculados a los 9 ELEAM. |

4.4 Criterios de selección

| Universo 1 | Universo 2 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Criterios de Inclusión | Criterios de Inclusión |
| <ul style="list-style-type: none">- Cuidadores con asistencia regular al ELEAM.- Cuidadores Diurnos. | <ul style="list-style-type: none">- Adulto mayor portador de prótesis removible total o parcial de uso cotidiano. |
| Criterio de exclusión | Criterio de exclusión |
| <ul style="list-style-type: none">- Cuidador que se rehusó a firmar el consentimiento informado. | <ul style="list-style-type: none">- Pacientes Adultos mayores con incapacidad intelectual de acuerdo a la ley 20.584- Pacientes Adultos mayores que se rehusó a firmar el consentimiento informado. |

Se solicitó en cada ELEAM antes de realizar la visita con el fin de optimizar el tiempo, un listado de: total de adultos mayores, total de cuidadoras, total de adultos mayores con prótesis removibles y total de adultos mayores con prótesis removibles y test minimal normal (criterio de exclusión).

4.5 Variables de estudio

Las variables serán expresadas en dos tablas correspondientes a cada universo.

1) “Encuesta n°1: Evaluación de conocimientos sobre higiene bucodental y protésica a *cuidadores* pertenecientes a establecimientos de larga estadía para el adulto mayor (ELEAM) de la Quinta Región, año 2016. (Anexo n°2)

| Variables | Característica estudiar | Tipo de variables | Escala de medición | Valores de la variable | Definición operacional | Definición Conceptual |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sociodemográficas y experiencia del cuidador. | Edad | Cuantitativa de razón | Discreta | >18 Unidad de medida= años | Número de años cumplidos en el momento de contestar la encuesta. | Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo |
| | Género | Cualitativa | Nominal Dicotómica | Masculino Femenino | Categorización visual de hombre o mujer. | Conjunto de características biológicas que definen a los humanos como hombre o mujer |
| | Nivel de Educación del cuidador | Cualitativa | Policotómica | Básica Media Técnico Universitaria | -Básica completa -Media completa -Técnico Completa - Universitaria | Grado de aprendizaje que adquiere una persona a lo largo de su formación en una institución educativa. |
| | Tiempo de experiencia del cuidador independiente del lugar de trabajo | Cuantitativa | Discreta de razón | ≥0 Unidad de medida= Años | Número de años de experiencia del cuidador. | Tiempo en años que lleva cuidando personas adultas mayores en instituciones o de manera privada. |
| | Capacitación del cuidador sobre higiene bucodental y protésica en el adulto mayor | Cualitativa | Nominal Dicotómica | Si No | Participación en algún curso o programa de capacitación. | Participación en algún curso o programa que dicte algún experto u odontólogo en relación a higiene bucodental y protésica en adultos mayores. |
| | ¿Cuántos adultos mayores tiene a su cuidado? | Cuantitativa | Discreta de razón | ≥0 Unidad de medida= n° adultos mayores | Número de personas adultas mayores a cargo de su cuidado | Cantidad de personas adultas mayores que tiene bajo su responsabilidad en el cuidado integral de sus funciones básicas. |

| | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nivel de conocimiento sobre higiene oral y protésica | Nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucodental y protésica | Cuantitativa | Discreta de razón | Puntaje por Porcentaje de respuestas correctas $\geq 55\%$ de las respuestas correcta Suficiente $\leq 54\%$ de las respuestas correctas Insuficiente. *Exigencia al 55% Puntaje Max: 14 Puntaje Min: 0 | Clasificación en suficiente o insuficiente según porcentaje obtenido en el total de la encuesta. | Grado de aprendizaje que adquiere una persona a través de su formación académica y empírica. |
| | Pregunta 1: ¿Se le debe indicar alguna técnica de lavado de dientes y prótesis a los adultos mayores? | Cualitativa | Nominal Dicotómica | Si No | Indicación de técnica de lavado dentario y de prótesis removible adecuada. | Se recomienda indicar al adulto mayor un técnica de cepillado oral y protésico adecuado y correcto. |
| | Pregunta 2: La técnica correcta de cepillado de dientes debe incluir movimientos? | Cualitativa | Nominal Policotómica | -Vibratorios -Hacia arriba y abajo -Circulares -Aleatoria | Movimientos más efectivos para la eliminación de biofilm dental. | La técnica de Bass modificada incluye movimientos vibratorios y de barrido. |
| | Pregunta 3: ¿Qué rol cumple usted en la higiene oral del paciente? | Cualitativa | Nominal Policotómica | -Es realizada exclusivamente por mí - Ayudo en su higiene -La realiza sólo el paciente (Adulto mayor) | Papel o rol que desempeña el cuidador en la higiene oral del adulto mayor. | En adultos mayores dependientes el rol del cuidador es esencial en la higiene oral del paciente por lo que él debe realizarla con una técnica adecuada. En Adultos mayores autovalentes, el cuidador debe instruir y apoyar en la higiene oral del paciente. |
| | Pregunta 4: ¿Cuál es la frecuencia diaria de cepillado que debe realizarse al adulto mayor? | Cuantitativa | Discreta de razón | >0 Unidad de medida= Veces | Cantidad de veces que se debe realizar el cepillado dental en el adulto mayor | La frecuencia de cepillado recomendada es de 3 veces al día, después de cada comida y con una duración de 2-3 minutos. |
| | Pregunta 5: El cepillo de dientes debe cambiarse cada : | Cuantitativa | Discreta de razón | >0 Unidad de medida= Meses | Frecuencia de recambio de cepillo dental en meses | Se debe recambiar el cepillo dental cada 3 meses |

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pregunta 6: ¿Cuál es el cepillo dental adecuado para el adulto mayor? | Cualitativa | Nominal Policotómica | -Fibras/ Cerdas duras -Fibras/ Cerdas suaves -Fibras/ Cerdas medias -Cepillo Eléctrico | Tipo de cepillo adecuado para realizar una correcta técnica de higiene dental. | El cepillo dental adecuado es aquel que posee fibras/cerdas suaves. |
| Pregunta 7: Al adulto mayor se le recomienda el uso de elementos complementarios de higiene oral tales como: | Cualitativa | Nominal Policotómica | -Seda dental - Cepillo interproximal - Limpiador de lengua -Otros | Sugerencia de utilización de algún elemento complementario para realizar la higiene oral. | El uso de elementos complementarios como seda dental o cepillo interproximal, son necesarios para lograr una higiene bucodental adecuada. |
| Pregunta 8: ¿Se le recomienda el uso de enjuague o colutorios al adulto mayor? | Cualitativa | Nominal Dicotómica | Si No | Sugerencia de utilización de enjuague bucal como elemento complementario para realizar la higiene oral. | La utilización de colutorios para el control de placa bacteriana es uno de los elementos utilizados en la prevención y control, tanto para caries como para las enfermedades gingivales y periodontales. |
| Pregunta 9: ¿Se debe utilizar el mismo cepillo para lavar los dientes y las prótesis? | Cualitativa | Nominal Dicotómica | Si No | Correcta indicación de uso de cepillo para higiene bucodental y protésica. | El cepillo adecuado para la limpieza de aparatología protésica es el de cerdas/fibras duras, en cambio el cepillo de cerdas suaves es el indicado para dientes y encía. |
| Pregunta 10: La prótesis se debe limpiar con: | Cualitativa | Nominal Policotómica | -Agua jabón -Pasta dental -Vinagre -Agua y cloro -Pastilla efervescente y agua | Elemento correcto para higienizar o limpiar una prótesis removible. | Para la limpieza diaria de la prótesis se recomienda remover la placa y limpiar las prótesis con un cepillo duro, agua y jabón. |
| Pregunta 11: El cepillo para el lavado de la prótesis debe ser de: | Cualitativa | Nominal Policotómica | Cerdas suaves Cerdas duro Cerdas extra suave No interesa | Correcta indicación de cepillo para higiene de aparatología protésica. | El cepillo adecuado para la limpieza de aparatología protésica es el de cerdas/fibras duras. |

| | | | | | | |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Pregunta 12: ¿Se debe retirar la prótesis para dormir? | Cualitativa | Nominal Dicotómica | Si No | Retiro de elemento protésico a la hora de dormir. | Se recomienda el retiro de la prótesis de la boca durante 6 a 8 horas, idealmente durante las horas de sueño nocturno, con el fin de que los tejidos de soporte se recuperen del trauma por contacto. |
| | Pregunta 13: Si la prótesis se retira, se guarda: | Cualitativa | Nominal Policotómica | - En un vaso con agua - En un vaso con enjuague bucal - Envuelta en toalla nova - En una caja - En una gasa húmeda | Elemento o lugar físico donde se recomienda guardar la aparatología protésica mientras no se usa. | La forma más adecuada de guardar la aparatología protésica mientras no esté en uso es una gasa húmeda |
| | Pregunta 14: Ud. considera que los adultos mayores, deben ser controlados por el odontólogo? | Cualitativa | Nominal Dicotómica | Si No | Recomendación de control odontológico para el adulto mayor. | El adulto mayor debe ser controlado por el odontólogo en forma periódica, cada 6 meses. |

2) Ficha clínica: Evaluación de hábitos de cuidados e higiene de prótesis dentales removibles en adultos mayores perteneciente a ELEAM de la Quinta Región, año 2016. (Anexo n°3).

| VARIABLES | Característica estudiar | Tipo de variables | Escala de medición | Valores de la variable | Definición operacional | Definición Conceptual |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hábitos de cuidado protésico | ¿Se quita la prótesis para dormir? | Cualitativa | Nominal-Dicotómica | Si No | Hábito de retiro de prótesis dental al momento de dormir. | Se recomienda el retiro de la prótesis de la boca durante 6 a 8 horas, idealmente durante las horas de sueño nocturno, con el fin de que los tejidos de soporte se recuperen del trauma por contacto. |
| | ¿Limpia su prótesis después de cada comida | Cualitativa | Nominal - Dicotómica | Si No | Hábito de limpieza de prótesis dental después de cada alimentación. | La frecuencia de cepillado recomendada es de 3 veces al día, después de cada comida y con una duración de 2-3 minutos. |
| | ¿El cuidador se encarga de limpiar su prótesis diariamente? | Cualitativa | Nominal - Dicotómica | Si No | Conducta del cuidador con respecto a la higiene de prótesis dentales. | El cuidador es responsable de realizar la higiene de la prótesis en el adulto mayor dependiente. |
| Higiene de prótesis dental removable | ¿La prótesis presenta cálculo o depósitos duros visibles? | Cualitativa | Nominal - Dicotómica | Si No | Prótesis dental con acumulo de depósitos duros (cálculo) en la superficie, evidentes al examen visual. | Prótesis dental con presencia de depósitos duros no removibles raspado con un cepillo dental, producto de su uso constante y falta de higiene en la prótesis |
| | La prótesis presenta depósitos blandos visibles o restos de alimento | Cualitativa | Nominal - Dicotómica | Si No | Prótesis dental con acumulo de depósitos blandos o restos de alimentos en alguna superficie protésica, evidentes al examen visual. | Prótesis dental con presencia de depósitos blandos o de alimentos que si se desprendibles al cepillado, producto de su uso diario y falta de higiene en la prótesis. |

4.6 Recolección de datos e instrumentos

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos detallados a continuación:

1. **“Evaluación de conocimientos sobre higiene bucodental y protésica a cuidadores pertenecientes a establecimientos de larga estadía para el adulto mayor (ELEAM) de la Quinta Región, año 2016” (Anexo 2).**

Este instrumento de medición fue sometido a una validación cualitativa, utilizando la escala psicométrica de Likert. En el proceso de validación por panel de expertos (Cinco docentes de la Universidad Andrés Bello, Sede Viña del Mar) y prueba pretest, se obtuvo un valor de Alfa de Cronbach de 0.984, que representa una alta fiabilidad del contenido de la encuesta.

Tabla n°1: Análisis de Fiabilidad

| | N | % |
|------------------------|----------|----------|
| Casos validos | 5 | 100% |
| Casos excluidos | 0 | ,0 |
| Total | 5 | 100% |

| | |
|-------------------------|-----------------------|
| Alfa de Cronbach | N de elementos |
| ,984 | 21 |

Se confeccionó una encuesta de 20 preguntas, las preguntas se dividen en dos ítems, el primero comprende a 6 preguntas acerca de los aspectos socio-demográficos tales como: edad, género, nivel de educación, años de experiencia

y capacitación. El segundo ítem con título “Conocimientos sobre higiene oral y protésica” contiene 14 preguntas para completar y de alternativas. Este ítem contiene 4 sub-ítems el primero referente a técnicas de higiene y cepillado dental con 6 preguntas; el segundo en relación a técnicas y elementos complementarios de higiene con 2 preguntas; el tercero incluye preguntas sobre higiene y cuidados protésicos con 5 preguntas y finalmente el cuarto contiene 1 pregunta en relación a frecuencia de control con el odontólogo.

