

“HÁBITOS Y PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS TOTAL ANTE LA HIGIENE BUCAL Y PROTÉSICA PREVIO A SER REHABILITADOS E INSTRUIDOS EN LAS CLÍNICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA EN EL AÑO 2,012”

Tesis presentada por:

María José Ordoñez Stalling

Ante el Tribunal Examinador de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que practicó el Examen General Público previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, septiembre de 2013

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. José Fernando Ávila González
Vocal Segundo:	Dr. Erwin Ramiro González Moncada
Vocal Tercero:	Dr. Jorge Eduardo Benítez De León
Vocal Cuarto:	Br. Héctor Gabriel Pineda Ramos
Vocal Quinta:	Br. Aurora Margarita Ramírez Echeverría
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

TRIBUNAL QUE PRESIDÓ EL ACTO DE GRADUACIÓN

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. Erwin Ramiro González Moncada
Vocal Segundo:	Dra. Marlen Esther Melgar Girón
Vocal Tercero:	Dra. Julieta María Medina Galindo de Lara
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

ACTO QUE DEDICO A:

A DIOS Y A LA VIRGEN MARÍA:

Porque hacen que lo imposible sea posible. Por darme la vida, por permitirme alcanzar esta meta, por cuidarme en cada paso de mi vida. Por concederme fortaleza, serenidad y humildad en cada momento, por colocar en mi camino a personas especiales que me han brindado apoyo, amistad, amor y consejo.

A MIS PADRES:

Conrado Estuardo Ordoñez Ortega y Norma Guadalupe Caal-Stalling de Ordoñez. Por ser ejemplo de honestidad, perseverancia y humildad. Por ser mi inspiración día a día para no fallar en mis estudios. Gracias por el amor, el esfuerzo, sacrificio y apoyo incondicional para alcanzar este triunfo que es también de ustedes. Sin su ayuda no hubiera sido posible. Papá: gracias por ser tan servicial y atento conmigo, por tratarme como una reina y tenerme mucha paciencia. Mamá: me siento muy orgullosa de tener una mamá como tú, eres mi ejemplo a seguir, infinitas gracias por todo lo que hacer por mi hermano y por mí.

A MI HERMANO:

José Estuardo, por ser mi amigo, confidente y apoyarme siempre. Por estar conmigo tanto en las buenas como en las malas.

A MI SOBRINO:

Sebastian, por ser la alegría y unión de la familia, por tu inocencia, por darme el privilegio de ser tu tía favorita.

A MIS ABUELITOS:

Factor (Q.E.P.D), Imelda (Q.E.P.D), Margarita, Hermelindo, Mamá Nova y Papa Mario. Por su ejemplo de vida, por sus consejos llenos de sabiduría, amor y ejemplo.

A MI FAMILIA:

Primos, tíos y tías. Por cada consejo y palabra de ánimo. Por todo su cariño y por estar al pendiente de mí siempre.

A MIS AMIGOS:

Byron, Joe, Vilma Ray, José Miguel, Josué, Bianca, Luis, Marimar, Majitos, Anushka, Ángela, Roberto, Mauri, Wendy, Mishell, Nelly, Vilma Jofre, Jackson, Braude, Hector, Fernando y Kevin. Gracias por su amistad, compañerismo y lealtad. Por su apoyo incondicional. Por compartir momentos inolvidables, haciendo de esta una de las mejores etapas de mi vida.

A JAIME DEL VALLE:

Por tus consejos, apoyo incondicional, paciencia, cariño y atenciones.

A LAS FAMILIAS:

De León Fajardo, Vicente López, Villatoro Girón, García Pacay, Bosarreyes Véliz, Ponce Ramírez, Bonatto Martínez, Jofre Ortiz, Del Valle Vega. Por abrirme las puertas de sus hogares y hacerme sentir como en casa.

