

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
ESCUELA DE POSGRADO**



DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

TESIS:

**APLICACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE HIGIENE BUCAL Y
PROTÉTICA EN LA ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA EN PACIENTES
PORTADORES DE PRÓTESIS TOTALES EN EL CENTRO ODONTOLÓGICO
DE LA UNIVERSIDAD NORBERT WIENER**

Presentado por: ALEX HORACIO TORRES TATAJE

Para optar el grado académico de: DOCTOR EN SALUD PÚBLICA

Asesor: Dr. CD. Marlon Remuzgo Huamán

LIMA - PERÚ

2022

DEDICATORIA

A mi esposa, hijos y padres, por estar siempre a mi lado y ser pilares fundamentales de mis logros.

AGRADECIMIENTOS

A mi amada esposa, por su permanente apoyo, valiosos consejos y por haber sido con su ejemplo, el mejor incentivo e impulso para la ejecución de este trabajo.

Al Doctor Marlon Remuzgo Huamán, por su constante asesoramiento para el desarrollo de la presente tesis.

Al Magister Jorge Girano Castaños, por compartir sus conocimientos en Estadística y ser un gran apoyo en este trabajo de investigación.

INDICE

CARÁTULA.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS	III
INDICE	IV
INDICE DE TABLAS	VI
INDICE DE FIGURAS	VIII
RESUMEN.....	X
ABSTRACT.....	XII
INTRODUCCIÓN.....	XIV
CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. MARCO FILOSÓFICO	1
1.2. MARCO TEÓRICO	3
1.3 INVESTIGACIONES	16
1.4. MARCO CONCEPTUAL	34
CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	36
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	36
2.1.1. <i>Descripción de la Realidad Problemática</i>	36
2.1.2. <i>Antecedentes Teóricos</i>	38
2.1.3. <i>Definición del Problema</i>	44
2.2. FINALIDAD Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	45
2.2.1. <i>Finalidad</i>	45
2.2.2. <i>Objetivos de la Investigación</i>	45
2.2.3. <i>Delimitaciones del estudio</i>	46
2.2.4. <i>Justificación e importancia del estudio</i>	46
2.3. HIPÓTESIS Y VARIABLES	47
2.3.1. <i>Supuestos teóricos</i>	47
2.3.2. <i>Hipótesis</i>	48
2.3.3. <i>VARIABLES e Indicadores</i>	49
2.4. DEFINICIÓN OPERACIONAL	49
CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS	52
3.1. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	52
3.2. DISEÑO UTILIZADO EN EL ESTUDIO	54

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS	55
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	57
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	57
4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	91
4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	94
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	104
5.1. CONCLUSIONES	104
5.2 RECOMENDACIONES	104
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
ANEXOS	113

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de la edad	57
Tabla 2: Sexo de los participantes	58
Tabla 3: Grado de instrucción de los participantes	58
Tabla 4: Síntomas pre test	59
Tabla 5: Estado de adaptación de las prótesis	60
Tabla 6: Signos en mucosa subprotésica pre test	61
Tabla 7: Diagnóstico de Estomatitis subprotésica pre test	62
Tabla 8: Síntomas post test	63
Tabla 9: Signos en mucosa subprotésica post test	64
Tabla 10: Diagnóstico de Estomatitis subprotésica post test	65
Tabla 11: Charlas previas sobre higiene bucal y protética	66
Tabla 12: Importancia de limpiar boca y prótesis	67
Tabla 13: Deterioro de prótesis con los años	68
Tabla 14: Duración de las prótesis con buena higiene	69
Tabla 15: Mala higiene de boca y prótesis causan enfermedades	70
Tabla 16: Dieta baja en carbohidratos	71
Tabla 17: Higiene boca y prótesis después de cada comida	72
Tabla 18: Limpia mucosa de soporte de la prótesis, lengua y carrillos	73
Tabla 19: Utiliza un cepillo dental de cerdas suaves	74
Tabla 20: Utiliza algún enjuague o colutorio antiséptico	75
Tabla 21: Usted utiliza cepillo dental y agua para su prótesis	76
Tabla 22: Usted limpia la parte interna y externa de la prótesis	77
Tabla 23: Usted utiliza alguna sustancia o líquido desinfectante para su prótesis	78
Tabla 24: Cambia su cepillo dental por otro nuevo máximo cada tres meses	79
Tabla 25: Retira las prótesis de la boca para dormir	80
Tabla 26: En la noche, coloca sus prótesis en un recipiente con agua	81
Tabla 27: Enjuaga sus prótesis al levantarse antes de colocárselas	82
Tabla 28: Acude a consulta con el odontólogo dos veces al año	83
Tabla 29: Cuando sus prótesis están móviles o desadaptadas, acude al odontólogo	84
Tabla 30: Cuando sus prótesis sufren daño y/o fractura, acude al odontólogo	85
Tabla 31: Nivel de conocimiento, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética	86

Tabla 32: Síntomas pre y post test	87
Tabla 33: Signos pre y post test	88
Tabla 34: Diagnóstico Estomatitis subprotésica pre y post test	89

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Distribución de la edad	57
Figura 2: Sexo de los participantes	58
Figura 3: Grado de instrucción de los participantes	59
Figura 4: Síntomas pre test	60
Figura 5: Estado de adaptación de las prótesis	61
Figura 6: Signos en mucosa subprotésica pre test	62
Figura 7: Diagnóstico de Estomatitis subprotésica pre test	63
Figura 8: Síntomas post test	64
Figura 9: Signos en mucosa subprotésica post test	65
Figura 10: Diagnóstico de Estomatitis subprotésica post test	66
Figura 11: Charlas previas sobre higiene bucal y protética	67
Figura 12: Importancia de limpiar boca y prótesis	68
Figura 13: Deterioro de prótesis con los años	69
Figura 14: Duración de las prótesis con buena higiene	70
Figura 15: Mala higiene de boca y prótesis causan enfermedades	71
Figura 16: Dieta baja en carbohidratos	72
Figura 17: Higiene boca y prótesis después de cada comida	73
Figura 18: Limpia mucosa de soporte de la prótesis, lengua y carrillos	74
Figura 19: Utiliza un cepillo dental de cerdas suaves	75
Figura 20: Utiliza algún enjuague o colutorio antiséptico	76
Figura 21: Usted utiliza cepillo dental y agua para su prótesis	77
Figura 22: Usted limpia la parte interna y externa de la prótesis	78
Figura 23: Usted utiliza alguna sustancia o líquido desinfectante para su prótesis	79
Figura 24: Cambia su cepillo dental por otro nuevo máximo cada tres meses	79
Figura 25: Retira las prótesis de la boca para dormir	80
Figura 26: En la noche, coloca sus prótesis en un recipiente con agua	81
Figura 27: Enjuaga sus prótesis al levantarse antes de colocárselas	82
Figura 28: Acude a consulta con el odontólogo dos veces al año	83
Figura 29: Cuando sus prótesis están móviles o desadaptadas, acude al odontólogo	84
Figura 30: Cuando sus prótesis sufren daño y/o fractura, acude al odontólogo	85
Figura 31: Nivel de conocimiento, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética	86

Figura 32: Síntomas pre y post test87
Figura 33: Signos pre y post test88
Figura 34: Diagnóstico Estomatitis subprotésica pre y post test90

RESUMEN

La presente tesis tuvo como objetivo determinar la influencia de la aplicación de un programa educativo de higiene bucal y protética en la presencia de Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener.

El presente estudio se inscribió dentro de una investigación de tipo explicativo, aplicativo, método y diseño de investigación ex post facto. La población fue de 250 pacientes y la muestra de 151 pacientes, se utilizó la fórmula para variables cualitativas y para tamaño de población finita, con un nivel de confianza del 95%.

El instrumento utilizado para la medición de las variables aplicación del programa educativo de higiene bucal y protética, y presencia de Estomatitis subprotésica, fue una Ficha Clínica y un Cuestionario acerca de conocimientos, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética. El instrumento fue validado por expertos.

Los resultados reportaron que existió un nivel de conocimiento, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética de los participantes malo y regular, antes de la aplicación del programa educativo. Asimismo, se encontró que existió una disminución en la presencia de síntomas y signos de Estomatitis subprotésica de los participantes, en la comparación de síntomas y signos de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del programa educativo; y que existió una disminución en la presencia y gravedad de la Estomatitis subprotésica en los participantes, en la comparación de los diagnósticos de la enfermedad antes y después de la aplicación del programa educativo.

Para la comprobación de la hipótesis se utilizó la Prueba de McNemar, encontrando los siguientes resultados

- Se ha comprobado que existe una influencia positiva en la aplicación del programa educativo de higiene bucal y protética en el diagnóstico de Estomatitis subprotésica, disminuyendo la presencia de la enfermedad.
- Se ha comprobado que existe un nivel de conocimiento, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética de los participantes malo y regular, antes de la aplicación del programa educativo.
- Se ha comprobado que existe una disminución en la presencia de síntomas de Estomatitis subprotésica de los participantes, en la comparación de síntomas de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del programa educativo.
- Se ha comprobado que existe una disminución en la presencia de signos de Estomatitis subprotésica en los participantes, en la comparación de signos de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del programa educativo.

Palabras clave: Programa educativo, higiene bucal y protética, estomatitis subprotésica, prótesis total.

ABSTRACT

The objective of this thesis was to determine the influence of the application of the oral and prosthetic hygiene educational program in the presence of Sub prosthesis stomatitis in patients with total prosthesis at the Norbert Wiener University Dental Center.

This study was part of an explanatory investigation, applied, method and ex post facto research design. The population was 250 patients and the sample of 151 patients, the formula for qualitative variables and for finite population size was used, with a confidence level of 95%.

The instrument used to measure the variables of application of the oral and prosthetic hygiene educational program, and the presence of Sub prosthesis stomatitis, was a Clinical History and a Survey on knowledge, attitudes and habits on oral and prosthetic hygiene. The instrument was validated by experts.

The results reported that there was a poor and regular level of knowledge, attitudes and habits about oral and prosthetic hygiene of the participants, before the application of the educational program. Likewise, it was found that there was a decrease in the presence of symptoms and signs of Sub prosthesis stomatitis of the participants, in the comparison of symptoms and signs of the disease present before and after the application of the educational program; and that there was a decrease in the presence and severity of Sub prosthesis stomatitis in the participants, in the comparison of the diagnostics of the disease before and after the application of the educational program.

To verify the hypothesis, the McNemar test was used, finding the following results

- It has been proven that there is a positive influence on the application of the oral and prosthetic hygiene educational program in the diagnosis of Sub prosthesis stomatitis, reducing the presence of the disease.
- It has been verified that there is a poor and regular level of knowledge, attitudes and habits about oral and prosthetic hygiene of the participants, before the application of the educational program.
- It has been verified that there is a decrease in the presence of Sub prosthesis stomatitis symptoms in the participants, in the comparison of symptoms of the disease present before and after the application of the educational program.
- It has been verified that there is a decrease in the presence of signs of Sub prosthesis stomatitis in the participants, in the comparison of signs of the disease present before and after the application of the educational program.

Keywords: Educational program. Oral and prosthetic hygiene. Sub prosthesis stomatitis. Total prosthesis.

INTRODUCCIÓN

Para que una persona tenga un bienestar físico, social y pueda disfrutar en general de una buena salud, requiere de un adecuado estado de salud bucal. Por tanto, la cavidad bucal, merece una atención cuidadosa y permanente, por parte del profesional odontólogo, para la prevención y detección oportuna de cualquier afección, pero también por parte del propio paciente, para el adecuado mantenimiento de su salud, ya que esta área anatómica cumple múltiples e importantes funciones.

El desconocimiento de signos y síntomas de enfermedad a nivel bucal, pueden menoscabar la salud y las condiciones de vida en los adultos mayores. Las enfermedades bucales en esta etapa de la vida son de evolución crónica y se vuelven más complejas con el paso del tiempo. En nuestro país, para el 2018, los adultos mayores representaban casi el 12% del total de la población.

La salud bucal en el adulto mayor, es un elemento sustancial en la calidad de vida de estas personas. Los pacientes geriátricos ven disminuidas las funciones de masticación, fonación y estética, debido a la pérdida de piezas dentarias. La ausencia de piezas dentarias es resultado de procesos crónicos como la enfermedad periodontal y caries dental, pero también, de la actitud que frente a estos procesos adopte el paciente y el odontólogo, y la oportuna accesibilidad a los servicios de salud. Estas enfermedades originan que la condición bucal más habitual en estos pacientes sea el edentulismo total o parcial, por lo cual, el tratamiento más indicado en ancianos es la rehabilitación oral protésica.

La prótesis dental en pacientes edéntulos totales, se apoya sobre el tejido mucoso, representando un agente agresor mecánico no fisiológico. Las fuerzas que se producen, al ejercer presión o tracción sobre la mucosa, pueden causar efectos irritantes sobre esta. Cuando la intensidad de estos efectos es mayor, se pierde el equilibrio tisular y produce una irritación del tejido, con reacciones inflamatorias, provocando de manera frecuente la Estomatitis subprotésica, provocada generalmente por la asociación de la base acrílica a una mala higiene bucal,

incorrectos hábitos de uso de las prótesis, desadaptación de las mismas y a la presencia de *Cándida albicans*, entre otras.

En la literatura se ha indicado una prevalencia de Estomatitis subprotésica que oscila entre un 25 y 65%, lo cual resulta en un importante signo de alarma para los prestadores de servicios de salud, pues esto implica afección de las funciones, en un paciente de por sí ya limitado en las mismas y el empleo de recursos adicionales para el tratamiento de la enfermedad y/o la confección de una nueva prótesis.

Es común, que los odontólogos, apliquen tratamientos con antimicóticos, debido a que generalmente la Estomatitis subprotésica está asociada a *Cándida*, sin embargo, por lo general no se repara en el origen de la patología, ni aplican medidas de promoción y prevención, por lo que, al tiempo del uso de estos productos, se ven reparaciones del cuadro.

Por esta razón, este trabajo de investigación buscó determinar la influencia de la aplicación de un programa educativo de higiene bucal y protética en pacientes portadores de prótesis totales y con estos datos lograr en los adultos mayores, el mantenimiento de una adecuada salud bucal, libre de Estomatitis subprotésica y el cuidado de las prótesis dentales, sin necesidad de aplicar medicamentos.

El presente trabajo fue estructurado como se indica a continuación:

En el Capítulo I se describieron los fundamentos teóricos, compuestos por el marco filosófico, el marco teórico, las investigaciones y el marco conceptual.

En el Capítulo II se presentó el planteamiento del problema de investigación, detallando la realidad problemática y definiendo el problema. Se describieron los objetivos de la investigación, la delimitación, justificación e importancia del estudio, así como también las hipótesis y la definición operacional de variables.

En el Capítulo III se describió la metodología, tipo, nivel, método y diseño del estudio, se presentó la población y muestra, y las técnicas para la recolección y procesamiento de datos.

En el Capítulo IV se efectuó la presentación y análisis de los resultados, se mostraron tablas y figuras para describir los datos; se realizó también la contrastación de la hipótesis y discusión de resultados.

Finalmente, en el Capítulo V se detallaron las conclusiones y recomendaciones de este trabajo de investigación

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Marco filosófico

Es en la era prehistórica, que se da comienzo a la educación. Esta se llevó a cabo, con jóvenes que eran entrenados en habilidades y en el conocimiento, catalogadas como necesarias para la colectividad. En estas sociedades fue posible, por la expresión oral y mediante la imitación. A través de historias narradas, se hizo posible no solo el paso de conocimientos, sino también de habilidades y valores de una generación a otra. Conforme las culturas extendieron sus conocimientos más allá de aquellas habilidades que fácilmente podían aprenderse a través de la imitación, la educación formal fue desarrollándose. Durante la época del Imperio Medio, en Egipto ya había distintas escuelas y como desarrollo cultural también había por ejemplo, talleres de escultura.¹

En Europa, en cuanto a la educación superior, la primera institución fue la Academia de Atenas, fundada por Platón. En Egipto, la sucesora de Atenas como cuna intelectual de la antigua Grecia, fue la ciudad de Alejandría, fundada en el 330 a.C. En esa ciudad, se edificó la gran Biblioteca de Alejandría, fundada por Ptolomeo I Sóter a comienzos del siglo III AC. y ampliada por su hijo Ptolomeo II Filadelfo, la cual llegó a contar hasta con 900,000 manuscritos. Después que cayó Roma en el año 476, las civilizaciones en Europa pasaron por un colapso de alfabetización.²

Confucio (551- 479 AC), fue el mayor referente filosófico antiguo de China, y su visión educativa continúa siendo influyente en las sociedades no solo de China, sino de países vecinos como Japón, Corea y Vietnam. Confucio congregó discípulos y buscó sin éxito un gobernante que acogiera sus ideales para un buen gobierno, pero sus Analectas (versión escrita de varias charlas que Confucio brindó a sus discípulos y de las discusiones que mantuvieron como grupo) fueron redactadas por seguidores y en la era moderna continuaron siendo influyentes en la educación en Asia Oriental.³

En Europa Occidental, después de ocurrida la caída de Roma, la Iglesia católica pasó a ser el único conservador de erudición alfabetizada. La iglesia estableció como establecimientos de educación superior, escuelas catedralicias en la Alta Edad Media. De estos centros, algunos se convirtieron en muchas de las universidades modernas de Europa medieval. En la Alta Edad Media, la influyente y famosa Escuela Catedral de Chartres, fue operada por la Catedral de Chartres, Las universidades medievales de la cristiandad en toda Europa occidental se encontraban muy integradas, promovieron la libertad de investigación, y originaron un amplio abanico de eruditos y filósofos, entre los cuales estaban Tomás de Aquino (teólogo y filósofo católico de la Orden de Predicadores, importante representante de la educación escolástica, gran figura de la teología sistemática y, también, una resaltante autoridad en metafísica, al grado que, aún después de muerto, es referente de diversas escuelas del pensamiento: tomista y neotomista), Robert Grosseteste (famoso representante del pensamiento medieval y precursor de la filosofía moderna, reconocido por sus intenciones de inculcar el pensamiento de Aristóteles en la Universidad de Oxford. Fue posiblemente el primer canciller de esta casa de estudios y primer expositor de un método sistemático de experimentación científica, y San Alberto Magno, un precursor de la investigación en el campo biológico. La Universidad de Bolonia es considerada como la universidad más antigua en funcionamiento.⁴

El final del antiguo mundo y el comienzo de la Edad Media hasta el siglo XV, está representado por la caída del Imperio romano de Occidente en el año 476. Quien asume la labor de conservar el legado clásico, filtrado por la doctrina cristiana, es el cristianismo, que fue nacido y extendido por el Imperio romano.³

Durante el Renacimiento se produce la total recuperación del saber de Grecia y Roma y nace el nuevo concepto educativo del Humanismo a lo largo del siglo XVI, seguido por el disciplinarismo pedagógico durante el Barroco y con el colofón ilustrado del siglo XVIII.³

Los actuales sistemas educativos, nacen en la edad contemporánea (siglos XIX-XXI), inspirados en el trabajo de Juan Amos Comenius en Prusia, el cual es

catalogado como el padre de la Pedagogía. Fue filósofo, teólogo y pedagogo, pero su fortaleza era su convicción de que la educación tiene un rol importante en el desarrollo de las personas, su esfuerzo para que todos por igual accedan al conocimiento, sin maltrato, con alegría y buscando la motivación de los alumnos. Gracias al establecimiento de la pedagogía como ciencia autónoma y la inclusión en sus métodos de ilustraciones y objetos, se convirtió en pionero de las artes de la educación y de la didáctica posterior. Considerado precursor del pensamiento moderno, por idear los cimientos para la cooperación intelectual y política entre los estados, lo que dio como resultado el concepto de “federación de los pueblos”.⁵

Para finales del siglo XX, la educación holística se comenzó a estudiar como otro sistema educativo.¹

1.2. Marco Teórico

1) PACIENTES GERIÁTRICOS

La salud bucal, sobretodo en la población geriátrica, que es cada vez más numerosa, debe ser vista como un elemento de suma importancia en la calidad de vida. Los pacientes geriátricos tienen disminuidas las funciones de su sistema estomatognático, debido a la pérdida de dientes, lo cual causa serias limitaciones en la masticación, fonación, estética y también a nivel social; las condiciones de vida de estas personas se ven afectadas por tal disminución funcional. De esta forma, el tratamiento odontológico que con mayor frecuencia requiere un paciente anciano, es la rehabilitación protésica.⁶

En el 2018, según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)⁷, se señala que, en los últimos 10 años en nuestro país, los adultos mayores de 60 años pasaron de representar el 9.1% de la población total a alcanzar un 11.9%.

La prótesis dental en pacientes edéntulos totales, se apoya sobre el tejido mucoso, representando un agente agresor mecánico no fisiológico. Las fuerzas que se producen, al ejercer presión o tracción sobre la mucosa,

pueden causar efectos irritantes sobre esta. Cuando la intensidad de estos efectos es mayor, se pierde el equilibrio tisular y produce una irritación del tejido.⁸

Neto⁹ nos dice, que el profesional debe entender que atender a los adultos mayores, representa uno de los retos más significativos en los últimos años y que esta es la etapa de la vida donde en forma progresiva van disminuyendo o perdiendo facultades, tanto físicas como mentales, por lo cual es preciso llevar a cabo acciones en beneficio de este grupo poblacional, no con muestras de lástima, sino con el mayor de los respetos, con la meta de tratamientos adecuados para llenarlos de razones de ser felices. Hay que tener siempre presente, que llegar a esta etapa de vida significa que vivimos más; que la vida nos ha elegido, dándonos la dicha de alcanzar una mayor edad; y si estamos viviendo más, ¿hay razón para olvidarnos de vivir mejor y de no reparar en algo tan primordial para nuestra salud como es usar adecuadamente las prótesis dentales?

Las personas mayores de 60 años requieren de medidas especiales en temas de salud y ayuda social, a veces los hábitos incorrectos pero también la falta de destreza, disminuyen la capacidad de una correcta higiene bucal, y traen como consecuencia la pérdida de dientes y un mal funcionamiento del sistema masticatorio, que pueden conducir a graves problemas de malnutrición; en situaciones comunes una prótesis en mal estado puede causar úlceras y lesiones crónicas, por lo que debemos priorizar las actividades preventivas y orientar adecuadamente en lo referente a salud bucal, y en los casos de pacientes que sean portadores de prótesis totales en buen estado, pero con inadecuada estabilidad o proceso alveolar con reabsorción, es recomendable reajustar la misma mediante técnicas de rebase y/o hacer un ajuste oclusal, y en caso de una prótesis en mal estado a veces es necesario optar por un tratamiento nuevo; la reducida estabilidad de la prótesis que experimentan estos pacientes, hace difícil el aprendizaje de uso de los nuevos aparatos,

siendo en ocasiones un gran apoyo el tratar de copiar las características de la prótesis anterior.¹⁰

2) PRÓTESIS DENTAL TOTAL

La prótesis dental total, llamada también prótesis completa, es aquella que se realiza en pacientes que han perdido la totalidad de sus dientes, a los cuales se les denomina edéntulos totales. Este tratamiento, tiene como fin primordial, devolver al paciente en alguna medida la función masticatoria, mejorar la estética, capacidad fonética, brindar confort y comodidad en movimientos bucales funcionales y preservación de las estructuras anatómicas existentes.^{8,11}

Hoy en día, con la mejora de los controles de higiene oral, más personas mantienen una dentición natural funcional según su edad, pero esta dentición no durará toda la vida, en algunos casos, como las personas mayores, todavía sufren de diversas enfermedades dentales, que los hace más propensos a tener una gran cantidad de pérdida de dientes naturales.^{12,13}

Los pacientes edéntulos buscan entonces tratamiento dental, para que el profesional pueda restaurar la función y la estética de la forma más cómoda para ellos. La función masticatoria adecuada es de gran importancia, ya que influye en la digestión de los alimentos y la calidad de vida.^{13,14}

El objetivo principal de una rehabilitación protésica es proporcionar la función, estética y salud oral a los pacientes, especialmente a aquellos que han experimentado la pérdida completa de los dientes. Aunque la terapia con implantes ha demostrado ser una solución eficaz para el edentulismo, las prótesis completas convencionales siguen siendo la única opción de tratamiento para la gran mayoría de los pacientes, sobre todo debido a las limitaciones económicas. Debido a la gran población mundial de personas mayores edéntulas, los dentistas necesitan tener la habilidad necesaria para producir prótesis totales de alta calidad.^{15,16}

Abduo¹ manifiesta que, para lograr una rehabilitación exitosa con prótesis dentales totales, deben llevarse a cabo algunos requisitos técnicos, tales como la retención y la estabilidad. Sin embargo, la colocación de una prótesis satisfactoria no es necesariamente un predictor de la satisfacción de los pacientes teniendo en cuenta que para algunas personas una prótesis en excelentes condiciones puede resultar en un fracaso, mientras que otros están satisfechos con sus prótesis a pesar de su mala calidad.¹

Para Lucena¹⁶, algunos factores como la estética, el habla, la estabilidad y la comodidad se relacionan frecuentemente con las expectativas de los pacientes y la satisfacción general con las prótesis, pero la posibilidad de ser capaz de masticar adecuadamente ha sido señalado como un factor determinante para la buena aceptación de las prótesis.

A pesar de que las prótesis totales son uno de los tratamientos más básicos de la rehabilitación oral, muchas variables importantes de tratamiento no han sido científicamente validadas. Hoy en día, el tratamiento de la prótesis total se enfrenta a numerosos desafíos, entre ellos la escasez de conocimientos con respecto a las prótesis de alta calidad y mayor proporción de pacientes de edad avanzada con una importante necesidad de atención.¹

El tratamiento protésico parece tener un efecto positivo y significativo sobre la salud general percibida. Para alcanzar este objetivo, la retención, estabilidad y el soporte son tres factores clave para el éxito de las prótesis totales.¹³

Se ha establecido que las prótesis totales tienen diferentes características biomecánicas que los dientes naturales. Las prótesis totales actúan como una unidad y cualquier fuerza aplicada a un solo diente será directamente transferida al resto de la prótesis.⁹

Una desarmonía oclusal se observa con frecuencia en pacientes edéntulos, cuando los dientes artificiales entran en contacto, una fuerza de desplazamiento desfavorable puede llevar a la incomodidad, trauma de la mucosa o incluso a alteraciones neuromusculares y disturbios emocionales.⁹

Estructuras de soporte de la prótesis

La prótesis total tiene un sistema de soporte muy diferente a la dentición natural. En un paciente edéntulo, las estructuras de soporte, están formadas por tejidos duros y blandos.¹⁷

Cuando los dientes superiores e inferiores contactan, hay una fuerza resultante, la cual es percibida por estas estructuras de soporte. Manejar esta fuerza representa un problema complejo y es siempre motivo de discusión, sobretodo en prótesis total.¹⁸

Los tejidos blandos son variables en relación a su elasticidad, grosor y tolerancia a la presión y están en un estado de cambio continuo. La reacción es rápida ante estímulos externos como la presión, frío y calor, y ante estímulos internos como la cantidad de líquidos que contienen, sales, nutrientes y presión arterial. Si el ataque es de corta duración, el cambio es de naturaleza temporal y reversible, y cuando la tolerancia del tejido es superada constantemente los cambios serán permanentes.⁸

El soporte primario para una prótesis total, es el tejido duro. Debemos comprender la naturaleza de esta estructura, que se encuentra también en un estado de cambio continuo. Los cambios que se producen en los tejidos blandos y duros van afectar la posición de las bases de las prótesis y de la oclusión de estas.⁸

La pérdida de las estructuras anatómicas no se detiene por colocar una prótesis sobre la mucosa, incluso puede acelerarse cuando los dientes postizos se colocan en una posición no favorable. La finalidad de un tratamiento con prótesis totales deberá ser preservar el tejido de apoyo, influir de la forma menos negativa posible sobre ellos, garantizar una función muscular y articular libre de molestias y maximizar la reducción de efectos secundarios indeseables.⁸

La elaboración de una prótesis total en forma errónea puede originar fuerzas que produzcan inestabilidad de las bases, dañen los tejidos de soporte y aceleren la pérdida ósea.⁸

3) PROGRAMA EDUCATIVO

El Diccionario Santillana de Ciencias de la Educación, define el término “programa” como “proyecto que expone el conjunto de actuaciones que se desean emprender para alcanzar unos determinados y explícitos objetivos”.¹⁹

Cuando el término programa es adjetivado de educativo, las definiciones que se dan son de carácter general y comprensivo. Así tenemos que Astin y Panos²⁰, lo definen como “actividad educativa continua diseñada para producir cambios esperados en la conducta de los sujetos que se exponen a ella”.

Según lo define De la Orden²¹, es “cualquier curso de acción sistemático para el logro de un objetivo o conjunto de objetivos”.

Un programa educativo implica una serie de actividades sistemáticamente planificadas, con incidencia en múltiples ámbitos educativos y dirigidas al logro de objetos diseñados institucionalmente y orientados al impulso de novedades y mejoras en la educación. Se identifican por ser experimentales, en consecuencia, por su condición temporal y por suponer el uso de recursos a favor de necesidades de índole social y educativa que los justifican.²²

Un programa educativo hace referencia a un método exclusivo de interacción, al diseño instructivo específico para el aprendizaje de un tema puntual, a un plan de estudios para la enseñanza en general, o a todo el sistema educativo en su conjunto. Desde este punto de vista, utilizar un texto, introducir en el sistema educativo la tecnología informática, la acción de la docencia de un profesor, representarían para diversos autores formalizaciones concretas de tipos distintos de programas educativos.²³

Con la instrucción adecuada es factible hacer entender a las personas en general que deben tener mayor responsabilidad en el mantenimiento de su salud bucal. Entendemos por educación, el proceso intencional por el que una persona toma conciencia de su realidad y del entorno que lo rodea,

aumentando sus conocimientos, habilidades y valores que le permitan desarrollar ciertas capacidades y adecuar su comportamiento a la realidad. La educación es un instrumento para transformar la sociedad, no solo la educación formal, sino cualquier acción educativa que favorezca la reformulación de hábitos, estimulación de la creatividad y aceptación de nuevos valores. La educación para la salud comprende combinar experiencias de aprendizaje, con el fin de alentar la adopción voluntaria de acciones o comportamientos que lleven a una vida saludable.²²

Un programa educativo, abarca actividades que en conjunto buscan comunicar, formar y educar en un determinado tiempo, dentro de lo pedagógico los programas educativos son considerados como instrumentos curriculares, que detallan las actividades de enseñanza aprendizaje, los docentes se orientan utilizando este instrumento y planifican actividades para lograr los objetivos, las actividades más recurrentes son: contenido a desarrollar en teórico práctico, estrategias para aprendizaje y los recursos (materiales) a utilizar al ejecutar las actividades.²⁴

Refiere Medrano²³, que según Álvaro Page un programa, es la actividad o grupo de actividades que, mediante la aplicación de un plan, están encaminadas a brindar un servicio.