Dentro de estas 20 preguntas, se evaluarán con puntaje solo las que se encuentran incluidas en el segundo ítem “Conocimientos sobre higiene oral y protésica”. A cada pregunta correcta se le asignó la calificación de 1 punto y no se descuentan preguntas incorrectas.

Puntaje máximo: 14 pts.

Puntaje mínimo: 0 pts.

Puntaje aprobatorio: ≥ 8 pts.

Se evaluará en “suficiente” o “insuficiente” según el porcentaje obtenido en la encuesta, con una exigencia aplicada al 55%. Si obtiene $\geq 55\%$ de las respuestas correctas califica como suficiente nivel de conocimiento, $\leq 54\%$ califica como insuficiente nivel de conocimiento.

Se realizó la explicación del estudio y el objetivo de la investigación con el fin de que los encuestados sepan en qué consistía. La encuesta se aplicó a cada cuidador de manera individual y en el horario que ellos estimaron conveniente de

acuerdo a sus responsabilidades, el investigador se alejó algunos metros del cuidador para dejarlo en libertad de contestar las preguntas de acuerdo a su conocimiento.

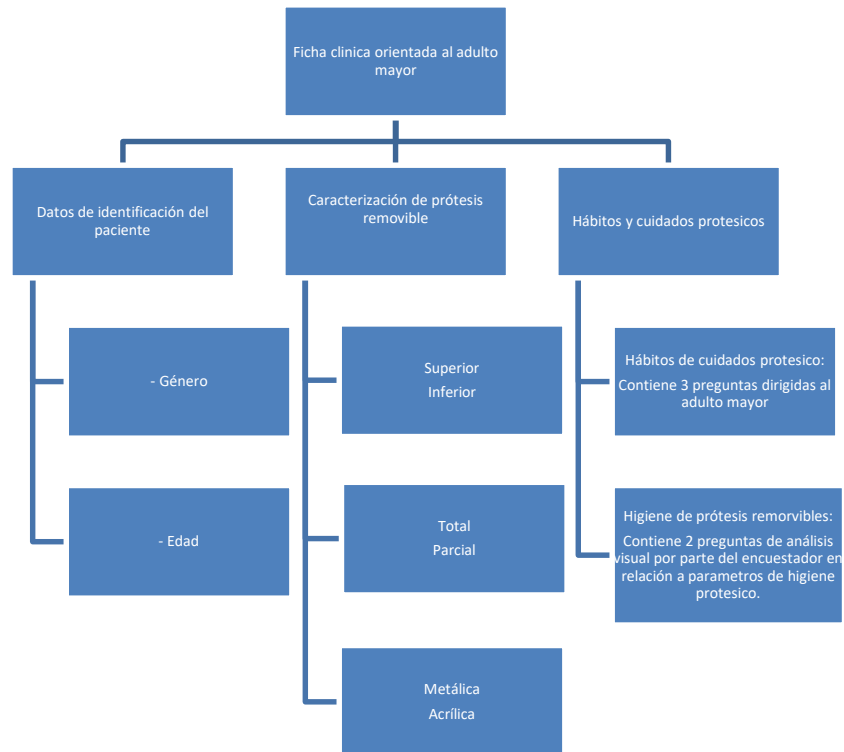
Todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

2. “Evaluación de hábitos de cuidados e higiene de prótesis dentales removibles en adultos mayores perteneciente a ELEAM de la Quinta Región, año 2016 (Anexo 3)”

Como complemento a la investigación se añade una ficha clínica enfocada a evaluar los hábitos de cuidados e higiene de prótesis removibles en adultos mayores, con el fin de poder relacionar de manera concreta si los cuidadores aplican sus conocimientos respecto al tema.

Esta ficha se realizó solo a los adultos mayores que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Se le explicó el título y los objetivos de la investigación y se procedió a leer el consentimiento informado para su autorización mediante la firma de este. Posterior a esto se procedió a realizar las preguntas de esta ficha.

A continuación, se expondrá de manera gráfica la estructura de la ficha:



Con respecto a las variables de identificación del adulto mayor y caracterización de las prótesis removibles, estas no forman parte de los objetivos específicos de este estudio, por lo que no se observaron en los capítulos de resultados y discusión, sin embargo, los investigadores consideran relevante su caracterización por lo que se expondrán en detalle en el Anexo n° 4.

En relación al último ítem de “higiene de prótesis removibles”, los encuestadores procedieron a examinar la o las prótesis de cada adulto mayor con el fin de determinar si se encuentran en óptimas condiciones de higiene, evaluando

específicamente la presencia de depósitos duros y/o blandos en la superficie protésica.

4.7 Implicancias éticas

El protocolo de investigación fue sometido a evaluación por el comité de ética de la Facultad de Odontología de la Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar, donde se estudiaron las limitantes de nuestra investigación y una vez aprobado (Anexo n°5), se solicitaron las autorizaciones pertinentes para llevar a cabo el estudio en los establecimientos de larga estadía (ELEAM) con subsidio SENAMA de la región de Valparaíso, la cual consistía en la autorización por parte del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), de la región de Valparaíso y de la Facultad de Odontología de la Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar. (Anexo 5).

Los cuidadores que cumplían con los criterios de inclusión firmaron un consentimiento informado donde se especificó el tema de la investigación, riesgos, beneficios, además de la autorización y derecho absoluto del contenido a los autores de la investigación. También en el documento quedo explícito el manifiesto voluntario y libre del cuidador tanto en participar como en retirarse del estudio en el momento que lo desee.

Se realizó una instrucción a los cuidadores sobre higiene bucodental y cuidados protésicos, esta instrucción fue realizada una vez finalizada la encuesta, en grupos de 4 a 5 cuidadores, donde se hablaron de los siguientes tópicos: Higiene dental, elementos de higiene dental, higiene de aparatología protésica y elementos de higiene protésica. Una vez finalizada la charla, inicio una ronda de preguntas por parte de las cuidadoras. A modo compensatorio por la participan en el estudio se les entrego dos pastas dentales a cada cuidadora. Además, se confeccionó un poster sobre higiene oral y protésica con enfoque en adulto mayor dependiente, que fue entregado a las instituciones visitadas. (Anexo n°6)

Los adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión firmaron un consentimiento informado donde se especificó el tema de investigación que consistía en la identificación del paciente, caracterización de su aparatología protésica, hábitos de cuidado y finalmente una evaluación de su aparatología protésica en términos cualitativos. Además, se explicaron los riesgos y beneficios. También en el documento quedo explícito el manifiesto voluntario y libre del adulto mayor tanto en participar como en retirarse del estudio en el momento que lo desee.

Una vez realizada la ficha clínica al adulto mayor se instruyó en higiene oral y protésica. También a modo compensatorio se entregó una pasta dental por participa

4.8 Análisis de datos

Los datos observados fueron ingresados a una planilla de Excel, desde la cual fueron exportados al programa estadístico SPSS 21.0 para su análisis.

Todas las variables cualitativas fueron descritas mediante tablas de frecuencias y porcentajes (%), representadas gráficamente mediante gráficos de barras y torta.

Las variables cuantitativas, fueron descritas mediante los estadísticos: media, desviación estándar e intervalos de confianza (95%).

Para analizar la relación entre variables cualitativas, se utilizó el test de independencia Chi-cuadrado (X^2) y el coeficiente de contingencia.

En todas las pruebas estadísticas el nivel de significancia se fijó en $\leq 0,05$ (5%).

V. RESULTADOS

5.1 Caracterización general de las muestras

De un universo de 65 cuidadores pertenecientes al total de ELEAM de la Quinta Región con subsidio del SENAMA, se contó con la participación completa de estos, ya que todos cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

En relación a la población total de adultos mayores la cual corresponde a 490 adultos mayores (Anexo n°1), 364 de estos (74,2%) no participan, por no ser portadores de prótesis removibles. De estos 127 restantes, 66 adultos mayores quedan excluidos de participar por presentar incapacidad intelectual de acuerdo a la ley 20.584, a lo que el universo queda reducido a 61 pacientes.

Al momento de llevar a cabo la visita hubo 11 adultos mayores que se rehusaron de participar en el estudio por razones tales como: desinterés, vergüenza, participando en otras actividades tales como: kinesiológicas, curaciones, podología o simplemente estar durmiendo. Por lo tanto, el universo de trabajo quedo conformado por un total de 50 ancianos que corresponde al 81.2% del universo.

Cuadro n°2: Distribución de las adultos mayores y cuidadores en los ELEAM visitados.

| | Fundación las Rosas Quillota | Fundación las Rosas Casablanca | Padre Miguel Sáez La Calera | Hogar de Cristo Peñablanca | Hogar de Cristo Los Andes | Hnas. San José Los Andes | Parroquia CristoRey San Antonio | Fundación Emilio Trivelli San Felipe | Sanatorio Marítimo Viña del Mar | Total |
|---------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------|
| Total AM | 87 | 84 | 30 | 59 | 40 | 53 | 55 | 32 | 50 | 490 |
| Total AM + Prótesis | 27 | 17 | 13 | 10 | 5 | 16 | 16 | 11 | 12 | 127 |
| Total AM+ Prótesis y Minimental | 13 | 6 | 8 | 7 | 3 | 10 | 7 | 7 | 0 | 61 |
| Total AM encuestado | 9 | 4 | 7 | 6 | 2 | 9 | 7 | 6 | 0 | 50 |
| Total AM no participa | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | - | 11 |
| Total Cuidadoras encuestadas | 5 | 11 | 6 | 9 | 6 | 8 | 8 | 2 | 10 | 65 |

En donde “AM”, corresponde a adultos mayores, “Prótesis” corresponde a adultos mayores portadores de aparatos bucales removibles y “Minimental” a adultos mayores con prueba de estado mental en normalidad.

Los resultados se presentarán en dos secciones relacionadas a los objetivos específicos del estudio: en la primera de ellas, se describirán los resultados de la encuesta a los cuidadores de ELEAM y en la segunda los relacionados a la ficha clínica aplicada a los adultos mayores pertenecientes a ELEAM.

5.2 Primera sección: Conocimientos de los cuidadores en relación a higiene bucodental y protésica.

5.2.1 Caracterizar aspectos sociodemográficos y de experiencia de cuidadores pertenecientes a ELEAM de la región de Valparaíso.

En relación a las características sociodemográficas de la población, podemos observar que en casi la totalidad (96,9%) del grupo en estudio corresponde a mujeres. La edad de los cuidadores tiene un rango amplio, observando cuidadores adultos mayores (63 años) y muy jóvenes (18 años), con una edad promedio es de 39 años.

Tabla n°2: Frecuencia y porcentaje según Género

| Género | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|-------------------|-------------------|
| Masculino | 2 | 3.1% |
| Femenino | 63 | 96,9% |
| Total | 65 | 100% |

Tabla n°3: Estadísticas descriptivas en relación a la edad de las cuidadoras

| | Estadístico |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Media | 38,89 |
| Intervalo de confianza para la media al 95% | Límite inferior 35,92 Límite superior 41,87 |
| Mediana | 41,00 |
| Desviación típica | 12,014 |

Con respecto al nivel educativo del cuidador de ancianos, se observa que la mayoría de estos posee enseñanza media completa o un nivel técnico superior (78,4%).

Tabla n°4: Distribución de cuidadores según nivel educacional

| Educación | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Básica | 10 | 15,4% |
| Media | 29 | 44,6% |
| Técnica | 22 | 33,8% |
| Universitaria | 4 | 6,2% |
| Total | 65 | 100% |

En relación a la experiencia como cuidador de adulto mayor se observa un amplio rango que va desde los 0 años de experiencia a los 34 años de experiencia con una media de 6,17 años. Con respecto a la frecuencia, un 61,6% de los cuidadores tiene entre 0 a 5 años de experiencia al cuidado de ancianos y cerca del 18,5% de estos posee 11 o más años de experiencia.

Tabla n°5: Estadísticas descriptivas en relación a la experiencia de los cuidadores

| | Estadístico |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Media | 6,17 |
| Intervalo de confianza para la media al 95% | Límite inferior 4,52 Límite superior 7,82 |
| Mediana | 4,00 |
| Desviación típica | 6,644 |

Se observa por otra parte que cada cuidador tiene a su cargo o cuidado en promedio 23 adultos mayores.

Tabla n°6: Estadísticas descriptivas en relación a cantidad de adultos mayores bajo su cuidado

| | Estadístico |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Media | 23,48 |
| Intervalo de confianza para la media al 95% | Límite inferior 20,50 Límite superior 26,46 |
| Mediana | 20,00 |
| Desviación típica | 12,024 |

Del total de cuidadores, solo un 20% relata haber recibido algún tipo de capacitación sobre higiene bucodental y cuidados de prótesis dentales.