A MIS CATEDRÁTICOS:

Por ser parte importante en mi formación profesional, por su tiempo, paciencia y dedicación para compartir sus conocimientos. Especialmente a la Dra. Ana María Interiano, Dr. Ricardo Arreola, Dr. Ricardo León, Dra. Sindy Roman, Dr. Julio Montenegro, Dr. Erwin González Moncada, Dr. Gustavo Leal, Dr. Miguel Alfredo Quevedo, Dr. Ricardo Catalán, Dr. Victor Hugo Lima, Dra. Patricia Hernandez, Dr. Erick Hernandez, Dr. Victor Hugo de León, Dr. Horacio Mendía, Dr. Linton Grajeda, Dr. Luis Fernando Ramos, Dr. Henry Cheesman y Dra. Lucrecia Chinchilla.

A MIS PACIENTES:

La familia Sandoval Yax, don Leonel, doña Rosa Amanda, doña Marina, Emily. Por su ayuda, comprensión, consejos y palabras de ánimo. Porque además de haber sido buenos pacientes se convirtieron en grandes ejemplos para mi vida.

A TODO EL PERSONAL DE LA FACULTAD:

Lili, Roxy, Viole, Gaby, Chepe, doña Sofí, don Chepe, doña Julia, don Fernando. Por la paciencia, ayuda y apoyo en mis correrías. Porque sin su trabajo la facultad no sería la misma.

A MI LUGAR DE EPS:

Ciudad Vieja, Sacatepéquez. Por hacer de mi EPS una experiencia única. Especialmente a mi asistente Alba Hernández por ser mi brazo derecho, por escucharme, por su paciencia, por su cariño y confianza.

A USTED:

Por su presencia en este día tan importante en mi vida.

TESIS QUE DEDICO A:

A DIOS Y LA VIRGEN MARÍA

Por concederme la sabiduría para realizar este trabajo.

A MI PATRIA GUATEMALA

Tierra que me vio nacer.

A MIS CASAS DE ESTUDIO:

COLEGIO BILINGÜE DE INFANTES, COLEGIO VERBO, COLEGIO COBÁN, INSTITUTO
NORMAL MIXTO DEL NORTE "EMILIO ROSALES PONCE". COBÁN, ALTA VERAPAZ
A LA TRICENTENARIA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Por ser forjadores de mis conocimientos

A MI COMPAÑERA DE TESIS

María José Vicente López, porque sin tu ayuda no hubiera sido posible llevar a cabo este trabajo.

A MIS ASESORES DE TESIS

Dra. Julieta Medina, Dra. Marlen Melgar y Dr. Victor Hugo Lima

Por su orientación y ayuda brindada.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a consideración mi trabajo de tesis titulado: **“HÁBITOS Y PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS TOTAL ANTE LA HIGIENE BUCAL Y PROTÉSICA PREVIO A SER REHABILITADOS E INSTRUIDOS EN LAS CLÍNICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA EN EL AÑO 2,012”**, conforme lo demandan las normas del proceso administrativo para la promoción de los estudiantes de grado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al Título de:

CIRUJANA DENTISTA

Quiero expresar mi agradecimiento a todas las personas que me brindaron su ayuda en la elaboración del presente trabajo de tesis, en especial a mis asesores Dra. Julieta María Medina Galindo, Dra. Marlen Esther Melgar Girón y Dr. Victor Hugo Lima Sagastume, por su valiosa orientación y dedicación en la realización de esta investigación.

Y a ustedes, distinguidos Miembros del Honorable Tribunal Examinador, reciban mis más altas muestras de consideración y respeto.

ÍNDICE

I.	SUMARIO	1
II.	INTRODUCCIÓN	2
III.	ANTECEDENTES	3
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
V.	JUSTIFICACIÓN	7
VI.	MARCO TEÓRICO	8
VII.	OBJETIVOS	30
VIII.	VARIABLES	31
IX.	METODOLOGÍA	34
X.	ÉTICA EN INVESTIGACIÓN	36
XI.	RESULTADOS	37
XII.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	59
XIII.	CONCLUSIONES	62
XIV.	RECOMENDACIONES	64
XV.	LIMITACIONES	65
XVI.	BIBLIOGRAFÍA	66

I. SUMARIO

Se realizó la presente investigación para determinar los hábitos y la percepción que tenían los pacientes portadores de prótesis total ante la higiene bucal y protésica previo a ser rehabilitados e instruidos en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 2012. El estudio fue de carácter descriptivo, transversal y por conveniencia.