La elaboración de programas se planifica en busca de atención a necesidades y/o problemas que adolecen un grupo de personas dentro de la sociedad, se busca la optimización de los recursos implementando áreas de concentración, de esta manera se busca lograr con los objetivos planteados.²⁴

4) HIGIENE BUCAL Y PROTÉTICA

Una de las etapas más importantes en el cuidado de la prótesis total recae en los pacientes y sus hábitos de higiene bucal. El paciente debe saber que la duración de las prótesis depende de los materiales y la calidad de estos, pero también del cuidado que les dé y de las alteraciones que puedan sucederse

en los tejidos de la boca, por lo tanto, debe tener como práctica habitual un programa de higiene que incluya tanto al tejido mucoso como a la prótesis.^{10,25}

El paciente portador de prótesis totales, debe maximizar la higiene de la mucosa oral con enjuagues de algún tipo de antiséptico y preferiblemente con agua tibia.¹⁰ Una mala higiene, acortará seriamente la vida útil de una prótesis, esta producirá en el paciente edéntulo, alteraciones de la mucosa oral. Los pacientes deben recibir instrucciones para la higiene, y programarse controles regulares.²⁵

Se debe dar al paciente la responsabilidad de una adecuada higiene y cuidado de su boca y prótesis dentales. Después de cada comida, las prótesis deben ser cepilladas, no es suficiente con enjuagarlas, también deben ser cepillados con un cepillo blando los tejidos bucales, carillos, paladar y lengua, para obtener un buen estado de salud. La prótesis debe cepillarse en forma frecuente, al levantarse, después de cada comida y al acostarse, esto es importante para que el paciente adquiera el hábito de la higiene bucal. Es recomendable que el paciente tenga períodos de descanso de uso, para evitar acciones prolongadas sobre los tejidos y favorecer la reacción del organismo.²⁵

La limpieza de las prótesis debe realizarse con cepillos de cerdas de ambos lados, el haz más grueso para las superficies grandes y el haz pequeño para las zonas de difícil acceso, utilizando jabones neutros y no sustancias abrasivas que puedan producir grietas o surcos en el material, favoreciendo que puedan adherirse restos alimenticios y proliferen colonias bacterianas.¹⁰

Como se ha mencionado, la mayor supervivencia de las rehabilitaciones totales está basada en una prolija higiene de las estructuras orales y de las prótesis, es común en la consulta, observar la Estomatitis subprotésica, como consecuencia de una mala higiene sumada a las porosidades e irregularidades presentes en la superficie de las prótesis de acrílico, que contribuyen a la acumulación de microorganismos.²⁶

La *Cándida albicans* es importante en la etiología de la Estomatitis subprotésica, en pacientes portadores de prótesis totales, diversos estudios

indican la presencia de *Streptococcus gordonii* y *Cándida albicans* en las prótesis, y que una excelente higiene y procedimientos adicionales de desinfección de estas, son primordiales en el manejo y prevención de patologías relacionadas a las prótesis.²⁷

No se debe efectuar la limpieza de la prótesis con agentes químicos que puedan dañar el material de la prótesis y producir lesiones a la mucosa bucal en caso no sea eliminado totalmente, su uso debe ser indicados por el odontólogo y la inmersión del aparato protésico en el agente no debe ser más de treinta minutos y no debe dejarse toda la noche.¹⁰

El proceso de desinfección de aparatos protésicos por inmersión en soluciones químicas (como la Clorhexidina) va a inactivar microorganismos patógenos presentes en la prótesis, logrando disminuir los efectos adversos de estos sobre los tejidos bucales.²⁷ Hay otras sugerencias de autores, como el empleo de 4 cucharadas de vinagre diluidas en un cuarto de litro de agua, con lo cual se obtienen buenos resultados.¹⁰

El hipoclorito sódico al 5,25% (solución de 1:10) durante 10 minutos para desinfectar las prótesis totales, también es recomendado por algunos autores. Presenta la ventaja de que el tiempo de inmersión es suficientemente corto, pero tiene el inconveniente de que no se puede utilizar para desinfectar prótesis con componentes metálicos.²⁸

Una manera cómoda y eficaz de desinfectar todo tipo de prótesis dentales, es emplear una solución de povidona yodada (1:200) en agua durante 10 minutos.^{29,30}

El empleo de una solución de Ácido Benzoico, para desinfectar la superficie de la prótesis brinda buenos resultados, logrando erradicar la *Cándida Albicans*.³¹

Una de las mayores responsabilidades del personal de salud que labora en la educación del paciente es inculcarle hábitos de higiene bucal y enseñarle los cuidados de uso e higiene que debe tener también con las prótesis dentales.²⁷

Los chequeos periódicos son muy importantes, aún sin tener molestias o dolencias, porque sirve para prevenir cualquier enfermedad, pues el odontólogo actuará con toda su capacidad para encontrar una solución adecuada y oportuna a los problemas que hubiera. Podemos decir, que es meritorio el poder curar una enfermedad, pero es mucho máspreciado el poder prevenirla.⁹

5) ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA

Tradicionalmente ha habido más de un debate sobre cuál sería la forma más correcta de denominar a la Estomatitis subprotésica (ES). En 1936 se dio la primera, denominándose “denture sore mouth”, lo que se puede traducir como boca adolorida por la dentadura. En ese mismo año, también fue nombrada como “chronic denture palatitis”, haciendo referencia a la característica crónica del proceso y su ubicación oral. Para 1956, la llamaron “stomatitis venerata”, cuyo significado en latín sería estomatitis venenosa.³²

Estomatitis subprotésica es una denominación aplicada al proceso inflamatorio de la mucosa de soporte protésico, que afecta especialmente a personas de avanzada edad con prótesis dentales.²⁶

Esta condición ha sido denominada de muchas formas, como: Palatitis subprotésica crónica, Estomatitis subprotésica, Mucosa inflamada subprotésica, Estomatitis venerata, Estomatitis con relación a prótesis, Candidiasis atrófica crónica y Estomatitis protética. El término "Estomatitis subprotésica" ha sido generalmente aceptado por diversos autores.⁶

a. Clasificación:

Dentro de las diversas recomendaciones de clasificación de la enfermedad, la de Newton en 1962, ha sido una de las más utilizadas, siendo modificada

con la finalidad de facilitar la precisión y la aplicación de la misma, con base en la apariencia clínica de la mucosa de los maxilares inflamada por debajo de la prótesis. Así tenemos: ^{32,33}

- Tipo I: Es una inflamación simple localizada, es la lesión mínima visible a la inspección, se observan signos inflamatorios mínimos, los pacientes generalmente son asintomáticos. Pueden aparecer áreas hiperémicas localizadas o en forma de pequeños puntos eritematosos.

- Tipo II: Es una inflamación simple pero generalizada, generalmente el paciente expresa alguna sensación subjetiva, se aprecia una lesión francamente inflamatoria. La superficie mucosa es de color rojo brillante, puede observarse el dibujo de los contornos de la prótesis, aparecen áreas eritematosas difusas que pueden cubrirse total o parcialmente por un exudado blanco-grisáceo.

- Tipo III: Es la Inflamación granular o papilar hiperplásica, la magnitud de los signos inflamatorios es variable y por lo general sobre éstos hay predominio de fenómenos proliferativos. La lesión está constituida por una mucosa gruesa, con gránulos irregulares que, a veces, toman aspecto papilar con las alteraciones máximas en la parte central de la mucosa palatina.³⁴

b. Epidemiología:

La Estomatitis subprotésica es considerada una de las patologías más comunes que afectan la mucosa oral de las personas, relacionadas al uso de prótesis totales.⁶

La revisión de la literatura revela que investigaciones previamente realizadas, revelan que la Estomatitis subprotésica es una enfermedad muy frecuente entre los usuarios de prótesis dentales, con un porcentaje de afectación entre 25% y 65%.^{32,35}

c. Etiología:

En su mayoría, los estudios coinciden en que hay una etiología multifactorial en la Estomatitis subprotésica, mencionándose los siguientes agentes causales: ^{6,26,35}

- Higiene deficiente de la prótesis (colonización de la prótesis por parte de la placa bacteriana).
- Factores dietéticos.
- Infección micótica (Cándida albicans y especies relacionadas).
- Trauma protético.
- Reacción irritante y reacción alérgica al material protético.
- Causas sistémicas.

d. Signos y Síntomas:

Frecuentemente la Estomatitis subprotésica es asintomática. En muchas ocasiones descubrimos el proceso al retirar la prótesis en una consulta de rutina o al examen inicial para algún tratamiento. Al examen se puede encontrar la mucosa de soporte de las prótesis inflamada y con sangrado, algunos pacientes pueden presentar síntomas (entre un 28% y hasta un 70%), como sensación de quemazón o ardor, dolor, sabor desagradable, halitosis y xerostomía. ^{33,34}

e. Diagnóstico:

Preferentemente, el diagnóstico de la Estomatitis subprotésica se basa en la clínica y en el uso de medios de diagnóstico auxiliares, como procedimientos biópsicos, exámenes microbiológicos y estudios citológicos. ³³

Se debe realizar un completo y correcto llenado de la historia clínica, considerando los antecedentes del paciente y sus familiares, así datos del proceso en curso y su sintomatología. Es muy importante, registrar el tipo de prótesis, el estado de conservación y funcionalidad, la estabilidad, grado

de adaptación, relaciones intermaxilares, el desgaste, tiempo de uso de la prótesis actual y tiempo total que tiene como portador de prótesis. Debe anotarse también, el nivel de higiene tanto de la boca como de la prótesis y la condición de los demás elementos de la cavidad oral (otras infecciones o afecciones).³³

Para confirmar el diagnóstico de una infección por *Cándida* en pacientes con Estomatitis subprotésica se debe realizar una toma de muestra y siembra de la misma en un medio de cultivo para observar su crecimiento.³³

f. Diagnóstico diferencial de Estomatitis subprotésica:

La clínica de la Estomatitis subprotésica es específica, pocas patologías tienen semejanza con este cuadro. Sin embargo, infecciones causadas por otros microorganismos pueden causar de forma similar, ya sea de forma aislada o en combinación con *Cándida*, un enrojecimiento difuso. En algunas ocasiones, mucositis generalizadas van a afectar los tejidos subprotésicos, pero su distribución general las diferenciará de la Estomatitis subprotésica. Algunos de estos pacientes, sin embargo, son susceptibles de infección secundaria por *Cándida*.³⁶

g. Tratamiento:

Se han expuesto diversas formas de tratar la Estomatitis subprotésica. Hay autores que recomiendan como medida principal la limpieza de las prótesis con cepillo y un agente desinfectante, el retiro de las prótesis durante la noche y de ser el caso el uso de un acondicionador de tejido. La confección de nuevas prótesis o un rebasado de las mismas, se indica cuando las prótesis se encuentran en mal estado.³⁷

El tratamiento se indicará dependiendo del agente etiológico; sin embargo, medidas de prevención como cepillar regularmente la prótesis y retirar la

misma durante la noche, significarán una gran ayuda. Es necesario también considera eliminar eventuales factores predisponentes.³¹

Es recomendable el tratamiento previo con esquemas antifúngicos (miconazol gel oral, aplicado tres veces por día o nistatina en suspensión, ungüento o tabletas, por dos o tres semanas, aplicando diariamente tres o cuatro veces durante 5 minutos), la higiene prolija de la prótesis debido a la adhesión de la *Cándida albicans* al material acrílico, incorporar agentes antimicóticos al polvo del acondicionador de tejidos antes de la mezcla con el líquido. Debe tenerse presente que los acondicionadores en la cavidad bucal fácilmente se deterioran, por lo cual, deben ser reemplazados cada dos o tres días, de no hacerlo estos materiales se convertirán en un reservorio de gérmenes, favoreciendo aún más, la inflamación.^{31,33}

En los casos de mayor gravedad, catalogados como Grado III, en los que predominan los fenómenos fibroproliferativos (hiperplasia epitelial del paladar), la recuperación del paciente tras suspender el uso de la prótesis o el empleo de acondicionadores para mucosa, puede no ser exitosa. Los pacientes, en estos casos también serán tratados quirúrgicamente (con bisturí, electrocirugía o láser) y se realizará el respectivo estudio anatomopatológico.^{31,33}

1.3 Investigaciones

1.3.1 Investigaciones a nivel Nacional

Sotomayor, J. et. al. (2002), en la investigación realizada en la residencia de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, Breña, Lima, Perú, sobre alteraciones clínicas de la mucosa bucal en personas de la tercera edad portadoras de prótesis totales, estudiaron 57 adultos de la tercera edad (con una media de 79 años de edad), usuarios de prótesis totales mucosoportadas (29 hombres y 28 mujeres). Determinaron que un 73,7 % presentaba en la mucosa bucal alteraciones clínicas asociadas al uso de

las prótesis totales. Las alteraciones que se presentaron con más frecuencia fueron: Estomatitis subplaca en un 33,3 %; úlcera traumática en el 21,4% hiperplasia en el 16,7 %; leucoplasia en el 11,9 %; queilitis angular en el 9,5 %; y candidiasis pseudomembranosa en un 7,1 %. El tiempo de uso de las prótesis influyó significativamente en la frecuencia de presentación de alteraciones mucosas. A mayor tiempo de uso las alteraciones que más se presentaron fueron: Estomatitis subplaca, hiperplasia, queilitis angular y candidiasis pseudomembranosa. En los primeros cinco años de uso de prótesis la lesión más frecuente fue la úlcera traumática.³⁸

Rojas, L. (2008) en la tesis “Especies del género *Cándida* implicadas en Estomatitis subprotésica de pacientes del Departamento de Odontostomatología del Centro Médico Naval -2007”, analizó los 30 primeros pacientes con diagnóstico de Estomatitis subprotésica que acudían al Departamento, a los cuales se les realizó cuatro frotises, dos para el examen directo microscópico (con coloración Gram) para confirmar la presencia de levaduras, y dos para el cultivo en Agar Sabouraud + Cloranfenicol, del crecimiento en este agar, hizo la prueba del tubo germinal para determinar la presencia de *Cándida albicans*, de salir negativo esta prueba, llevó a cabo la identificación de la especie mediante el sistema Api *Cándida*. Obtuvo entre otros resultados que *Cándida albicans* fue la especie más implicada en la Estomatitis subprotésica con un 96.66% seguido de *Cándida tropicalis* con un 3.33%.³³

Díaz, P. (2009) en su estudio realizado en Lima, sobre factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM, determinó que de los factores asociados se obtuvo que la edad, el grado de instrucción y la ocupación son factores asociados significativos; no así el sexo ni el lugar de residencia, encontrando los diagnósticos de edentulismo total inferior, edentulismo total superior y edentulismo total superior e inferior, suman solo 10 pacientes (6%) del total de estudio, 180 historias clínicas.³⁹

Castillo, R. (2011) en el estudio realizado en Lima, titulado prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor con necesidad de prótesis total, determinó que las enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes en el Adulto Mayor con necesidad de prótesis completa que acuden a la Facultad de Odontología de la UNMSM entre los años 2006 – 2008, tiene como la edad promedio global de 73.3, 5.5 años con extremos entre 60–93 años, donde la mayor proporción de adultos mayores tuvieron 70 a 79 años (42.40%). Existiendo predominio significativo del género femenino, en una relación de 2.58/1 ($p=0.03$). La prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles fue de 53.95% sobre 165 adultos mayores con necesidad de prótesis total, entre los años 2006 al 2008, en la Clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM.⁴⁰

Campodónico, C. et. al. (2013) en su estudio realizado en Lima, sobre el perfil de salud-enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores de Lima urbana 2012, determinaron el perfil de salud-enfermedad bucal de las personas adultos mayores (AM) de Lima urbana, tomando en cuenta la prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal, lesiones mucosa bucal y necesidades de tratamiento, encontrándose una alta necesidad de prótesis removible en maxilar superior e inferior, indicando que la salud bucal de las personas adultas mayores es mala por efecto de la caries y enfermedad periodontal y con gran necesidad de higiene, operatoria y prótesis parcial removible, removibles totales y fijas.⁴¹

Velásquez, J. (2015) realizó una investigación sobre la efectividad del programa educativo: niño sin caries, niño feliz; para los agentes comunitarios de salud, en el centro poblado Virgen del Carmen, tuvo propósito evaluar la efectividad del programa educativo en los agentes comunitarios de salud del centro poblado Virgen del Carmen. Participaron 20 agentes comunitarios, a quienes se les midió los conocimientos y habilidades de salud bucal, antes y después del programa “Niño sin caries,

niño feliz”, el cual se desarrolló en 12 sesiones, con actividades educativas sobre las estructuras de la cavidad bucal, enfermedades bucales más frecuentes y prevención en salud bucal. Para medir los conocimientos se utilizaron cuestionarios validados por juicio de expertos, y para la higiene bucal se utilizó una ficha de observación. Al aplicar el Programa Educativo “Niño sin Caries niño feliz”, se incrementó significativamente los conocimientos y habilidades de los agentes comunitarios, los resultados demuestran que los programas educativo-preventivos diseñados con métodos creativos y novedosos dan resultados positivos en los agentes.⁴²

Fernández, L. (2015) en su estudio titulado, “Programa educativo dirigido a elevar el nivel de conocimientos sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas en alumnos del primer grado de la I.E.P seminario de San Carlos y San Marcelo del Distrito de Trujillo”, estableció como objetivo, demostrar que el programa educativo denominado Sonrisas, es efectivo en la medida que modifica favorablemente los conocimientos acerca de las principales enfermedades bucales y medidas preventivas en los niños de primer grado del I.E.P Seminario de San Carlos y San Marcelo del distrito de Trujillo en el periodo de marzo a junio del 2014. Se evaluó el conocimiento sobre salud bucal antes y después de la intervención mediante un cuestionario de 25 preguntas, a través de la técnica de entrevista, relacionados con higiene bucal, caries dental, enfermedad de las encías, dieta cariogénica y flúor; que sirvió para valorar la información que poseían antes de la acción. Los resultados obtenidos muestran que el programa educativo, aplicado, fue efectivo. El nivel de conocimientos de los escolares antes del programa era inadecuado pues el 59.5% y el 30.9% correspondieron a un nivel de conocimientos malo y regular, luego después del programa fue bueno y excelente con un 42.9% y 45.2%.⁴³

Torres, R. et al. (2016) realizaron una investigación sobre el “Efecto de un programa educativo en la prevención de la caries dental en la Institución Educativa Primaria 61006 - Belén – 2016”, que tuvo como objetivo determinar el efecto de un programa educativo en la prevención de caries

dental en escolares. El marco muestral experimental estuvo constituido por 40 alumnos que asistieron a clases. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista y la observación, como instrumento el cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. Se obtuvieron como principales hallazgos, que el programa educativo en el nivel de conocimiento fue efectivo y en el nivel de caries dental también fue efectiva, lo que permitió aprobar la hipótesis general: El programa educativo ejerce efecto positivo en la prevención de caries dental.⁴⁴

Tapia, R. (2016) en su estudio titulado “Validación de un programa educativo para mejorar el conocimiento de las madres de familia sobre salud bucal en la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, Ayaviri Puno 2015”, tuvo como objetivos identificar el conocimiento de las madres de familia de esa Institución Educativa sobre Salud Bucal, antes y después del programa educativo, y precisar la diferencia que existe entre el conocimiento de las madres de familia sobre salud bucal antes y después del programa educativo. Se utilizaron como materiales rotafolio, maquetas, láminas con imágenes relacionadas al tema, cepillos dentales, hilo dental y material de escritorio. Se trabajó con 20 madres de familia de niños que asisten a la Institución Educativa Inicial N° 237 la Rinconada, entre edades de 20 a 45 años de edad, cuyos datos se plasmaron en una cédula de entrevista para el pre test y el post test, midiendo el conocimiento que tienen sobre salud bucal. El tratamiento realizado a las unidades de estudio fue la aplicación a una cédula de entrevista para la prueba de entrada (pre test), seguido de la aplicación del programa educativo en la misma Institución Educativa y finalmente se aplicó nuevamente la cédula de entrevista para la prueba de salida (post test). La investigación reveló que la aplicación del programa educativo tiene un impacto en el conocimiento sobre salud bucal, apreciándose que el conocimiento sobre salud bucal en las madres de familia, en el post test fue bueno, demostrando que incrementaron sus conocimientos sobre salud bucal de un nivel bajo a un nivel bueno.⁴⁵

Pariajulca, I. (2017) realizó un estudio, en el cual tuvo como objetivo determinar la efectividad del programa de odontología social (POS) en el conocimiento de salud bucal de profesores, cuidadores y el estado de salud bucal de niños en tres colegios del distrito de Ventanilla durante el periodo marzo - mayo 2017. La muestra estuvo constituida por 46 profesores, 93 cuidadores y 93 niños en tres colegios del distrito de Ventanilla. Los resultados reportaron que en el grupo experimental después del POS los profesores, cuidadores y niños desarrollaron avances significativos en el conocimiento sobre salud bucal. De los resultados mostrados, se confirmó la hipótesis general, es decir, es efectivo el POS en relación a alcanzar mejoras significativas en el conocimiento de salud bucal de profesores, cuidadores y niños en tres colegios del distrito de Ventanilla.²²

Vargas, L. (2018) en la Tesis realizada en Tarapoto, titulada “Influencia del programa educativo en el conocimiento de salud bucal en los estudiantes de la Institución Educativa N° 0255 - Lamas, 2018”, tuvo como objetivo conocer la influencia de la aplicación del programa educativo en salud bucal en los estudiantes de dicha institución educativa. El estudio tuvo como muestra 100 niños de 11 y 12 años, el instrumento empleado fue el cuestionario. Entre los resultados del estudio destaca que el nivel de conocimiento de salud bucal en los estudiantes antes de la aplicación del programa educativo mostraba un 29% de niños con un nivel “Regular” y después de la aplicación del programa educativo muestra un 37% de niños con un nivel “Regular” de conocimiento y 31% de niños nivel de conocimiento “Alto”. Finalmente, el estudio concluye que existe diferencia significativa en la aplicación del programa educativo en el conocimiento sobre salud bucal en los estudiantes de la Institución Educativa N° 0255 – Lamas.²⁴

Sierra, P. (2018) estableció como propósito de su estudio, determinar el nivel de conocimiento de salud bucal asociado a placa bacteriana en pacientes de 18 a 30 años del Puesto de Salud Huancaní - Jauja 2017. Incluyó una muestra de 191 individuos, donde se consideró los criterios de

inclusión y exclusión, a quienes se les aplicó el consentimiento informado, ficha de recolección de datos y encuesta; estos instrumentos fueron validados mediante juicio de expertos. Obtuvo como resultados, que el 49% tenían entre 23 a 28 años, 56% eran del sexo femenino, 82.2% con ingresos bajos, 50.8% con 1 hijo, 85.3% con un nivel de conocimiento de salud bucal malo, 42.9% con un índice de placa bacteriana malo. Se puede concluir que los pacientes del Puesto de Salud de Huancaní Jauja, tienen un nivel de conocimiento bajo e índice de placa bacteriana malo, no encontrándose asociación entre las variables.⁴⁶

1.3.2 Investigaciones a nivel Internacional

Carreira, V. y Almagro Z. (2000) en el estudio Estomatitis Subprótesis en pacientes desdentados totales, en la Facultad de Estomatología del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, estudiaron 100 pacientes desdentados totales maxilares y portadores de prótesis desajustadas que acudieron al Servicio de Prótesis de esa Facultad de Estomatología.

Los pacientes fueron examinados, y por observación directa de la mucosa palatina se constató si esta mostraba macroscópicamente los signos de Estomatitis subprótesis, la cual se clasificó según los criterios de Newton. Se determinó la zona de ubicación de la lesión y por medio del interrogatorio se conoció el hábito de uso de las prótesis en estos pacientes. El 70 % de los pacientes estudiados presentaron una mucosa alterada, con un predominio de Estomatitis subprótesis grado II en el 44,3 % y de grado III con menor frecuencia (21,4 %). La lesión se ubicó preferentemente en la zona media y posterior de la bóveda palatina, para el 44,3 y 34,3 %, respectivamente. Presentaban la lesión en la zona media 31 pacientes, para el 44,4 % y en esta zona prevaleció la Estomatitis subprótesis grado II, para el 58 %, seguido por 24 pacientes con lesión en la zona posterior (34,2 %) con una prevalencia en esta zona del grado I de la lesión (58,3 %).

Con respecto al hábito de uso de las prótesis, de los 100 pacientes estudiados 75 presentaban uso continuo de estas, mientras que solo 25 tenían hábito de uso discontinuo. De los que usaban la prótesis

constantemente, 62 presentaron la mucosa alterada, en los que predominó la Estomatitis grado II, con el 96,8 % y las lesiones se observaron con mayor frecuencia en las zonas media y posterior, con el 80,6 y 91,6 %, respectivamente. Al relacionar el hábito de uso continuo, las zonas de ubicación de la lesión y el grado de Estomatitis subprótesis, se apreció que en la zona media la frecuencia de aparición de la lesión es mayor, con el 35,8 % y mucho menor en la zona anterior, para el 8,5 %. El grado II de la lesión prevaleció en la zona media, para el 38,8 % y en la zona posterior prevaleció el grado I de la lesión, para el 50 %.⁶

Lazarde, J. (2001) en el trabajo Estomatitis Subprotésica, tuvo como propósito conocer la frecuencia de aparición de Estomatitis Subprotésica en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Evaluó 456 historias clínicas de los pacientes portadores de prótesis dentales removibles que acudieron al Servicio de Patología Clínica de esa Facultad de Odontología, que presentaban Estomatitis Subprotésica durante un período de 11 años (1987-1997), donde el 91,88% correspondió al sexo femenino y 8,11% al masculino, con una edad promedio de 51,68 años. Encontró que 382 pacientes (83,78%) eran no fumadores y 74 pacientes fumadores (16,22). Los pacientes que usaban prótesis dental total fueron 345 representando el 75,66% y con prótesis parcial removible 111 (24,34%). Al evaluar los resultados de la toma de muestra y cultivos se pudo evidenciar que 236 fueron positivos (51,76%) y 220 negativos (48,24%). Al realizar la identificación de levaduras y cultivos positivos, se comprobó que *Cándida albicans* fue la especie más frecuente con 211 casos (89,40%).³⁷

Misrachi, L. et. al. (2004) en su estudio realizado en Chile, sobre la influencia de la rehabilitación protésica en la salud oral del adulto mayor, establecieron el efecto de la rehabilitación con prótesis removible, en la salud oral del adulto mayor, encontrándose que los grupos experimentales y control muestran una mala percepción sobre su salud oral en la primera medición (Puntaje GOHAI < 50). El grupo experimental presentó significativamente peor percepción de su salud oral que el grupo control. La

medición post-tratamiento, indica un mejoramiento del grupo experimental superando al grupo control, sin embargo, se mantiene en la categoría GOHAI de mala salud oral, asociando estos resultados a la frecuencia de uso de las prótesis. Quienes declaran usar siempre su o sus prótesis reportan mejoría en su estado de salud oral y quienes declaran no usarlas o usarlas solo a veces, presentan baja proporción en la mejoría de su salud oral, e incluso variaciones negativas. El tratamiento protésico no puede alcanzar un impacto positivo en la salud oral de los adultos mayores si no se consideran los factores que expliquen la frecuencia de uso de las prótesis.⁴⁷

Mulet, M. et. al. (2006) en su estudio, evaluaron el impacto de una estrategia educativa para la salud bucal en pacientes portadores de prótesis total y parcial removible, logrando mejorar la información higiénico sanitaria bucal en el 74.4 % de las personas y en más de la mitad fue buena la higiene de las prótesis y aceptable la eficiencia del cepillado dental, catalogando de beneficiosas las actividades educativas realizadas. La estrategia educativa tuvo un impacto positivo en los pacientes portadores de prótesis.⁴⁸

Noguera, G. (2006) realizó una investigación en la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, en el Estado de Mérida, Venezuela, donde determinó la frecuencia de Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de dentadura total, que fueron atendidos en esa Facultad de Odontología.