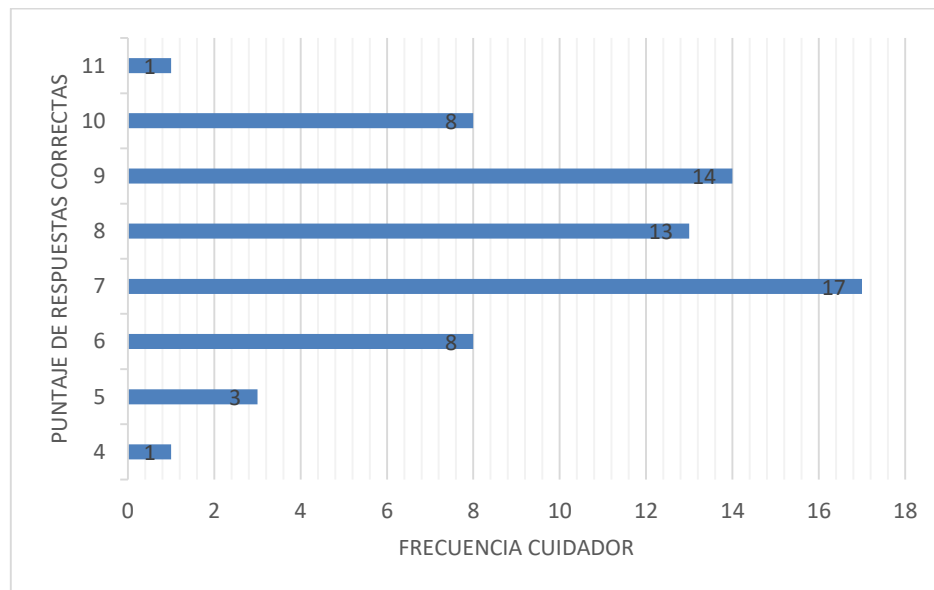
Tabla n°7: Capacitación recibida sobre higiene bucodental y cuidados protésicos

| Recibido capacitación | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Si | 13 | 20,0% |
| No | 52 | 80,0% |
| Total | 65 | 100% |

5.2.2 Establecer el nivel de conocimiento de los cuidadores sobre las técnicas de higiene bucodentaria y protésica

Al analizar el puntaje obtenido, de los conocimientos sobre higiene bucodental y protésica en los 65 cuidadores que participaron en el estudio, no se observaron encuestas con puntajes mínimo ni máximos, las puntuaciones se concentran entre 4 puntos y 11 puntos, siendo la más prevalente 7 puntos como se observa en el grafico n°3.

Grafico n°3: Distribución de los cuidadores en relación al puntaje obtenido en la encuesta



Se observa un 55% de cuidadores que obtuvo un nivel de conocimiento “suficiente” en la encuesta y el 45% insuficiente, como puede apreciarse en el grafico 4.

Grafico n°4: Nivel de conocimiento sobre higiene bucodental y protésica

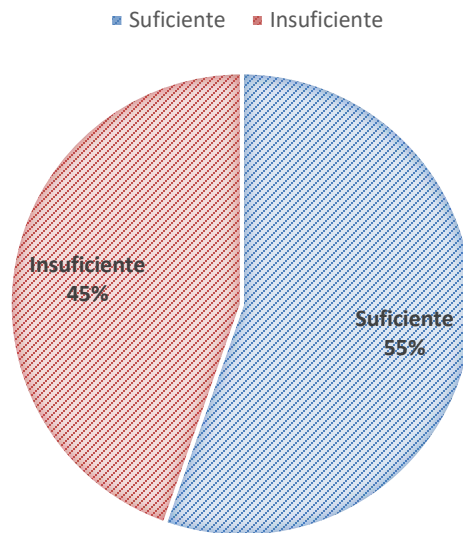


Tabla n°8: Estadísticas descriptivas en relación al puntaje de la encuesta.

| | Estadístico |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Media | 7,80 |
| Intervalo de confianza para la media al 95% | Límite inferior 7,43 Límite superior 8,17 |
| Mediana | 8,00 |
| Desviación típica | 1,502 |

5.2.2.1 Conocimientos de los cuidadores sobre higiene bucodental y protésica

El 93,8% de los cuidadores creen que se le debe indicar alguna técnica de higiene oral y protésica a los adultos mayores.

Tabla n°9: Indicación de alguna técnica de lavado dental o protésico al adulto mayor

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|-------------------|-------------------|
| Si | 61 | 93,8% |
| No | 4 | 6,2% |
| Total | 65 | 100% |

La tabla n°10 muestra que ninguno de los cuidadores conoce la técnica correcta de higiene dental.

Tabla n°10: Técnica correcta de cepillado dental

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Vibratorios | 0 | 0% |
| Hacia arriba y abajo | 45 | 69,2% |
| Circulares | 9 | 13,8% |
| Aleatorio | 11 | 16,9% |
| Total | 65 | 100% |

En función al rol que cumple el cuidador en la higiene oral del paciente, se observa que un 60% de estos, ayuda en su higiene y que solo un 18,5% le realiza la higiene al adulto mayor, como se muestra en la tabla 11.

Tabla n°11: Rol del cuidador en la higiene oral del paciente

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Es realizada exclusivamente por mí | 12 | 18% |
| Ayudo en su higiene | 39 | 60% |
| La realiza solo el paciente | 14 | 22% |
| Total | 65 | 100% |

En la tabla n°12 se evidencia que un 47,7% de los encuestados responde correctamente a la frecuencia ideal de cepillado dental. Con una media de 2,8, expresada en la tabla n°13.

Tabla n°12: Frecuencia correcta de cepillado en el adulto mayor

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------|-------------------|-------------------|
| 1 vez | 3 | 5% |
| 2 veces | 19 | 29% |
| 3 veces | 31 | 48% |
| 4 veces | 12 | 19% |
| Total | 65 | 100% |

Tabla n°13: Estadísticas descriptivas en relación a la correcta frecuencia de cepillado en el adulto mayor

| | Estadístico |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Media | 2,8 |
| Intervalo de confianza para la media al 95% | Límite inferior 2,6 Límite superior 3,0 |
| Mediana | 3,0 |
| Desviación típica | 0,79 |

Sobre la frecuencia en que debe cambiarse el cepillo de dientes, la tabla n°14 muestra que el 52,3% de los cuidadores contestaron de manera correcta que el cepillo de diente debe cambiarse cada 3 meses, y un 92,3% sabe que el cepillo debe cambiarse antes del tercer mes. Con una media de 2,63 como se expresa en la tabla 15.

Tabla n°14: Frecuencia en el cambio de cepillo dental

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|----------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| 1 mes | 11 | 16,9% | 16,9% |
| 2 meses | 15 | 23,1% | 40% |
| 3 meses | 34 | 52,3% | 92,3% |
| 4 meses | 1 | 1,5% | 93,8% |
| 6 meses | 4 | 6,2% | 100% |
| total | 65 | 100% | 100% |

Tabla n°15: Estadísticas descriptivas en relación a la frecuencia del cambio de cepillo dental

| | Estadístico |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Media | 2,63 |
| Intervalo de confianza para la media al 95% | Límite inferior 2,34 Límite superior 2,92 |
| Mediana | 3,00 |
| Desviación típica | 1,167 |

Los resultados del tipo de cepillo adecuado para el adulto mayor, demuestran que el 81,5% de los cuidadores indican un cepillo de cerdas suaves.

Tabla n°16: Indicación del tipo de filamentos del cepillo dental adecuado para el adulto mayor

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|-------------------|-------------------|
| Duro | 3 | 4,6% |
| Suave | 53 | 81,5% |
| Medio | 8 | 12,3% |
| Eléctrico | 1 | 1,5% |
| Total | 65 | 100% |

En lo referente al uso complementarios para la higiene oral, el 80% de los cuidadores indican al menos un elemento de higiene (limpiador de lengua, seda dental o cepillos interproximal).

Tabla n°17: Uso de elementos complementarios para la higiene oral

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Seda | 19 | 29,2% |
| Cepillo interproximal | 13 | 20,0% |
| Limpiador de lengua | 20 | 30,8% |
| Otros | 13 | 20,0% |
| Total | 65 | 100% |

La siguiente tabla, muestra que el 60% de los cuidadores recomienda el uso de enjuagues o colutorios en el adulto mayor.

Tabla n°18: Recomendación uso de colutorios

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|-------------------|-------------------|
| Si | 39 | 60% |
| No | 26 | 40% |
| Total | 65 | 100% |

En relación a las medidas de higiene a seguir para el aseo de la prótesis dental, la mayoría de los cuidadores (69,2%) conoce que, para su limpieza, se debe utilizar un cepillo diferente al de la higiene dental.

Tabla n°19: Uso de cepillo diferenciado para higiene de prótesis e higiene dental.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|-------------------|-------------------|
| No | 20 | 30,8% |
| Si | 45 | 69,2% |
| Total | 65 | 100% |

Sobre los elementos utilizados para limpiar la prótesis, solo un 24,6% respondió correctamente “agua y jabón”, como muestra la tabla n°20.

Tabla n° 20: Elementos utilizados para la higiene de prótesis dental

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Agua y jabón | 16 | 25% |
| Pasta dental | 39 | 60% |
| Vinagre | 1 | 2% |
| Agua y cloro | 1 | 2% |
| Pastilla efervescente y agua | 7 | 11% |
| Otros | 1 | 2% |
| Total | 65 | 100% |

Frente a la pregunta de cuál es el cepillo indicado para la higiene de prótesis dentales solo un 41,5% respondió que el cepillo adecuado es de filamentos duros.

Tabla n°21: Cepillo adecuado para higiene de prótesis dental

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| Suave | 26 | 40% |
| Duro | 27 | 41,5% |
| Extra suave | 6 | 9,2% |
| No interesa | 6 | 9,2% |
| Total | 65 | 100% |

Con respecto a la pregunta si se debe retirar la prótesis para dormir, se observa que el 93,8% respondieron positivamente y solo 4 cuidadores que corresponden al 6,2% respondieron que no se debe retirar la prótesis para dormir.

Tabla n°22: Frecuencia en el retiro de prótesis nocturno

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|-------------------|-------------------|
| Si | 61 | 93,8% |
| No | 4 | 6,2% |
| Total | 65 | 100% |

En relación a la pregunta “Si la prótesis se retira, “¿se guarda en?”, La mayoría respondió que el lugar adecuado para guardar la prótesis es en un vaso con agua (61,5%) que representa a 40 cuidadores, como se observa en la tabla n°23.

Tabla n°23: Lugar de reposo nocturno de la aparatología protésica

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| Vaso con agua | 40 | 61,5% |
| Vaso con enjuague | 7 | 10,8% |
| Toalla Nova | 6 | 9,2% |
| Caja | 11 | 16,9% |
| Gasa húmeda | 1 | 1,5% |
| Total | 65 | 100% |

En la siguiente tabla se observa que el 100% de los cuidadores recomienda que el adulto mayor sea controlado por el odontólogo. Cuando se consulta por la frecuencia de visita al dentista, casi el 50% responde que debe asistir cada 6 meses. Con una media de 4,88 y una desviación típica de 2,713.

Tabla n°24: Recomendación de control odontológico al adulto mayor

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|-------------------|-------------------|
| Si | 65 | 100% |
| No | 0 | 0% |
| Total | 65 | 100% |

Tabla n°25: Frecuencia en meses de visita al odontólogo

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| 1 mes | 3 | 4,6% |
| 2 meses | 9 | 13,8% |
| 3 meses | 16 | 24,6% |
| 5 meses | 1 | 1,5% |
| 6 meses | 32 | 49,2% |
| 12 meses | 3 | 4,6% |
| 15 meses | 1 | 1,5% |
| Total | 65 | 100% |

Tabla n°26: Estadísticas descriptivas en relación a la frecuencia en meses de visita al odontólogo

| | Estadístico |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Media | 4,88 |
| Intervalo de confianza para la media al 95% | Límite inferior 4,20 Límite superior 5,55 |
| Mediana | 6,00 |
| Desviación típica | 2,713 |

5.2.3 Relacionar el nivel de conocimiento sobre higiene bucodental y protésica de los cuidadores con su nivel educativo y de capacitación

Previamente se calificó el nivel de conocimiento de los cuidadores según el porcentaje de respuestas correctas obtenido en la encuesta, en suficiente o insuficiente. Según esto, se relacionó este dato con el nivel de educación y si habían recibido algún tipo de capacitación como se ejemplifica en los siguientes gráficos y tablas descriptivas.

Grafico n° 5: Relación entre nivel de conocimiento del cuidador con su nivel de educación.