Se seleccionó una muestra de cuarenta pacientes tomando en cuenta criterios de selección como: personas de ambos sexos que utilizarán prótesis total en una o ambas arcadas, que aceptarán por medio de un consentimiento informado participar en la investigación y que posteriormente serán rehabilitados en el área clínica de prótesis total de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Se procedió a realizar una encuesta de veinte preguntas abiertas y cerradas. Los datos obtenidos se tabularon y se realizaron los cálculos estadísticos para obtener los resultados y su representación gráfica posterior.

Al finalizar el estudio se logró concluir que un alto porcentaje de pacientes portadores de prótesis total, si practican hábitos de higiene bucal; considerando importante la limpieza de su boca y prótesis. Sin embargo, hace falta reforzar conocimientos principalmente en lesiones causadas por el uso prolongado de prótesis y falta de higiene, enseñarles el por qué de estas recomendaciones y darles más alternativas de limpieza, con el fin de conservar la salud del sistema masticatorio y funcionalidad de la prótesis.

II. INTRODUCCIÓN

Los conocimientos e ideas de un individuo acerca de higiene bucal y protésica van a depender mucho de la información que el paciente reciba de su entorno y esto influirá de manera considerable en los hábitos que adopte. No existen muchos antecedentes que se enfatizan en esto, sin embargo sí se ha investigado acerca del nivel de conocimientos que el paciente obtiene después de ser capacitado, pero con los años esa información o indicaciones para el uso de su prótesis total y medidas de higiene se pierden u olvidan. Por lo tanto surgen las interrogantes: ¿Cuáles son los hábitos y la percepción que tienen los pacientes portadores de prótesis total ante la higiene bucal y protésica previo a ser rehabilitados e instruidos en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala?, ¿Qué papel juega el odontólogo practicante en educar e instruir a los pacientes?, ¿Qué métodos y herramientas son utilizadas para la higiene bucal y protésica?. Esto servirá para poder mejorar la implementación de las nuevas instrucciones a los pacientes.

La higiene bucal y protésica adecuada puede evitar patologías, pero esto no es un conocimiento aislado. El paciente tiene que estar consciente que los años harán cambios en su cavidad bucal y su estado sistémico también puede influir en ello.

Los hábitos higiénicos que el paciente lleve a cabo y realice de buena manera es la clave para el éxito y prevención de enfermedades.

III. ANTECEDENTES

Los hábitos de higiene bucal son indispensables para mantener la salud oral de la persona que los practica, es por ello que la adopción de estos comportamientos deben ser guiados y basados en la forma más práctica, efectiva y eficiente. Esta información debe dirigirse a todas las personas involucradas en el proceso de la rehabilitación oral, entre ellos: el odontólogo practicante, el paciente y, en algunos casos a los familiares, realizando una acción coordinada basada en información sobre qué hacer y cómo hacerlo, identificando todas aquellas cuestiones que puedan mejorar y establecer los hábitos correctos ya que la educación del paciente es crítica para el éxito de las nuevas prótesis totales. (3,23)

“Los pacientes deben estar convencidos de la importancia de mantener una buena higiene tal como lo ha establecido el odontólogo para la salud de la cavidad bucal ya que al no realizarlo pueden existir factores irritantes que se acumulan en las dentaduras como lo harían en una boca de pacientes dentados que pueden causar alteraciones, tales como estomatitis por prótesis, hiperplasia papilar inflamatoria”. (23)

De acuerdo a Ana Karina Juárez, (9) quien en su trabajo de tesis abordó el programa de salud bucal dirigido a pacientes totalmente edéntulos, el cual se desarrolló con una muestra de 29 personas, las cuales fueron citadas en la clínica por medio de un telegrama. Se efectuaron evaluaciones iniciales y finales, tanto de conocimiento como evaluaciones clínicas. En ambos grupos los resultados de las evaluaciones finales reflejaron un mejoramiento ostensible con respecto a las iniciales. Cabe destacar que en la cita de reevaluaciones del programa asistieron 24 personas.