Para ello, realizó un estudio descriptivo, sobre una muestra de 59 sujetos entre 40 y 80 años de edad, portadores de dentaduras totales, durante el período de un año. 56% de la muestra presentó Estomatitis subprotésica, la cual fue encontrada con mayor frecuencia en el género femenino. La alta frecuencia de pacientes con diferentes grados de Estomatitis subprotésica podría estar relacionada con la presencia de factores como: malos hábitos de uso, higiene deficiente de la prótesis, irregularidades internas y fallas en el contorno y bordes, estabilidad, retención, adaptación y oclusión de la dentadura.³²

Vergés, E. et. al. (2007) en su estudio realizado en La Habana, sobre causas del rechazo de las prótesis totales en el adulto mayor, identificaron las causas del rechazo de las prótesis totales en pacientes pertenecientes a los consultorios médicos del consejo popular "Guillermo Moncada" del Policlínico Docente "Carlos J. Finlay" del municipio de Santiago de Cuba, durante el período enero-diciembre del 2004, observando un mayor rechazo a la prótesis en las mujeres del grupo etario de 65-69 años por causas de desajuste, estados inadecuados y deficiencias funcionales.⁴⁹

Rangel, J. et. al. (2009) en el trabajo "Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor", buscaron actualizar conocimientos sobre la necesidad de aplicar un programa de promoción y prevención que beneficie a los pacientes con 60 años o más, rehabilitados o no protésicamente. Emplearon la revisión bibliográfica, para evaluar y renovar sus programas de forma tal que sea cada vez más preventiva y educacional, en busca de resultados para mejorar la calidad de vida de sus pacientes. Concluyeron que se hace necesaria la creación de nuevos programas de promoción y prevención dirigidos al adulto mayor, en Cuba y a nivel internacional, la higiene bucal es de vital importancia para el anciano, para evitar las caries, fundamentalmente las de raíz, así como enfermedades periodontales que le provoquen pérdidas dentarias, la correcta higiene de la prótesis evita lesiones de las mucosas, principalmente la Estomatitis subprótesis, las enfermedades periodontales y las lesiones de caries en los dientes remanentes.⁵⁰

Lemus, L. et. al. (2009) buscaron en su estudio, "Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal", identificar la calidad de la prótesis como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Realizaron un estudio observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo, de casos y controles entre septiembre del 2006 y enero del 2008 en la Facultad de Estomatología de La Habana. Como resultados, se evidenció que en el grupo de casos, el

77,4 % eran portadores de prótesis de mala calidad, y el 85,8 % de los controles eran portadores de prótesis de buena calidad. Llegaron a la conclusión, de que la calidad de la prótesis constituyó un factor de riesgo en la aparición de lesiones de la mucosa bucal. Las lesiones bucales más frecuentes asociadas con el uso de la prótesis estomatológica fueron la Estomatitis subprótesis y queilitis comisural.⁵¹

Soto, A. (2011) en la tesis Incidencia, Diagnóstico y Prevención de Estomatitis Subprotésica en los adultos mayores portadores de prótesis totales del barrio “Víctor Emilio Valdivieso” del Cantón Loja, período junio-noviembre 2011, realizó un estudio de tipo observacional y descriptivo transversal en los pacientes portadores de prótesis total. El universo fue de 50 adultos que portaban prótesis totales de edad mayor a 60 años. De ellos 29 pacientes que padecían la enfermedad conformaron la muestra; a dichos pacientes se les realizó el diagnóstico llenando los datos en una historia clínica diseñada para conseguir la información necesaria. A la vez esta historia clínica estuvo acompañada de una encuesta que les permitió valorar los conocimientos de los pacientes en cuanto a higiene oral y de su prótesis y asociarla a la incidencia de ésta enfermedad. Posteriormente gracias a estos datos se obtuvieron resultados que constataron la presencia de Estomatitis subprotésica en un 58% de las personas examinadas. Para determinar la incidencia de Estomatitis subprotésica tanto en mujeres como en hombres se realizó la valoración clínica en la cual se encontró prevalencia del 62,06% en el sexo femenino, predominando el tipo I de lesión por Estomatitis subprotésica. El sexo masculino presentó una minoría con el 37,94%, también con lesión tipo I. La edad más frecuente y con mayor presencia de la enfermedad estuvo entre 65-74 años (anciano medio) y en su mayoría la lesión tipo I. No se presentaron casos del grado III. Se detectó un bajo nivel de conocimiento acerca de higiene oral y protética con un 93,10%, esta desinformación se encontró más arraigada en los pacientes con Estomatitis tipo II y en la mayoría de los pacientes con tipo I. Ya que la mayoría realiza la higiene una vez al día con un 75,4% y los años

promedio que conservan en boca sus prótesis está en el rango de 11-20 años con el 31,03%, además que no utilizan más productos para la higiene de su prótesis y su boca que dentífrico y cepillo normal y si deben de sumergirla a la prótesis en algún medio desinfectante solo lo realizan en agua, este último lo realizan las personas al retirar la prótesis de su boca para dormir. Durante el transcurso de la investigación se realizó charlas personalizadas sobre motivación y prevención de salud oral a cada adulto mayor, con la ayuda de una guía y la misma que fue plasmada en un tríptico; en el cual se indica información relevante sobre la Estomatitis subprotésica, la prevención de la misma a través de una higiene adecuada de la boca y de la prótesis.³⁵

Moreno, J. et. al. (2012) en la investigación “Situación de salud bucal y estado protésico del paciente edéntulo bimaxilar que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquía: un estudio piloto”, tuvieron como objetivo analizar la situación de salud bucal y el estado protésico en una muestra de pacientes edéntulos bimaxilares atendidos en la clínica del adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Realizaron un estudio descriptivo en 54 pacientes que consultaron a la institución en el periodo 2008-2010. Se consideraron las siguientes variables: edad, sexo, estrato socioeconómico, nivel educativo, frecuencia de cepillado, utilización de enjuagues, limpieza de la mucosa, remoción nocturna de la prótesis, presencia de Estomatitis, úlceras, aumento fibroso, porosidades, pigmentaciones, cálculos, fracturas, dientes caídos, desgaste dentario y grado de satisfacción con el aparato protésico. Se describieron las variables mencionadas por sexo y pruebas Chi cuadrado para observar significancias estadísticas. Resultados: la mayoría de la población estudiada se ubicó en estratos socioeconómicos y niveles educativos bajos. El 48% presentó algún tipo de Estomatitis en el arco superior. El 46% se retiran ambas prótesis en la noche, con mayor proporción en las mujeres (58%). Los cálculos fueron el hallazgo más importante en cuanto al estado protésico, presentándose en el 79% en la prótesis inferior. Casi el 80% de

la población examinada estaba satisfecha con la prótesis total superior y el 44% con la inferior. Concluyeron que los resultados encontrados reflejaron la falta de mantenimiento y control de la situación de estos pacientes, así como deficiencias en los hábitos de higiene bucal y de las prótesis, situación que no concuerda con la alta satisfacción encontrada.⁵²

Torres, L. (2015) llevó a cabo un estudio en adolescentes de la Secundaria Básica "Orlando Fernández Badell", donde se realizó una intervención educativa en 40 estudiantes de la Secundaria Básica "Orlando Fernández Badell" de Santiago de Cuba, de enero a julio del 2014, a fin de modificar sus conocimientos sobre salud bucal. En los adolescentes se efectuó un examen bucal y se aplicó un cuestionario, antes y después de presentar el programa de actividades educativas, que garantizó la motivación y el incremento significativo de los conocimientos sobre los aspectos abordados (95,0 %). En el estudio se obtuvo que la mayoría de los jóvenes desconocían información necesaria acerca de la higiene bucal y la dieta cariogénica; de modo que la actividad educativa desarrollada fue oportuna y efectiva, pues aportó excelentes resultados en la transformación de los conocimientos sobre salud bucal.⁵³

Rangel, M. (2015) en su investigación, tuvo como objetivo proponer un programa preventivo-educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes del niño/a en el Centro de Educación Inicial Batalla de Tocuyito, Estado Carabobo, durante el año escolar 2014- 2015, con fundamento en las teorías del aprendizaje de Vigotsky y Ausubel, los postulados de Cameron y Widmer sobre la caries dental y de Di Leo en materia de programas educativos de prevención. Para ello, se efectuó un estudio de campo de modalidad proyecto factible, con diseño descriptivo desarrollado en tres fases. En la Fase I diagnóstico se seleccionó una muestra probabilística de 29 niños/as y 27 padres y representantes, empleando como instrumentos una guía de observación (Índice de Higiene Oral Simplificado, IHOS) en el caso de los niños/as y un cuestionario de 16

ítems dicotómicos aplicado a los padres/representantes, validado por expertos y cuya confiabilidad obtuvo un coeficiente KR 0,87. Los resultados evidenciaron que 93,1% de los infantes presentó índice de higiene oral Regular, lo cual representa un importante riesgo de caries, mientras las madres revelaron escasos conocimientos en torno a la etiología y proceso de la caries y pobres hábitos de salud bucodental que transmiten a sus hijos/as, por lo cual se concluye sobre la necesidad de diseñar el programa preventivo-educativo de salud bucodental. En la Fase II se realizaron los estudios de factibilidad para la propuesta y en la Fase III se diseñó el programa preventivo-educativo “Padres Educados, Niños Saludables”, integrado por seis talleres cuyo contenido se formuló en base al diagnóstico y se fundamentó en los principios filosófico-epistemológicos del Currículo Nacional Bolivariano, los postulados constitucionales, las teorías del aprendizaje de Vigotsky y Ausubel, así como en los postulados sobre control de la placa dental de Cameron y Widmer e Higashida, entre otros.⁵⁴

Cobos, I. et. al. (2015) en su investigación tuvieron como objetivo evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre la estomatitis subprótesis en el adulto mayor. Se realizó una intervención educativa en 98 adultos mayores de ambos sexos, con prótesis estomatológicas, que residen en la casa de abuelos del municipio de Mayarí, Holguín, entre 2012 y 2013. Se aplicó un cuestionario diagnóstico para medir el nivel de conocimientos antes y después de la intervención. Resultados, antes de la intervención, el nivel de conocimiento predominante fue regular (61,2%). Después de la intervención, los valores mayores se desplazaron hacia la categoría bueno (95,9%). La higiene bucal de la prótesis antes de la intervención fue regular en el 67% y después de la intervención fue buena en el 92% de los pacientes. Concluyeron que los resultados favorables, obtenidos en la intervención a partir del uso de diferentes técnicas y medios educativos, demostraron la efectividad de la estrategia utilizada y los métodos empleados para su ejecución.⁵⁵

Pereda, M. y González, F. (2015) en su estudio evaluaron la efectividad de un programa educativo sobre higiene bucal y gingivitis en embarazadas de la Policlínica Alcides Pino Bermúdez. Se realizó una intervención en salud en 68 embarazadas de 15 a 35 y más años de edad pertenecientes a la Policlínica Alcides Pino Bermúdez en el periodo de octubre de 2011 a octubre de 2012. Se trabajó con el Programa “embarazo y salud bucal adecuada”. Se utilizó el porcentaje como medida de resumen para las variables cualitativas: nivel de conocimientos e higiene bucal. Al concluir la acción educativa se incrementó el nivel de conocimientos sobre gingivitis en 31 embarazadas que representó el 45,59 % y la higiene bucal buena en 50 embarazadas para el 73,52 %. Se concluyó, que el nivel de conocimiento sobre gingivitis e higiene bucal se incrementó en la mayoría de las gestantes después de aplicar el programa educativo, y predominó el grupo de edad de 25 a 29 años.⁵⁶

Rodríguez, M. y Jaramillo P. (2016) efectuaron una intervención educativa en mujeres adolescentes entre 14 a 16 años que presenten gingivitis y que acuden al Centro de Salud de la Parroquia de Conocoto. Evaluaron el efecto de educación para la salud en mujeres adolescentes, a través de encuestas que miden nivel de conocimiento e índice de higiene oral simplificado. Estudio observacional, analítico y transversal, no tuvo una población definida, la muestra fue seleccionada por conveniencia y factibilidad con un máximo de 50 mujeres adolescentes. El instrumento de recolección de datos incluyó una encuesta de preguntas cerradas sobre el nivel de conocimiento de salud bucodental y un indicador de salud bucal, índice de higiene oral simplificado (IHO-S) antes y después de la intervención educativa. Luego de realizadas las acciones educativas, la mayoría de las participantes presentó un nivel de conocimientos elevado (83,3 %), seguido por “medio” (13,30%), con una leve relación entre dicho nivel y la salud periodontal, pues se logró mejoría en ellas al reducir la placa dentobacteriana y el grado de la gingivitis. Se obtuvo un efecto positivo en la salud bucal de las adolescentes, lo cual mostró la importancia de

combinar la información con los tratamientos preventivos, que mantengan la salud oral a lo largo del tiempo.⁵⁷

Martínez, M. et. al. (2016) realizaron una investigación, denominada Intervención educativa sobre salud bucal en el Club de Adulto Mayor Unidos por la Salud, cuyos objetivos fueron modificar el nivel de conocimientos sobre salud bucodental de los ancianos y valorar la autopercepción psicosocial del anciano con respecto a la necesidad de atención estomatológica según el Índice de Valoración de Salud Oral en Geriatría (GOHAI). Se realizó un estudio de intervención con diseño de antes y después. El universo estuvo conformado por 24 pacientes, se utilizó una planilla de recolección de datos y una entrevista estructurada, además se aplicaron cinco técnicas afectivas participativas (TAP). Se evaluaron los conocimientos antes de la aplicación de las TAP, predominó un resultado inadecuado (66,66%) y después de la intervención se logró el 83,33% como resultado adecuado, el mayor grupo de edad fue el de 60-69, el sexo femenino y la secundaria dentro del nivel de escolaridad. Se logró modificar el nivel de conocimientos sobre salud bucal en la mayoría de los ancianos. Según el comportamiento del GOHAI más de la mitad de los ancianos requerían atención estomatológica.⁵⁸

Serrano, K. et. al. (2017) evaluaron la efectividad de la intervención educativa “Aprendo a cuidar mis dientes” en la escuela primaria especial La Edad de Oro. Se realizó un estudio de intervención educativa para modificar conocimientos y comportamientos sobre salud bucal en un grupo de niños discapacitados de la citada escuela primaria especial, de la ciudad de Holguín, de octubre de 2014 a febrero de 2015. El universo estuvo constituido por 137 alumnos y la muestra por 58 estudiantes. El nivel de conocimiento sobre salud bucal antes de realizar la intervención resultó ser malo en el 70,7% de los alumnos y ninguno obtuvo un nivel bueno; mientras que después de ejecutada, el nivel bueno se incrementó a 84,5%. Al inicio de la intervención educativa el cepillado bucal era deficiente en el 91,4% de los escolares y cuando terminó, solo el 32,8% presentó dificultades. Se

concluyó, que la aplicación de la intervención educativa permitió incrementar, en los estudiantes, el nivel de conocimientos de salud bucal y demostró, al culminar la actividad educativa, que en la mayoría de ellos el cepillado dental se realizó eficientemente.⁵⁹

Páez, Y. et. al. (2018) en su estudio, establecieron como objetivo, evaluar la efectividad de una intervención educativa referente a la caries dental en escolares de sexto grado de la escuela primaria Dalquis Sánchez, de Holguín, en el período septiembre de 2015 - abril de 2016. El universo de la investigación fue de 138 escolares, la muestra conformada por 58 pacientes diagnosticados con caries dental. Se estudiaron variables, como sexo y nivel de conocimiento sobre la enfermedad. Antes de aplicar el programa educativo, 43 escolares (74,1%) presentaban conocimientos inadecuados sobre generalidades de caries y algunos factores de riesgo; luego el 52 (89,7%) de los escolares tuvieron un conocimiento adecuado. Previo a la labor educativa, el 84,5% de los participantes poseían conocimiento inadecuado en lo que respecta al correcto cepillado y su frecuencia; al realizarla, el 91,4% logró un conocimiento adecuado. Al analizar lo referente a la dieta cariogénica y dieta protectora, observamos que al inicio de la intervención solo 11 estudiantes presentaban un conocimiento adecuado del tema en cuestión, al aplicar el programa 48 escolares (82,8%) tuvieron una apreciación correcta del tema. Concluyeron, que el nivel de conocimiento referente a caries dental era inadecuado antes de aplicar el programa educativo, luego de aplicado, la intervención educativa demostró ser un método certero, lo cual comprobó la efectividad del programa implementado.⁶⁰

Santa Cruz, O. et. al. (2019) realizaron un estudio titulado “Nivel de conocimientos y prácticas sobre salud bucodental de estudiantes de posgrado de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Asunción”, teniendo como objetivo evaluar el nivel de conocimientos y prácticas sobre salud bucodental de

estudiantes de posgrado de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Asunción (CE FCSUCA), en el 2018. Estudio observacional descriptivo de corte transversal con componente analítico en el que se incluyeron a todos los estudiantes de posgrado entre mayo y junio de 2018. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario sobre salud bucodental autoadministrado y de carácter anónimo. La muestra estuvo constituida por 166 estudiantes, en su mayoría del sexo femenino (75,3%), de entre 20 y 29 años (54,8%), cursando algún programa de especialización (57,8%) y pertenecientes al área de la salud (94%). El 57,83% y el 55,42% de los estudiantes presentaron conocimientos y prácticas de salud bucodental de nivel regular, respectivamente. Se encontró asociación entre nivel de conocimiento y de práctica, y entre el nivel de conocimiento y la edad. Se concluye que los niveles de conocimientos y prácticas sobre salud bucodental en los estudiantes de posgrado fueron deficientes, por lo que se propone la implementación de estrategias educativas.⁶¹

Crespo, L. (2019) en su investigación, Intervención educativa sobre nivel de conocimientos en salud bucal en adolescentes de “Rafael Freyre”, tuvo como objetivo, evaluar la efectividad de un programa educativo en la modificación del nivel de conocimientos sobre salud bucal en adolescentes de una secundaria básica. Se realizó una investigación cuasiexperimental sin grupo control de intervención comunitaria, donde el universo fueron 158 estudiantes. La muestra fue de 50 individuos y se obtuvo a través de un muestreo aleatorio simple. Se realizó una encuesta y un control de placa dentobacteriana antes y después de la intervención. Se confeccionó e implementó el Programa Educativo “Nuestra Meta: una boca sana”. El trabajo se realizó en Holguín, en la Escuela Secundaria Básica (ESB) Rafael Freyre Torres en Cuba, desde septiembre del 2014 hasta febrero del 2015. Como resultados se obtuvo que, antes de la instrucción, el 50% de los adolescentes presentaba un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal, y posteriormente el 86% tuvo un conocimiento adecuado. Antes de

la intervención, la mayoría poseía una higiene bucal deficiente (64%) y al final de esta una higiene bucal eficiente (72%). El nivel de conocimiento sobre prevención de caries dental, periodontopatías y traumatismos dentarios fue en su mayoría regular; el de cáncer bucal malo antes de la intervención y adecuado después de esta. Se demostró que la aplicación de este programa educativo fue eficaz, según los resultados obtenidos en cuanto a la modificación de los conocimientos sobre salud bucal.⁶²

1.4. Marco Conceptual

Seguidamente se definen los conceptos más importantes que permiten una mejor comprensión del problema:

- a. Acondicionador de tejidos:** Son materiales de rebasado blando para prótesis dentales, que pueden ser aplicados sobre la superficie de adaptación de las prótesis. Se emplea para proporcionar una almohadilla de carácter temporal, que mejorará la distribución de la carga masticatoria a los tejidos subyacentes blandos y duros.
- b. Acrílico (Resina acrílica):** Es una de las tantas variantes del plástico. Material sólido, conocido como Polimetilmetacrilato (PMMA).
- c. Adulto mayor:** Este término o nombre se utiliza para el grupo etáreo que abarca personas mayores de 65 años de edad.
- d. Alérgeno:** Llamado también alergeno, es una sustancia capaz de inducir una reacción de hipersensibilidad (reacción alérgica) en personas susceptibles, que estuvieron previamente en contacto con ella.
- e. Antimicótico:** Toda sustancia con capacidad de inhibir el crecimiento de algunas especies de hongos o incluso de producir su muerte.
- f. Base protética:** Zona de la prótesis dental en contacto con el tejido mucoso.
- g. Cándida:** Es un género de hongos unicelulares también llamados levaduras. La especie de Cándida más significativa por su importancia clínica es la Cándida albicans.

- h. Cepas:** Conjunto de especies bacterianas que comparten, al menos, una característica.
- i. Dimensión Vertical:** Distancia existente entre el maxilar superior e inferior, en el plano frontal y sagital facial, entre dos puntos arbitrariamente escogidos localizados convenientemente arriba y debajo de la boca.
- j. Estomatitis subprotésica:** Inflamación del tejido mucoso de soporte de las prótesis dentales.
- k. Etiopatogenia:** Es la causa u origen del desarrollo de una patología.
- l. Monómero:** Es una molécula de pequeña masa molecular que unida a otros monómeros, a veces cientos o miles, por medio de enlaces químicos, generalmente covalentes, forman macromoléculas llamadas polímeros.
- m. Mucositis oral:** Inflamación de las membranas mucosas de la boca.
- n. Placa bacteriana:** Es una acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano.
- o. Polimetilmetacrilato:** Resina acrílica que se obtiene de la polimerización del metacrilato de metilo (monómero).
- p. Prótesis dental:** Elemento artificial cuyo fin es restaurar la anatomía de una o varios dientes, devolviendo también la relación intermaxilar y la dimensión vertical, por reposición de los dientes.
- q. Prótesis totales:** Prótesis para pacientes que han perdido todas las piezas dentarias, a los cuales se les denomina pacientes edéntulos totales o desdentados.
- r. Sistema Estomatognático:** Combinación de órganos, estructuras y nervios que participan en el lenguaje y en la recepción, masticación y deglución de los alimentos. Este sistema está formado por los dientes, los maxilares, los músculos de la masticación, la lengua, los labios y los tejidos circundantes y nervios que controlan estas estructuras.
- s. Xerostomía:** Sensación subjetiva de sequedad de la boca por disminución de saliva, debido a un mal funcionamiento de las glándulas salivales.

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1.1. Descripción de la Realidad Problemática

En nuestro país, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática⁷, se señala que 11.9% de la población total corresponde a personas mayores de 60 años, lo cual nos coloca en una realidad llena de desafíos en el campo económico, político y social para el Estado, y para los entes competentes en el campo de la salud.

La salud bucal, fundamentalmente en las personas geriátricas, cada día más numerosas, debe ser vista como un elemento importante de la calidad de vida. Los pacientes geriátricos ven disminuidas las funciones de su sistema estomatognático, debido a la pérdida de piezas dentarias, lo cual provoca serias limitaciones en la masticación, fonación, estética y también a nivel social; este deterioro de las funciones afecta las condiciones de vida de ellos. Es así, que, en estos pacientes, el tratamiento más comúnmente indicado por el odontólogo es la rehabilitación protética.

La prótesis dental en pacientes edéntulos totales, se apoya sobre el tejido mucoso, representando un agente agresor mecánico no fisiológico. Las fuerzas que se producen, al ejercer presión o tracción sobre la mucosa, pueden causar efectos irritantes sobre esta. Cuando la intensidad de estos efectos es mayor, se pierde el equilibrio tisular y produce una irritación del tejido, con reacciones inflamatorias, provocando de manera frecuente la Estomatitis subprotésica, provocada generalmente por la asociación de la base acrílica a una mala higiene bucal, incorrectos hábitos de uso de las

prótesis, desadaptación de las mismas y a la presencia de *Cándida albicans*, entre otras.

En la literatura se ha indicado una prevalencia de Estomatitis subprotésica que va desde un 25 a un 65%, lo cual resulta en un importante signo de alarma para los prestadores de servicios de salud, pues esto implica afección de las funciones, en un paciente de por sí ya limitado en las mismas.

Es común, que los profesionales odontólogos, apliquen tratamientos con antimicóticos, debido a que generalmente la Estomatitis subprotésica está asociada a *Cándida*, sin embargo, no se repara en el origen de la patología, ni en medidas de prevención, por lo que al tiempo del uso de estos productos, se ven reparaciones del cuadro.

Teniendo en cuenta la gran presencia de Estomatitis subprotésica en los pacientes geriátricos usuarios de prótesis totales, y el poco conocimiento de estos, en cuanto a las técnicas y medidas de higiene que deben tener respecto a sus prótesis totales y tejido bucal, es necesario aplicar programas de higiene bucal y protética para controlar y prevenir esta afección.

El Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener está ubicado en la Avenida Arequipa 440 – Cercado de Lima y forma parte de la Escuela Académico Profesional de Odontología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la mencionada Universidad.

Con fecha 06 de setiembre de 2004, se emitió la Resolución Rectoral N° 026-2004-UPNW S.A. en la cual se aprobó la creación de la Escuela Académico Profesional de Odontología en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Norbert Wiener, la cual cambió de nombre por Facultad de Ciencias de la Salud, mediante Resolución Directoral N° 032-2006-D-UPNW S.A. en el año 2006.

La Escuela Académico Profesional de Odontología de la Universidad Norbert Wiener está orientada hacia el desarrollo de las competencias profesionales del Cirujano Dentista, sus dimensiones abarcan las áreas asistencial, investigación, docencia y proyección social. Asimismo, tiene dentro de sus objetivos, generar investigación orientada al beneficio de la salud de la comunidad y desarrollar programas de proyección social en beneficio de la comunidad. Para este fin, cuenta con una infraestructura idónea como es el Centro Odontológico, que se caracteriza por brindar un servicio docente-asistencial especializado, con extensión social a la comunidad.

El Centro Odontológico ha renovado su infraestructura desde el año 2014, donde contaba con 100 unidades dentales ubicadas en 12 salas clínicas, para el año 2015, se inauguraron 03 nuevas salas clínicas, sumándose 29 unidades dentales a las ya existentes, y para el año 2018, se renovaron sus instalaciones e implementaron salas de simuladores, de radiología y laboratorio.

En el Centro Odontológico, se desarrollan las prácticas de asignaturas cuyo grupo poblacional de pacientes incluye a los adultos mayores, como son Prótesis Total y Clínica Integral del Adulto I y II, dentro de las cuales se atienden pacientes portadores de prótesis totales. En el Centro Odontológico anualmente se atiende en general un promedio de 15,800 pacientes y dentro de la atención a adultos mayores se realizan aproximadamente unos 250 tratamientos de prótesis totales.

2.1.2. Antecedentes Teóricos

1) PACIENTES GERIÁTRICOS

Los pacientes geriátricos tienen disminuidas las funciones de su sistema estomatognático, debido a la pérdida de dientes, por lo cual la calidad de vida de estas personas. De esta forma, el tratamiento

odontológico que con mayor frecuencia requiere un paciente anciano, es la rehabilitación protésica.⁶

En el 2018, según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)⁷, se señaló que en los últimos 10 años en nuestro país, los adultos mayores de 60 años pasaron de representar el 9.1% de la población total a alcanzar un 11.9%.

Neto nos dice, que el profesional debe ser consciente que la atención a los adultos mayores, se ha convertido en uno de los retos más importantes en los últimos años, por lo que es primordial desarrollar labores que beneficien a de este grupo poblacional.⁹

Las personas adultas mayores requieren de medidas especiales en temas de salud y ayuda social, a veces los hábitos incorrectos, pero también la falta de destreza, disminuyen la capacidad de una correcta higiene bucal, y traen como consecuencia la pérdida de dientes; en situaciones comunes una prótesis en mal estado puede causar úlceras y lesiones crónicas, por lo que debemos priorizar las actividades preventivas y orientar adecuadamente en lo referente a salud bucal.¹⁰

2) PRÓTESIS DENTAL TOTAL

La prótesis dental total, es aquella que se realiza en pacientes que han perdido la totalidad de sus dientes (edéntulos totales). Este tratamiento, tiene como fin primordial, devolver al paciente en alguna medida la función masticatoria, mejorar la estética, capacidad fonética, brindar confort y comodidad en movimientos bucales funcionales y preservación de las estructuras anatómicas existentes.^{8,11}

El objetivo principal de una rehabilitación protésica es proporcionar la función, estética y salud oral a los pacientes, especialmente a aquellos que han experimentado la pérdida completa de los dientes. Aunque la terapia con implantes ha demostrado ser una solución eficaz para el

edentulismo, las prótesis completas convencionales siguen siendo la única opción de tratamiento para la gran mayoría de los pacientes, sobre todo debido a las limitaciones económicas.^{15,16}

El tratamiento protésico parece tener un efecto positivo y significativo sobre la salud general percibida. Para alcanzar este objetivo, la retención, estabilidad y el soporte son tres factores clave para el éxito de las prótesis totales.¹³

3) PROGRAMA EDUCATIVO

Cuando el término programa es adjetivado de educativo, las definiciones que se ofrecen son de carácter general y comprensivo. Así tenemos que Astin y Panos, lo definen como “actividad educativa continua diseñada para producir cambios esperados en la conducta de los sujetos que se exponen a ella”.²⁰

Según lo define, De la Orden, es “cualquier curso de acción sistemático para el logro de un objetivo o conjunto de objetivos”.²¹

Un programa educativo puede referirse a un método particular de interacción, al diseño instructivo específico para el aprendizaje de un tema concreto, a un plan de estudios para la enseñanza general, o a todo el sistema educativo en su conjunto.

4) HIGIENE BUCAL Y PROTÉTICA

Una de las etapas que tiene mayor importancia en el cuidado de los aparatos protésicos dentales, recae en el paciente y sus hábitos de higiene bucal. El paciente debe saber que la duración de las prótesis está relacionada a la calidad del propio material, al trato que le dé al aparato y sobre todo a las alteraciones que puedan presentarse a nivel de los tejidos bucales, por lo tanto, éste debe practicar rutinariamente un programa de limpieza que incluya al tejido mucoso y la prótesis.^{10,25}

Se debe depositar en el paciente la responsabilidad de una adecuada higiene bucal y del cuidado de sus prótesis dentales. Después de cada comida las prótesis deben ser minuciosamente cepilladas, igualmente,

para ayudar a mantener un estado de buena salud, los tejidos bucales, carillos, lengua y paladar deben ser cepillados con un cepillo blando.²⁵

La limpieza de las prótesis debe realizarse con cepillos de cerdas de ambos lados, el haz más grueso para las superficies grandes y el haz pequeño para las zonas de difícil acceso, utilizando jabones neutros y no sustancias abrasivas que puedan producir grietas o surcos en el material, favoreciendo que puedan adherirse restos alimenticios y proliferen colonias bacterianas.¹⁰

Es frecuente observar la Estomatitis subprotésica, debido a la mala higiene y a las porosidades e irregularidades de la superficie acrílica de las prótesis, contribuyendo al aumento de microorganismos en boca y prótesis.²⁶

El proceso de desinfección de aparatos protésicos dentales por inmersión en soluciones químicas, inactivará microorganismos patógenos presentes en estos, disminuyendo así los efectos adversos que puedan causar.²⁷

Una de las mayores responsabilidades del personal de salud que labora en la educación del paciente es inculcarle hábitos de higiene bucal y enseñarle los cuidados de uso e higiene que debe tener también con las prótesis dentales.²⁷

5) ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA

Estomatitis subprotésica es un término que ha sido aplicado a la inflamación de la mucosa de soporte de las prótesis, afectando principalmente a la población de edad avanzada, portadores de prótesis dentales.³³

Esta condición ha sido denominada de muchas formas, como: Palatitis subprotésica crónica, Estomatitis subprotésica, Mucosa inflamada subprotésica, Estomatitis venerata, Estomatitis con relación a prótesis,

Candidiasis atrófica crónica y Estomatitis protética. El término "Estomatitis subprotésica" ha sido generalmente aceptado por diversos autores.⁶

a. Clasificación:

La Estomatitis subprotésica se clasifica en:^{32,33}

- Tipo I: Es una inflamación simple localizada, es la lesión mínima visible a la inspección, se observan signos inflamatorios mínimos, los pacientes generalmente son asintomáticos. Pueden aparecer áreas hiperémicas localizadas o en forma de pequeños puntos eritematosos.

- Tipo II: Es una inflamación simple pero generalizada, generalmente el paciente expresa alguna sensación subjetiva, se aprecia una lesión francamente inflamatoria. La superficie mucosa es de color rojo brillante, puede observarse el dibujo de los contornos de la prótesis, aparecen áreas eritematosas difusas que pueden cubrirse total o parcialmente por un exudado blanco-grisáceo.