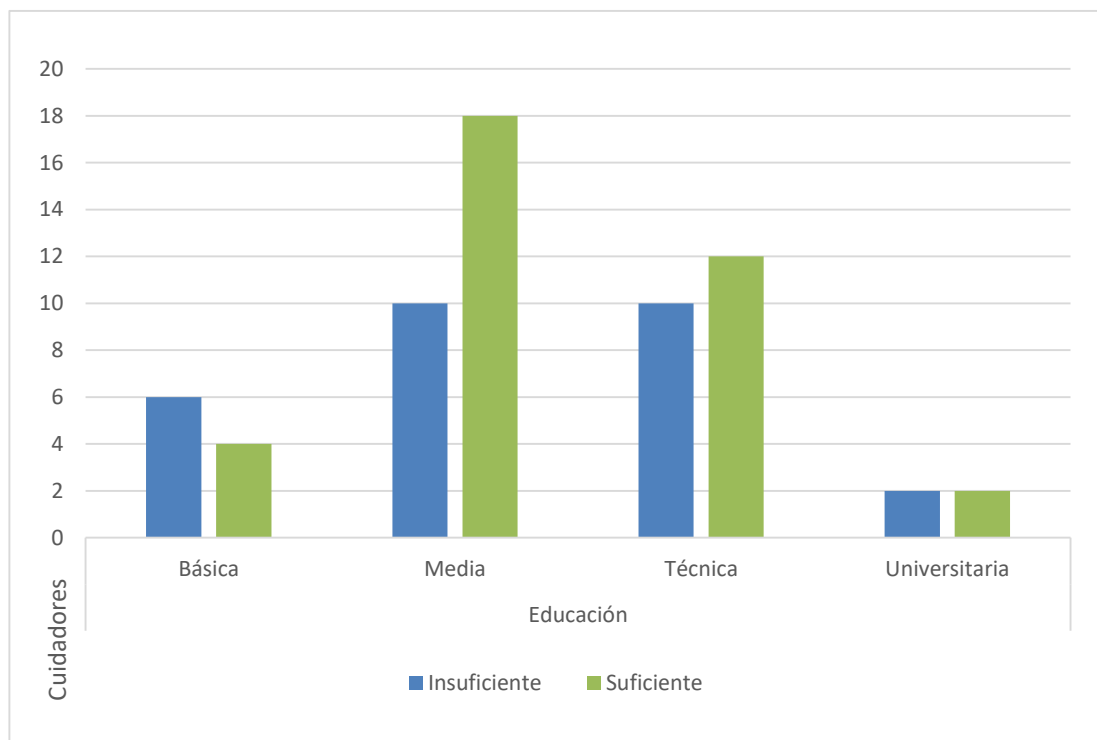


Tabla n°27: Tabla descriptiva entre el nivel de conocimiento del cuidador y su nivel de educación.

| Nivel de conocimiento | Educación | | | | Total |
|-----------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | Básica | Media | Técnica | Universitaria | |
| Insuficiente | 6 (9,2%) | 11 (16,9%) | 10 (15,4%) | 2 (3,1%) | 29 (44,6%) |
| Suficiente | 4 (6,2%) | 18 (27,7%) | 12 (18,5%) | 2 (3,1%) | 36 (55,4%) |
| Total | 10 (15,4) | 29 (44,6%) | 22 (33,8%) | 4 (6,2&) | 65 (100%) |

(P valor: 0,674)

Grafico n°6: Relación entre nivel de conocimiento del cuidador con capacitación.

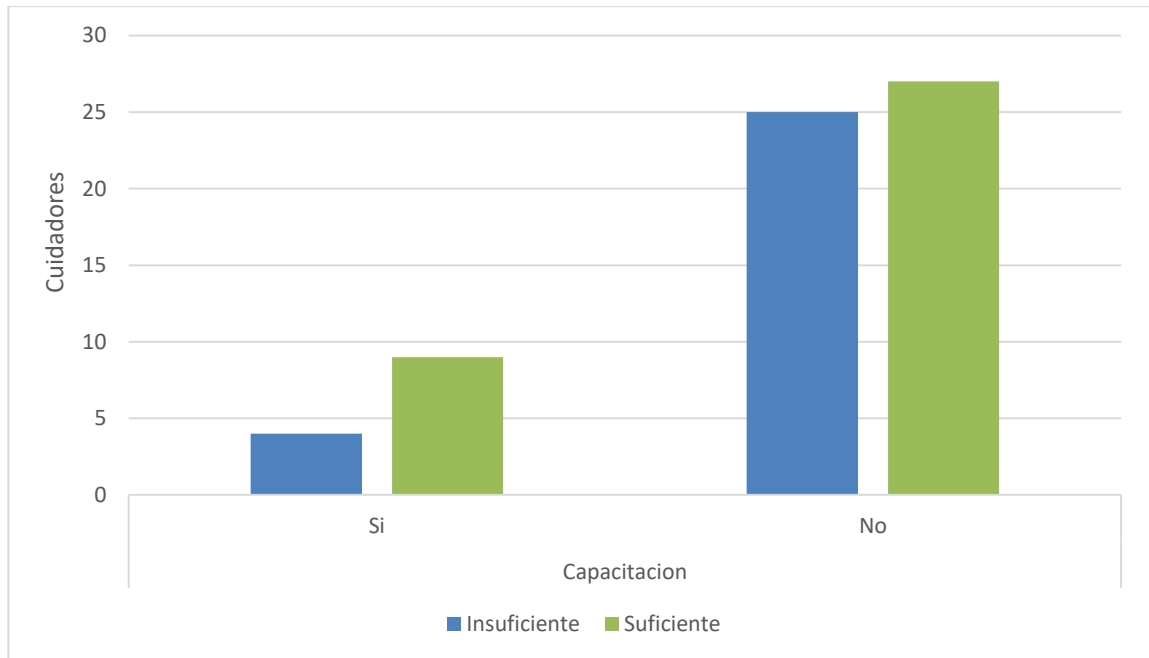


Tabla n° 28 : Tabla descriptivo entre nivel de conocimiento del cuidador con capacitaciones.

| Puntaje | Capacitacion | | Total |
|---------------------|--------------|---------------|---------------|
| | Si | No | |
| Insuficiente | 4 (6,2%) | 25 (38,5%) | 29 (44,6%) |
| Suficiente | 9 (13,8%) | 27 (41,5%) | 36 (55,4%) |
| Total | 13 (20%) | 52 (80%) | 65 (100%) |

(P valor: 0,262)

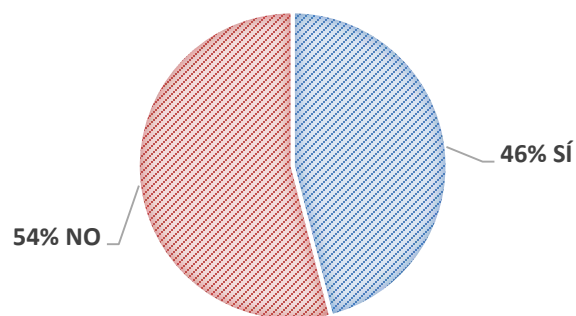
5.3 Segunda sección: Evaluación de hábitos de cuidados e higiene de prótesis dentales removibles en adultos mayores.

5.3.1 Evaluar hábitos y conductas sobre prácticas de higiene protésica en adultos mayores pertenecientes a ELEAM de la región de Valparaíso.

Para evaluar los hábitos y conductas sobre las prácticas de higiene protésica del adulto mayor se le realizaron 3 preguntas al respecto.

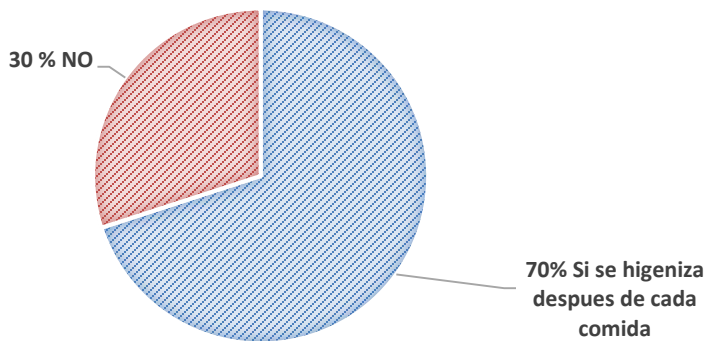
Al consultar al adulto mayor en primera instancia sobre si se retira la prótesis dental al momento de dormir, se obtuvo un porcentaje dividido entre las respuestas Si (46%) v/s No (54%), como se muestra en el siguiente gráfico.

Grafico n° 7: Porcentaje de adultos mayores que se retiran la prótesis al momento de dormir



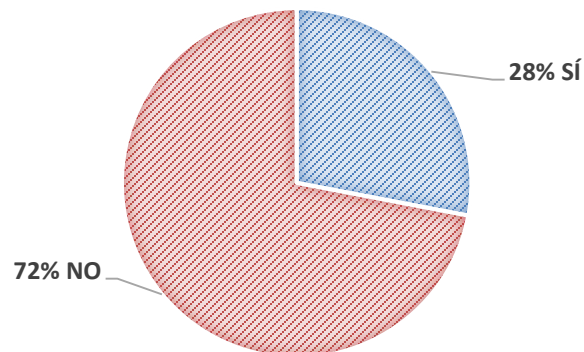
Frente a la pregunta si higieniza su prótesis dental después de cada comida, se obtuvo lo siguiente:

Grafico n°8: Porcentaje de adultos mayores que higieniza su prótesis después de cada comida



Finalmente, al consultar al adulto mayor si el cuidador era el encargado de limpiar su aparatología protésica de manera cotidiana, se obtuvo que el 28% de estos respondió de manera afirmativa.

Grafico n°9: Porcentaje de adulto mayor al que el cuidador le limpia su prótesis dental.



5.3.2 Evaluar la condición higiénica de las aparatologías removibles en pacientes adultos mayores institucionalizados en ELEAM de la región de Valparaíso

Para la evaluación de la condición higiénica de las prótesis dentales, se analizaron dos aspectos: la presencia de depósitos duros o cálculo y la presencia de depósitos blandos o restos alimentarios como se observa en las tablas n°29 y n°30.

Tabla n° 29: Presencia de depósitos duros al examen visual

| Cálculo o deposito duro visible | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Si | 41 | 82% |
| No | 9 | 18% |
| Total | 50 | 100% |

Tabla n° 30: Presencia de depósitos blandos o restos alimenticios al examen visual

| Depósitos blando o resto de alimentos | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Si | 40 | 80% |
| No | 10 | 20% |
| Total | 50 | 100% |

5.3.3 Relacionar si el cuidador se encarga de la limpieza protésica del adulto mayor con la condición higiénica que se observan las prótesis removibles

Tabla n° 31: Tabla descriptiva entre accion de limpieza protesica por parte del cuidador y la presencia de depósitos duros visibles en la prótesis del adulto mayor

| Cuidador se encarga de limpiar prótesis | Depósitos duros visibles en la prótesis | | Total |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|------------|--------------|
| | Si | No | |
| Si | 13 (26%) | 1 (2%) | 14 (28%) |
| No | 28 (56%) | 8 (16%) | 36 (72%) |
| Total | 41 (82%) | 9 (18%) | 50 (100%) |

(P valor: 0,213)

Tabla n° 32: Tabla descriptiva entre accion de limpieza protesica por parte del cuidador y la presencia de depósitos blandos visibles en la prótesis del adulto mayor

| Cuidador se encarga de limpiar prótesis | Depósitos blandos visibles en la prótesis | | Total |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------|-------------|--------------|
| | Si | No | |
| Si | 12 (24%) | 2 (4%) | 14 (28%) |
| No | 28 (56%) | 8 (16%) | 36 (72%) |
| Total | 40 (80%) | 10 (20%) | 50 (100%) |

(P valor: 0,529)

VI. DISCUSIÓN

En el siguiente estudio descriptivo, realizado con el fin de determinar el nivel de conocimiento sobre higiene bucodental y protésica de los cuidadores de adultos mayores residentes en los ELEAM sin fines de lucro y con subsidio SENAMA de la Quinta Región, se encontró que el mayor porcentaje de cuidadores pertenece al género femenino (97%). Este resultado es coherente con los hallazgos del estudio nacional de dependencia realizado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA -2009), donde la mayoría de los cuidadores corresponden a este género y este hecho se atribuye al factor histórico-cultural de la sociedad, en el que normalmente el cuidado de personas es realizado por mujeres.

El promedio de edad de los cuidadores es 39 años (IC 95% [35,92% – 41,84%]) y las edades extremas observadas fueron 18 y 63 años, estos datos son similares al estudio de Pérez y cols, 2010. Sin embargo, se observa una diferencia en relación a la edad promedio de los cuidadores que reportó un estudio realizado en Medellín, Colombia en donde la media fue de 54 años promedio (Cardona y cols, 2011), esta diferencia puede estar asociada a diversidad cultural o realidad particular del país.

Con respecto al nivel de educación de los cuidadores de ancianos, se observó que la mayoría de ellos posee enseñanza media completa o técnica superior (78,4%), a diferencia de lo reportado por el estudio sobre la situación de los cuidadores domiciliarios de adultos mayores dependientes, realizado por a Albala

(2007), en el Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos (INTA), pertenecientes a la Universidad de Chile, en el que alrededor de la mitad de los cuidadores evaluados tenía solo 8 años o menos de escolaridad. Esto demuestra que el cuidador que pertenece a alguna institución que se encargue de manera formal de la atención de adultos mayores posee un nivel educativo superior al del cuidador domiciliario, al igual que demuestra el estudio de Cardona y cols, 2011 en donde la mayoría de los cuidadores institucionalizados posee estudios de secundaria completa. Llevando esto al contexto nacional, un estudio realizado en Chile hace 14 años por Zavala y cols, 2002, indica que la mayoría de los cuidadores de ancianos poseía educación básica incompleta, contrastándolo con nuestro estudio podemos decir que con el paso de los años los cuidadores poseen un nivel de enseñanza superior al relatado en esa época.