Algunos de los objetivos en dicho estudio fueron:

- a. Elaborar un programa en educación sobre salud bucal, dirigido a pacientes totalmente edéntulos.
- b. Educar y concientizar al grupo de personas totalmente edéntulas, sobre los problemas y enfermedades más comunes en la cavidad bucal derivados del uso de prótesis total.
- c. Demostrar los pasos a seguir para lograr la conservación de una buena higiene oral y de las prótesis totales.

Los resultados indicaron que las personas totalmente edéntulas son capaces de asimilar y aplicar nuevos conocimientos para el bienestar bucal. Para ser el primer programa en salud bucal llevado a cabo en esta población y en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos, se obtuvieron resultados positivos.

Dentro de las recomendaciones en ese estudio se encuentran:

- a) Proporcionar más información acerca de higiene bucal para la población rehabilitada con prótesis total por parte de los odontólogos practicantes durante el periodo de rehabilitación.
- b) Hacer conciencia a los profesionales a proyectarse a esta población, que por falta de educación pierde la salud bucal.

Según Loarca, ⁽¹⁴⁾ quien evaluó los conocimientos adquiridos por pacientes totalmente edéntulos, sobre indicaciones para el uso de prótesis total, atendidos en las clínicas de la Facultad de Odontología, concluyó que los conocimientos que poseen los pacientes que fueron atendidos en las clínicas de la Facultad de Odontología, no es aceptable. Dicho trabajo fue realizado en pacientes que fueron atendidos en el año de 1997, a quienes se citó mediante telegrama. A la cita asistieron 30 personas. Quienes fueron evaluadas por medio de una entrevista, en la cual se indagó sobre las indicaciones para el uso de su prótesis total. El objetivo fue estimar si los pacientes conocían las indicaciones y limitaciones para el uso de su prótesis total y a la vez se estimó si el estudiante proporcionaba las indicaciones sobre el uso de dichas prótesis para la conservación de los tejidos remanentes saludables. El autor concluyó que el conocimiento acerca de las indicaciones para el uso de prótesis total que poseen los pacientes que fueron atendidos en las clínicas de la Facultad de Odontología, no es aceptable, ya que el 70% de ellos tenían un conocimiento inadecuado sobre las indicaciones, un 30 % poseían conocimiento regular y ningún paciente tuvo un conocimiento aceptable, tomando en cuenta que las indicaciones si fueron proporcionadas por parte del odontólogo practicante. Además indica el autor que un gran porcentaje de los pacientes expresaron que varias o todas las indicaciones les fueron proporcionadas, y un grupo reducido no recordaban si les fueron proporcionadas. Dentro de las recomendaciones, el autor hace referencia a la insistencia que se hizo en cada indicación brindada, para que el paciente conociera en realidad la utilidad. Además se consideró necesario brindar al paciente un instructivo escrito para que él lo utilice cuando sea necesario.

De acuerdo a Blanco, ⁽³⁾ quien *evaluó los conocimientos sobre la higiene y conservación de las prótesis en los pacientes que las utilizan, de uno u otro sexo, con edades entre 19 y 65 años, que pertenecían a la clínica de Santa Catalina del municipio 10 de Octubre de Ciudad de la Habana, Cuba. Identificó varias necesidades de aprendizaje en base a ciertos objetivos, dentro de los cuales están:*

- a. Determinar el nivel de conocimiento sobre la higiene y conservación de las prótesis en pacientes portadores.
- b. Identificar las necesidades de aprendizaje.
- c. Proponer una estrategia educativa según los resultados obtenidos.
- d. Modificar los conocimientos y habilidades para mejorar la higiene y conservación de las prótesis y dientes.

Al haber analizado las discrepancias entre lo que deben conocer y lo que realmente hacen los pacientes portadores de prótesis, sobre higiene y conservación de sus aparatos, se comprobó que no conocen los elementos fundamentales para realizar una correcta higiene y conservación de sus prótesis.