- Tipo III: Es la Inflamación granular o papilar hiperplásica, la magnitud de los signos inflamatorios es variable y por lo general sobre éstos hay predominio de fenómenos proliferativos. La lesión está constituida por una mucosa gruesa, con gránulos irregulares que, a veces, toman aspecto papilar con las alteraciones máximas en la parte central de la mucosa palatina.³⁴

b. Epidemiología:

La revisión de la literatura revela que estudios realizados anteriormente, reflejan que la Estomatitis subprotésica constituye una enfermedad muy frecuente entre los portadores de dentaduras artificiales, y esos índices oscilan entre 25% y 65%.^{32,35}

c. Etiología: ^{6,26}

- Higiene deficiente de la prótesis (colonización de la prótesis por parte de la placa bacteriana).
- Factores dietéticos.
- Infección micótica (*Cándida albicans* y especies relacionadas).
- Trauma protético.
- Reacción irritante y reacción alérgica al material protético.
- Causas sistémicas.

d. Signos y Síntomas:

Frecuentemente la Estomatitis subprotésica es asintomática. En muchas ocasiones descubrimos el proceso al retirar la prótesis en una consulta de rutina o al examen inicial para algún tratamiento. Algunos pacientes pueden presentar síntomas (entre un 28% y hasta un 70%), como sensación de quemazón o ardor, dolor, sabor desagradable, halitosis y xerostomía.^{33,37}

e. Diagnóstico:

Preferentemente, el diagnóstico de la Estomatitis subprotésica se basa en la clínica.³³

Se debe realizar un completo y correcto llenado de la historia clínica, considerando los antecedentes del paciente y sus familiares, así como los datos del proceso en curso y su sintomatología. Es muy importante, registrar el tipo de prótesis, el estado de conservación y funcionalidad, la estabilidad, grado de adaptación, relaciones intermaxilares, el desgaste, tiempo de uso de la prótesis actual y tiempo total que tiene como portador de prótesis.³³

f. Tratamiento:

Se han expuesto diversas formas de tratar la Estomatitis subprotésica. Hay autores que recomiendan como medida principal la limpieza de las prótesis con cepillo y un agente desinfectante, el

retiro de las prótesis durante la noche y de ser el caso el uso de un acondicionador de tejido. La confección de nuevas prótesis o un rebasado de las mismas, se indica cuando las prótesis se encuentran en mal estado.³⁷

Es recomendable el tratamiento previo con esquemas antifúngicos (miconazol gel oral, aplicado tres veces por día o nistatina en suspensión, ungüento o tabletas, por dos o tres semanas, aplicando diariamente tres o cuatro veces durante 5 minutos), la higiene prolija de la prótesis debido a la adhesión de la *Cándida albicans* al material acrílico, incorporar agentes antimicóticos al polvo del acondicionador de tejidos antes de la mezcla con el líquido.^{31,33}

En los casos de mayor gravedad, catalogados como Grado III, en los que predominan los fenómenos fibroproliferativos (hiperplasia epitelial del paladar), la recuperación del paciente tras suspender el uso de la prótesis o el empleo de acondicionadores para mucosa, puede no ser exitosa. Los pacientes, en estos casos también serán tratados quirúrgicamente (con bisturí, electrocirugía o láser) y se realizará el respectivo estudio anatomopatológico.^{31,33}

2.1.3. Definición del Problema

Problema Principal

¿Cómo influye la aplicación de un programa educativo de higiene bucal y protética en la presencia de Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener?

Problemas Específicos

- 1) ¿Cuál es el nivel de conocimiento, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética de los participantes antes de la aplicación del programa educativo?
- 2) ¿Cómo varía la presencia de síntomas de Estomatitis subprotésica de los participantes, en la comparación de síntomas de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del programa educativo?
- 3) ¿Cómo varía la presencia de signos de Estomatitis subprotésica en los participantes, en la comparación de signos de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del programa educativo?

2.2. FINALIDAD Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1. Finalidad

El presente trabajo de investigación pretendió determinar la influencia de la aplicación de un programa educativo de higiene bucal y protética en la presencia de Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener, y con estos datos lograr en los adultos mayores, el mantenimiento de una adecuada salud bucal, libre de Estomatitis subprotésica y el cuidado de las prótesis dentales, sin necesidad de aplicar medicamentos.

2.2.2. Objetivos de la Investigación

Objetivo Principal

Determinar la influencia de la aplicación de un programa educativo de higiene bucal y protética en la presencia de Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener.

Objetivos Específicos

- 1) Determinar el nivel de conocimiento, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética de los participantes antes de la aplicación del programa educativo.
- 2) Determinar la variación de la presencia de síntomas de Estomatitis subprotésica de los participantes, en la comparación de síntomas de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del programa educativo.
- 3) Determinar la variación de la presencia de signos de Estomatitis subprotésica en los participantes, en la comparación de signos de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del programa educativo.

2.2.3. Delimitaciones del estudio

- a. **Delimitación temporal:** el estudio se realizó de julio a diciembre del 2019
- b. **Delimitación espacial:** la investigación se desarrolló en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener.
- c. **Delimitación social:** la población en estudio estuvo conformada por los adultos mayores que se atendieron en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener.
- d. **Delimitación conceptual:** higiene bucal, higiene protética y prevención de Estomatitis subprotésica.

2.2.4. Justificación e importancia del estudio

Esta investigación surgió debido al alto porcentaje de presencia de Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales y a que existen pocos estudios sobre ello en nuestro medio.

Asimismo, este trabajo será de mucha utilidad para los pacientes con dicha patología y para la práctica profesional, ya que permitirá aplicar y evaluar medidas terapéuticas y preventivas en casos de Estomatitis subprotésica

en base a una adecuada higiene bucal y protética, evitando así el uso indiscriminado y continuo de antimicóticos.

2.3. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.3.1. Supuestos teóricos

1) HIGIENE BUCAL Y PROTÉTICA

Una de las etapas más importantes en el cuidado de la prótesis total recae en los pacientes y sus hábitos de higiene bucal ^{10,25} El paciente portador de prótesis totales, debe maximizar la higiene de la mucosa oral con enjuagues de algún tipo de antiséptico y preferiblemente con agua tibia.¹⁰ Los pacientes deben recibir instrucciones para la higiene, y programarse controles regulares.²⁵

Después de cada comida, las prótesis deben ser cepilladas, no es suficiente con enjuagarlas, también deben ser cepillados con un cepillo blando los tejidos bucales, carillos, paladar y lengua, para obtener un buen estado de salud.²⁵

Una de las mayores responsabilidades del personal de salud que labora en la educación del paciente es inculcarle hábitos de higiene bucal y enseñarle los cuidados de uso e higiene que debe tener también con las prótesis dentales.²⁷

2) ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA

Estomatitis subprotésica es una denominación aplicada al proceso inflamatorio de la mucosa de soporte protésico, que afecta especialmente a personas de avanzada edad con prótesis dentales.²⁶

La Estomatitis subprotésica es considerada una de las patologías más frecuentes que afectan los tejidos bucales de los sujetos portadores de prótesis totales⁶ y los índices oscilan entre 25% y 65%.^{32,35}

Se mencionan como causas las siguientes:^{6,33,35}

- Higiene deficiente de la prótesis (colonización de la prótesis por parte de la placa bacteriana).
- Factores dietéticos.
- Infección micótica (Cándida albicans y especies relacionadas).
- Trauma protético.
- Reacción irritante y reacción alérgica al material protético.
- Causas sistémicas.

Preferentemente, el diagnóstico de la Estomatitis subprotésica se basa en la clínica y en el uso de medios de diagnóstico auxiliares. Se debe realizar un completo y correcto llenado de la historia clínica, que recoja los antecedentes, así datos del proceso en curso y la sintomatología, y se clasifica de la siguiente manera: ^{32,33}

- Tipo I - Inflamación simple localizada
- Tipo II - Inflamación simple generalizada
- Tipo III - Inflamación granular o papilar hiperplásica³⁴

2.3.2. Hipótesis

Hipótesis Principal

La aplicación de un programa educativo de higiene bucal y protética disminuye la Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener.

Hipótesis Específicas

1) Existe un nivel de conocimiento, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética malo, de los participantes antes de la aplicación del programa educativo.

2) La presencia de síntomas de Estomatitis subprotésica de los participantes disminuye, en la comparación de síntomas de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del programa educativo.

3) La presencia de signos de Estomatitis subprotésica en los participantes disminuye, en la comparación de signos de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del programa educativo.

2.3.3. Variables e Indicadores

Como las variables de la investigación tenemos: Aplicación del programa educativo de higiene bucal y protética como variable independiente, y presencia de Estomatitis subprotésica como variable dependiente.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Aplicación del programa educativo de higiene bucal y protética.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Presencia de Estomatitis subprotésica.

2.4. DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Aplicación del programa educativo de higiene bucal y protética.	Conocimientos	Charlas previas sobre higiene bucal y protética Importancia de limpiar boca y prótesis Duración de las prótesis con buena higiene Veces al año que consulta al odontólogo Dieta baja en carbohidratos

		<p>Deterioro de las prótesis con el tiempo</p> <p>Higiene después de cada comida</p> <p>Zonas de limpieza</p> <p>Tipo de cepillo para la higiene bucal</p> <p>Uso de enjuague o colutorio</p> <p>Frecuencia de cambio de cepillo</p> <p>Elementos para la higiene de las prótesis totales</p> <p>Uso de sustancia o líquido desinfectante para sumergir la prótesis</p>
	Actitudes	
	Hábitos	<p>Retiro de prótesis para dormir</p> <p>Uso de prótesis para comer</p> <p>Visita al odontólogo por prótesis móviles o desadaptadas</p> <p>Visita al odontólogo por prótesis con daño y/o fractura</p>
	Grado I	Inflamación simple localizada

Presencia de Estomatitis subprotésica.	Grado II	<p>Áreas eritematosas puntiformes</p> <p>Inflamación simple generalizada</p> <p>Contorno de la prótesis dibujado en mucosa</p>
	Grado III	<p>Áreas eritematosas difusas / exudado</p> <p>Inflamación granular/ mucosa aspecto papilar</p>

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

3.1. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.1.1. Población

250 adultos mayores de ambos sexos, que se atendieron en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener.

3.1.2. Muestra

Se utilizó la fórmula para variables cualitativas para población finita.

Fórmula:
$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot (p \cdot q)}{N \cdot E^2 + Z^2 (p \cdot q)}$$

Dónde:

N = Población

n = muestra

Z = distribución estándar

E = margen o probabilidad de error

P = tasa de acierto o éxito

Q = tasa de fracaso o error

σ = desviación estándar

Para un nivel de confianza de 95% el valor de Z = 1.96.

Tasa de error = 0,5

Reemplazando:

$$n = \frac{250 \times 1.96^2 (0.5 \times 0.5)}{250 \times 0.05^2 + 1.96^2 (0.5 \times 0.5)} = 151$$

Criterios de inclusión:

- Pacientes dispuestos a colaborar.
- Pacientes mayores de 60 años.
- Pacientes portadores de prótesis totales.
- Pacientes con tiempo de uso de prótesis totales mayor a tres meses.
- Pacientes que se atienden en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no deseen colaborar.
- Pacientes menores de 60 años.
- Pacientes que no sean portadores de prótesis totales.
- Pacientes portadores de prótesis totales con tiempo de uso menor a tres meses.
- Pacientes que estén recibiendo tratamiento antimicótico.
- Pacientes que no se atiendan en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener.
- Pacientes que por cualquier tipo de afección incluyendo salud mental, estén impedidos de colaborar en este estudio.

Consideraciones éticas:

- a. Autonomía:** Respeto hacia todas las personas, asegurándoles la autonomía necesaria para que actúen por sí mismas, es decir, como dueños de sus propias decisiones, aun tratándose de personas enfermas. El profesional

siempre respetó los valores y decisiones del paciente, ya que se trata de su propia salud.

b. Beneficencia: El profesional de la salud actuó siempre en beneficio de los pacientes.

c. No maleficencia: Se abstuvo intencionadamente de llevar a cabo acciones que puedan dañar o causar perjuicio a otros, es decir, evitar perjudicar innecesariamente a otros.

d. Justicia: Implicó el tratar por igual a todos.

3.2. Diseño utilizado en el estudio

3.2.1. Tipo:

El presente estudio se inscribió dentro de una investigación de tipo **Explicativo**, ya que se centró en explicar por qué ocurrió un fenómeno y en qué condiciones se dio éste.⁷⁹

3.2.2. Nivel:

El nivel de investigación fue **Aplicativo**, porque se requirió realizar la evaluación del éxito de la intervención y se utilizaron instrumentos para la recolección de los datos para así comprobar la hipótesis formulada.⁷⁷

3.2.3. Método:

El método de investigación fue **Ex post facto**, ya que se realizó sin manipular deliberadamente las variables y se observaron los fenómenos tal y como se dieron en su contexto natural, para después analizarlos.⁷⁹

3.2.4. Enfoque:

El diseño estuvo representado en el siguiente diagrama: **M1: Oy (f) Ox**

Dónde:

M1: muestra de pacientes adultos mayores

Ox: observación de la variable Aplicación del programa educativo de higiene bucal y protética.

Oy: observación de la variable Presencia de Estomatitis subprotésica.

f : en función de

3.3. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

3.3.1. Técnica:

En el presente estudio se aplicó como técnica la encuesta.

3.3.2. Instrumento:

En el presente estudio se aplicó como instrumento un cuestionario y ficha clínica, según el siguiente detalle:

- Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y hábitos de higiene bucal y protética, con escala de valoración (antes de la aplicación del programa educativo)
- Ficha clínica pre test (antes de la aplicación del programa educativo)
- Ficha clínica post test (1 mes después de la aplicación del programa educativo)

El instrumento aplicado en este estudio fue validado por los siguientes expertos Cirujanos Dentistas: Doctor en Salud Pública Jorge Luis Mezzich Gálvez, Doctora en Salud Pública Anita Kori Aguirre Morales, Doctora en Salud Pública Brenda Roxana Vergara Pinto y Doctor en Estomatología Lorenzo Menacho Ángeles.

3.4. Procesamiento de datos

Una vez que fueron aplicados los instrumentos, se recogió toda la información de las variables y se procedió a crear una base de datos procesando una a una las

preguntas de estos instrumentos y se aplicó la estadística descriptiva e inferencial.

La estadística descriptiva se basó en la presentación de tablas y figuras con las frecuencias y porcentajes respectivamente.

La estadística inferencial para comprobar las hipótesis mediante la aplicación de pruebas no paramétricas como la Prueba de McNemar, por ser las variables de estudio cualitativas.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de la edad

	n
Media	72,4
Moda	69
Mínimo	63
Máximo	82

En relación a la edad, encontramos que la edad promedio fue de 72,4 años. La edad con mayor frecuencia fue 69 años, siendo la edad mínima 63 años y la edad máxima de los participantes de 82 años.

Figura 1: Distribución de la edad

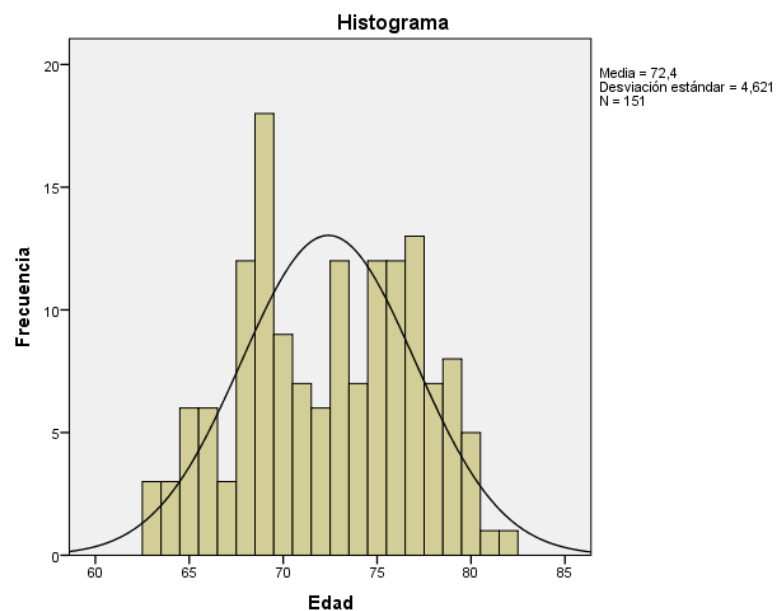


Tabla 2: Sexo de los participantes

	n	%
Masculino	78	51,5
Femenino	73	48,3
Total	151	100%

En cuanto al sexo, del total de encuestados el 51,5% (78) fue de sexo masculino, mientras que el 48,3% (73) fue de sexo femenino.

Figura 2: Sexo de los participantes

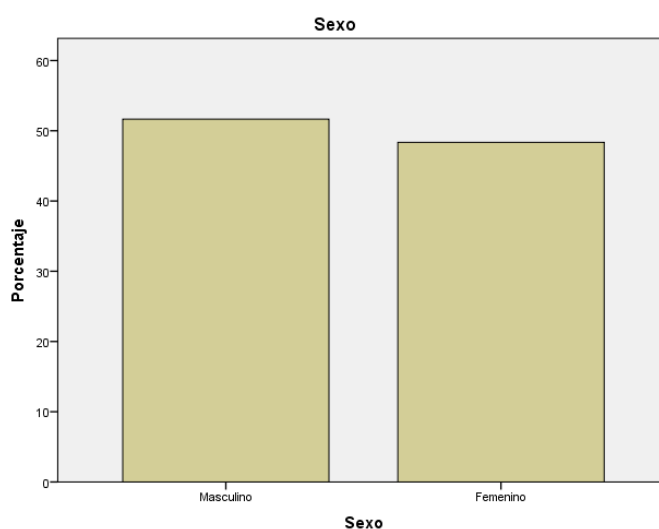


Tabla 3: Grado de instrucción de los participantes

	n	%
Sin nivel	1	0,7
Primaria	3	2,0
Secundaria	37	24,5
Superior técnica	66	43,7
Superior universitaria	44	29,1
Total	151	100,0 %

En relación al grado de instrucción, el 0,7% (1) no poseía nivel, el 2% (3) tenía primaria, el 24,5% (37) poseía secundaria, el 43,7% (66) tenía nivel superior técnica y el 29,1% (44) superior universitaria.

Figura 3: Grado de instrucción de los participantes

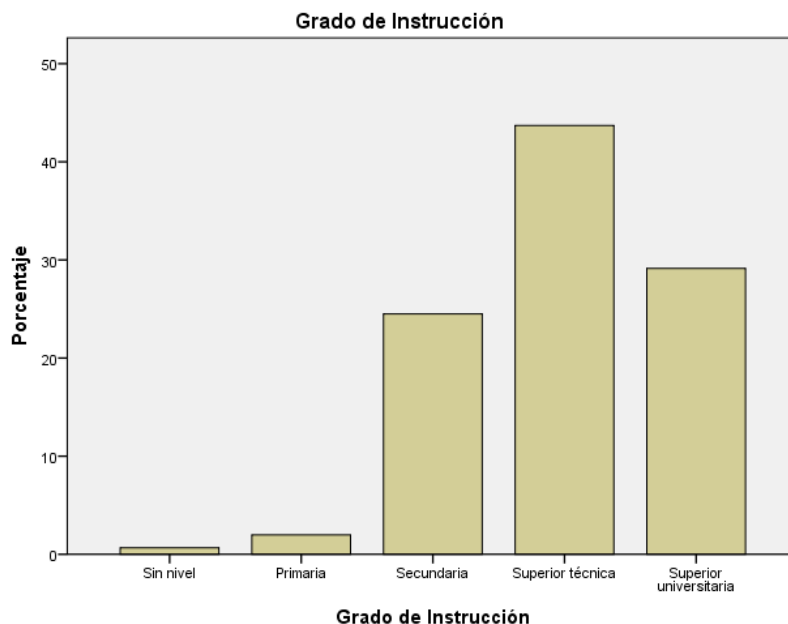


Tabla 4: Síntomas pre test

	n	%
Ninguno	23	15,2
Dolor en mucosa	9	6,0
Sangrado en mucosa	3	2,0
Ardor bucal	32	21,2
Sabor desagradable	39	25,8
Sequedad de la boca	15	9,9
Halitosis	30	19,9
Total	151	100%

En cuanto a los síntomas pre test, el 15,2% (23) de participantes no presentaron síntoma alguno, el 6% (9) refirieron dolor en la mucosa, el 2% (3) sangrado en mucosa, el 21,2% (32) ardor bucal, el 25,8% (39) sabor desagradable, el 9,9% (15) sequedad de boca y el 19,9% (30) manifestó halitosis.

Figura 4: Síntomas pre test

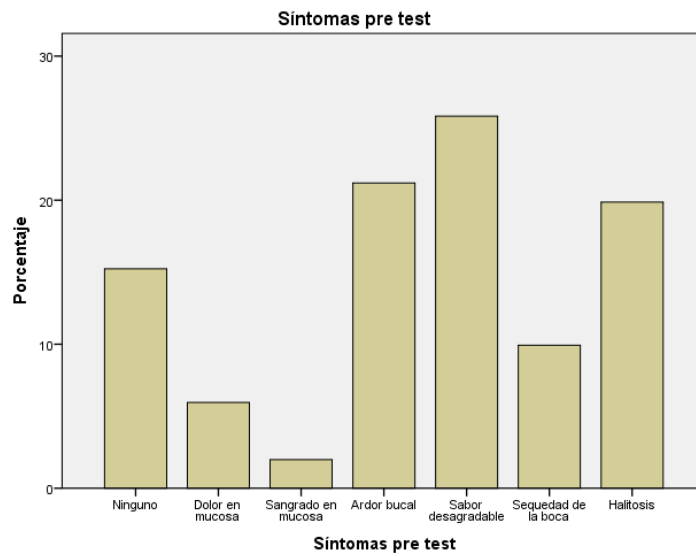


Tabla 5: Estado de adaptación de las prótesis

	n	%
Adaptadas	79	52,3
Desadaptadas	72	47,7
Total	151	100%

En lo relacionado al estado de adaptación de las prótesis, el 52,3% (79) se encontraron adaptadas y el 47,7% (72) estaban desadaptadas.

Figura 5: Estado de adaptación de las prótesis

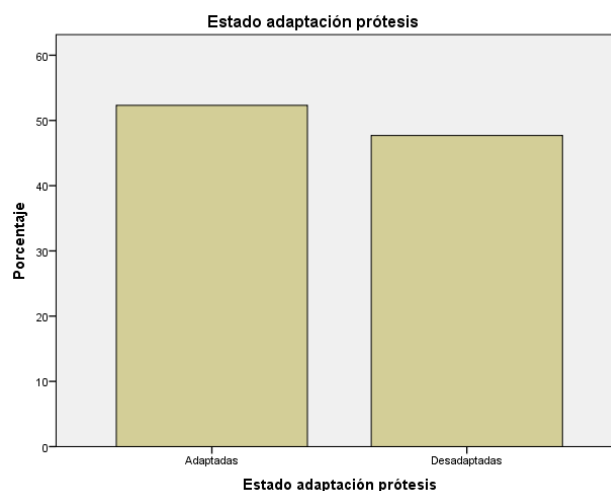


Tabla 6: Signos en mucosa subprotésica pre test

	n	%
Sin signos de inflamación	44	29,1
Inflamación simple localizada	52	34,4
Áreas eritematosas puntiformes	37	24,5
Inflamación simple generalizada	11	7,3
Contorno de la prótesis dibujado en mucosa	3	2,0
Áreas eritematosas difusas / exudado	4	2,6
Total	151	100%

En relación a los signos en mucosa subprotésica pre test, el 29,1% (44) de los participantes no presentaron signos de inflamación, mientras que el 34,4% (52) presentó inflamación localizada simple, el 24,5% (37) áreas eritematosas puntiformes, el 7,3% (11) inflamación generalizada simple, el 2% (3) contorno de la prótesis dibujado en la mucosa y un 2,6% (4) áreas eritematosas difusas/exudado.

Figura 6: Signos en mucosa subprotésica pre test

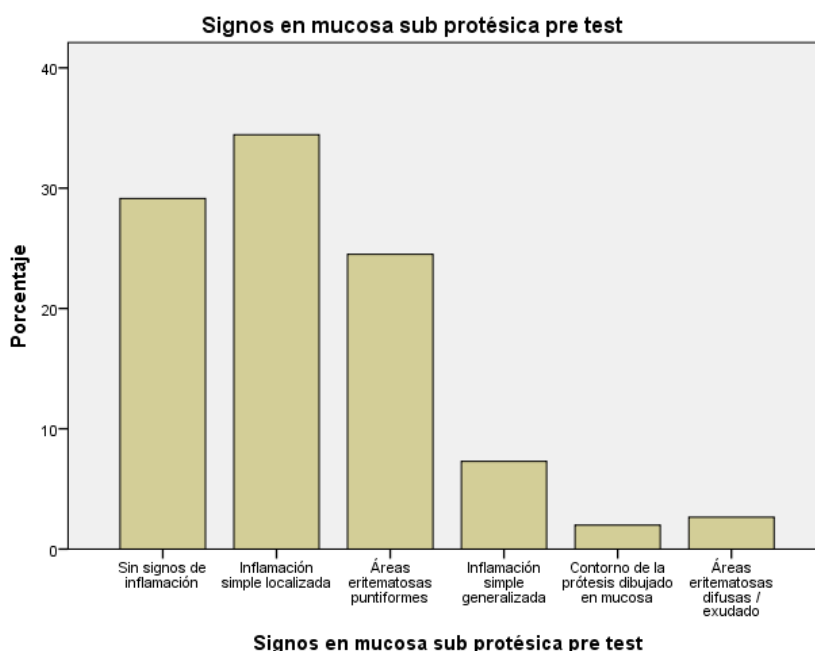


Tabla 7: Diagnóstico de Estomatitis subprotésica pre test

	n	%
Mucosa con parámetros normales	44	29,1
Estomatitis subprotésica Grado I	85	56,3
Estomatitis subprotésica Grado II	18	11,9
Estomatitis subprotésica Grado III	4	2,6
Total	151	100%

En cuanto al diagnóstico de Estomatitis subprotésica pre test, el 29,1% (44) presentó mucosa con parámetros normales, el 56,3% (85) de participantes presentó Estomatitis subprotésica Grado I, el 11,9% (18) Estomatitis subprotésica Grado II y el 2,6% (4) Estomatitis subprotésica Grado III.

Figura 7: Diagnóstico de Estomatitis subprotésica pre test

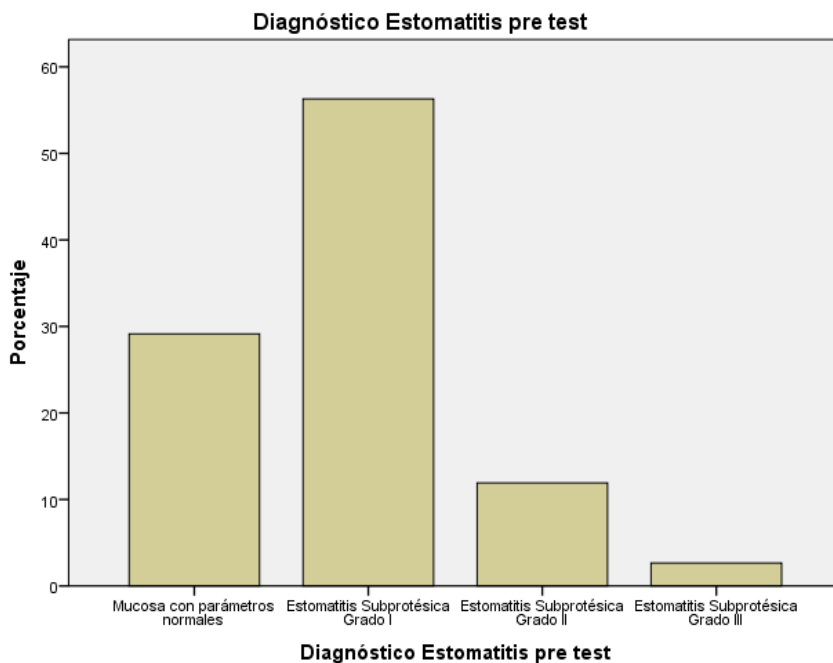


Tabla 8: Síntomas post test

	n	%
Ninguno	118	78,1
Dolor en mucosa	7	4,6
Ardor bucal	5	3,3
Sabor desagradable	10	6,6
Sequedad de la boca	10	6,6
Halitosis	1	0,7
Total	151	100%

En cuanto a los síntomas post test, el 78,1% (118) de participantes no presentó síntoma alguno, el 4,6% (7) refirió dolor en la mucosa, el 3,3% (5) ardor bucal, el 6,6% (10) sabor desagradable, el 6,6% (10) sequedad de boca y el 0,7% (1) manifestó halitosis.

Figura 8: Síntomas post test

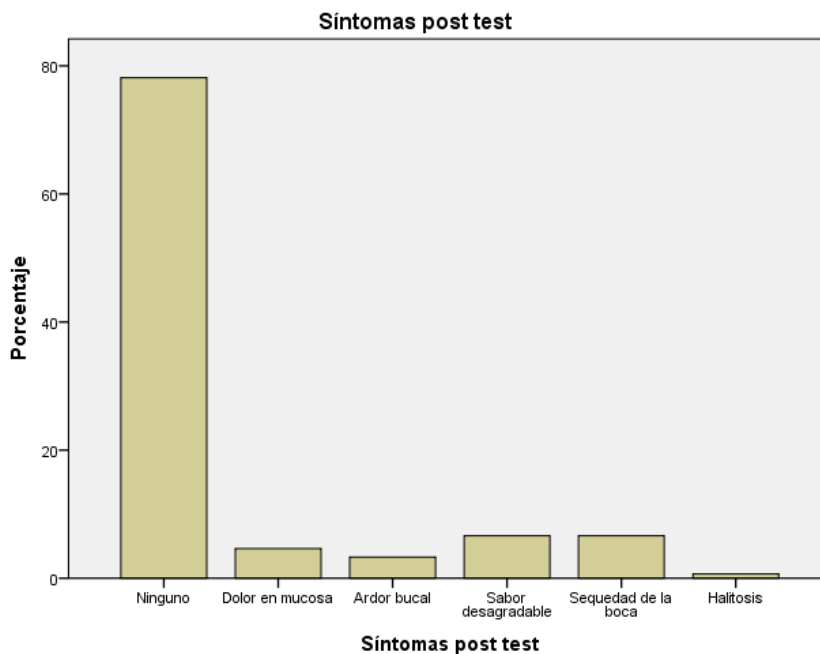


Tabla 9: Signos en mucosa subprotésica post test

	n	%
Sin signos de inflamación	119	78,8
Inflamación simple localizada	19	12,6
Áreas eritematosas puntiformes	9	6,0
Inflamación simple generalizada	4	2,6
Total	151	100%

En lo relacionado a los signos en mucosa subprotésica post test, el 78,8% (119) de los participantes no presentó signos de inflamación, mientras que el 12,6% (19) presentó inflamación localizada simple, el 6% (9) áreas eritematosas puntiformes y el 2,6% (4) inflamación generalizada simple.