Al analizar el tiempo de experiencia del cuidador, estos tienen un promedio de 6 años, cifra superior en comparación a la reportada por Rojas y cols, (2007), en donde el promedio del tiempo de experiencia fue de 3 años.

Los resultados del presente estudio indican que, un cuidador tiene a su cargo en promedio 23 adultos mayores, y de acuerdo al reglamento para ELEAM establecido por el Ministerio de Salud de la República de Chile, decreto n°14 del 2010, en el artículo 18 se señala que los adultos mayores con dependencia psíquica o física en grado leve o moderado requieren de un cuidador por cada 12 adultos mayores, por ende, el número de adulto mayor por cuidador esta

duplicado. Esto se puede deber, entre otras cosas, a que los ELEAM visitados son fundaciones o establecimientos sin fines de lucro, por lo que sus recursos económicos son limitados.

Dentro de los resultados relacionados con respecto a, si el cuidador ha recibido capacitación sobre higiene oral y protésica, el 80% de ellos relato no haber recibido, al igual que el estudio de García-Campo y cols, 2009, en donde el 70% de los encuestados relata no haber recibido capacitación sobre higiene bucal y protésica.

En relación al nivel de conocimiento que poseen los cuidadores sobre higiene bucodental y protésica, se obtuvo que un 55% de estos tiene un nivel de conocimiento suficiente en lo que respecta al tema. Según el estudio de Rey y cols, 2015, en el cual se estudian variables similares para medir el nivel de conocimiento, se obtuvo que un 60% de los cuidadores calificó con un nivel de conocimiento medio (50-79% de preguntas correctas), lo cual es similar a nuestro estudio, aun cuando la escala de medición es diferente.

Dentro de los resultados relacionados con el nivel de conocimiento, llama la atención que cuando se consulta por la técnica de cepillado dental, ni uno de ellos es capaz de contestar de manera correcta. Esto se debe a que el cuidador no ha recibido una instrucción o capacitación actualizada de la técnica adecuada para la correcta higiene dental, como se mencionó anteriormente.

En lo que hace referencia a la frecuencia de cepillado, tipo de cepillo y a la frecuencia de recambio de cepillo dental, se observa que en general el cuidador posee un conocimiento acertado al respecto, lo cual es coherente con la recomendación de la Guía Clínica 2010, Salud Oral Integral para adultos de 60 años emanada por el Ministerio de Salud. En otras palabras, más 50% de los cuidadores tiene claridad sobre estos temas, y esto se puede deber a que esta información es conocida de manera general por la población.

En lo que respecta al cuidado e higiene de la prótesis dental, al analizar el uso de un cepillo diferente para la higiene protésica se observa que la mayoría de los cuidadores respondió que se debe utilizar un cepillo diferente para la higiene dental y protésica, sin embargo, cuando se consulta por “¿cuál es cepillo indicado para higienizar la prótesis?”, se obtuvo prácticamente el mismo porcentaje entre la respuesta “cepillos suave” y “cepillo duro”, por lo que podemos inferir que el cuidador no tiene claridad sobre las características del cepillo adecuado para cada tipo de higiene. Por otra parte, cuando se pregunta “¿con que se debe limpiar una prótesis?”, el 60% cree que la pasta dental es el elemento adecuado para este cometido; este tipo de respuesta probablemente se realiza por la asociación que hace el cuidador con la higiene de los dientes y la limpieza de la prótesis, la cual es errónea y perjudicial para la aparatología protésica del adulto mayor, como evidencia Peracini y cols, 2010, que contraindica su uso ya que genera aumento de la opacidad y porosidad del material protésico a largo plazo. Solo un 24% de los encuestados responde de manera acertada, agua y jabón,

como se expone por la asociación dental de Nueva Zelanda “Healthy mouth, healthy ageing: oral health guide for caregivers of older people”, 2010, donde se especifica que la limpieza de la prótesis debe ser realizada con un cepillo dental de filamentos duros y jabón de glicerina neutro.

En lo que refiere a si el adulto mayor debe ser controlados por un odontólogo, el 100% de los cuidadores considera que es necesario, al consultar la frecuencia de la visita al odontólogo casi el 50% respondió 6 meses como lo establecido por el Ministerio de Salud de Chile, 2014.

En el presente estudio, se podría esperar que los cuidadores que tienen un nivel educativo más alto, también tuviesen mejores conocimientos sobre higiene bucodental y protésica, sin embargo, no se observa una diferencia estadísticamente significativa (p valor: 0,674) al comparar los resultados de la encuesta con el nivel de educación de los cuidadores, ya que la mayoría de ellos se encasillan en enseñanza media y técnico superior, esto se puede deber a la falta de capacitación formal que tienen los cuidadores respecto a salud oral.

Al igual que en párrafo anterior, es de esperar que el cuidador que esté capacitado sobre higiene dental y protésica tenga un nivel de conocimiento superior al no capacitado. Sin embargo, esta asociación no se observa ya que solo el 13,8% de los cuidadores obtuvo un puntaje suficiente estando capacitado frente a un 41,5% que no estaba capacitado, por lo que no se obtuvo una

diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la capacitación del cuidador (p valor: 0,262).

En relación a los resultados obtenidos en la ficha aplicada al adulto mayor sobre sus hábitos de higiene protésica, se observa que el 54% de los encuestados no se retira su prótesis al momento de dormir, porcentaje similar al expuesto en el estudio de Carvacho y cols, 2013, donde se obtuvo frente a la misma pregunta un 65,1%. Con esto se infiere que existe un mal hábito instaurado en los adultos mayores respecto al retiro nocturno de prótesis y esto guarda estrecha relación con el aumento de lesiones orales como la estomatitis subprotésica, en donde se convierte a la aparatología protésica en un factor irritativo constante de la mucosa oral (Pennacchiotti y cols, 2008).

Al preguntar al adulto mayor si higieniza su prótesis dental después de cada comida, se obtuvo que un 70% de estos respondió de manera afirmativa, lo cual se asemeja al estudio de Araya y cols 2013, como también al estudio de Carvacho y cols, 2013, sin embargo, resulta ser un porcentaje muy superior al obtenido por Muñoz y cols, 2012, en una muestra aleatorizada de adultos mayores adscritos al programa de postrados de Valparaíso, donde sólo el 29,5% de la muestra declaró realizar la higiene oral más de una vez al día.

Finalmente, al consultar al adulto mayor si el cuidador era el encargado de limpiar su aparatología protésica de manera cotidiana, el 72% de estos respondió que la

higiene oral la hacía de manera independiente y que el cuidador no se encargaba de realizar dicha función. Otros estudios difieren en relación a este punto, según el estudio de Vanobbergen, 2005, en donde se observa un porcentaje inferior al encontrado, debiéndose a la presencia del cuidador al momento de las preguntas al adulto mayor, a diferencia del presente estudio en donde el adulto mayor respondió sin la presencia de un cuidador cerca. A su vez, estudios nacionales como el Araya y cols, 2013, Carvacho y cols, 2013 y Rey y cols, 2015, indican con un porcentaje superior al 55% que la acción de limpieza oral es realizada exclusivamente por el cuidador. Por otra parte, cuando comparamos lo expuesto con nuestra investigación respecto a los cuidadores, se obtuvo que el 18,5% de los cuidadores informan que son ellos los encargados de realizar la higiene bucal al adulto mayor. Por lo tanto, se observa una relación entre lo expuesto por los cuidadores en la encuesta y los adultos mayores en su ficha.

Cuando se evalúa la condición higiénica de las aparatologías removibles de los adultos mayores institucionalizados, los resultados son bastantes alarmantes, ya que se observa un 80% y un 82% de depósitos duros y blandos respectivamente, al igual que el estudio de Mulet y cols, 2003 en donde los parámetros de higiene protésicas fueron deficiente en un 72% de los adultos mayores, a su vez este porcentaje fue superior al obtenido en el estudio de Espinoza y cols, 2003, en lo que respecta a la presencia de placa bacteriana en la superficie de la prótesis. Lo mismo se observa en el estudio de Muñoz y cols, 2012, en donde evidencia un gran deterioro de la salud bucal de los adultos mayores postrados, que

presentaron en relación a este parámetro, un índice de higiene de O'leary de 100%. Sí comparamos estos datos con nuestro estudio, en donde la situación del adulto mayor es distinta (la mayoría es autovalente), podría esperarse que la situación sea más favorable, sin embargo, se observa cifras bastante similares lo cual genera una preocupación mayor por la condición de higiene oral de los adultos institucionalizados.

Es de esperar que cuando el cuidador se encarga de higiene oral y protésica de los adultos mayores, estas se encuentren en una mejor condición de higiene. En relación a lo mismo, se observa que cuando el cuidador no limpia la prótesis del adulto mayor, esta presenta un 56% de depósitos duros y blandos. A diferencia de cuando el cuidador si se encarga de la higiene de la prótesis, este porcentaje disminuye a un 26% de depósitos duros visibles y un 24% de depósitos blandos. Aunque, no se observó una diferencia estadísticamente significativa (p valor: 0,213; p valor: 0,529), esta relación se podría considerar favorable en la condición bucal del adulto mayor.

Al realizar un comparativo de variables de muestras independientes sobre el retiro de prótesis nocturno, el 93,8% de los cuidadores sabe que se debe retirar la prótesis para dormir, mientras que, al consultarle al adulto mayor sobre su hábito de retiro de prótesis para dormir, se observa que el 54% de los ancianos no se quita su prótesis para dormir. Esto se da generalmente por la resistencia que ponen los adultos mayores frente a las indicaciones de los cuidadores.

En los resultados del presente estudio, donde el nivel de conocimiento de higiene oral y protésica demostrado por los cuidadores podría estar en contraste con la práctica real que ofrecen a los adultos mayores bajo su responsabilidad. En ese sentido, el estudio realizado por Coleman y cols, 2006, encontró que estas personas institucionalizadas a menudo no reciben los cuidados necesarios de salud oral de acuerdo al conocimiento que presentan los cuidadores.

Esta investigación pretende ser un aporte para los establecimientos de Larga estadía del adulto mayor subsidiado del SENAMA. Con los resultados obtenidos de este estudio se pretende mejorar las prácticas de cuidado bucal y protésico, lo cual se puede lograr a través de futuras intervenciones educativas a los cuidadores. Una de las principales necesidades existente es la falta de un protocolo de higiene oral y protésica para cuidadores de hogares de ancianos, que sea fácil de entender y resumido, por lo que los investigadores fabricaron dos posters que permitirán reforzar de manera continua esas prácticas. (Anexo 5).

Entre las fortalezas de esta investigación se puede mencionar que no hubo pérdida de datos ni en la ficha aplicada al adulto mayor y tampoco en la encuesta aplicada al cuidador de ELEAM, ya que fue gestionada por los mismos investigadores. Otra fortaleza fue, que el adulto mayor fue entrevistado de manera independiente, sin la presencia de un cuidador cerca, lo cual podría haber condicionado su respuesta.

Dentro de las limitaciones, al realizar la encuesta se encontró que los cuidadores respondían de acuerdo a sus prácticas y no a sus conocimientos.

Otra limitación sustancial, fue la imposibilidad de relacionar ambos instrumentos de recolección de datos, ya que se trataban de dos universos independientes; por lo que el análisis se redujo exclusivamente a una comparación entre ellos.

VII. CONCLUSIÓN

Considerando los objetivos planteados y los resultados obtenidos en esta investigación, se puede concluir lo siguiente respecto a los 9 ELEAM sin fines de lucro y con subsidio SENAMA de la Quinta Región:

- De un total de 65 cuidadores, el 97% de estos corresponde al género femenino, con un promedio de edad de 39 años, un nivel de educación concentrado en enseñanza media completa y técnica, con 6 años de experiencia promedio al cuidado de adultos mayores, a cargo de 23 adultos mayores en promedio.
- Solo un 20% de los cuidadores ha recibido capacitación sobre higiene bucodental y protésica.
- El nivel de conocimiento demostrado por los cuidadores sobre técnicas y prácticas de higiene bucodental y protésica fue suficiente en un 55% de estos, que corresponde a 36 cuidadores.
- No existe diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento demostrado por los cuidadores con su nivel de educación y capacitación.
- El 54% de los adultos mayores institucionalizados no tiene el hábito de retirarse la prótesis para dormir. Por otra parte, la gran mayoría de los adultos mayores limpia su prótesis después de cada comida y son ellos mismos los encargados de realizarla.

- La condición higiénica de las prótesis removibles de los adultos mayores pertenecientes a estos ELEAM es deficiente.
- El cuidador en general no es el encargado de realizar la higiene de las prótesis dentales del adulto mayor institucionalizado. Cabe hacer notar que, en relación al rol del cuidador, cuando el cumple con sus funciones de limpiar las prótesis existen menos depósitos duros y blandos.