Las necesidades de aprendizajes identificadas fueron:

- Forma de higienizar la prótesis
- Frecuencia de cepillado de prótesis y dientes naturales
- Momento de la reconsulta
- Necesidad de retirar la prótesis durante el sueño
- No saben ni practican el autoexamen bucal

La estrategia propuesta incluye actividades educativas que informen, motiven y enseñen el cuidado de la prótesis, mediante técnicas y materiales educativos que permitan cambiar la situación actual de salud de la comunidad.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que muy pocos pacientes poseen el conocimiento necesario sobre los cuidados de higiene bucal y protésica. El realizar una correcta limpieza de las prótesis y cavidad bucal por parte del paciente ayudará a prolongar la vida útil de las mismas, evitará la acumulación de alimento, formación de sarro y lesiones bucales causadas por los malos hábitos de higiene.

A la clínica de la Facultad de Odontología, de la Universidad de San Carlos de Guatemala acuden una gran cantidad de pacientes necesitados de prótesis y la mayoría de ellos no poseen una adecuada educación en cuanto a higiene bucal y protésica. Llama la atención las prótesis totales en mal estado (fracturas, manchas) que llevan los pacientes a la clínica; fenómeno que alarma, atribuible a un desconocimiento de las medidas de cuidado y mantenimiento de las prótesis.

Tomando en cuenta la cantidad de pacientes que acuden a la Facultad de Odontología, se decidió explorar los hábitos y percepción que tienen los pacientes portadores de prótesis en cuanto a higiene, el tiempo en el que hay que cambiar las prótesis, acerca del conocimiento o uso de cepillos especiales para lavar las mismas. Esta información ayudó a identificar la problemática y permitió analizar las posibles alternativas de solución.

Derivado de lo anterior, surgió la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los hábitos y la percepción que tienen los pacientes portadores de prótesis total ante la higiene bucal y protésica, previo a ser rehabilitados e instruidos en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el año 2012?

V. JUSTIFICACIÓN

La mayoría de pacientes no poseen hábitos de higiene bucal y protésica adecuados. Por lo tanto desconocen la importancia de evaluar o cambiar cada cierto tiempo sus prótesis, que la adecuada higiene bucal y protésica contribuirá a prolongar la vida útil de las prótesis, evitando el inicio de lesiones en boca, produciendo un efecto negativo en la comodidad y uso de las mismas.

Es necesario conocer los hábitos y percepción que tienen los pacientes portadores de prótesis ante la higiene previo a realizar las nuevas prótesis totales, para crear un antecedente y así poder implementar de mejor manera los nuevos conocimientos que se les darán y de esa manera evitar que los pacientes vuelvan a sus antiguos hábitos que alterarán su salud bucal.

La información que se obtuvo, proporcionó elementos de ayuda que permitieron elaborar recursos como mantas vinílicas y trifoliarias que contengan información que ayude a retroalimentar a los estudiantes y pacientes sobre la importancia de los adecuados hábitos de higiene bucal y protésica.

Existen pocos estudios en pacientes portadores de prótesis total. Si se refiere a higiene bucal y protésica, existen únicamente estudios que evalúan los conocimientos que el paciente obtiene después de haber sido educados; sin embargo no se encontró estudio alguno que estime los hábitos y percepción en cuanto a higiene bucal y protésica en los pacientes previo a ser rehabilitados nuevamente por odontólogos practicantes en la misma casa de estudios. Hábitos que son de importancia tanto para el paciente como para el estudiante. Por lo que consideramos una oportunidad para hacerlo.

Con el presente estudio se pretendió generar información para que fuera de utilidad en la disciplina de prótesis total y para los estudiantes que reciben dicho curso.

Este estudio se decidió llevarlo a cabo junto con la ayuda de la odontóloga practicante María José Vicente López con el objetivo de compartir gastos económicos y entrevistar de una manera más tranquila y personalizada a los encuestados ya que por ser pacientes de edad avanzada requieren de mayor paciencia.