Figura 9: Signos en mucosa subprotésica post test

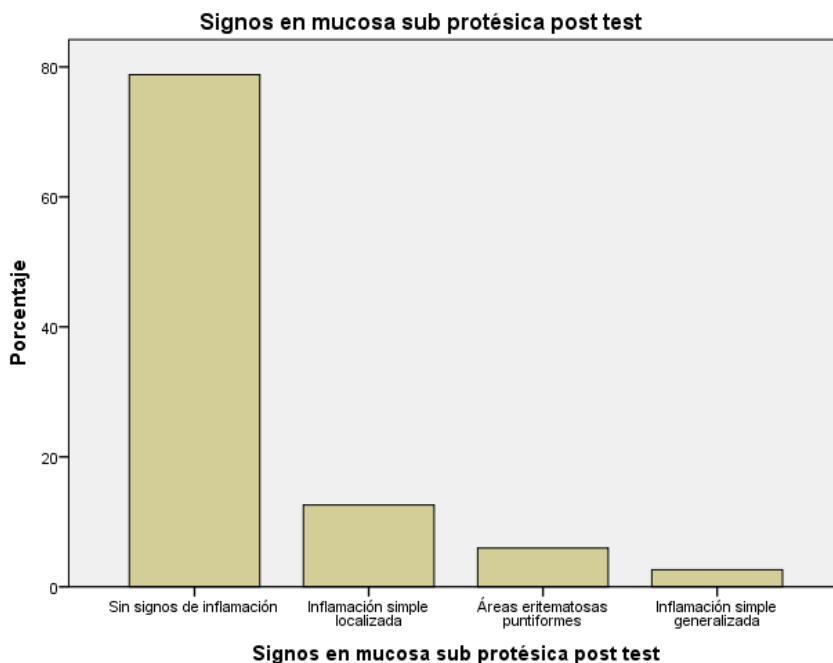


Tabla 10: Diagnóstico de Estomatitis subprotésica post test

	n	%
Mucosa con parámetros normales	119	78,8
Estomatitis subprotésica Grado I	28	18,6
Estomatitis subprotésica Grado II	4	2,6
Total	151	100%

En cuanto al diagnóstico de Estomatitis subprotésica post test, el 78,8% (119) presentó mucosa con parámetros normales, el 18,6% (28) de participantes presentó Estomatitis subprotésica Grado I y el 2,6% (4) Estomatitis subprotésica Grado II.

Figura 10: Diagnóstico de Estomatitis subprotésica post test

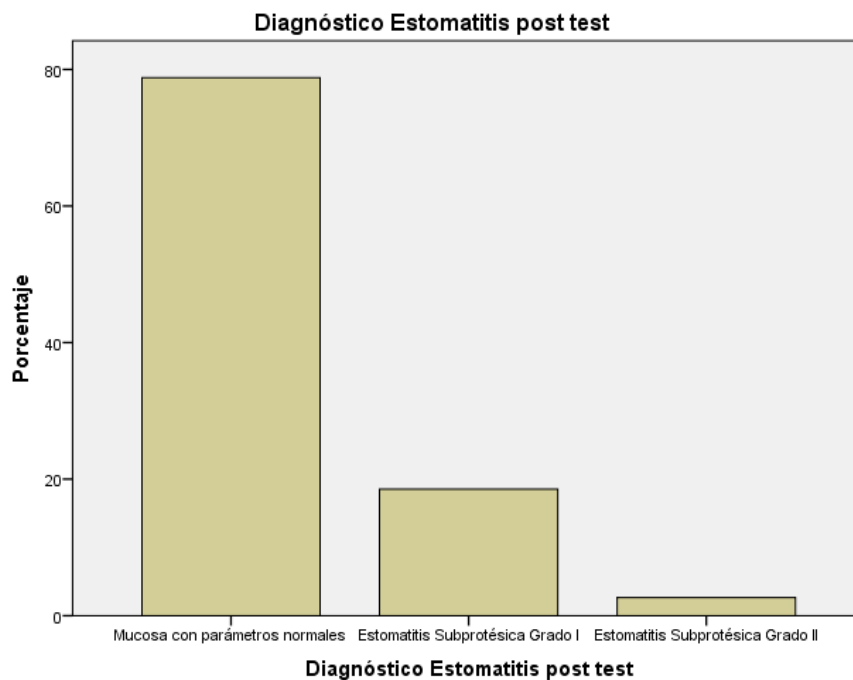


Tabla 11: Charlas previas sobre higiene bucal y protésica

	n	%
Nunca	82	54,3
A veces	49	32,5
Casi siempre	1	0,7
Siempre	19	12,6
Total	151	100,0%

A la pregunta al participante, sobre si un profesional odontólogo, le brindó información sobre la higiene y mantenimiento de su boca y de sus prótesis totales, el 54,3% (82) respondió que nunca, el 32,5% (49) a veces, el 0,7% (1) casi siempre y un 12,6% (19) dijo que siempre.

Figura 11: Charlas previas sobre higiene bucal y protética

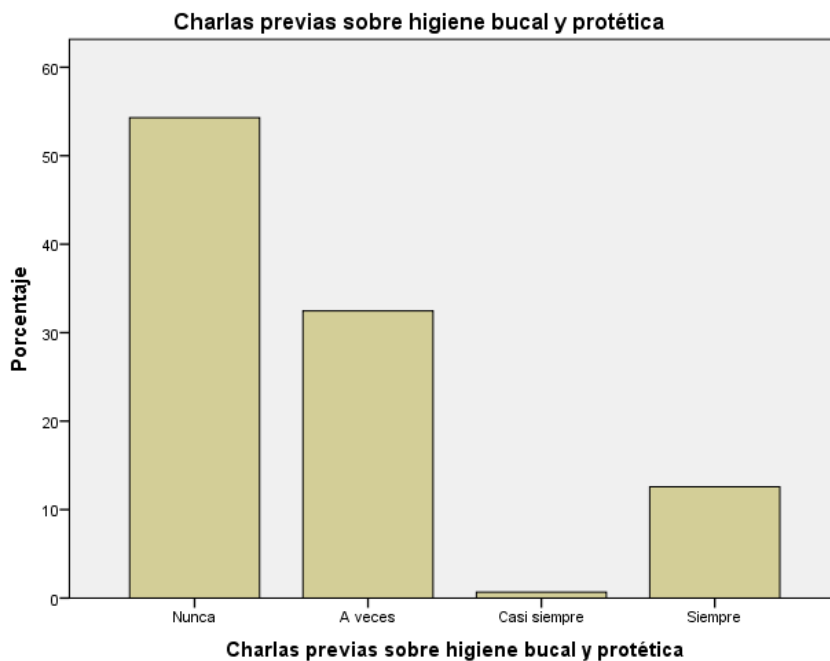


Tabla 12: Importancia de limpiar boca y prótesis

	n	%
A veces	20	13,2
Casi siempre	86	57,0
Siempre	45	29,8
Total	151	100,0%

A la pregunta al participante, si considera que la limpieza diaria de sus prótesis totales es igual de importante que la de su boca, el 13,2% (20) respondió que a veces, el 57 % (86) casi siempre y un 29,8% (45) dijo que siempre.

Figura 12: Importancia de limpiar boca y prótesis

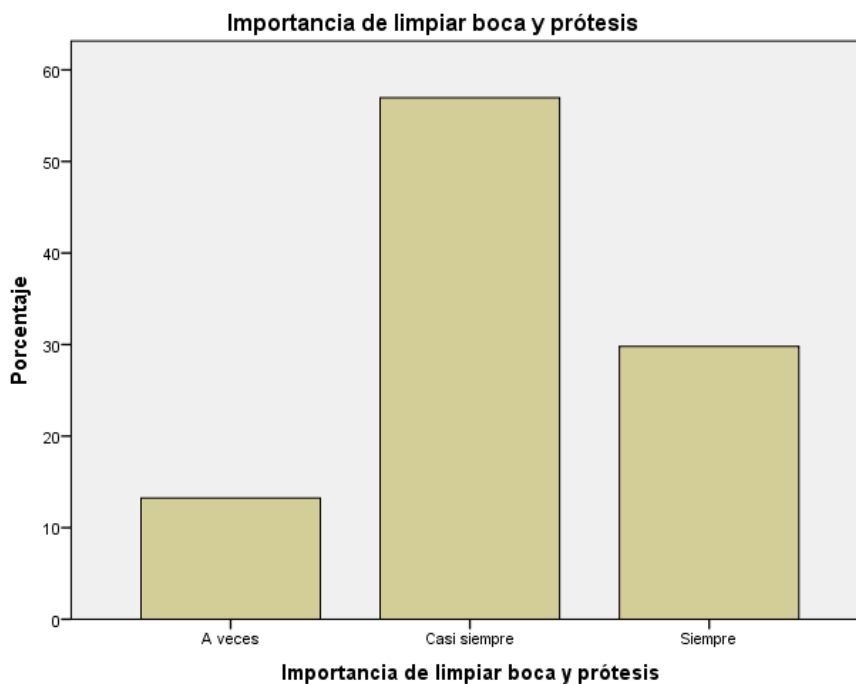


Tabla 13: Deterioro de prótesis con los años

	n	%
Nunca	37	24,5
Casi nunca	42	27,8
A veces	41	27,2
Casi siempre	19	12,6
Siempre	12	7,9
Total	151	100,0%

A la pregunta al participante, si considera que las prótesis totales se deterioran con el paso de los años, el 24,5% (37) respondió que nunca, el 27,8% (42) casi nunca, el 27,2% (41) a veces, el 12,6 % (19) casi siempre y un 7,9% (12) dijo que siempre.

Figura 13: Deterioro de prótesis con los años

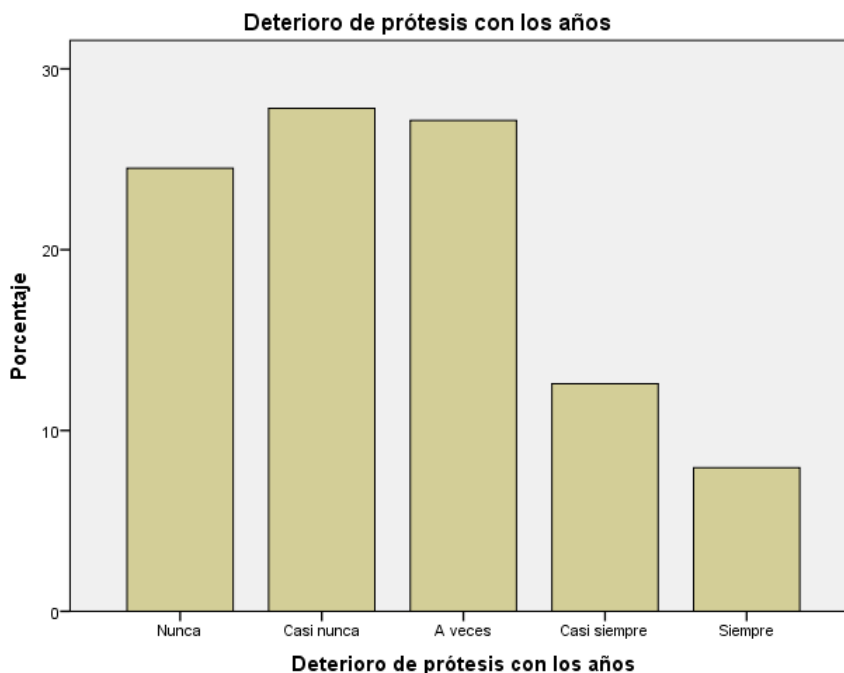


Tabla 14: Duración de las prótesis con buena higiene

	n	%
A veces	23	15,2
Casi siempre	37	24,5
Siempre	91	60,3
Total	151	100,0%

A la pregunta al participante, si considera que sus prótesis totales durarán más si realiza una buena higiene de estas, el 15,2% (23) respondió que a veces, el 24,5% (37) casi siempre y un 60,3% (91) dijo que siempre.

Figura 14: Duración de las prótesis con buena higiene

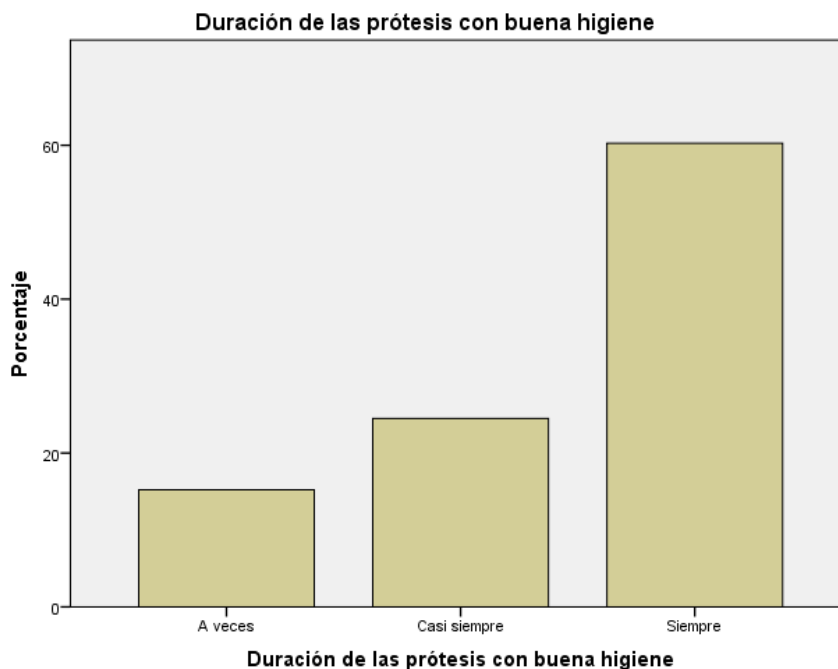


Tabla 15: Mala higiene de boca y prótesis causan enfermedades

	n	%
Nunca	10	6,6
Casi nunca	5	3,3
A veces	45	29,8
Casi siempre	24	15,9
Siempre	67	44,4
Total	151	100,0%

A la pregunta al participante, si considera que la mala higiene de su boca y prótesis causan inflamación y/o enfermedades en la boca, el 6,6% (10) respondió que nunca, el 3,3% (5) casi nunca, el 29,8% (45) a veces, el 15,9 % (24) casi siempre y un 44,4% (67) dijo que siempre.

Figura 15: Mala higiene de boca y prótesis causan enfermedades

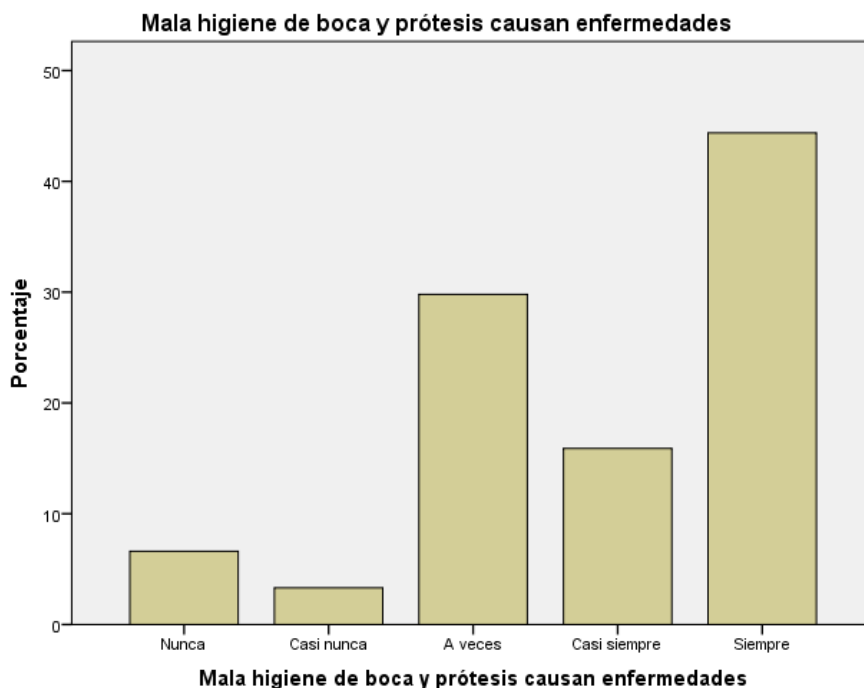


Tabla 16: Dieta baja en carbohidratos

	n	%
Nunca	75	49,7
Casi nunca	54	35,8
A veces	20	13,2
Casi siempre	2	1,3
Total	151	100,0%

A la pregunta al participante, si considera que su dieta debe ser baja en carbohidratos, el 49,7% (75) respondió que nunca, el 35,8% (54) casi nunca, el 13,2% (20) a veces y el 1,3% (2) dijo que casi siempre.

Figura 16: Dieta baja en carbohidratos

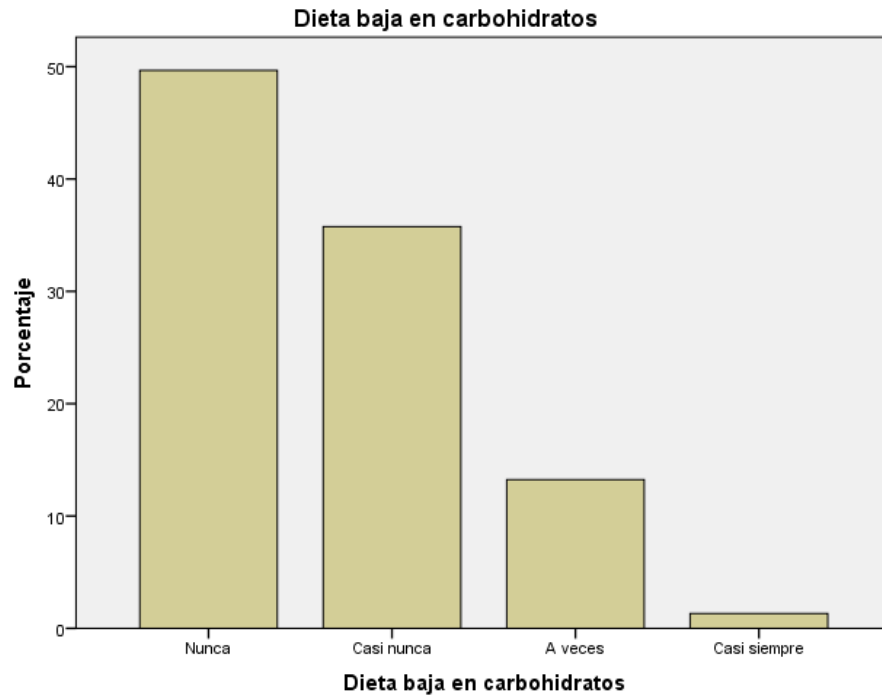


Tabla 17: Higiene boca y prótesis después de cada comida

	n	%
Nunca	86	57,0
Casi nunca	48	31,8
A veces	15	9,9
Casi siempre	2	1,3
Total	151	100,0%

A la pregunta al participante, si realiza la higiene de su boca y de sus prótesis totales después de cada comida, el 57% (86) respondió que nunca, el 31,8% (48) casi nunca, el 9,9% (15) a veces y el 1,3% (2) dijo que casi siempre.

Figura 17: Higiene boca y prótesis después de cada comida

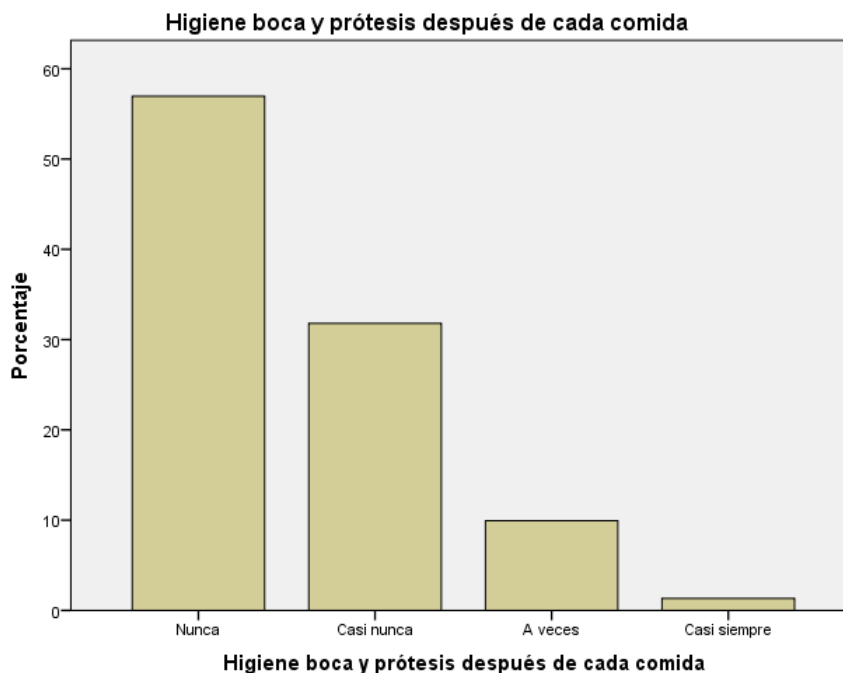


Tabla 18: Limpia mucosa de soporte de la prótesis, lengua y carrillos

	n	%
Nunca	50	33,1
Casi nunca	46	30,5
A veces	27	17,9
Casi siempre	16	10,6
Siempre	12	7,9
Total	151	100,0%

A la pregunta al participante, si cuando realiza su higiene bucal, limpia la mucosa de soporte de la prótesis, lengua y carrillos, el 33,1% (50) respondió que nunca, el 30,5% (46) casi nunca, el 17,9% (27) a veces, el 10,6% (16) casi siempre y un 7,9% (12) dijo que siempre.

Figura 18: Limpia mucosa de soporte de la prótesis, lengua y carrillos

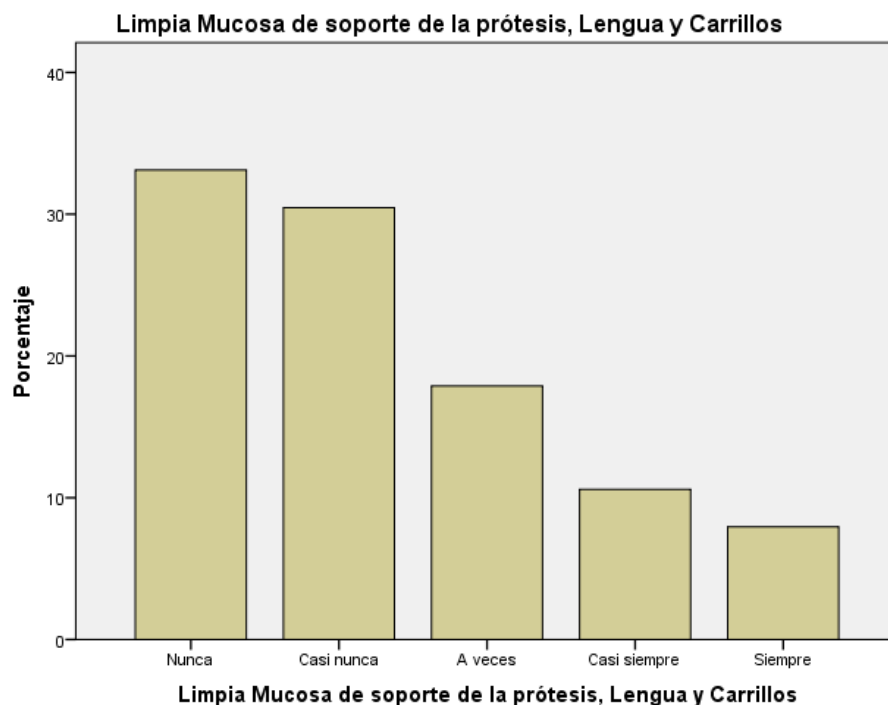


Tabla 19: Utiliza un cepillo dental de cerdas suaves

	n	%
Nunca	64	42,4
Casi nunca	72	47,7
A veces	12	7,9
Casi siempre	3	2,0
Total	151	100,0%

A la pregunta al participante, si para la higiene de su boca, utiliza un cepillo dental de cerdas suaves, el 42,4% (64) respondió que nunca, el 47,7% (72) casi nunca, el 7,9% (12) a veces y un 2% (3) indicó que casi siempre.

Figura 19: Utiliza un cepillo dental de cerdas suaves

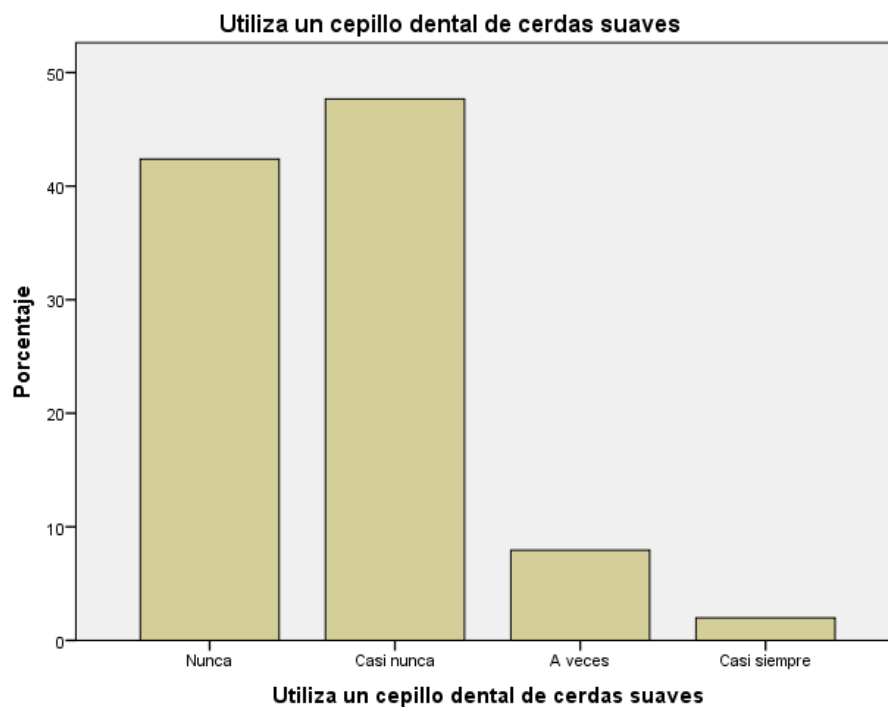


Tabla 20: Utiliza algún enjuague o colutorio antiséptico

	n	%
Nunca	57	37,7
Casi nunca	72	47,7
A veces	10	6,6
Casi siempre	8	5,3
Siempre	4	2,6
Total	151	100,0%

A la pregunta al participante, si como parte de la higiene de su boca, utiliza algún enjuague o colutorio antiséptico, el 37,7% (57) respondió que nunca, el 47,7% (72) casi nunca, el 6,6% (10) a veces, el 5,3% (8) casi siempre y un 2,6% (4) indicó que siempre.

Figura 20: Utiliza algún enjuague o colutorio antiséptico

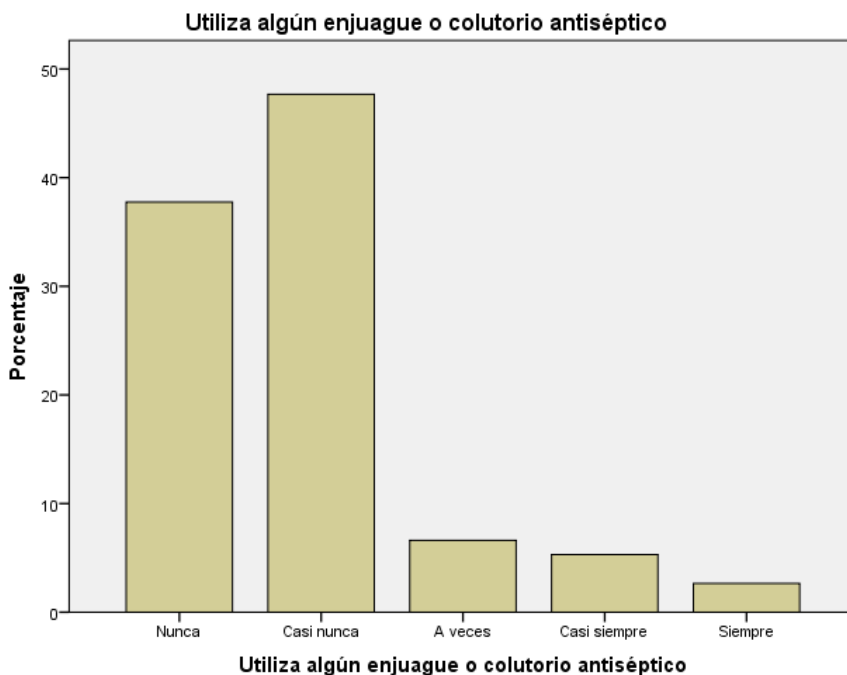


Tabla 21: Usted utiliza cepillo dental y agua para su prótesis

	n	%
Nunca	2	1,3
Casi nunca	34	22,5
A veces	76	50,3
Casi siempre	21	13,9
Siempre	18	11,9
Total	151	100,0%

A la pregunta al participante, si para la higiene de sus prótesis totales, utiliza cepillo dental y agua, el 1,3% (2) respondió que nunca, el 22,5% (34) casi nunca, el 50,3% (76) a veces, el 13,9% (21) casi siempre y el 11,9% (18) indicó que siempre.