VIII. SUGERENCIAS

1. Evaluar el nivel de conocimiento sobre higiene oral y protésica en cuidadores no formales o domiciliarios.
2. Se sugiere la realización de intervenciones educativas y cursos de capacitación de manera periódica a los cuidadores de adultos mayores institucionalizados en ELEAM, además de la confección de un protocolo establecido y autorizado por el Servicio de Salud.
3. En relación a la sugerencia anterior, realizar un estudio acerca de la aplicación de una capacitación teórica en cuidadores y luego observar la relación entre los conocimientos teóricos aprendidos y la práctica diaria.
4. Ampliar el universo de estudio de adultos mayores, para poder evidenciar la real condición higiénica de los pacientes con discapacidad intelectual y por lo tanto dependientes severos del cuidado de un cuidador formal.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Agar Corbinos, L. (2001). Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hechos sociodemográficos y reflexiones éticas. *Acta Bioethica*, VII (1), 27-41.
2. Albala, Cecilia (2007). Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial. Instituto de nutrición y Tecnología de los alimentos (INTA) de la Universidad de Chile, págs. 37-38
3. Araya, D., Espinoza, I., Garrido, C., Muñoz, D. (2013). Relación entre creencias en salud bucal y prácticas de higiene oral realizadas por cuidadores de adultos mayores dependientes pertenecientes a la comuna de Providencia, Santiago de Chile.
4. Arteaga, O., Urzúa, I., Espinoza, I., Muñoz, A y Mendoza, C. (2009), Prevalencia de Caries y Pérdida de Dientes en Población de 65 a 74 años de Santiago, Chile. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral*, 2(3), 161- 166
5. Bartzyszyn, M., Jaczewski, I (2005). Evaluation of Removable Dentures' Hygiene Level and Oral Mucous Membrane Condition Among Long-Term Care Housees Inhabitants in Wroclaw. *Dent Med Probl*. Vol 42, pags 477-481.

6. Calleja, J., Mazariegos, M.L., Lozano, M.E., Quiroz, A., Luna, A. y Sanz, C., (2010) Odontogeriatría. Programa Nacional de Atención al Envejecimiento, Programa de Salud Bucal. Secretaria de Salud, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades Eds, México: Press Printing, S.A de C.V, pp 1-12
7. Cardona D., Segura A., Berbesi, D., Ordoñez, J., Agudelo A, (2011), Abril-Septiembre). Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. Vol 13, núm 22, págs 178-193.
8. Carvacho, Ma., Romo, F., Garrido, C., Muñoz, D., (2013) Relación entre las prácticas para la salud bucal y el nivel de higiene oral de los adultos mayores dependientes, pertenecientes al programa de cuidados domiciliarios de la comuna de Providencia. Santiago de Chile, PRI ODO Univ Chile, Pag 2-18.
9. Castellucci L, Maia M, Ferreira, Freire C, Cavalcanti A, Lavigne M, Andrade R (2008). Edentulous patients' knowledge of dental hygiene and care of prostheses. *Gerodontology*. 25, pp. 99–106.
10. Coleman., P, Watson, N. (2006). Oral care provided by certified nursing assistans in nursing homes. *J Am Soc Geriatr*, 54 (1), 138-143.
11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL 2012). El gran cambio demográfico y el protagonismo de las personas mayores. En: Envejecimiento, Solidaridad y Protección Social. Tercera conferencia

Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. San José de Costa Rica, (UNFPA), pp 19-32.

12. Cornejo, M., Perez, G., de Lima, K., Elias, C. y Borrel, C. (2013). Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). *Med Oral Patol Cir Bucal*, 18 (2), 85-92
13. Costa, A.M, Machado, M.D., de Freitas, S., de Toledo, O. y Barreto, AC. (2010). Health status of elderly women from the Brazilian Federal District. *Cienc. saúde coletiva*, 15 (4), 22 pags 7-13.
14. De los Reyes, MC (2001): Construyendo el concepto de cuidador de ancianos. Presentado en reunion de antropologia del Mercosur IV, y en Foro de Investigación en Envejecimiento de la Población del Mercosur, Curitiba. Obtenido el 15 de Junio de 2009.
15. De Romo f, Garrido C, Espinoza I., (2011, Marzo). Tópicos de Odontología Integral. Chile: Universidad de Chile. Págs. 85-96
16. De Visschere, L., Grooten, L., Theuniers, G., Vanobberger, J., (2006). Oral hygiene of elderly people in long-term care institutions a cross-sectional study. *Gerodontology* 2006, Vol. 23, Pags 195-204.
17. De Visschere, L., van der Putten, G., Vanobbergen, J., Schols, J., de Baat, C., (2011). An oral health care guideline for institutionalised older people. *Gerodontology*, 28 (4), pags 307-310.

18. Díaz, S., Arrieta, K., Ramos, K., (2012, Enero 10). Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. Rev Clin Med FAM, 5, 9-16.
19. Díaz, V., Díaz, I., Rojas, G. y Novogrodsky, D. (2003) Evaluación geriátrica en la Atención Primaria. Rev Méd Chile 131: 895-901.
20. Espinoza, I, Rojas, R, Aranda, W, Gamonal, J. (2003). Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile.
21. Forsell, M., Kullberg, E., Wedel, P., Herbst, B., Hoogstraate, J. (2010). Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric 65 nursing home staff. International Journal of Dental Hygienic. 9, pp. 199-203.
22. Freitas de Souza R, de Freitas Oliveira Paranhos H, Lovato da Silva CH, Abu-Naba'a L, Fedorowicz Z. Gurgan CA, (2008). Interventions for cleaning dentures in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4. Art.No.: CD007395. DOI: 10.1002/14651858.CD007395.
23. Frenkel, H., Harveys, I., Needs, K. (2002). Oral health care education and its effect on caregivers' knowledge and attitudes: a randomised controlled trial. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 30, pp.91-100.
24. Garcia-Campo F., Moyano, G., Jamett, J (2009). Evaluación de la necesidad de capacitación en conocimientos de higiene oral en cuidadores de adultos mayores de hogares de larga estadía Comunas de Valparaíso, San Antonio y Casablanca.

25. Garrido, C., Romo, F., Espinoza, S., Medics, D. (2011). Oral Health practices and beliefs among caregivers of the dependent elderly. *Gerodontology*.
26. Garrido, C., Romo, F., Espinoza, S., y Medics, D (2010). Oral Health practices and beliefs among caregivers of the dependent elderly. *Gerontology*, 9 (2).
27. Harwood, R.H., Sayer, A.A. y Hirschfeld, M. (2004) "Current and future world prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios" *Bull World Health Organ* 82 (4): 251-258.
28. Holmén, A., Strömberg, E., Hagman-Gustafsson, M.-L., Wårdh, I. and Gabre, P. (2011). Oral status in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living: prevalence of edentulous subjects, caries and periodontal disease. *Gerodontology*.
29. INE. Chile. Esperanza de Vida al Nacer. (2012). Estimada por sexo 1919-2009. Santiago, Chile.
30. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE). Estadísticas demográficas. (2011). Santiago de Chile, pp 93.
31. Marin, PP; Guzman, Jm; Araya, A. (2004). Estimation of the number of institutionalized elderly in Chile. *Rev. Med. Chile*. Vol. 132; No 7; Págs. 832-838.

32. Mariño, R. J.; Cueto, A.; Badenier, O.; Acevedo, R. & Moya, R, (2011). Oral health status and inequalities among ambulant older adults living in central Chile. *Community Dent. Health*, 28(2):143-8
33. Ministerio de Desarrollo Social (2013), Gobierno de Chile, Encuesta Casen 2013.
34. Ministerio de Desarrollo Social Gobierno de Chile. Servicio Nacional de Atención al Adulto Mayor (SENAMA) (2013). Estudio de Actualización del Catastro de Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) de las Regiones de Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso, Libertador Bernardo O’iggins, Maule, Biobío, Araucanía, Los Lagos, Aysén del General Carlos Ibañez del Campo, Magallanes y Antártica Chile Los Ríos, Arica y Parinacota y Región Metropolitana. Santiago de Chile, pp. 90-134.
35. Ministerio de Desarrollo Social Gobierno de Chile. Servicio Nacional de Atención al Adulto Mayor (SENAMA) (2011). Salud, Bienestar y Desarrollo de las Personas Mayores en Estudio de recopilación, sistematización y descripción de información estadística sobre vejez y envejecimiento. Santiago de Chile, Boreal Investigación y Consultoría Ltda, Santiago de Chile, pp.82-93.
36. Ministerio de Salud de Chile (2010). Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años. Subsecretaría de Salud Pública, Santiago de Chile.
37. Ministerio de Salud de Chile, Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) (2009): Manual de cuidado de personas mayores

dependientes y con pérdida de autonomía. Duplika Ltda. Santiago de Chile, pp 37.

38. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2011). Encuesta Nacional de Salud de Chile 2009-2010. Santiago de Chile, 2011, pp 17-18, 493-95.

39. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2014). Situación Epidemiológica de las personas de 65 años y más en Chile. En: Programa Nacional de salud de las personas adultas mayores, Subsecretaría de Salud Pública, Santiago de Chile, pp 54-101.

40. Muñoz, D., Flores, P., Cueto, A., Barraza, A., (2012, Mayo 29). Salud Bucodental de Postrados Severos. *Int. J. Odontostomat.*, 6, 181-187.

41. New Zealand Dental Association (2010). Healthy mouth, healthy ageing: oral health guide for caregivers of older people. [Disponible en: http://www.pc.gov.au/data/assets/pdf_file/0010/106759/subdr496-attachment1.pdf].

42. NHS, BASCD., (2014). Delivering Better Oral Health: An evidence-based toolkit for prevention. London, UK.

43. Pennacchiotti G., Misrachi C., (2006) Factores que influyen en el uso de prótesis removible en Adultos Mayores recién rehabilitados, Santiago-Chile,

44. Peracini A, Machado I, Oliveira H, Lovato C, Freitas R (2010). Behaviors and Hygiene Habits of Complete Denture Wearers. *Braz Dent J.* 21(3), pp. 247-252.

45. Petersen, P.E. & Yamamoto, T.. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community. Dent Oral Epidemiol, 33, pp 81-92.
46. Poyato, M., Segura, J., Bullón, P., (2003), Comparison of modified Bass technique with normal toothbrushing practices for efficacy in supragingival plaque removal. Int J Dent Hyg, 1 (2).
47. Public Health England, Department of Health. (2014). Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for prevention. London, UK.
48. Quezada, P., Muñoz, A., Cueto, U., Barraza, S., (2013). Reforma de salud en Chile: Evaluación Garantías Explícitas en Salud Oral en Población de 60 años. Int J Odontostomat, 7 (2), 19-26.
49. Rey, P., Canepa, G., Godoy, J. (2015). Conocimientos sobre higiene oral en cuidadores de adultos mayores residentes en establecimientos de larga estadia (ELEAM), Valparaíso, Chile.
50. Robinson PG, Deacon SA, Deery C, Heanue M, Walmsley AD, Worthington HV, et al. (2005) Manual versus powered toothbrushing for oral health. Cochrane Database Syst Rev. 2005 (2).
51. Roessler, D., (2003) Complete denture success for patients and dentists. Int Dent J, Vol 53, págs. 340-345.
52. Rojas M., (2007, Mayo 18). Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor

que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. Av. enferm., XXV (1), págs 33-45.

53. Ruiz, A., Nava, Ma., (2010). Caregivers: responsibilities-obligations, *Enf Neurol Mex*, Vol. 11, No. 3, pags 163-169.
54. Simons, B; Baker, P; Jones, B, Kidd, E; Simons, D (2009). An evaluation of an oral health training programme for carers of the elderly in residential homes. *British Dental Journal*. Vol 188; No. 04; Págs. 206-210.
55. Slot, D., Dorfer, C., Van der Weijen, G.A (2008) The efficacy of interdental brushes on plaque and parameters of periodontal inflammation: a systematic review. *Int J Dent Hyg*, 6 (4), 53-64.
56. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. (2012). Dependencia de los Adultos Mayores en Santiago, Chile.
57. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. (2012). Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile.
58. Takamiya A, Monteiro D, Barao V, Pero A, Compagnoni M, Barros D (2011). Complete denture hygiene and nocturnal wearing habits among patients attending the Prosthodontic Department in a Dental University in Brazil. *Gerodontology*. 28, pp. 91–96
59. United Nations, Population Division. (2003). "World Population Ageing 1950-2050".