VI. MARCO TEÓRICO

Percepción

La percepción es el conocimiento o idea, sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos. También se dice que es el primer proceso cognoscitivo, a través del cual las personas son capaces de comprender su entorno y actuar en consecuencia a los impulsos que reciben; se trata de entender y organizar los estímulos generados por el ambiente y darles un sentido. De este modo lo siguiente que hará el individuo será enviar una respuesta en consecuencia. ^(7,8, 17)

El proceso de la percepción, es de carácter inferencial y constructivo, generando una representación interna de lo que sucede en el exterior al modo de hipótesis. ^(7, 17)

Existen factores biológicos de la percepción, con los cuales nacemos, y otros aprendidos; esto significa que la forma en la que percibimos nuestro entorno se modifica a lo largo de nuestra vida a través de las experiencias. ^(7, 17)

Características de la percepción

La percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal. ⁽¹⁸⁾

Es *subjetiva*, ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro.

Es *selectiva*, la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona y selecciona su campo perceptual en función a lo que desea percibir.

Es *temporal*, ya que es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias o varían las necesidades y motivaciones de los mismos.

Componentes de la percepción

Aunque los estímulos sensoriales sean los mismos para todas las personas, cada una de ellas percibirá cosas distintas, este fenómeno es el resultado de:

- Las sensaciones o estímulos físicos que provienen del medio externo.
- Las sensaciones que provienen del individuo, como son las necesidades, motivaciones, experiencia previa que proporcionará una elaboración psicológica distinta de cada uno de los estímulos externos.⁽¹⁸⁾

Hábito

Modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes u originados por tendencias instintivas.⁽⁶⁾

Todas las personas tienen arraigados una serie de hábitos que tienen notable influencia en sus vidas. Los buenos hábitos son aquellos que encaminan la existencia personal a la consecución de objetivos que mejoran la calidad de vida. Por el contrario, los malos hábitos tienen consecuencias negativas para nuestras vidas, siendo fuente de insatisfacciones. Algunos de ellos son notoriamente dañinos y difíciles de eliminar.⁽¹¹⁾

En efecto muchos de ellos son incorporados en la infancia o en edades tempranas, cuando aún no se tiene una clara idea de sus consecuencias. También puede suceder que tanto los buenos como los malos hábitos sean adquiridos por influencia del medio externo.⁽¹¹⁾

ALTERACIONES FUNCIONALES Y FACIALES EN LA EDENTACIÓN TOTAL

Las alteraciones presentadas en pacientes edéntulos son diversas, entre las que se pueden mencionar: las mejillas y labios han perdido soporte óseo y en los maxilares sucede reducción de la altura del reborde óseo. Las primeras consecuencias se perciben de inmediato: hundimiento de labios y mejillas, alteración en la fonación, la lengua a la vista en busca de apoyo para los sonidos labio dentales, reducción de la dimensión vertical. Más pronto o más tarde, la prótesis vendrá a tratar de compensarlo o equilibrarlo. El manejo de esos procesos dentro de los límites en que ello es posible, estará en la esencia del que hacer prostodóncico.⁽²²⁾

Pérdida de soporte labial, yugal y lingual.

El edentulismo total implica el inmediato hundimiento de labios y mejillas, mucho más marcados en los individuos delgados. Al hundirse los labios, la entrada bucal se achica en la posición postural, para ensancharse considerablemente cuando la mandíbula se acerca al maxilar superior en

busca de soporte morfológico. El conjunto de esta deficiencia es tan característico, que merece el nombre de **facies edentada**.⁽²²⁾

Expansión lingual

Los arcos dentarios constituyen también el soporte lateral de la lengua. Cuando ellos desaparecen, la lengua se ensancha considerablemente expandiéndose entre los rebordes residuales para ponerse en contacto con las mucosas yugal y labial, en el paciente desdentado con la boca cerrada, la cavidad bucal sigue siendo virtual.⁽²²⁾

Naturalmente, cuando la reabsorción avanza, al reducirse considerablemente los rebordes residuales, si no se hace uso de la compensación protésica, la lengua se expande cada vez más, terminando por levantarse el piso bucal que pasa a ocupar un lugar al igual que la glándula salivar sublingual por encima del reborde alveolar, lo que indica un considerable desplazamiento hacia afuera.⁽²⁰⁾