Figura 21: Usted utiliza cepillo dental y agua para su prótesis

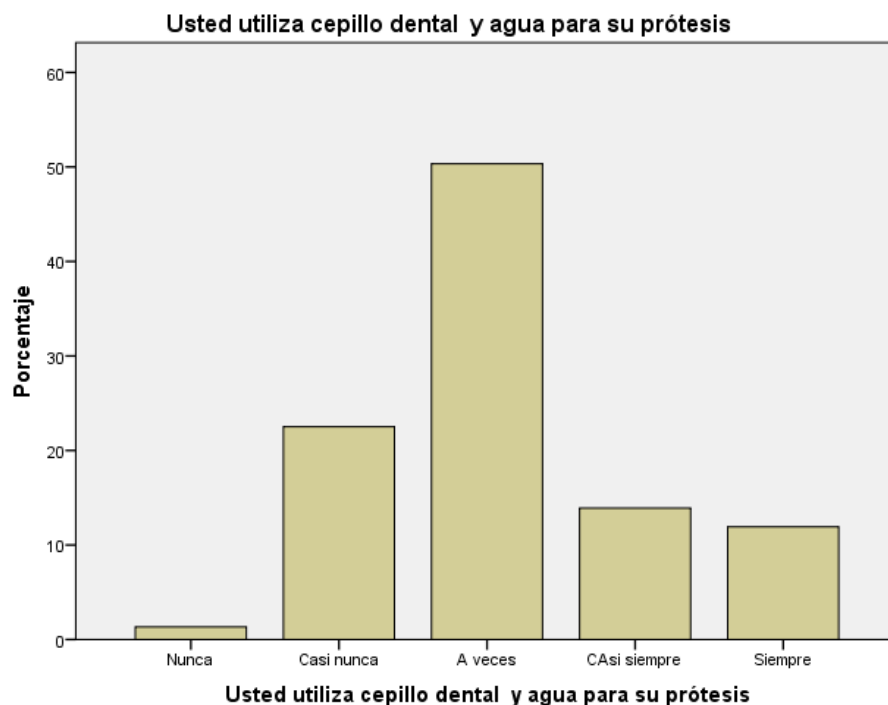


Tabla 22: Usted limpia la parte interna y externa de la prótesis

	n	%
Nunca	3	2,0
Casi nunca	60	39,7
A veces	59	39,1
Casi siempre	18	11,9
Siempre	11	7,3
Total	151	100,0%

A la pregunta al participante, si cuándo realiza la higiene de sus prótesis totales, limpia la parte interna y externa de la prótesis, el 2% (3) respondió que nunca, el 39,7% (60) casi nunca, el 39,1% (59) a veces, el 11,9% (18) casi siempre y el 7,3% (11) indicó que siempre.

Figura 22: Usted limpia la parte interna y externa de la prótesis

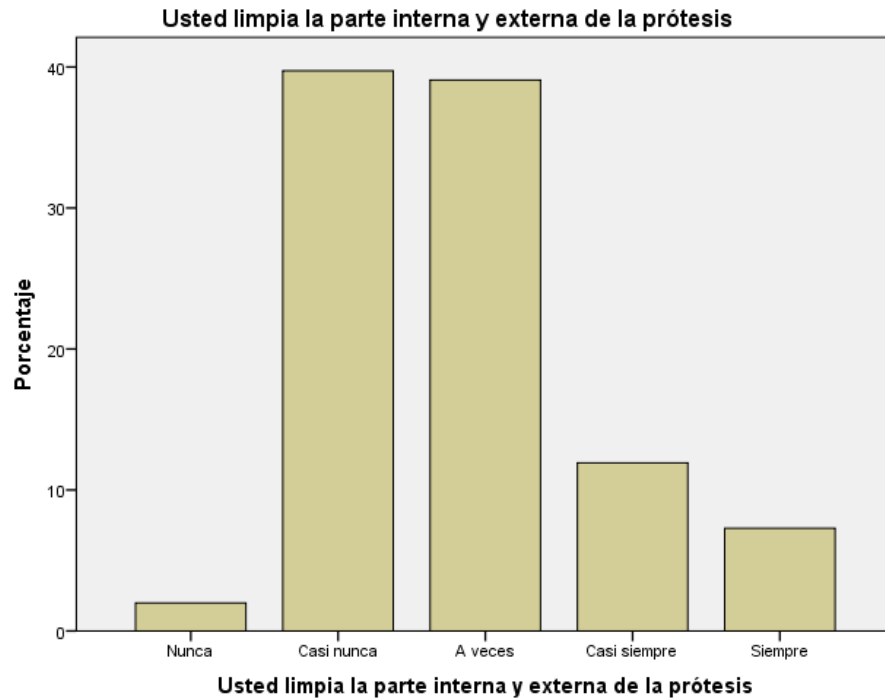


Tabla 23: Usted utiliza alguna sustancia o líquido desinfectante para su prótesis

	n	%
Nunca	58	38,4
Casi nunca	88	58,3
A veces	5	3,3
Total	151	100,0%

A la pregunta al participante, si como parte de la higiene de sus prótesis, utiliza alguna sustancia o líquido desinfectante, el 38,4% (58) respondió que nunca, el 58,3% (88) casi nunca y el 3,3% (5) indicó que a veces.

Figura 23: Usted utiliza alguna sustancia o líquido desinfectante para su prótesis

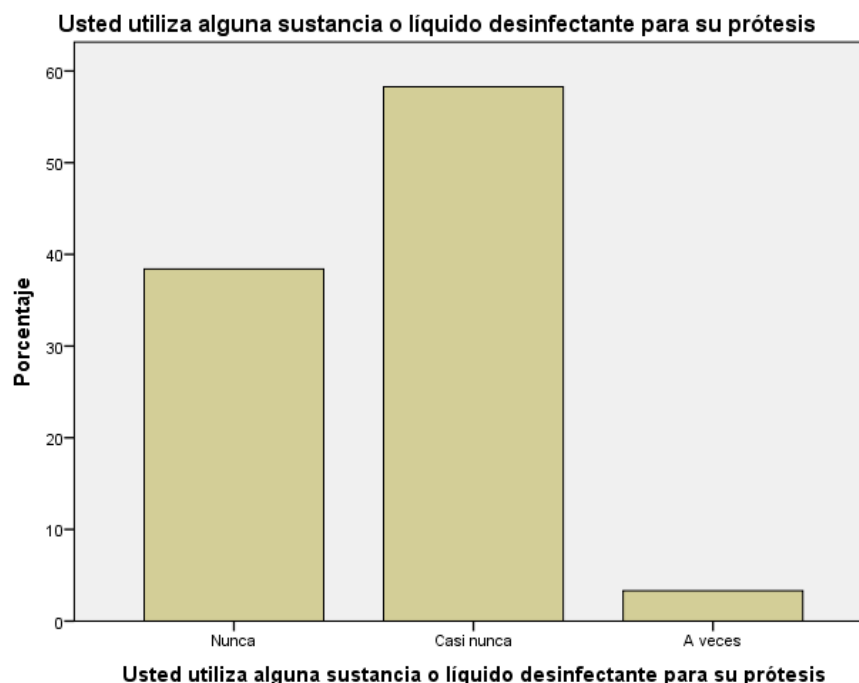


Tabla 24: Cambia su cepillo dental por otro nuevo máximo cada tres meses

	n	%
Nunca	36	23,8
Casi nunca	96	63,6
A veces	11	7,3
Casi siempre	4	2,6
Siempre	4	2,6
Total	151	100,0%

A la pregunta al participante, si cambia su cepillo dental por otro nuevo máximo cada tres meses, el 23,8% (36) respondió que nunca, el 63,6% (96) casi nunca, el 7,3% (11) a veces, el 2,6% (4) casi siempre y el 2,6% (4) indicó que siempre.

Figura 24: Cambia su cepillo dental por otro nuevo máximo cada tres meses

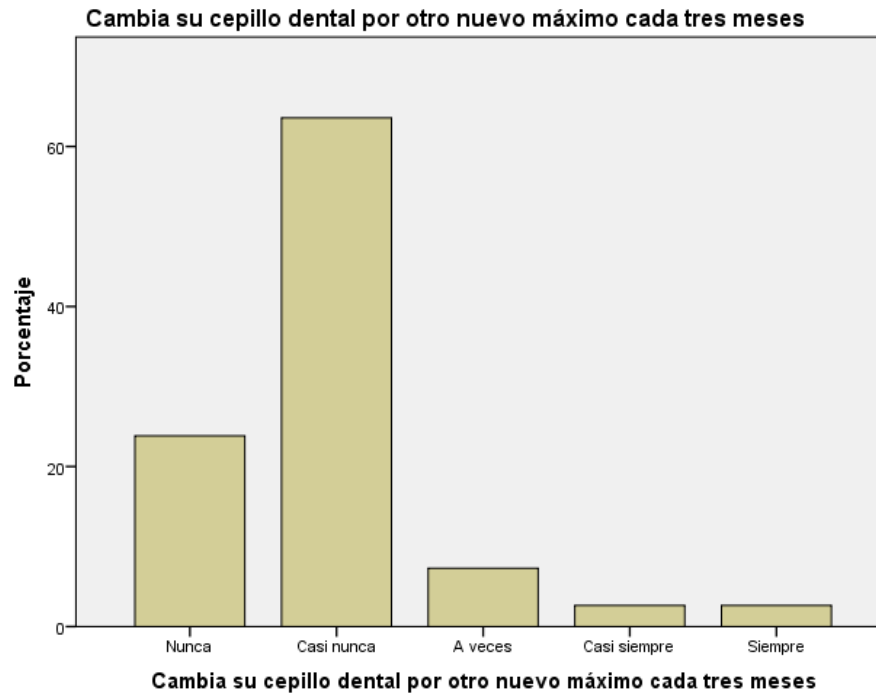


Tabla 25: Retira las prótesis de la boca para dormir

	n	%
Nunca	23	15,2
Casi nunca	59	39,1
A veces	32	21,2
Casi siempre	24	15,9
Siempre	13	8,6
Total	151	100,0%

A la pregunta al participante, si retira las prótesis de la boca para dormir, el 15,2% (23) manifestó que nunca, el 39,1% (59) casi nunca, el 21,2% (32) a veces, el 15,9% (24) casi siempre y el 8,6% (13) dijo que siempre.

Figura 25: Retira las prótesis de la boca para dormir

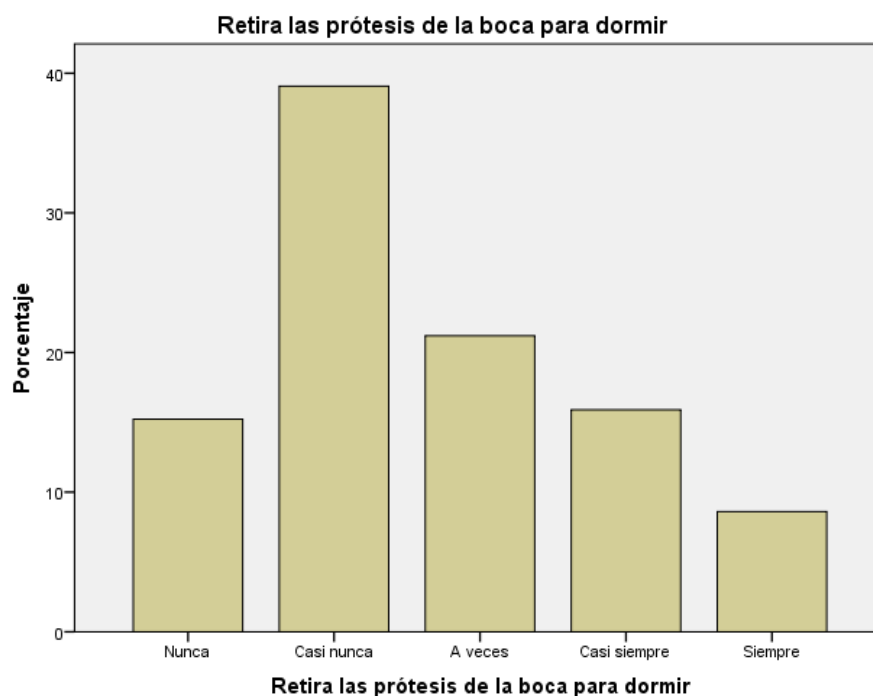


Tabla 26: En la noche, coloca sus prótesis en un recipiente con agua

	n	%
Nunca	23	15,2
Casi nunca	76	50,3
A veces	34	22,5
Casi siempre	11	7,3
Siempre	7	4,6
Total	151	100,0%

A la pregunta al participante, si en la noche, coloca sus prótesis en un recipiente con agua, el 15,2% (23) manifestó que nunca, el 50,3% (76) casi nunca, el 22,5% (34) a veces, el 7,3% (11) casi siempre y el 4,6% (7) dijo que siempre.

Figura 26: En la noche, coloca sus prótesis en un recipiente con agua

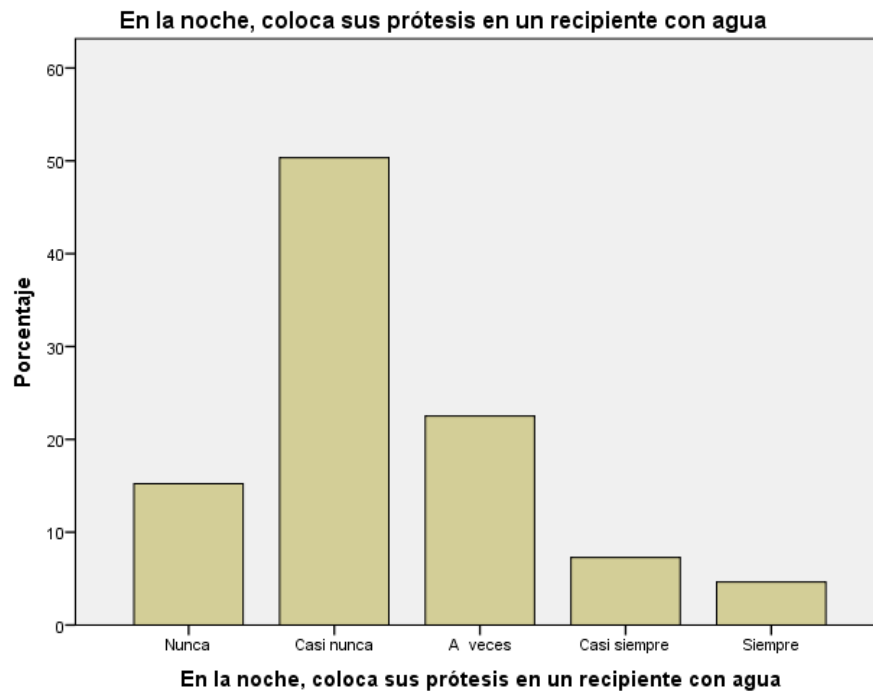


Tabla 27: Enjuaga sus prótesis al levantarse antes de colocárselas

	n	%
Nunca	44	29,1
Casi nunca	91	60,3
A veces	15	9,9
Casi siempre	1	0,7
Total	151	100,0%

A la pregunta al participante, si enjuaga sus prótesis al levantarse antes de colocárselas, el 29,1% (44) manifestó que nunca, el 60,3% (91) casi nunca, el 9,9% (15) a veces y el 0,7% (1) dijo que casi siempre.

Figura 27: Enjuaga sus prótesis al levantarse antes de colocárselas

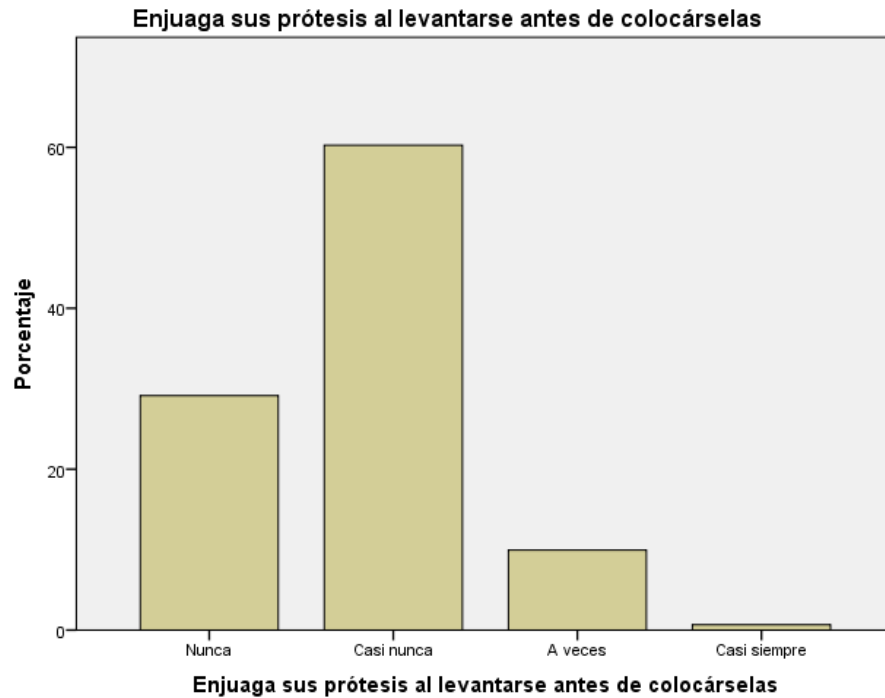


Tabla 28: Acude a consulta con el odontólogo dos veces al año

	n	%
Nunca	79	52,3
Casi nunca	63	41,7
A veces	9	6,0
Total	151	100,0%

A la pregunta al participante, si acude a consulta con el odontólogo dos veces al año, el 52,3% (79) manifestó que nunca, el 41,7% (63) casi nunca y el 6% (9) dijo que a veces.

Figura 28: Acude a consulta con el odontólogo dos veces al año



Tabla 29: Cuando sus prótesis están móviles o desadaptadas, acude al odontólogo

	n	%
Nunca	51	33,8
Casi nunca	87	57,6
A veces	10	6,6
Casi siempre	3	2,0
Total	151	100,0%

A la pregunta al participante, si cuando sus prótesis están móviles o desadaptadas, acude al odontólogo, el 33,8 % (51) manifestó que nunca, el 57,6% (87) casi nunca, el 6,6% (10) a veces y el 2% (3) dijo que casi siempre.

Figura 29: Cuando sus prótesis están móviles o desadaptadas, acude al odontólogo

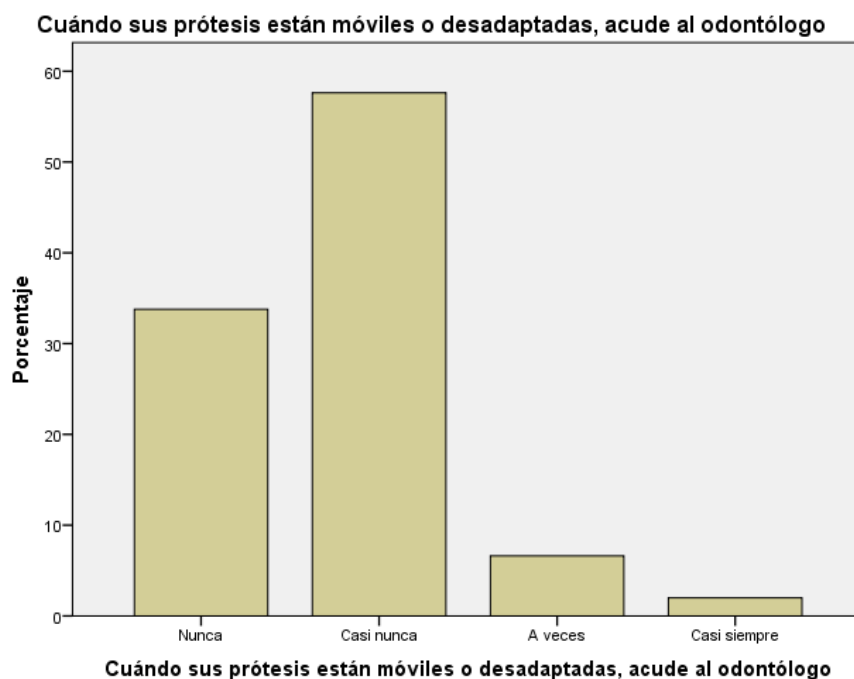


Tabla 30: Cuando sus prótesis sufren daño y/o fractura, acude al odontólogo

	n	%
Nunca	30	19,9
Casi nunca	52	34,4
A veces	11	7,3
Casi siempre	33	21,9
Siempre	25	16,6
Total	151	100,0%

A la pregunta al participante, si cuando sus prótesis sufren daño y/o fractura, acude al odontólogo, el 19,9% (30) manifestó que nunca, el 34,4% (52) casi nunca, el 7,3% (11) a veces, el 21,9% (33) casi siempre y el 16,6% (25) dijo que siempre.

Figura 30: Cuando sus prótesis sufren daño y/o fractura, acude al odontólogo

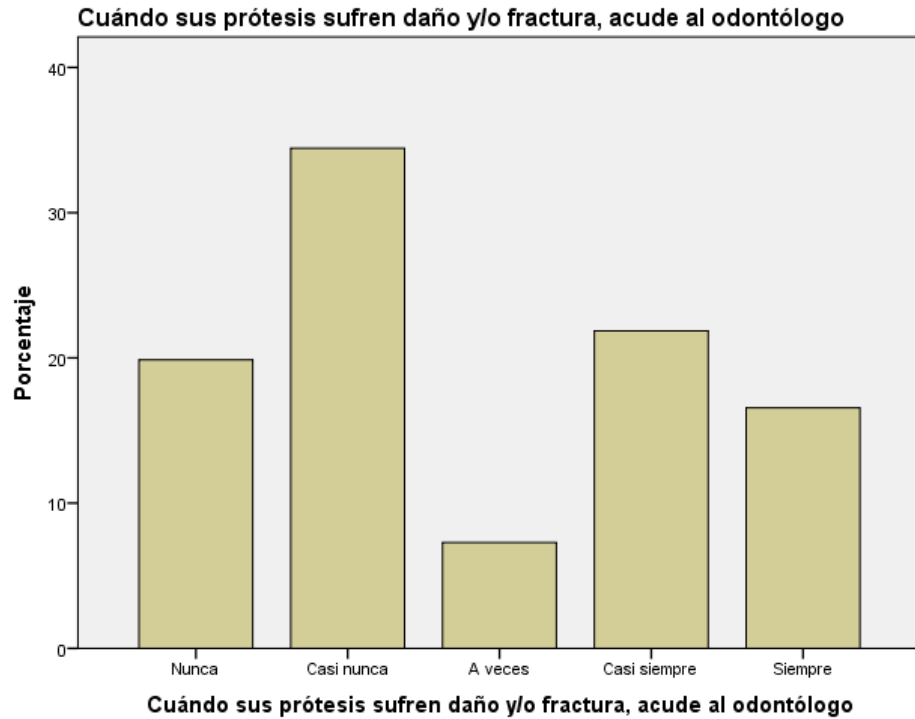


Tabla 31: Nivel de conocimiento, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética

	n	%
Bueno	0	0
Regular	4	2.7
Malo	147	97.3
Total	151	100%

Como nivel de conocimiento, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética de los participantes antes de la aplicación del programa educativo, en la calificación general ninguno consiguió un nivel bueno, mientras que el 2,7% (4) alcanzó un nivel regular y el 97,3% (147) obtuvo un nivel malo.

Figura 31: Nivel de conocimiento, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética

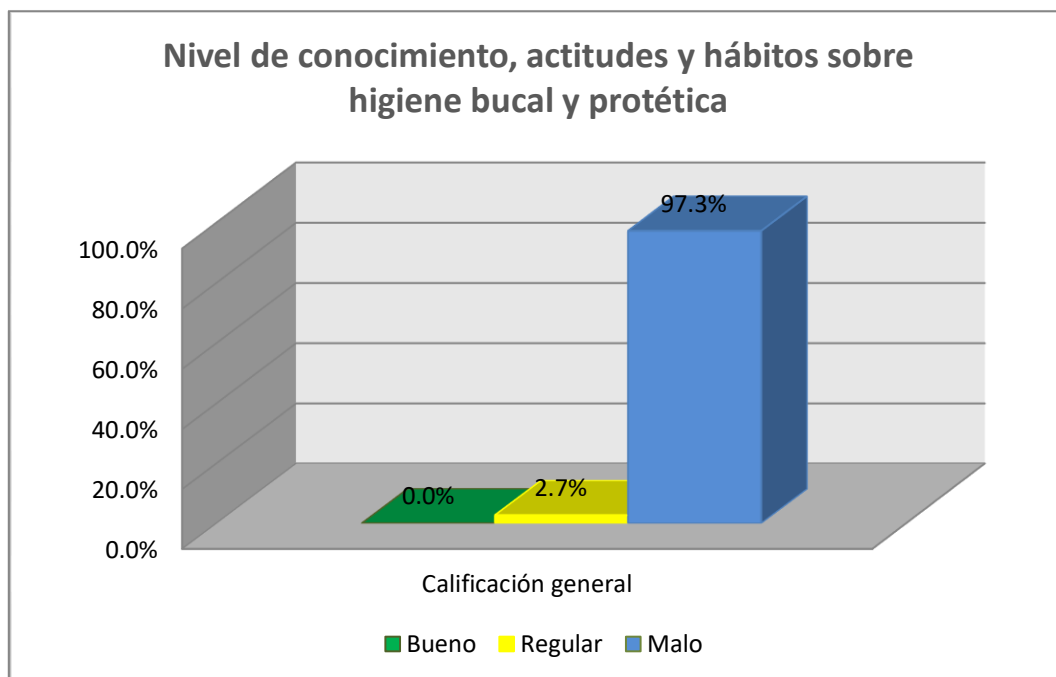


Tabla 32: Síntomas pre y post test

	Pre test		Post test	
	n	%	n	%
Síntomas ausentes	23	15.2	118	78.1
Síntomas presentes	128	84.8	33	21.9
Total	151	100%	151	100%

Comparando los síntomas ausentes y presentes antes y después de la aplicación del programa educativo, el 15.2% (23) de participantes no presentó síntomas pre test, mientras que el 78,1% (118) no refirió síntomas post test, el 84.8% (128) de participantes tuvo síntomas pre test y el 21,9% (33) manifestó algún síntoma en el post test.

Figura 32: Síntomas pre y post test

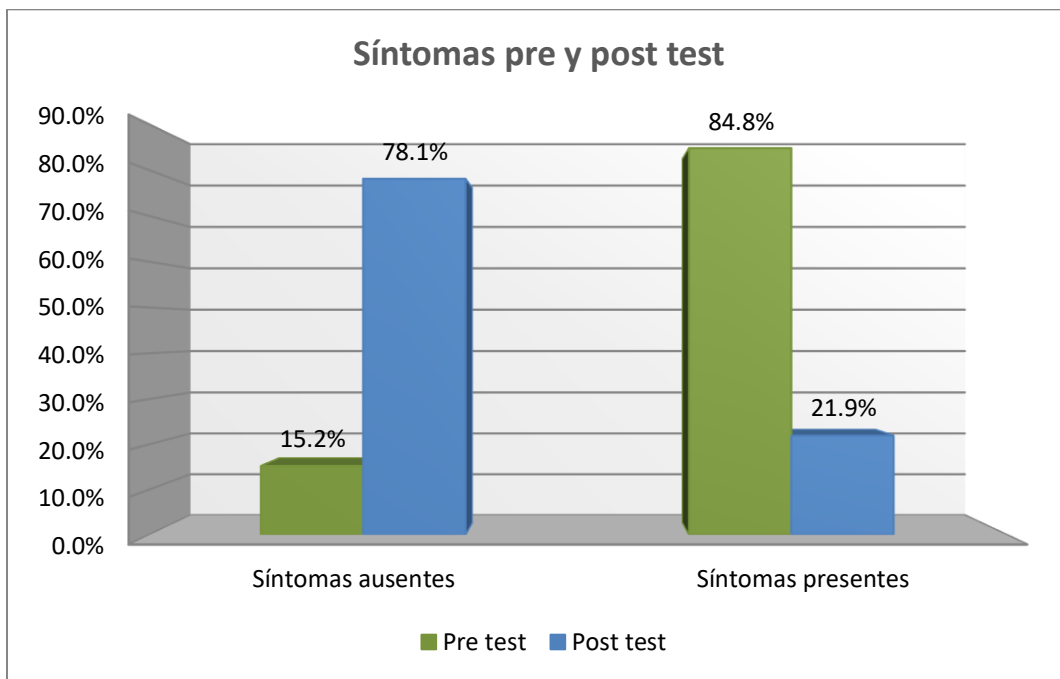


Tabla 33: Signos pre y post test

	Pre test		Post test	
	n	%	n	%
Signos ausentes	44	29.1	119	78.8
Signos presentes	107	70.9	32	21.2
Total	151	100%	151	100%

Comparando los signos ausentes y presentes antes y después de la aplicación del programa educativo, el 29,1% (44) de participantes no presentó signos pre test, mientras que el 78,8% (119) no tuvo signos post test, el 70,9% (107) de participantes tuvo signos pre test y el 21,2% (32) presentó algún signo en el post test.