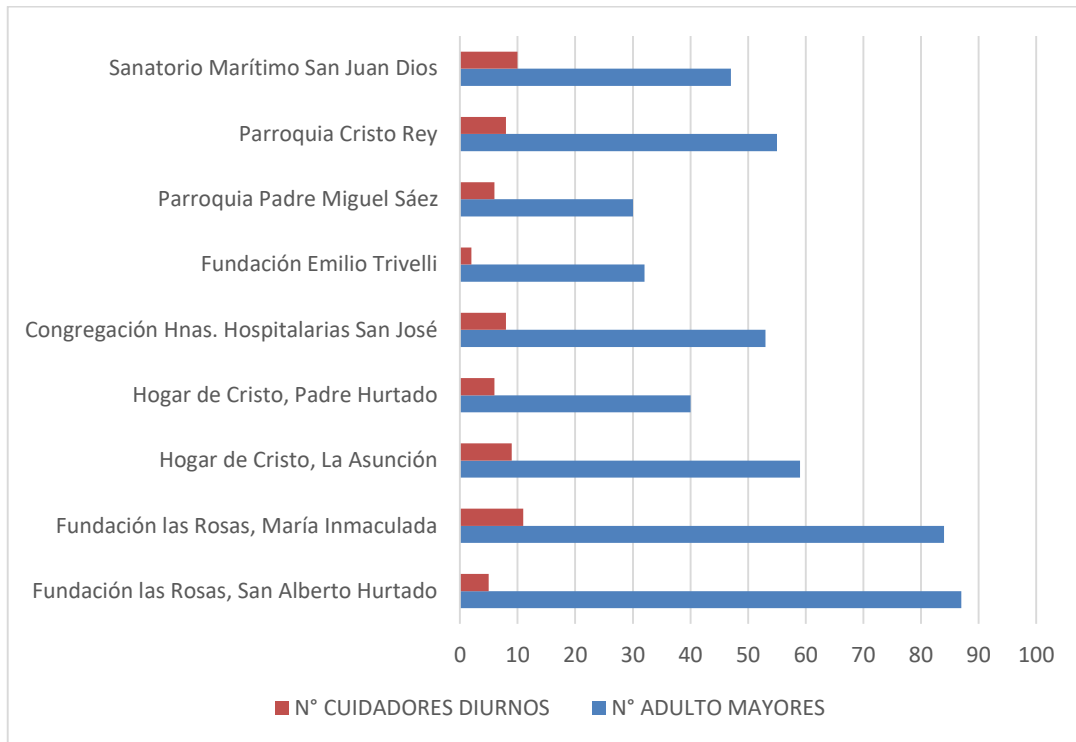
60. Vanobbergen, J., y De Visschere., L. (2005). Factors contributing to te variation in oral higiene practices and facilities in long-term care intitutions for the elderly. *Community dent Health*, 22 (4), 260-5
61. Vergara, S., (2008). Residencias para adultos mayores: Criterios básicos para su adecuada selección. *Rev Hosp Clin Univ Chile*, 19, págs. 56-60
62. Yadav, R., Yadav, VS., Garg, S., Mittal, S y Garg R. (2013). Effectiveness of different denture cleansing methods on removal of biofilms formed in vivo. *J Cranio Max Dis*, 2 (1), 22-27
63. Zavala, M., Castro, M., Vidal, D., (2002). Características sociodemográficas de los cuidadores de ancianos. Ponencia Cuarto Congreso Chileno de Antropología, Universidad de Chile. Obtenido el 16 de Junio de 2009.

X. ANEXOS

ANEXO N°1: ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADIA PARA EL ADULTO MAYOR (ELEAM) SIN FINES DE LUCRO, CON SUBSIDIO SENAMA DE LA QUINTA REGION, AÑO 2016.

| No | Nombre | COMUNA | N° ADULTO MAYORES | N° CUIDADORES DIURNOS |
|--------------|-------------------------------------------|---------------|--------------------------|------------------------------|
| 1 | Fundación las Rosas, San Alberto Hurtado | Quillota | 87 | 5 |
| 2 | Fundación las Rosas, María Inmaculada | Casablanca | 84 | 11 |
| 3 | Hogar de Cristo, La Asunción | Villa Alemana | 59 | 9 |
| 4 | Hogar de Cristo, Padre Hurtado | Los Andes | 40 | 6 |
| 5 | Congregación Hnas. Hospitalarias San José | Los Andes | 53 | 8 |
| 6 | Fundación Emilio Trivelli | San Felipe | 32 | 2 |
| 7 | Parroquia Padre Miguel Sáez | La Calera | 30 | 6 |
| 8 | Parroquia Cristo Rey | San Antonio | 55 | 8 |
| 9 | Sanatorio Marítimo San Juan Dios | Viña del Mar | 50 | 10 |
| TOTAL | | | 490 | 65 |

Grafico n° 10: Distribución de Cuidadores y Adultos Mayores pertenecientes a los ELEAM visitados



ANEXO N°2:

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

“Encuesta para medir el nivel de conocimiento sobre higiene bucodental y protésica en cuidadores de establecimientos de larga estadía para el adulto mayor en la Región de Valparaíso, 2016”

CONSIDERACIONES GENERALES

El presente estudio, titulado “Nivel de Conocimiento sobre higiene bucodental y protésica en cuidadores de ELEAM en la Región de Valparaíso, Chile, 2016”, se llevará a cabo durante el año 2016 en los distintos establecimientos de larga estadía bajo el alero del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), pertenecientes a la región de Valparaíso. Será ejecutado por los alumnos Lic. Alejandro Campos R y Lic. Magdalena Yañez M, bajo la supervisión de los tutores, principal Dra. Gisela Moyano y asociado Dr. Osvaldo Badenier, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento sobre higiene bucodentaria y protésica de cuidadores de pacientes adultos mayores institucionalizados en ELEAM sin fines de lucro en la región de Valparaíso.

PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Usted ha sido invitado/a a participar, debido a que es perteneciente a los establecimientos de larga estadía sin fines de lucro y cumple tanto con los criterios de inclusión como de exclusión que hemos establecido.

INTRUCCIONES Y PROCEDIMIENTOS

Esta es una encuesta que tiene como objetivo medir el nivel de conocimiento que posee Ud. en relación a higiene bucodental y mantención de higiene en prótesis dentales removibles (Prótesis dentales del adulto mayor sin dientes en boca). La información personal recolectada es absolutamente confidencial, por lo cual le pedimos que conteste en forma sincera, de acuerdo a lo que Ud. crea que es correcto. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Se sugiere en lo posible, responder todas las preguntas que se realicen en esta encuesta. Si no comprende alguna pregunta puede consultar con los encuestadores. Se sugiere en lo posible, responder con solo una alternativa, a no ser que la pregunta indique lo contrario, marcando su preferencia en el cuadro de la alternativa. En alternativas con respuesta abierta debe escribir la respuesta que Ud. considera correcta.

Mediante la respuesta a esta encuesta, Ud. entrega su expresa autorización para usar los datos en los resultados de la investigación, entendiendo que la información recolectada de sus

respuestas tiene un fin exclusivamente académico. Antes de aceptar participar en este estudio Ud. puede hablar con alguien con la cual se sienta cómodo acerca de la investigación. También puede tomarse un tiempo para reflexionar si quiere participar o no.

Ud. puede retirarse voluntariamente durante la aplicación de la encuesta, sin perjuicio alguno.

Ventajas de participar en el estudio

Esta encuesta permitirá orientar estrategias para que actualicen y adquieran nuevos conocimientos y puedan contribuir a mejorar la salud bucal de los adultos mayores a su cuidado.

Lograr evidenciar su nivel actual de conocimiento sobre técnicas de higiene y de prótesis dentales, para posteriormente adquirir o reforzar información actualizada sobre el tema.

Recibir una capacitación por parte de los encuestadores sobre prácticas y rutinas de higiene oral.

Desventajas de participar en el estudio

No existe desventaja alguna en participar en este estudio.

Yo..... Rut:.....

Manifiesto haber comprendido las explicaciones que se me han facilitado, con lenguaje claro y sencillo, resolviéndome todas las dudas planteadas, señalándome además que habrá absoluta confidencialidad en los datos por mi entregados. Considero voluntariamente participar en este trabajo de investigación y comprendo que en cualquier momento tengo el derecho de revocar el consentimiento que ahora presto, y que si deseo retirarme del estudio puedo hacerlo sin consecuencia alguna dirigiéndome directamente a los alumnos autores:

Magdalena Yáñez Medina

Alejandro Campos

Celular de contacto: 82422997

Celular de contacto: 77333063

magyamed@hotmail.com

alejand.camposr@gmail.com

Firma:..... Fecha:/...../...

Encuesta para medir el nivel de conocimiento sobre higiene bucodental y prótesis a cuidadores de establecimientos de larga estadía para el adulto mayor en la Región de Valparaíso, Año 2016.

| I. Aspecto sociodemográfico y de experiencia del cuidador(a) | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Género</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> | <p>2. Edad</p> <p align="center"><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p> <p align="center">Expresada en años</p> | <p>3. Educación</p> <p><input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Universitaria</p> |
| <p>4. Tiempo de experiencia como cuidador(a) independiente del lugar de trabajo</p> <p align="center"><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> Expresada en años</p> <p>5. ¿Cuántos adultos mayores tiene a su cuidado?</p> <p align="center"><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> n° de adultos mayores</p> | <p>6. Ud. ha recibido capacitación sobre higiene bucodental y cuidados de las prótesis en el adulto mayor:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | |
| II. Conocimientos sobre higiene oral y prótesis | | |
| <p>1. ¿Se le debe indicar alguna técnica de lavado de dientes y prótesis a los adultos mayores? (1 pto)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | <p>2. La técnica correcta de cepillado de dientes debe incluir movimientos: (1 pto)</p> <p><input type="checkbox"/> Vibratorios <input type="checkbox"/> Hacia arriba y abajo <input type="checkbox"/> Circulares <input type="checkbox"/> Aleatoria</p> | |
| <p>3. ¿Qué rol cumple usted en la higiene oral del paciente? (1 pto)</p> <p><input type="checkbox"/> Es realizada exclusivamente por mí <input type="checkbox"/> Ayudo en su higiene <input type="checkbox"/> La realiza sólo el paciente (Adulto mayor)</p> | <p>4. ¿Cuál es la frecuencia diaria de cepillado que debe realizarse al adulto mayor? (1 pts)</p> <p align="center"><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> N° de veces</p> | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>5. El cepillo de dientes debe cambiarse cada: (1 pto)</p> <p><input type="text"/> Meses</p> | <p>6. ¿Cuál es el cepillo dental adecuado para el adulto mayor? (1 pto)</p> <p><input type="checkbox"/> Fibras/Cerdas Duras</p> <p><input type="checkbox"/> Fibras/Cerdas Suaves</p> <p><input type="checkbox"/> Fibras/ Cerdas Medias</p> <p><input type="checkbox"/> Cepillo Eléctrico</p> |
| <p>7. Al adulto mayor se le recomienda el uso de elementos complementarios de higiene oral tales como: (1 pto)</p> <p><input type="checkbox"/> Seda dental</p> <p><input type="checkbox"/> Cepillo interproximal</p> <p><input type="checkbox"/> Limpiador de lengua</p> <p><input type="checkbox"/> Otros</p> | <p>8. ¿Se recomienda el uso de enjuague o colutorios al adulto mayor? (1 pto)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> |
| <p>9. ¿Se debe utilizar el mismo cepillo para lavar los dientes y las prótesis? (1 pto)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> | <p>10. La prótesis se debe limpiar con: (1 pts)</p> <p><input type="checkbox"/> Agua y jabón</p> <p><input type="checkbox"/> Pasta dental</p> <p><input type="checkbox"/> Vinagre</p> <p><input type="checkbox"/> Agua y cloro</p> <p><input type="checkbox"/> Pastilla efervescente y agua</p> <p><input type="checkbox"/> Otros</p> |
| <p>11. El cepillo para el lavado de la prótesis debe ser de: (1 pto)</p> <p><input type="checkbox"/> Cerdas Suave</p> <p><input type="checkbox"/> Cerdas Duro</p> <p><input type="checkbox"/> Cerdas Extra suave</p> <p><input type="checkbox"/> No interesa</p> | <p>12. ¿Se debe retirar la prótesis para dormir? (1 pts)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> |
| <p>13. Si la prótesis se retira, se guarda: (1pto)</p> <p><input type="checkbox"/> En un vaso con agua</p> <p><input type="checkbox"/> En un vaso con enjuague bucal</p> <p><input type="checkbox"/> Envuelta en toalla nova</p> <p><input type="checkbox"/> En una caja</p> <p><input type="checkbox"/> En una gasa húmeda</p> | <p>14. Ud. Considera que lo adultos mayores, deben ser controlados por el odontólogo: (1 pto)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Si su respuesta es sí, ¿cada cuánto mes deben ser controlados?</p> <p>_____ Meses</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> |

ANEXO N°3:

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

“Ficha Clínica: Evaluación de hábitos de cuidados e higiene de prótesis dentales removibles en adultos mayores perteneciente a ELEAM de la Quinta Región, año 2016”

CONSIDERACIONES GENERALES

El presente estudio, titulado “Nivel de Conocimiento sobre higiene bucodental y protésica en cuidadores de ELEAM en la Región de Valparaíso, Chile, 2016”, se llevará a cabo durante el año 2016 en los distintos establecimientos de larga estadía bajo el alero del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), pertenecientes a la región de Valparaíso. Será ejecutado por los alumnos Lic. Alejandro Campos R y Lic. Magdalena Yañez M, bajo la supervisión de los tutores, principal Dra. Gisela Moyano y asociado Dr. Osvaldo Badenier, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento sobre higiene bucodentaria y protésica de cuidadores de pacientes adultos mayores institucionalizados en ELEAM sin fines de lucro en la región de Valparaíso.

PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Usted ha sido invitado a participar, debido a que es usuario de un establecimiento de larga estadía sin fines de lucro y cumple tanto con los criterios de inclusión como de exclusión que hemos establecido.

INSTRUCCIONES Y PROCEDIMIENTOS

Esta es una ficha clínica que tiene como objetivo evaluar los hábitos de cuidado e higiene de su prótesis removible. La información personal recolectada es absolutamente confidencial, por lo cual le pedimos que conteste en forma sincera.

Usted deberá responder en relación a los hábitos de higiene de su prótesis dental. Además, deberá autorizar a que su prótesis sea evaluada clínicamente.

Mediante este consentimiento informado Ud. entrega su expresa autorización para usar los datos en los resultados de la investigación, entendiendo que la información recolectada de sus respuestas tiene un fin exclusivamente académico. Antes de aceptar participar en este estudio Ud. puede hablar con alguien con la cual se sienta cómodo acerca de la investigación. También puede tomarse un tiempo para reflexionar si quiere participar o no.

Esta investigación beneficia indirectamente a su salud bucodental, ya que al evidenciar el nivel de conocimientos de sus cuidadores se podrán realizar capacitaciones e instructivos para mejorar su desempeño.

Ventajas de participar en el estudio

Esta ficha permitirá orientar estrategias para que actualicen y adquieran nuevos conocimientos y puedan contribuir a mejorar la salud bucal de los adultos mayores a su cuidado.

Desventajas de participar en el estudio

No existe desventaja alguna en participar en este estudio.

Yo....., Rut:.....

Manifiesto haber comprendido las explicaciones que se me han facilitado, con lenguaje claro y sencillo, resolviéndome todas las dudas planteadas, señalándome además que habrá absoluta confidencialidad en los datos por mi entregados. Considero voluntariamente participar en este trabajo de investigación y comprendo que en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora presto, y que si deseo retirarme del estudio puedo dirigirme directamente a los alumnos autores:

Magdalena Yañez Medina

Contacto: 82422997

magyamed@hotmail.com

Alejandro Campos

Contacto: 77333063

alejand.camposr@gmail.com

Firma:..... Fecha:/...../....

Ficha clínica

“Evaluación de hábitos de cuidados e higiene de prótesis dentales removibles en adultos mayores perteneciente a ELEAM de la Quinta Región, año 2016”

Fecha:

Establecimiento:

1. Datos de identificación del Paciente:

Edad:

Género: M () F ()

Tipo de prótesis:

| | Superior | Inferior |
|---------|----------|----------|
| Parcial | | |
| Total | | |

Material de Confección:

| | Superior | Inferior |
|----------|----------|----------|
| Metal | | |
| Acrílica | | |

Hábitos de cuidado protésico

1. ¿Se quita la prótesis para dormir? Sí () No ()
2. ¿Limpia su prótesis después de cada comida? Sí () No ()
3. El cuidador se encarga de limpiar su prótesis diariamente Sí () No ()

Higiene de prótesis removibles

- La prótesis presenta cálculo o depósitos duros visibles Sí () No ()
- La prótesis presenta depósitos blandos visibles o restos de alimento Sí () No ()

ANEXO N°4:

Caracterización del paciente adulto mayor perteneciente a ELEAM de la Quinta Región.

A modo de complemento a la investigación se analizaron características tales como edad, género, tipo de prótesis y material de la prótesis removible.

A continuación, se describen las variables y posterior a estas, los resultados obtenidos en tablas de frecuencias, porcentajes y análisis descriptivos.

a) Variables

| VARIABLES | Característica estudiar | Tipo de variables | Escala de medición | Valores de la variable | Definición operacional | Definición Conceptual |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Identificación paciente y clasificación de la prótesis dental | Edad | Cuantitativa de razón | Discreta | >60 Unidad de medida= años | Número de años cumplidos en el momento de contestar la encuesta. | Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo |
| | Género | Cualitativa | Nominal-Dicotómica | Masculino Femenino | Categorización visual de hombre o mujer. | Conjunto de características biológicas que definen a los humanos como hombre o mujer |
| | Tipo de prótesis | Cualitativa | Nominal Policotómica | Parcial / Total Metálica / Acrílica Superior/ Inferior | Clasificar el tipo de prótesis removible. | Se clasifican en prótesis parcial removible cuando suple alguna de las piezas faltantes y prótesis completa removible cuando suple todas las piezas faltantes. Se clasifican en superior cuando el aparato protésico es instalado en el maxilar superior e inferior cuando es en la mandíbula. Se clasifica en metálica cuando la base de la prótesis es confeccionada en metal y acrílica cuando la base de la prótesis es fabricada con acrílico. |

b) Resultados

Caracterización de la muestra

En relación a las características de edad se observa que la edad mínima registrada fue de 64 años y la máxima fue 98 años. La mayor cantidad de adultos mayores se concentra entre 75-85 años, con una media de 81 y una desviación típica de 8,3.

Tabla n° 33: Estadísticas descriptivas en relación a la edad

| | Estadístico |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Media | 81,28 |
| Intervalo de confianza para la media al 95% | Límite inferior 78,91 Límite superior 83,65 |
| Mediana | 82,00 |
| Desviación típica | 8,347 |

Se observa que la mayor cantidad de adultos mayores encuestados pertenecen al género femenino (72,0%) y solo el 28,0% restante al género masculino.

Tabla n° 34: Frecuencia y porcentaje según género

| Género | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|-------------------|-------------------|
| Masculino | 14 | 28% |
| Femenino | 36 | 72% |
| Total | 50 | 100% |

Al analizar el tipo de prótesis dental que utiliza el adulto mayor, se observa que el 100% de los adultos mayores encuestados posee prótesis dental superior, de estos un 84% tiene una prótesis total superior y que solo el 16% restante posee una prótesis parcial superior.

Tabla n° 35: Frecuencia y porcentaje en relación al tipo de prótesis removible superior

| Tipo de prótesis superior | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|
| Parcial | 8 | 16% |
| Total | 42 | 84% |
| Total | 50 | 100% |

En relación al material de confección de la prótesis dental, se observa que el 96% de las prótesis superiores son acrílicas y solo el 4% restante son metálicas.

Tabla n° 36: Frecuencia y porcentaje en relación al material de prótesis removible superior

| Material de la prótesis Superior | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Metálica | 2 | 4% |
| Acrílica | 48 | 96% |
| Total | 50 | 100% |

Por otra parte, se obtiene que solo el 50% de los adultos mayores encuestados es portador de prótesis inferior. De las cuales un 32% son totales inferior y un 18% son parciales inferiores.

Tabla n° 37: Frecuencia y porcentaje en relación al tipo de prótesis removible inferior

| Tipo de prótesis inferior | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|
| Parcial | 9 | 18% |
| Total | 16 | 32% |
| No posee | 25 | 50% |
| Total | 50 | 100% |

En relación al material de confección de las prótesis inferiores, solo una de estas es metálica y el resto son acrílicas.

Tabla n° 38: Frecuencia y porcentaje en relación al material de confección de prótesis removible inferior

| Material de la prótesis Inferior | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Metálica | 1 | 4% |
| Acrílica | 24 | 96% |
| Total | 25 | 100% |

ANEXO N°5

Autorizaciones pertinentes para realizar el trabajo de investigación

1) Carta emitida por Comité de Ético científico de la Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello, Sede Viña del Mar.

Folio N° 046

Viña del Mar, Noviembre 2016

CERTIFICADO

El Comité Ético Científico de la Escuela de Odontología de la Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar, certifica que el trabajo de investigación "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCODENTAL Y PROTÉSICA EN CUIDADORES DE ELEAM EN LA REGIÓN DE VALPARAÍSO, CHILE, 2016", de los estudiantes Magdalena Yañez Medina y Alejandro Campos Robledano, bajo la guía y tutoría de Dra. Gisela Moyano y Dr. Osvaldo Badenier, ha sido **APROBADO**.

En virtud de lo anterior, en este acuerdo se estableció de forma unánime la implementación de la investigación, refrendándose en la sesión de fecha 03 de noviembre de 2016. Sin desmedro de lo anterior, cualquier cambio posterior en el transcurso del estudio deberá ser informado formalmente a este Comité para su re-evaluación y nueva aprobación.



DR. ALFREDO CUETO U.
Miembro Comité Ético Científico
Universidad Andrés Bello
Campus Viña del Mar



MARCELA GUTIERREZ C.
Secretaria Comité Ético Científico
Universidad Andrés Bello
Campus Viña del Mar

2) Carta Emitida por Dirección de Escuela de la Facultad de Odontología Universidad Andrés Bello, Sede Viña del Mar.

Viña del Mar, Julio de 2016.

Director(a)
Establecimientos de Larga
Estadía para Adultos Mayores
Región de Valparaíso
Presente

De nuestra consideración:

Durante el presente año los alumnos de la Carrera de Odontología sexto año de la Universidad Andrés Bello de Viña del Mar, Alejandro Campos Robledano, RUT 17.586.293-5 y Madgalena Yáñez Medina RUT 17.079.352-8, en el marco de su proyecto de Tesis titulado "Nivel de conocimiento sobre higiene bucodental y protésica en cuidadores de ELEAM en la región de Valparaíso, Chile, 2016" solicitan a usted la autorización para el ingreso, aplicación de dos encuestas y análisis clínico de las prótesis removibles de los residentes, actividad que está previamente autorizada por el SENAMA y es necesaria para el trabajo de investigación que están actualmente desarrollando.

Esperando contar con vuestra acogida, le saluda muy atentamente,


DR. RAMÓN SCHLIEPER CACCIUTOLO
Director Escuela de Odontología
Universidad Andrés Bello
Campus Viña del Mar



RSC/LSP/mdt
Distribución
- ELEAM Región Valparaíso
- Archivo UNAB

3) Carta emitida por Coordinadora Regional de SENAMA, Región de Valparaíso.



CARTA N° 12/2016

DE: **VIVIANA VALLE RODRÍGUEZ**
COORDINADORA REGIONAL, SENAMA VALPARAÍSO

A: **DRA. MARÍA A. SAN JUAN ZAMORA**
SECRETARÍA ACADÉMICA, FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO, SEDE VIÑA DEL MAR

REF.: AUTORIZACIÓN TRABAJO INVESTIGACIÓN

FECHA: 23 de Mayo 2016

Junto con saludar muy cordialmente, me permito autorizar el desarrollo del Trabajo de Investigación, a realizar por los alumnos Alejandro Campos Robledo y Magdalena Yañez Medina, en los ELEM de la Región de Valparaíso, con Subsidio SENAMA.

Sin otro particular se despide atentamente,


Viviana Valle Rodríguez
Coordinadora Regional
SENAMA Región de Valparaíso



VVR/MG/mg
-Destinatario
-C/c Archivo Senama Valparaíso

ANEXO N°6

POSTER N°1: Higiene de prótesis removibles para el adulto mayor.



Universidad
Andrés Bello

Higiene de prótesis removibles



¿Como limpiar mis prótesis?

1 Retiro de prótesis después de cada comida para su higiene (2 a 3 veces al día)

2 Limpieza de prótesis con cepillo de cerdas duras y jabón de glicerina neutro.

3 Desinfectar la prótesis una vez a la semana, colocándola en un vaso con agua y 2-3 gotitas de cloro. (EXCEPTO PROTESIS METALICAS)

4 Retirar la prótesis de la boca durante 6 a 8 horas, ideal durante el sueño nocturno

5 Una vez retirada la prótesis debe ser conservada en un ambiente húmedo (Gasa húmeda) y protegido



Objetivos de mantener una prótesis limpia

Prevenir halitosis

Mucosas sanas, sin proliferación de hongos oportunistas

Evitar formación de manchas y depósitos duros

QUE COSAS NO DEBO OLVIDAR

Retiro y lavado de prótesis después de cada comida

Cepillo dental de fibras duras para higienizar prótesis

Retiro nocturno de aparatos protésicos.

112

POSTER N°2: Técnica de higiene oral.

TÉCNICA DE HIGIENE ORAL



1 CEPILLA TUS DIENTES



Con un cepillo
SUAVE

Duración: 2
minutos

3 veces al día

✓ Aplicar una pequeña
cantidad de pasta dental
de **ADULTO** sobre el
cepillo.

- El cepillo debe estar a 45° respecto a la encía.
- Realizar movimientos vibratorios.
- Luego mover de arriba hacia abajo, "barrido".

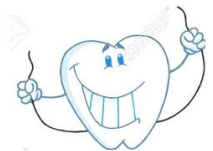


2 USA LA SEDA DENTAL

Entre medio de **TODOS** los
dientes

De arriba hacia abajo

1 vez al día



3 LIMPIA TU LENGUA



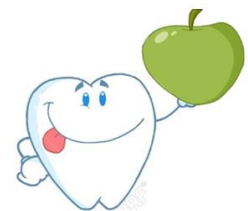
Con tu cepillo de
dientes

Barriendo de arriba
hacia abajo

Después de limpiar
tus dientes



ALIMENTATE DE
FORMA
SALUDABLE!



VISITA AL
ODONTOLOGO
CADA 6 MESES!