Figura 33: Signos pre y post test

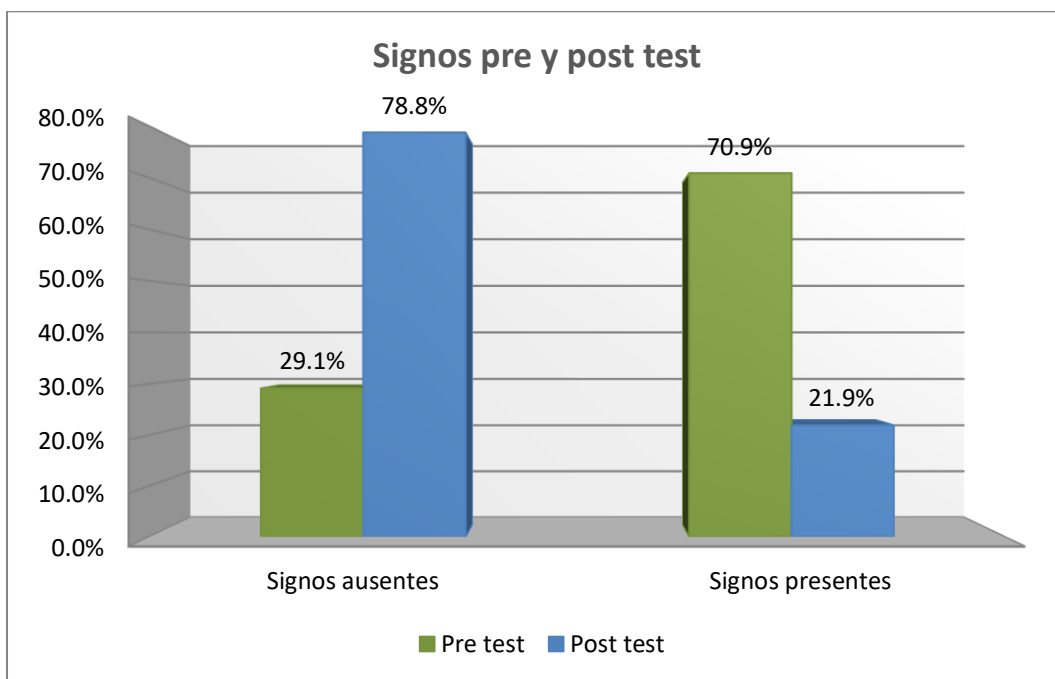


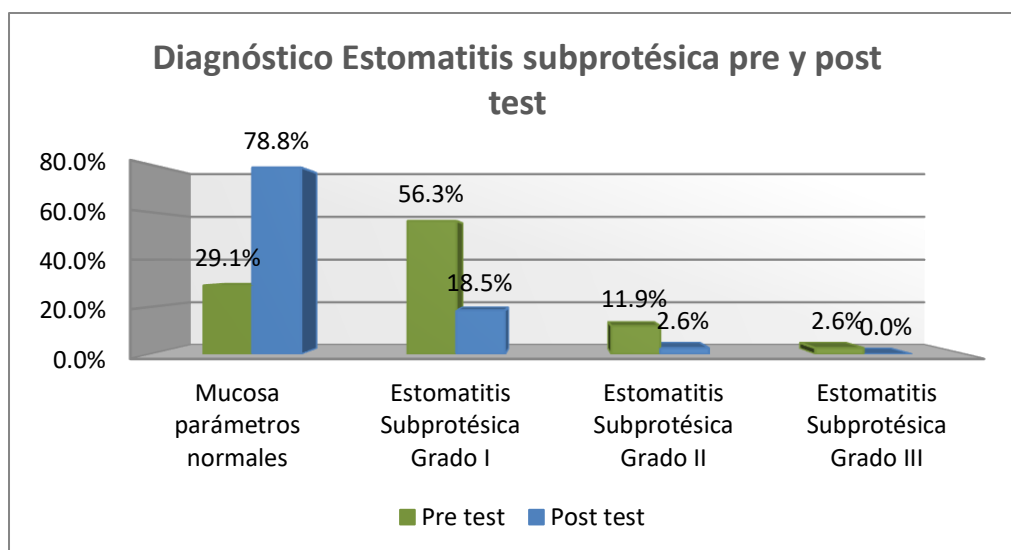
Tabla 34: Diagnóstico Estomatitis subprotésica pre y post test

	Pre test		Post test	
	n	%	n	%
Mucosa parámetros normales	44	29,1	119	78,8
Estomatitis subprotésica Grado I	85	56,3	28	18,6
Estomatitis subprotésica Grado II	18	11,9	4	2,6
Estomatitis subprotésica Grado III	4	2,6	0	0
TOTAL	151	100%	151	100%

Comparando los diagnósticos de Estomatitis subprotésica antes y después de la aplicación del programa educativo, el 29,1% (44) de participantes presentó mucosa con parámetros normales pre test, mientras que el 78,8% (119) tuvo

mucosa con parámetros normales post test, el 56,3% (85) de participantes tuvo Estomatitis subprotésica Grado I pre test y el 18,6% (28) presentó Estomatitis subprotésica Grado I post test, el 11,9% (18) de participantes tuvo Estomatitis subprotésica Grado II pre test y el 2,6% (4) presentó Estomatitis subprotésica Grado II post test, el 2,6% (4) de participantes tuvo Estomatitis subprotésica Grado III pre test y ningún participante tuvo diagnóstico de Estomatitis subprotésica Grado III post test.

Figura 34: Diagnóstico Estomatitis subprotésica pre y post test



4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

4.2.1. Hipótesis Principal

Tabla de contingencia del diagnóstico de Estomatitis subprotésica pre y post aplicación de un programa educativo de higiene bucal y protética en pacientes portadores de prótesis totales en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener.

		Diagnóstico Estomatitis post test				Total
		Ausencia N (%)		Presencia N (%)		
Diagnóstico Estomatitis pre test	Ausencia	44	100	0	0,0	44
	Presencia	75	70,1	32	29,9	107
Total		119	78,8	32	21,2	151 100,0

Test de McNemar

	Valor	Significación exacta (2 caras)
Prueba de McNemar		,000 ^a
N de casos válidos	151	

a. Distribución binomial utilizada.

P= 0,00 < 0,05

Como se puede apreciar, los resultados nos indican que existe una diferencia estadísticamente significativa entre el diagnóstico de Estomatitis subprotésica pre test y el diagnóstico de Estomatitis subprotésica post test ($p=0,00$), luego de la aplicación de un programa educativo de higiene bucal y protética en pacientes portadores de prótesis totales en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener, por lo tanto se acepta la hipótesis, que la presencia de la Estomatitis subprotésica en los participantes disminuye después de la aplicación del programa educativo.

4.2.2. Hipótesis Específicas

Hipótesis 1

Nivel de conocimiento, actitudes y hábitos				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Regular	4	2.7	2.7
	Malo	147	97.3	97.3
	Total	151	100,0	100,0

Se acepta la hipótesis, asumiendo que, de toda la muestra, el 97.3% de encuestados tuvo un nivel de conocimiento, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética malo; el 2.7% obtuvo un nivel de conocimiento, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética regular, y el 0% bueno.

Hipótesis 2

Tabla cruzada Síntomas pretest dicotomizado* Síntomas postest dicotomizado				
Recuento				
		Síntomas postest dicotomizado		Total
		Ausencia	Presencia	
Síntomas pretest dicotomizado	Ausencia	17	6	23
	Presencia	101	27	128
Total		118	33	151

Test de McNemar		
	Valor	Significación exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,000a
N de casos válidos	151	

a. Distribución binomial utilizada.
 $P = 0,00 < 0,05$

Existe diferencia en la comparación de síntomas de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del programa educativo ($p=0,00$), por lo tanto, se acepta la hipótesis que la presencia de síntomas de Estomatitis subprotésica en los participantes disminuye, en la comparación de síntomas de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del programa educativo.

Hipótesis 3

Tabla cruzada Signos pretest dicotomizado*Signos postest dicotomizado				
Recuento				
		Signos postest dicotomizado		Total
		Ausencia	Presencia	
Signos pretest dicotomizado	Ausencia	44	0	44
	Presencia	75	32	107
Total		119	32	151

Test de McNemar		
	Valor	Significación exacta (bilateral)
Prueba de McNemar		,000a
N de casos válidos	151	

a. Distribución binomial utilizada.
 $P = 0,00 < 0,05$

Existe diferencia en la comparación de signos de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del programa educativo ($p=0,00$), por lo tanto se acepta la hipótesis que la presencia de signos de Estomatitis subprotésica en los participantes disminuye, en la comparación de signos de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del programa educativo.

4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente trabajo de investigación buscó principalmente determinar la influencia de la aplicación de un programa educativo de higiene bucal y protética en la presencia de Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener, utilizando un cuestionario y una ficha clínica que se desarrolló antes y después de la aplicación del programa educativo. Para el cuestionario se consideró el nivel de conocimientos, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética, y para la Estomatitis subprotésica los síntomas, signos y diagnóstico.

En cuanto a la aplicación de un programa educativo en este trabajo de investigación, diferentes autores han coincidido, así podemos mencionar a Velásquez, J. quien realizó una investigación sobre la efectividad del programa educativo: "Niño sin caries, Niño feliz"; asimismo a Fernández, L. que aplicó un programa educativo dirigido a elevar el nivel de conocimientos sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas en alumnos del primer grado de la I.E.P seminario de San Carlos y San Marcelo, y a Torres, R. et al. quienes realizaron también una investigación sobre el efecto de un programa educativo en la prevención de la caries dental en una Institución Educativa Primaria.

Tenemos también a Tapia, R., que validó un programa educativo para mejorar el conocimiento de las madres de familia sobre salud bucal en la Institución Educativa Inicial N° 237, a Pariajulca, I. que realizó un estudio, en el cual tuvo como objetivo determinar la efectividad del programa de odontología social (POS) en el conocimiento de salud bucal de profesores, cuidadores y el estado de salud

bucal de niños en tres colegios, y a Vargas, L. que estudió la influencia de un programa educativo en el conocimiento de salud bucal en los estudiantes de la Institución Educativa N° 0255.

Por su parte, Mulet, M. et. al., evaluaron el impacto de una estrategia educativa para la salud bucal en pacientes portadores de prótesis total y parcial removible, Rangel, J. et. al., investigaron la necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor, y Torres, L., realizó una intervención educativa en la Secundaria Básica "Orlando Fernández Badell" de Santiago de Cuba, a fin de modificar sus conocimientos sobre salud bucal.

Asimismo, Rangel, M., propuso un programa preventivo-educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes del niño/a en un Centro de Educación Inicial, Cobos, I. et. al., en su investigación evaluaron la efectividad de una intervención educativa sobre la Estomatitis subprótesis en el adulto mayor, y Pereda, M. y González, F., también evaluaron la efectividad de un programa educativo sobre higiene bucal y gingivitis en embarazadas de la Policlínica Alcides Pino Bermúdez.

Por otro lado, Rodríguez, M. y Jaramillo P., efectuaron una intervención educativa en mujeres adolescentes que presentaban gingivitis, Martínez, M. et. al., para modificar el nivel de conocimientos sobre salud bucodental de los ancianos, aplicaron una intervención educativa sobre salud bucal en el Club de Adulto Mayor Unidos por la Salud, y Serrano, K. et. al., evaluaron la efectividad de la intervención educativa "Aprendo a cuidar mis dientes" en la Escuela Primaria Especial La Edad de Oro.

Por último, Páez, Y. et. al., evaluaron la efectividad de una intervención educativa referente a la caries dental en escolares de sexto grado de la escuela primaria "Dalquis Sánchez", y Crespo, L., efectuó una intervención educativa sobre el nivel de conocimientos en salud bucal en adolescentes de "Rafael Freyre".

En relación al estudio de la Estomatitis subprotésica, encontramos coincidencias con diversos investigadores, como Sotomayor, J. et. al., quienes realizaron una

investigación en la residencia de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, sobre alteraciones clínicas de la mucosa bucal en personas de la tercera edad portadoras de prótesis totales; también Rojas, L., que analizando pacientes con diagnóstico de Estomatitis subprotésica estudió las especies del género *Cándida* implicadas en Estomatitis subprotésica de pacientes del Departamento de Odontoestomatología del Centro Médico Naval, y Carreira, V. y Almagro Z., quienes investigaron la Estomatitis subprótesis en pacientes desdentados totales, en la Facultad de Estomatología del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

Asimismo, Lazarde, J., que estudió la frecuencia de aparición de Estomatitis subprotésica en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela; Noguera, G. que realizó una investigación donde determinó la frecuencia de Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de dentadura total, y Lemus, L. et. al., que estudiaron las rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal, para identificar la calidad de la prótesis como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal.

Por otra parte, Soto, A., efectuó un trabajo sobre diagnóstico y prevención de Estomatitis subprotésica en los adultos mayores portadores de prótesis totales; Moreno, J. et. al., investigaron en un estudio piloto, la situación de salud bucal y estado protésico del paciente edéntulo bimaxilar que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquía; y Cobos, I. et. al., que tuvieron como objetivo evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre la Estomatitis subprótesis en el adulto mayor.

En cuanto al instrumento utilizado en este trabajo de investigación, se encontraron coincidencias con anteriores estudios en el uso de cuestionario y ficha, como el de Velásquez, J., quien en su estudio de la efectividad del programa educativo: "Niño sin caries, Niño feliz", para medir los conocimientos utilizó cuestionarios validados por juicio de expertos, y para la higiene bucal utilizó una ficha de observación; el de Vargas, L., que en su trabajo sobre la influencia

del programa educativo en el conocimiento de salud bucal en los estudiantes de la Institución Educativa N° 0255, empleó como instrumento el cuestionario, y el trabajo de Sierra, P., que para determinar el nivel de conocimiento de salud bucal asociado a placa bacteriana en pacientes de 18 a 30 años del Puesto de Salud Huancaní aplicó una ficha de recolección de datos y la encuesta, siendo sus instrumentos validados igualmente que el nuestro, mediante juicio de expertos.

En concordancia con el presente trabajo, están los trabajos de Soto, A., que en su tesis sobre la incidencia, diagnóstico y prevención de Estomatitis subprotésica en los adultos mayores portadores de prótesis totales del barrio “Víctor Emilio Valdivieso”, realizó el diagnóstico llenando los datos en una historia clínica diseñada para conseguir la información necesaria, la cual estuvo acompañada de una encuesta, que le permitió valorar los conocimientos de los pacientes en cuanto a higiene oral y de su prótesis y asociarla a la incidencia de esta enfermedad, y el de Rodríguez, M. y Jaramillo P., que efectuaron una intervención educativa en mujeres adolescentes que presentaban gingivitis y que acudieron al Centro de Salud de la Parroquia de Conocoto y emplearon como instrumento de recolección de datos una encuesta de preguntas cerradas sobre el nivel de conocimiento de salud bucodental y un indicador de salud bucal.

Por otro lado, Fernández, L., en su estudio dirigido a elevar el nivel de conocimientos sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas en alumnos del primer grado de la I.E.P Seminario de San Carlos y San Marcelo del Distrito de Trujillo, evaluó el conocimiento sobre salud bucal antes y después de la intervención mediante un cuestionario de 25 preguntas, a través de la técnica de entrevista, y Torres, R. et al. en su estudio sobre un programa educativo en la prevención de la caries dental en la Institución Educativa Primaria 61006, para la recolección de datos utilizó la técnica de la entrevista y la observación, y como instrumento el cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, a diferencia del presente trabajo, en el cual solo se evaluó el conocimiento antes de la aplicación del programa educativo y el cuestionario fue de preguntas cerradas.

Asimismo, se encontraron diferencias con el estudio de Tapia, R., que en su estudio de validación de un programa educativo para mejorar el conocimiento de las madres de familia sobre salud bucal en la Institución Educativa Inicial N° 237, aplicó una cédula de entrevista para la prueba de entrada (pre test), seguido de la aplicación del programa educativo y finalmente aplicó nuevamente la cédula de entrevista para la prueba de salida (post test).

En similitud con este estudio Carreira, V. y Almagro Z., en su investigación sobre la Estomatitis subprótesis en pacientes desdentados totales, examinaron a los pacientes por observación directa de la mucosa palatina para constatar si mostraban macroscópicamente los signos de Estomatitis subprótesis y por medio del interrogatorio se conoció el hábito de uso de las prótesis en estos pacientes.

Entre otros autores, que a diferencia nuestra, aplicaron el cuestionario en dos oportunidades, tenemos a Torres, L., que realizó una intervención educativa en estudiantes de la Secundaria Básica "Orlando Fernández Badell" y aplicó un cuestionario, antes y después de presentar el programa de actividades educativas, a Cobos, I. et. al., que en su intervención educativa sobre la Estomatitis subprótesis en el adulto mayor, aplicaron un cuestionario diagnóstico para medir el nivel de conocimientos antes y después de la intervención, Crespo, L., que en su investigación acerca de la intervención educativa sobre nivel de conocimientos en salud bucal en adolescentes de "Rafael Freyre", realizó una encuesta antes y después de la intervención, y a Martínez, M. et. al., quienes realizaron una intervención educativa sobre salud bucal en el Club de Adulto Mayor Unidos por la Salud, con un estudio de intervención con diseño de antes y después, utilizando una planilla de recolección de datos y una entrevista estructurada, y además aplicaron cinco técnicas afectivas participativas (TAP) y evaluaron los conocimientos antes de la aplicación de las TAP.

Como resultados se obtuvo, que el nivel de conocimiento, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética de los participantes antes de la aplicación del programa educativo, en la calificación general ninguno consiguió un nivel bueno, mientras que el 2,7% alcanzó un nivel regular y el 97,3% obtuvo un nivel malo,

demostrándose un nivel muy bajo sobre higiene bucal y protética. Asimismo, antes de la aplicación del programa educativo el 70,9% de participantes presentó algún grado de Estomatitis subprotésica, mientras que luego del mismo, solo presentaron la enfermedad el 21,2%, evidenciándose la mejora en la condición de salud tras recibir el programa educativo.

Resultados similares en cuanto a lesión de la mucosa bucal, encontraron Sotomayor, J. et. al., en su investigación realizada en la residencia de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, Breña, donde determinaron que un 73,7 % presentaba en la mucosa bucal alteraciones clínicas asociadas al uso de las prótesis totales, siendo la más frecuente la Estomatitis subplaca en un 33,3, y Lemus, L. et. al., en su estudio, “Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal”, que encontraron que las lesiones bucales más frecuentes asociadas con el uso de la prótesis estomatológica fueron la Estomatitis subprótesis y queilitis comisural.

En el mismo sentido, Carreira, V. y Almagro Z., en el estudio “Estomatitis Subprótesis en pacientes desdentados totales, en la Facultad de Estomatología del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana”, encontraron que el 70 % de los pacientes estudiados presentaron una mucosa alterada, con un predominio de Estomatitis subprótesis grado II en el 44,3 % y de grado III con menor frecuencia (21,4 %). También, Noguera, G., en su investigación donde determinó la frecuencia de Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de dentadura total, encontró que un 56% de la muestra presentó Estomatitis subprotésica y que la alta frecuencia de pacientes con diferentes grados de esta enfermedad podría estar relacionada con la presencia de factores como malos hábitos de uso, higiene deficiente de la prótesis y adaptación, entre otros.

Un menor porcentaje de lesión a nivel mucoso encontró Soto, A., en la tesis sobre incidencia, diagnóstico y prevención de Estomatitis Subprotésica en adultos mayores portadores de prótesis totales, en la cual, constató la presencia de Estomatitis subprotésica en un 58% de las personas examinadas; sin embargo

en un resultado muy similar al encontrado en este estudio, detectó un bajo nivel de conocimiento acerca de higiene oral y protética con un 93,10%.

En la investigación sobre la situación de salud bucal y estado protésico del paciente edéntulo bimaxilar, Moreno, J. et. al., observaron que el 48% presentó algún tipo de Estomatitis en el arco superior y que los resultados encontrados reflejaron la falta de mantenimiento y deficiencias en los hábitos de higiene bucal y de las prótesis.

Diversos estudios también demostraron la efectividad de los programas educativos para mejorar el nivel de conocimientos, así podemos mencionar a Fernández, L., que en su estudio aplicando el programa educativo denominado Sonrisas, tuvo como resultado que el programa educativo, fue efectivo, el nivel de conocimientos de los escolares antes del programa era inadecuado pues el 59.5% y el 30.9% correspondieron a un nivel de conocimientos malo y regular, luego después del programa fue bueno y excelente con un 42.9% y 45.2%, respectivamente.

En el mismo sentido, tenemos otros autores, como Vargas, L., que en su investigación para conocer la influencia de la aplicación del programa educativo en salud bucal en los estudiantes, entre los resultados destaca que el nivel de conocimiento de salud bucal en los estudiantes antes de la aplicación del programa educativo mostraba un 29% de niños con un nivel "Regular" y después de la aplicación del programa educativo muestra un 37% de niños con un nivel "Regular" de conocimiento y 31% de niños nivel de conocimiento "Alto", y Cobos, I. et. al., quienes realizaron una intervención educativa en adultos mayores con prótesis estomatológicas, y los resultados fueron que antes de la intervención, el nivel de conocimiento predominante fue regular con un 61,2%, después de la intervención, los valores mayores se desplazaron hacia la categoría bueno (95,9%); la higiene bucal de la prótesis antes de la intervención fue regular en el 67% y después de la intervención fue buena en el 92% de los pacientes; concluyendo que los resultados favorables, obtenidos en la intervención a partir

del uso de diferentes técnicas y medios educativos, demostraron la efectividad de la estrategia utilizada y los métodos empleados para su ejecución.

En el estudio sobre evaluación de la efectividad de un programa educativo sobre higiene bucal y gingivitis en embarazadas, Pereda, M. y González, F. encontraron que al concluir la acción educativa se incrementó el nivel de conocimientos sobre gingivitis en el 45,59 % y la higiene bucal buena en 73,52 %, concluyendo que el nivel de conocimiento sobre gingivitis e higiene bucal se incrementó en la mayoría de las gestantes después de aplicar el programa educativo.

De la misma manera, Serrano, K. et. al., evaluaron la efectividad de la intervención educativa “Aprendo a cuidar mis dientes”, obteniendo que el nivel de conocimiento sobre salud bucal antes de realizar la intervención resultó ser malo en el 70,7% de los alumnos y tal como se encontró en este estudio, ninguno obtuvo un nivel bueno; mientras que después de ejecutada, el nivel bueno se incrementó a 84,5%, el autor concluyó, que la aplicación de la intervención educativa permitió incrementar, en los estudiantes el nivel de conocimientos de salud bucal; y Páez, Y. et. al., en su estudio sobre la efectividad de una intervención educativa referente a la caries dental en escolares de sexto grado, encontraron entre otras que previo a la labor educativa, el 84,5% de los participantes poseían conocimiento inadecuado en lo que respecta al correcto cepillado y su frecuencia; al realizarla, el 91,4% logró un conocimiento adecuado, concluyendo, que el nivel de conocimiento referente a caries dental era inadecuado antes de aplicar el programa educativo, luego de aplicado, la intervención educativa demostró ser un método certero, lo cual comprobó la efectividad del programa implementado.

Tenemos también a Crespo, L., que en su investigación, respecto a la intervención educativa sobre nivel de conocimientos en salud bucal en adolescentes de “Rafael Freyre”, tuvo como resultados que, antes de la instrucción, el 50% de los adolescentes presentaba un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal, y posteriormente el 86% tuvo un conocimiento adecuado. En adición, antes de la intervención, la mayoría poseía una higiene

bucal deficiente (64%) y al final de esta, una higiene bucal eficiente (72%), demostrándose que la aplicación de este programa educativo fue eficaz, según los resultados obtenidos en cuanto a la modificación de los conocimientos sobre salud bucal.

Mulet, M. et. al., en su estudio, evaluaron el impacto de una estrategia educativa para la salud bucal en pacientes portadores de prótesis total y parcial removible, logrando mejorar la información higiénico sanitaria bucal en el 74.4 % de las personas y en más de la mitad fue buena la higiene de las prótesis y aceptable la eficiencia del cepillado dental, catalogando de beneficiosas las actividades educativas realizadas. La estrategia educativa tuvo un impacto positivo en los pacientes portadores de prótesis.

Una intervención educativa fue realizada por Torres, L., en estudiantes de la Secundaria Básica "Orlando Fernández Badell" de Santiago de Cuba, a fin de modificar sus conocimientos sobre salud bucal, obteniendo que la mayoría de los jóvenes desconocían información necesaria acerca de la higiene bucal, de modo que la actividad educativa desarrollada fue oportuna y efectiva, pues aportó excelentes resultados en la transformación de los conocimientos sobre salud bucal.

Entre otros autores que encontraron resultados favorables en la aplicación de programas educativos en salud, tenemos a Velásquez, J., con el programa "Niño sin Caries niño feliz"; Torres, R. et al. con su trabajo sobre el efecto de un programa educativo en la prevención de caries dental en escolares; Tapia, R. que en su estudio en una Educativa Inicial tuvo como resultados que tras la aplicación del programa educativo se incrementaron los conocimientos sobre salud bucal de un nivel bajo a un nivel bueno, y a Pariajulca, I., que aplicó un programa en el conocimiento de salud bucal de profesores, cuidadores y el estado de salud bucal de niños y tuvo como resultados que en el grupo experimental los profesores, cuidadores y niños desarrollaron avances significativos en el conocimiento sobre salud bucal.

Y en base a los resultados, se evidencia la prioritaria aplicación de programas educativos en salud oral. En este sentido, Rangel, J. et. al., en el trabajo “Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor”, concluyeron que la higiene bucal es de vital importancia para el anciano, para evitar enfermedades orales y que la correcta higiene de la prótesis evita lesiones de las mucosas, principalmente la Estomatitis subprótesis.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- 1) Existe una influencia positiva en la aplicación del programa educativo de higiene bucal y protética en el diagnóstico de Estomatitis subprotésica, en pacientes portadores de prótesis totales en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener, disminuyendo la presencia de la enfermedad.
- 2) Existió un nivel de conocimiento, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética de los participantes malo y regular, antes de la aplicación del programa educativo.
- 3) Existe una disminución en la presencia de síntomas de Estomatitis subprotésica de los participantes, en la comparación de síntomas de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del programa educativo.
- 4) Existe una disminución en la presencia de signos de Estomatitis subprotésica en los participantes, en la comparación de signos de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del programa educativo.

5.2 RECOMENDACIONES

- 1) Desarrollar trabajos de investigación similares con población mixta, de pacientes adultos mayores portadores de prótesis totales y prótesis removibles con base acrílica.
- 2) Desarrollar trabajos de investigación similares en otras instituciones educativas y casas de reposo, con el fin de brindar conocimientos sobre el correcto uso y cuidado de las prótesis y de higiene bucal y protética a los pacientes adultos mayores portadores de prótesis totales.
- 3) Que la Dirección del Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener programe charlas sobre el correcto uso y cuidado de las prótesis y de higiene bucal y protética, en beneficio de los adultos mayores que acuden para atención a dicho centro.

- 4) Que la Dirección del Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener disponga la incorporación en la cita de instalación de una prótesis total nueva al paciente, de una sesión educativa sobre el correcto uso y cuidado de las prótesis y de higiene bucal y protética.
- 5) Que en las citas de control post instalación de las prótesis, se incida en la evaluación de la condición de higiene de boca y prótesis, y se refuerce la parte educativa con un lenguaje sencillo y de fácil comprensión para el paciente adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Assmann J. *The Mind of Egypt: History and Meaning in the Time of the Pharaohs*. London: Harvard University Press; 2002.
2. Blainey G. *A Very Short History of the World*. London: Penguin Books; 2004.
3. Hernández O. *Filosofía de la Educación*. México: Universidad Santander; 1998.
4. Asociación Interuniversitaria de Investigación Pedagógica – AIDIPE. Evaluación de Programas Educativos. *Revista de Investigación Educativa*. 2000; 18(1): 37-45.
5. Fullat O. *Filosofía de la Educación: Concepto y Límites*. EDUCAR. 1987; 11:5-15.
6. Carreira V. y Almagro Z. La Estomatitis Subprótesis en pacientes desdentados totales. *Rev. Cubana Estomatol*. 2000;37(3):133.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI [Internet]. Lima. Disponible en: <https://peru21.pe/economia/inei-mayores-60-anos-son-11-9-poblacion-411560-noticia/>; 2018.
8. Vilcahuaman J. "Oclusión en Prótesis Total". (Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2009.
9. Neto F. Masticatory efficiency in denture wearers with bilateral balanced occlusion and canine guidance. *Braz Dent J*. 2010;21(2): 165-169.
10. Corona M. *Manual instructivo de instalación y control de prótesis totales*. Cuba: Clínica Estomatológica Provincial Docente; 2007.
11. Boucher C. *Prostodoncia Total*. 10ma. Edición. México: Interamericana McGraw-Hill; 1994.
12. Heydecke G. et. al. Patient ratings of chewing ability from a randomised crossover trial: lingualised vs first premolar/canine-guided occlusion for complete dentures. *Gerodontology*. 2007;24:77-86.
13. Zhao K. et al. Diseños oclusales sobre la capacidad masticatoria y satisfacción del paciente con prótesis completa: una revisión sistemática. *Journal of Dentistry*. 2013;41: 1036-1042.

14. Abduo J. Esquemas oclusales para prótesis dentales completas: una revisión sistemática. *The International Journal of Prosthodontics*. 2013; 26(1):26-33.
15. Ohguri T. Influencia del esquema oclusal en la distribución de la presión en una prótesis completa. *The International Journal of Prosthodontics*. 1999; 12(4):353-358.
16. De Lucena S. et. al. Patients' satisfaction and functional assessment of existing complete dentures: correlation with objective masticatory function. *J Oral Rehabil*. 2011;38:440–446.
17. Winkler S. *Prostodoncia Total*. México: Nueva Editorial Interamericana; 1982.
18. Koeck B. *Prótesis Completa*. España: Ediciones Elsevier Masson; 2007.
19. Sánchez S. *Diccionario de Ciencias de la Educación*. Madrid: Diagonal Santillana; 1983.
20. Astin A. y Panos R. *The evaluation of educational programs*. 2da. Edición. Washington: Thorndike; 1971.
21. De la Orden A et. al. Desarrollo y validación de un modelo de calidad universitaria como base para su evaluación. *RELIEVE*. 1997; 3(1):1-19
22. Pariajulca I. Efectividad del programa de odontología social en el conocimiento de salud bucal de profesores, cuidadores y el estado de salud bucal de niños en tres colegios del distrito de Ventanilla durante el periodo marzo-mayo 2017 (Tesis Doctorado). Lima: Universidad Norbert Wiener; 2017.
23. Medrano C. et. al. *Evaluación de programas y de centros educativos, diez años de investigación*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia; 1995.
24. Vargas L. Influencia del programa educativo en el conocimiento de salud bucal en los estudiantes de la Institución Educativa N° 0255 - Lamas, 2018 (Tesis Maestría). Tarapoto: Universidad César Vallejo; 2018.
25. Menéndez L. La consejería de salud bucal y su utilidad para la especialidad de Prótesis Estomatológica. *Revista Cubana de Estomatología*. 2003; 40(2).
26. Giuliana G. et. al. In vitro antifungicol properlis or mouthrinses containiriy antimicrobial agents. *J Periodontal Res*. 1997; 68: 729.
27. Torres M. La clorhexidina, bases estructurales y aplicaciones en la

- Estomatología. Gaceta Médica Espirituana. 2009; 11(1):1-8.
28. Mallat E. Prótesis fija estética. España: Elsevier; 2004.
 29. Mezzomo E. Rehabilitación oral para el clínico. Caracas: AMOLCA; 2003.
 30. Díaz R. et. al. Materiales y técnicas de impresión en prótesis fija dentosoportada. Científica Dental. 2007; 4(1):71-82.
 31. Preti G. Rehabilitación Protética. 1° Edición. Torino: AMOLCA; 2004.
 32. Noguera G. Frecuencia de Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de dentaduras totales. Rev Odontol Los Andes. 2006; 1(1).
 33. Rojas L. Especies del género *Cándida* implicadas en Estomatitis subprotésica de pacientes del Departamento de Odontoestomatología del Centro Médico Naval "CMST"-2007. (Tesis Título profesional). Lima: Universidad Nacional Mayor San Marcos; 2008.
 34. Lazarde J. y Pacheco A. Identificación de especies de *Cándida* en un grupo de pacientes con candidiasis atrófica crónica. Acta Odontológica Venezolana. 2001; 39(1):13-18.
 35. Soto A. Incidencia, diagnóstico y prevención de Estomatitis Subprotésica en los adultos mayores portadores de prótesis totales del barrio "Víctor Emilio Valdivieso" del Cantón Loja, período junio-noviembre 2011. (Tesis Título profesional). Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2011.
 36. Wood K. y Goaz P. Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. 5ta. Edición. España: Harcourt Brace; 1998.
 37. Lazarde J. Estomatitis Subprotésica. Acta Odontológica Venezolana. 2001; 39(3):5-6.
 38. Sotomayor J. et. al. Alteraciones clínicas de la mucosa bucal en personas de la tercera edad portadoras de prótesis totales. Odontología Sanmarquina. 2002; 1(10): 17-22.
 39. Díaz P. Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM. (Tesis Título profesional). Lima: Universidad Nacional Mayor San Marcos; 2009.
 40. Castillo R. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor con necesidad de prótesis total. (Tesis Título profesional). Lima: Universidad Nacional Mayor San Marcos; 2011.

41. Campodónico C. et. al. Perfil de salud-enfermedad bucal y las necesidades de tratamiento de los adultos mayores de Lima urbana 2012. *Odontol. Sanmarquina*. 2013; 16(2).
42. Velásquez, J. Efectividad del Programa Educativo: niño sin caries, niño feliz, para los agentes comunitarios de salud, en el centro poblado Virgen del Carmen. (Tesis Maestría). Lima: Universidad Peruana Unión; 2015.
43. Fernández L. Programa educativo dirigido a elevar el nivel de conocimientos sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas en alumnos del primer grado de la IEP Seminario de San Carlos y San Marcelo, Distrito de Trujillo. (Tesis Maestría). Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015.
44. Torres R. y Ríos M. Efecto de un programa educativo en la prevención de la caries dental en la Institución Educativa Primaria 61006-Belén-2016. (Tesis Maestría). Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2016.
45. Tapia R. Validación de un programa educativo para mejorar el conocimiento de las madres de familia sobre la salud bucal en la Institución Educativa Inicial Nro. 237 La Rinconada, Ayaviri-Puno 2015. (Tesis Maestría). Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2016.
46. Sierra P. Nivel de conocimiento de salud bucal asociado a placa bacteriana en pacientes de 18 a 30 años del Puesto de Salud Huancaní Jauja, 2017. (Tesis Maestría). Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2018.
47. Misrachi C. y Ponce M. Influencia de la rehabilitación protésica en la salud oral del adulto mayor. *Rev Dent Chile*. 2004; 95(3):3-10.
48. Mulet M. Salud bucal en pacientes portadores de prótesis, impacto de una estrategia educativa. *Revista "Archivo Médico de Camagüey"*. 2006; 10(3).
49. Vergés E. y Corona M. Causas del rechazo de las prótesis totales en el adulto mayor. *Rev Cubana Estomatol*. 2007; 44(4).
50. Rangel J. et. al. Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor. *Rev. Cubana Estomatol*. 2009; 46(1).
51. Lemus L. et. al. Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. *Rev. Cubana Estomatol*. 2009; 46(1).

52. Moreno J. et. al. Situación de salud bucal y estado protésico del paciente edentado bimaxilar que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia: un estudio piloto. Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq. 2012; 24(1): 22-36.
53. Torres L. et. al. Modificación de conocimientos sobre salud bucal en adolescentes de la Secundaria Básica "Orlando Fernández Badell". MEDISAN. 2015; 19(3):366-372.
54. Rangel M. Programa Preventivo- Educativo de Salud Bucodental dirigidos a los padres y/o representantes del niño/a de Educación Inicial. (Tesis Maestría). Venezuela: Universidad de Carabobo; 2015.
55. Cobos I. et. al. Intervención educativa sobre estomatitis subprótesis en el adulto mayor. Correo Científico Médico. 2015; 19(3).
56. Pereda M. y González F. Intervención educativa sobre higiene bucal y gingivitis en embarazadas de la Policlínica Alcides Pino Bermúdez. Correo Científico Médico. 2015; 19(2).
57. Jaramillo J. y Rodríguez M. Efecto de educación para la salud en mujeres adolescentes entre 14 a 16 años con gingivitis y que acuden al Centro de Salud de la Parroquia de Conocoto durante el período julio – septiembre del año 2016. (Tesis Maestría). Quito: Universidad Central del Ecuador; 2016.
58. Martínez M. et. al. Intervención educativa sobre salud bucal en el Club de Adulto Mayor Unidos por la Salud. Correo Científico Médico. 2016; 20(4): 692-701.
59. Serrano K. et. al. Intervención educativa "Aprendo a cuidar mis dientes" en la escuela primaria especial La Edad de Oro. Correo Científico Médico. 2017; 21(3).
60. Páez Y. et. al. Intervención educativa sobre caries dental en escolares de sexto grado. Correo Científico Médico. 2018; 21(4).
61. Santa Cruz N. et. al. Nivel de conocimientos y prácticas sobre salud bucodental de estudiantes de posgrado de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Asunción. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2019; 17(2): 56-63
62. Crespo L. et. al. Intervención educativa sobre nivel de conocimientos en salud

- bucal en adolescentes de "Rafael Freyre". *Correo Científico Médico* 2019; 23(2): 443-458.
63. Giuliana G. et. al. In vitro activities of antimicrobial agents against *Candida* species. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1999; 87(1): 44-9.
64. Johnson G. et. al. Clinical evaluation of a nystatin pastille for treatment of denture related oral candidiasis. *J Prosthet Dent.* 1989; 61(6): 699-703.
65. Mata M. y Perrone M. La Prótesis Odontológica en la ecología de *Cándida Albicans* en cavidad bucal. *Acta Odontológica Venezolana.* 2001; 39(3).
66. Velazco G. et. al. Evidencia microscópica de la presencia de *Cándida albicans* en bases protéticas retiradas de la cavidad bucal. *Revista Cubana de Estomatología.* 2009; 46(2).
67. Delgado R. y Ayala G. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria en los distritos rurales de huachos y capillas, provincia de Castrovirreyna–Huancavelica. (Tesis Título profesional). Lima: Universidad Nacional Mayor San Marcos; 2012.
68. Rodríguez M., Arpajón Y. y Herrera I. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica. *Rev Haban Cienc Méd.* 2016; 15 (1):51-63.
69. Simone F. et. al. Avaliação do conhecimento popular, atitudes e práticas cotidianas em saúde bucal. *J Health Sci Inst.* 2015;33(2):122-129
70. Saizar P. Prótesis a placa. La Habana: Instituto Cubano del Libro; 1970.
71. Cossio T. Prótesis Estomatológica. La Habana: Pueblo y Educación; 1989.
72. Gusina A. Atlas de prótesis total y sobredentaduras. Barcelona: Masson; 1993.
73. Pardo de Vélez G. Investigación en Salud – Factores Sociales. Colombia: Mc Graw Hill; 1997.
74. Polit D y Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ta. Edición. México: MC Graw Hill; 2000.
75. Alarcón R. Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento. 2da. Edición. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2008.
76. Bernal C. Metodología de la Investigación. 2da. Edición. México: Prentice Hall;

2006.

77. Bunge M. Estrategias de la Investigación Científica. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2009.
78. Eyssautier de la Mora M. Metodología de la Investigación. Desarrollo de la Inteligencia. 5ta. Edición. México: Thomson; 2006.
79. Hernández R. et. al. Metodología de la Investigación. 2da. Edición. Bogotá: MC. Graw Hill; 1998.
80. Ander Egg E. Técnicas de Investigación Social. 2da. Edición. México: El Ateneo; 1989.

ANEXOS

Anexo 1

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA CLINICA

PRE	
POST	

1. DATOS GENERALES:

Código del paciente	
Edad	

SEXO	
Masculino	
Femenino	

GRADO DE INSTRUCCIÓN	
Sin Nivel	
Primaria	
Secundaria	
Superior Técnica	
Superior Universitaria	

2. EXAMEN:

2.1 Síntomas:

Ninguno	
Dolor en mucosa	
Sangrado en mucosa	
Ardor bucal	
Sabor desagradable	
Sequedad de la boca	
Halitosis (Mal aliento)	

2.2 Estado de adaptación de las prótesis totales

Adaptadas	
Desadaptadas	

2.3 Signos en mucosa sub protésica

Sin signos de inflamación	
Inflamación simple localizada	
Áreas eritematosas puntiformes	
Inflamación simple generalizada	
Contorno de la prótesis dibujado en mucosa	
Áreas eritematosas difusas / exudado	
Inflamación granular/ mucosa aspecto papilar	

2.4 Diagnóstico:

Mucosa con parámetros normales	
Estomatitis Subprotésica Grado I	
Estomatitis Subprotésica Grado II	
Estomatitis Subprotésica Grado III	

CUESTIONARIO

El presente instrumento forma parte del trabajo de investigación titulado: “Aplicación de un Programa Educativo de Higiene Bucal y Protética en la Estomatitis Subprotésica en pacientes portadores de Prótesis Totales en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener”. La información es de carácter confidencial y reservado, ya que los resultados serán manejados solo por el investigador. Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración, le pedimos que conteste con sinceridad, las preguntas que le presentamos a continuación, según la escala de valoración que aquí se detalla:

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

Perfil de conocimientos sobre salud bucal e higiene bucal y protética		VALORACIÓN				
		5	4	3	2	1
CONOCIMIENTOS	¿Un profesional odontólogo, le brindó información sobre la higiene y mantenimiento de su boca y de sus prótesis totales?					
	¿La limpieza diaria de sus prótesis totales es igual de importante que la de su boca?					
	¿Las prótesis totales se deterioran con el paso de los años?					
	¿Sus prótesis totales durarán más si realiza una buena higiene de estas?					

	¿La mala higiene de su boca y prótesis causan inflamación y/o enfermedades en la boca?					
	¿Su dieta debe ser baja en carbohidratos?					
Perfil de actitudes sobre higiene bucal y protética		VALORACIÓN				
		5	4	3	2	1
ACTITUDES	¿Realiza la higiene de su boca y de sus prótesis totales después de cada comida?					
	¿Cuándo realiza la higiene bucal, usted limpia: Mucosa de soporte de la prótesis, Lengua y Carrillos?					
	¿Para la higiene de su boca, usted utiliza un cepillo dental de cerdas suaves?					
	¿Cómo parte de la higiene de su boca, usted utiliza algún enjuague o colutorio antiséptico?					
	¿Para la higiene de sus prótesis totales, usted utiliza cepillo dental y agua?					
	¿Cuándo realiza la higiene de sus prótesis totales, usted limpia la parte interna y externa de la prótesis?					
	¿Cómo parte de la higiene de sus prótesis, usted utiliza alguna sustancia o líquido desinfectante?					
Perfil de hábitos sobre higiene bucal y protética		VALORACIÓN				
		4	3	2	1	

		5				
HÁBITOS	¿Ud. cambia su cepillo dental por otro nuevo máximo cada tres meses?					
	¿Retira las prótesis de la boca para dormir?					
	¿En la noche, coloca sus prótesis en un recipiente con agua?					
	¿Enjuaga sus prótesis al levantarse antes de colocárselas?					
	¿Acude a consulta con el Odontólogo dos veces al año?					
	¿Cuándo sus prótesis están móviles o desadaptadas, acude al odontólogo?					
	¿Cuándo sus prótesis sufren daño y/o fractura, acude al odontólogo?					

Anexo 2

MATRIZ DE COHERENCIA INTERNA

TÍTULO	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPOTESIS	CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	METODOLOGÍA	POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO	INSTRUMENTO
“Aplicación de un programa educativo de higiene bucal y protética en la Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener”.	<p>Problema Principal</p> <p>¿Cómo influye la aplicación de un programa educativo de higiene bucal y protética en la presencia de Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener?</p>	<p>Objetivo Principal</p> <p>Determinar la influencia de la aplicación de un programa educativo de higiene bucal y protética en la presencia de Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener.</p>	<p>Hipótesis Principal</p> <p>La aplicación de un programa educativo de higiene bucal y protética disminuye la Estomatitis subprotésica en portadores de prótesis totales en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener.</p> <p>Hipótesis Específicas</p>	<p>Variable independiente</p> <p>Aplicación del programa educativo de higiene bucal y protética</p> <p>Variable dependiente</p> <p>Presencia de Estomatitis subprotésica.</p>	<p>Conocimientos</p> <p>Actitudes</p> <p>Hábitos</p> <p>Grado I</p> <p>Grado II</p> <p>Grado III</p>	<p>Tipo</p> <p>Explicativo</p> <p>Método</p> <p>Ex post facto</p> <p>Nivel</p> <p>Aplicativo</p> <p>Diseño</p> <p>M1: Oy(f)Ox</p>	<p>Población</p> <p>250 adultos mayores</p> <p>Muestra</p> <p>151 adultos mayores</p>	<p>Ficha clínica y Cuestionario</p>

	<p>Problemas Específicos</p> <p>1) ¿Cuál es el nivel de conocimiento, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética de los participantes antes de la aplicación del programa educativo?</p> <p>2) ¿Cómo es la presencia de síntomas de Estomatitis subprotésica de los participantes, en la comparación de síntomas de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>1) Determinar el nivel de conocimiento, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética de los participantes antes de la aplicación del programa educativo.</p> <p>2) Determinar la presencia de síntomas de Estomatitis subprotésica de los participantes, en la comparación de síntomas de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del</p>	<p>1) Existe un nivel de conocimiento, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética malo de los participantes antes de la aplicación del programa educativo.</p> <p>2) La presencia de síntomas de Estomatitis subprotésica de los participantes disminuye, en la comparación de síntomas de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del programa educativo.</p>					
--	---	---	--	--	--	--	--	--

	<p>programa educativo?</p> <p>3) ¿Cómo es la presencia de signos de Estomatitis subprotésica en los participantes, en la comparación de signos de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del programa educativo?</p>	<p>programa educativo.</p> <p>3) Determinar la presencia de signos de Estomatitis subprotésica en los participantes, en la comparación de signos de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del programa educativo.</p>	<p>3) La presencia de signos de Estomatitis subprotésica en los participantes disminuye, en la comparación de signos de la enfermedad presentes antes y después de la aplicación del programa educativo.</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anexo 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTO

Después de revisado el instrumento del trabajo de investigación titulado Aplicación de un Programa Educativo de Higiene Bucal y Protética en la Estomatitis Subprotética en pacientes portadores de prótesis totales en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener, Cercado de Lima – Perú, es valiosa su opinión acerca de lo siguiente:

50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100

1. ¿En qué porcentaje estima Usted que con esta prueba se logrará el objetivo propuesto?
2. ¿En qué porcentaje considera que las preguntas están referidas a los conceptos del tema?
3. ¿Qué porcentaje de las interrogantes planteadas son suficientes para lograr los objetivos?
4. En qué porcentaje, las preguntas de la prueba son de fácil comprensión?
5. ¿Qué porcentaje de preguntas siguen secuencia lógica?
6. ¿En qué porcentaje valora Usted que con esta prueba se obtendrán datos similares en otras muestras?

SUGERENCIAS

1. ¿Qué preguntas considera Usted deberían agregarse?
Ninguna.....
2. ¿Qué preguntas estima podrían eliminarse?
Ninguna.....
3. ¿Qué preguntas considera deberán reformularse o precisarse mejor?
Ninguna.....

Fecha: 12 de febrero del 2019

Validado por:

Esp. CD. Jorge Luis Mezzich Gálvez
Doctor en Salud Pública



Firma:

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTO

Después de revisado el instrumento del trabajo de investigación titulado Aplicación de un Programa Educativo de Higiene Bucal y Protética en la Estomatitis Subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener, Cercado de Lima – Perú, es valiosa su opinión acerca de lo siguiente:

50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100

- | | |
|--|-------------------------|
| 1. ¿ En qué porcentaje estima Usted que con esta prueba se logrará el objetivo propuesto? | () () () () () (X) |
| 2. ¿En qué porcentaje considera que las preguntas están referidas a los conceptos del tema? | () () () () () (X) |
| 3. ¿Qué porcentaje de las interrogantes planteadas son suficientes para lograr los objetivos? | () () () () () (X) |
| 4. En qué porcentaje, las preguntas de la prueba son de fácil comprensión? | () () () () (X) () |
| 5. ¿Qué porcentaje de preguntas siguen secuencia lógica? | () () () () (X) () |
| 6. ¿En qué porcentaje valora Usted que con esta prueba se obtendrán datos similares en otras muestras? | () () () () () (X) |

SUGERENCIAS

1. ¿Qué preguntas considera Usted deberían agregarse?
Ninguna.....
2. ¿Qué preguntas estima podrían eliminarse?
Ninguna.....
3. ¿Qué preguntas considera deberán reformularse o precisarse mejor?
Ninguna.....

Fecha: 24 de febrero del 2019

Validado por:

Esp. CD. Anita Kori Aguirre Morales
Doctora en Salud Pública

Firma


Anita K. Aguirre Morales
Chusayo - Cuzco
Especialista en Periodoncia
C.D.P. 7727 R.N.E. 124

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTO

Después de revisado el instrumento del trabajo de investigación titulado Aplicación de un Programa Educativo de Higiene Bucal y Protética en la Estomatitis Subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener, Cercado de Lima - Perú, es valiosa su opinión acerca de lo siguiente:

Menos de	50	60	70	80	90	100
1. ¿En qué porcentaje estima Usted que con esta prueba se logrará el objetivo propuesto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2. ¿En qué porcentaje considera que las preguntas están referidas a los conceptos del tema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3. ¿Qué porcentaje de las interrogantes planteadas son suficientes para lograr los objetivos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. En qué porcentaje, las preguntas de la prueba son de fácil comprensión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Qué porcentaje de preguntas siguen secuencia lógica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿En qué porcentaje valora Usted que con esta prueba se obtendrán datos similares en otras muestras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

SUGERENCIAS

1. ¿Qué preguntas considera Usted deberían agregarse?

NINGUNA.....

2. ¿Qué preguntas estima podrían eliminarse?

NINGUNA.....

3. ¿Qué preguntas considera deberán reformularse o precisarse mejor?

NINGUNA.....

Fecha: 9 de enero del 2019

Validado por:

Esp. CD. Brenda Roxana Vergara Pinto
Doctora en Salud Pública

Firma:.....



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTO

Después de revisado el instrumento del trabajo de investigación titulado Aplicación de un Programa Educativo de Higiene Bucal y Protética en la Estomatitis Subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener, Cercado de Lima – Perú, es valiosa su opinión acerca de lo siguiente:

Menos de	50	60	70	80	90	100
1. ¿ En qué porcentaje estima Usted que con esta prueba se logrará el objetivo propuesto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿En qué porcentaje considera que las preguntas están referidas a los conceptos del tema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Qué porcentaje de las interrogantes planteadas son suficientes para lograr los objetivos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. En qué porcentaje, las preguntas de la prueba son de fácil comprensión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Qué porcentaje de preguntas siguen secuencia lógica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿En qué porcentaje valora Usted que con esta prueba se obtendrán datos similares en otras muestras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

SUGERENCIAS

1. ¿Qué preguntas considera Usted deberían agregarse?
NINGUNA.....
2. ¿Qué preguntas estima podrían eliminarse?
NINGUNA.....
3. ¿Qué preguntas considera deberán reformularse o precisarse mejor?
NINGUNA.....

Fecha: 19 de febrero del 2019

Validado por:

Esp. CD. Lorenzo Menacho Ángeles

Doctor en Estomatología

Firma: 

Anexo 4

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

CARGO

Solicita autorización para desarrollar Trabajo de Investigación de un Programa Educativo

Directora de la Escuela Académico Profesional de Odontología
Doctora Brenda Vergara Pinto
Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Norbert Wiener
Av. Arequipa 440
Cercado de Lima

De mi consideración;

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con la finalidad de hacer de su conocimiento que el suscrito, domiciliado en Calle Fernando León 156, Urb. Vista Alegre, Distrito de Santiago de Surco, con número de teléfono 951896625 / 2736498 y Correo electrónico: aletor11@hotmail.com, es de profesión Cirujano Dentista con Colegio Odontológico del Perú N° 10988, Especialista en Rehabilitación Oral con Registro Nacional de Especialista N° 1538 y Magíster en Estomatología.

Asimismo, soy egresado del Doctorado en Salud Pública de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega y he elaborado el Proyecto de Investigación titulado "APLICACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE HIGIENE BUCAL Y PROTÉTICA EN LA ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS TOTALES EN EL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD NORBERT WIENER".

Al respecto, en este trabajo de investigación se considera aplicar un instrumento de recolección de datos, dos veces (antes y después de la aplicación del Programa Educativo), lo cual implica realizar dos encuestas y dos evaluaciones bucales a los pacientes, todo esto en forma anónima y sin exposición impresa o digital de la identidad de los participantes.

Esta investigación surgió debido al alto porcentaje de presencia de Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales y a que existen pocos estudios sobre ello en nuestro medio. Asimismo este trabajo será de mucha utilidad para los pacientes con dicha patología y para la práctica profesional, ya que permitirá aplicar y evaluar medidas terapéuticas y preventivas en casos de Estomatitis subprotésica en base a una adecuada higiene bucal y protética, evitando así el uso indiscriminado y continuo de medicamentos.

Por las razones antes expuestas, solicito a Ud. tenga a bien autorizar que el suscrito, efectúe el desarrollo y recolección de la muestra de este trabajo de investigación en el Centro Odontológico de la Universidad Norbert Wiener que usted dirige, en el período de julio a diciembre 2019, lo cual, con seguridad será de beneficio para los adultos mayores que se atienden en ese prestigioso Centro.

Es gracia que espero alcanzar.

Lima, 4 de junio del 2019


Alex Horacio Torres Tataje
DNI. 09861939

Anexos:

1. Título, Objetivo y Población de la Investigación
2. Instrumento de Recolección de Datos (Historia Clínica y Encuesta para pacientes)



Anexo 5

AUTORIZACIÓN DE UNIVERSIDAD NORBERT WIENER



Universidad
Norbert Wiener

Lima, 14 de junio de 2019

Carta N°012-06-2019-EAP-ODON-UPNW

Mg.
Alex Torres Tataje

Presente.-

De mi consideración

Es grato dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente y a la vez brindarle la autorización correspondiente para acceder y recolectar sus datos estadísticos en el Centro Odontológico de la EAP de Odontología con la finalidad de que pueda desarrollar su trabajo de investigación titulado "APLICACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE HIGIENE BUCAL Y PROTÉTICA EN LA ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS TOTALES EN EL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD NORBERT WIENER".

Sin otro en particular, me despido.

Atentamente,



Dr. Javier Esteban Vargas Pata
Director EAP Odontología
Universidad Norbert Wiener (Unidad) Norbert Wiener SA

Anexo 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El propósito de este documento es informarle sobre el trabajo de investigación titulado “APLICACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE HIGIENE BUCAL Y PROTÉTICA EN LA ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS TOTALES EN EL CENTRO ODONTOLÓGICO DE LA UNIVERSIDAD NORBERT WIENER” y solicitar su consentimiento. De aceptar, el investigador se quedará con una copia firmada de este documento, mientras que a usted se le entregará una copia del mismo.

La presente investigación será conducida por el Mg. Esp. CD. Alex Torres Tataje, de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. El Objetivo de este estudio es determinar la influencia de la aplicación de un programa educativo de higiene bucal y protética en la presencia de Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales.

Si usted accede a participar en este estudio, se llenará una hoja como Ficha Clínica con datos de su evaluación bucal en dos oportunidades, antes y después de su participación en el programa educativo de higiene bucal y protética, y se le pedirá también responder preguntas de un Cuestionario.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Las hojas de sus respuestas estarán codificadas, usando un número para identificación y, por lo tanto, serán anónimas. No se efectuarán registros de imagen o sonido, donde se ponga en evidencia su identidad, sin su expreso consentimiento.

La participación es de carácter voluntario y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio. Si tuviera alguna consulta sobre la investigación, puede formularla cuando lo estime conveniente.

Desde ya le agradecemos su participación.

Si está de acuerdo con los puntos anteriores, complete sus datos a continuación:

Nombre y Apellidos: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Firma del investigador

Anexo 7

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE HIGIENE BUCAL Y PROTÉTICA

La investigación se dividió en 3 etapas: diagnóstica, de intervención y de evaluación.

1. Etapa Diagnóstica:

Se aplicó una Ficha Clínica pre test, para registrar los síntomas, signos y diagnóstico de la enfermedad, y un Cuestionario de 20 preguntas, que permitió determinar el nivel de conocimiento, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética que poseían los participantes.

Al Cuestionario se le otorgó un puntaje máximo de 100, según el siguiente detalle:

SIEMPRE (5) x 20 = 100	CASI SIEMPRE (4) x 20 = 80	A VECES (3) x 20 = 60	CASI NUNCA (2) x 20 = 40	NUNCA (1) x 20 = 20
------------------------------	----------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	---------------------------

Se consideró un nivel de conocimiento, actitudes y hábitos sobre higiene bucal y protética "BUENO" cuando el participante obtuvo de 100 a 80 puntos, "REGULAR" entre 79 a 60 puntos y "MALO" al alcanzar menos de 60 puntos en la calificación general.

2. Etapa de Intervención:

Se puso en práctica el "Programa educativo de higiene bucal y protética en la Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales". La intervención se realizó mediante la aplicación del programa a través de técnica expositiva, demostrativa, afectivo-participativa y lúdica. Se llevó a cabo por grupos, con una frecuencia de dos veces por semana, de duración variable según las intervenciones y/o preguntas de los participantes.

Cada persona participó una vez del programa y se le entregó una bolsa con los siguientes materiales: un cepillo dental de cerdas suaves, un frasco de 100 ml. con

jabón neutro líquido, tres pastillas limpiadoras de prótesis, cuatro cremas dentales pequeñas, cuatro jabones de tocador pequeños y un tríptico del programa educativo.

El programa fue estructurado en tres módulos:

MÓDULO EDUCATIVO I: Conocimientos sobre salud bucal e higiene bucal y protética

- Importancia de recibir información de un odontólogo, sobre higiene bucal y sobre el mantenimiento en condiciones saludables de la boca y las prótesis totales.
- Importancia de la limpieza diaria de la cavidad bucal y de las prótesis totales.
- Deterioro progresivo de las prótesis totales con el paso de los años.
- Importancia de una buena higiene de las prótesis totales para una mayor duración de las mismas
- Enfermedades en la boca debido a la mala higiene bucal y protética.
- Dieta baja en carbohidratos

MÓDULO EDUCATIVO II: Actitudes sobre higiene bucal y protética

- Importancia de la higiene bucal y protética después de cada comida.
- Zonas de limpieza durante la higiene bucal diaria.
- Tipo de materiales, cepillo y cerdas para realizar la higiene bucal diaria.
- Uso de enjuagues o colutorios antisépticos como parte de la higiene bucal diaria.
- Tipo de materiales, cepillo y cerdas para realizar la higiene diaria de las prótesis totales.
- Zonas de limpieza durante la higiene diaria de las prótesis totales.
- Uso de sustancias o líquidos desinfectantes como parte de la higiene de las prótesis totales.

MÓDULO EDUCATIVO III: Hábitos sobre higiene bucal y protética

- Tiempo de uso del cepillo dental y de renovación del mismo.

- Retiro de las prótesis de la boca para dormir.
- Colocación de las prótesis totales en recipiente con agua, al retirarlas.
- Enjuague de las prótesis totales antes de colocárselas.
- Importancia de acudir a consulta con el odontólogo dos veces al año.
- Importancia de acudir al odontólogo, cuando las prótesis están móviles o desadaptadas.
- Importancia de acudir al odontólogo, cuando las prótesis sufren algún daño y/o fractura.

3. Etapa de Evaluación:

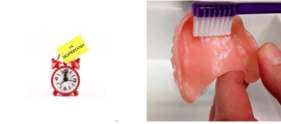
Luego de un mes de la aplicación del programa educativo al participante, nuevamente se realizó una Ficha Clínica post test, para registrar los síntomas, signos y diagnóstico de la Estomatitis subprotésica en comparación con la Ficha Clínica pre test.

APLICACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO

¿Sabes cómo limpiar tus prótesis?

Para mantener tus prótesis limpias, debes seguir estas recomendaciones:

1. Colócate las prótesis por las mañanas al despertar, pero antes límpialas y enjuágalas.



2. DESPUÉS DE CADA COMIDA, retira la prótesis y cepíllala con jabón neutro y agua, por la parte interna y externa.



Asimismo, con un cepillo de cerdas suaves, limpia tus mucosas, lengua y carrillos para eliminar restos de comidas.

¡NO OLVIDES CAMBIAR TU CEPILLO CADA TRES MESES!

3. Debes SACARTE LAS PRÓTESIS ANTES DE DORMIR y colócalas en un vaso con agua.



El uso de prótesis al dormir, adelgaza tus huesos alveolares y lastima tu mucosa bucal, afectando el soporte y sostén de tus prótesis.



Tip!!

Existen en el mercado pastillas limpiadoras de prótesis, que colocadas en un vaso con agua, ayudan a una limpieza profunda sin dañar las prótesis y pueden ser usadas todos los días.



PROGRAMA EDUCATIVO PACIENTE PORTADOR PRÓTESIS TOTALES



¿Tienes conocimiento sobre higiene de tu boca y prótesis?

¿Cuidas y limpias a diario tus prótesis y boca?

¿Visitas al Odontólogo regularmente?

Módulos educativos para el Adulto Mayor sobre higiene bucal y protética

Mg. Alex Torres Tataje
Cirujano Dentista
Especialista en Rehabilitación Oral
COP 10988 RNE 1538

¿Por qué usar prótesis dentales?

El hecho de haber perdido tus dientes no significa que no puedes volver a comer y sonreír.

1. Te da CALIDAD DE VIDA! Ya que podrás sonreír, comer, hablar, etc., sin que nadie note la ausencia de tus dientes.



2. Te permite triturar tus alimentos. Pero es importante que incorpores en tu rutina alimenticia el tenedor y cuchillo, para ingerir trozos pequeños que faciliten la masticación.



3. Además de función y estética, te da salud! El uso de prótesis con una adecuada altura de los dientes, evita la aparición de hongos y lesiones en los ángulos labiales y evita problemas en la articulación mandibular.



4. Es muy importante saber cómo cuidar las prótesis y las indicaciones deben ser de un Odontólogo. La correcta y continua limpieza de las prótesis hará que estas tengan una mayor duración y se evite la aparición de enfermedades bucales debido a una mala higiene.



Visita a tu odontólogo dos veces al año, para que evalúe el estado de tus prótesis y boca

¿Te quedan "seltas" tus prótesis?

La mayoría de pacientes, pasado un tiempo de uso, empiezan a sentir un poco desadaptadas o "seltas" sus prótesis, es por ello que debe visitar a su Odontólogo, para para que pueda revisar el estado de las mismas y recomendarle el tratamiento más indicado.



Existen en el mercado unos productos llamados "adhesivos para prótesis", para "PEGAR" las prótesis a sus mucosas y puedas sentir las más fijas.



Los "adhesivos para prótesis" no son para todos los casos y su uso sólo debe ser indicado por un Odontólogo.