Trastornos fonéticos

Estos son muy marcados en el primer período, los trastornos fonéticos acarreados por el edentulismo suelen ir compensándose con el correr de los días, gracias al total habituamiento compensatorio que permite, por lo menos a las personas habilidosas, arreglar su caja sonora a las circunstancias satisfactorias.⁽²³⁾

Un buen porcentaje de los desdentados, sin embargo, pronuncia mal ciertas sílabas, en particular, las linguo y labio dentales sea por falta de oído o por adecuación neuromuscular a la nueva situación.⁽²³⁾

CAMBIOS EN EL ENVEJECIMIENTO

Los efectos del envejecimiento sobre el paciente geriátrico edéntulo pueden incluir: cambios en la mucosa oral, cambios en la relación maxilomandibular y hueso residual, cambios en la lengua y el gusto, cambios en el flujo salival y deterioro nutritivo. También deben tomarse en cuenta los cambios de apreciación psicológica.⁽²²⁾

Reducción del reborde alveolar residual.

Estudios longitudinales demuestran una pérdida continua de hueso después de una extracción dental y el reemplazo por dentaduras completas. La reducción del hueso es una consecuencia de la remodelación alveolar debido al estímulo del tejido óseo alterado. El proceso de remodelado óseo es importante en áreas de hueso cortical (Ej. tabla ósea bucal y lingual del maxilar y tabla ósea lingual de la mandíbula). Durante el primer año, tras una extracción, la reducción del hueso residual en un plano medio sagital es de aproximadamente 2 a 3 mm para el maxilar y 4 a 5 mm para la mandíbula. Después de la mayor reabsorción que ocurre posteriormente a la extracción, el proceso de remodelado continuará con menor intensidad. En la mandíbula, el grado de reabsorción de altura es de aproximadamente 0.1 a 0.2mm y, en general, cuatro veces menor que en el maxilar. Sin embargo siempre es importante considerar la variación individual. ⁽²²⁾

La patogénesis de la reabsorción del reborde residual no es bien comprendida, pero existe una combinación de factores anatómicos, metabólicos y mecánicos que combinados resultan en reabsorción del reborde alveolar. En adultos mayores la disminución de masa ósea, en general, ocurre porque los osteoblastos son menos eficientes, la producción de estrógeno disminuye y existe una disminución considerable de la absorción del calcio del intestino en una edad avanzada. Existe muy poca evidencia que relacione la osteoporosis con la reabsorción del reborde residual. ⁽²²⁾

A la fecha los factores responsables de la reabsorción del hueso alveolar se desconocen. Se trata de un proceso que depende del tiempo. Tras años sin dientes, los rebordes estarán reabsorbidos casi por completo y será reemplazado por un tejido conjuntivo denso, este proceso no se modifica por la presencia de prótesis. ⁽²²⁾

Se cree que los factores mecánicos (masticación y fuerzas parafuncionales) son transmitidas por medio de las dentaduras o de la lengua hacia el reborde residual y son factores importantes en el proceso de remodelado óseo. Existiendo así una correlación entre los años de uso de las prótesis y la atrofia severa, siendo más evidente en pacientes portadores de prótesis de día y de noche que en los pacientes que usan prótesis durante el día únicamente. ⁽²²⁾

Se puede hablar de resorción total cuando el hueso y mucosa se disminuyen simultáneamente, y de resorción parcial (generalmente disminución ósea con hiperplasia fibrosa) cuando a la disminución ósea no le sigue la disminución de la mucosa. ⁽²³⁾

Cambios en los tejidos blandos.

La piel humana reacciona con queratinización y endurecimiento al desgaste, pero la mucosa bucal no se comporta de la misma manera. Ésta presenta poca tolerancia al daño o irritación debido a que ocurre una atrofia epitelial, disminución de los tejidos conectivos subyacentes y esta tolerancia se reduce aún más si hay enfermedad sistémica. La mucosa es inadecuada para la función de soporte de la carga de una dentadura completa y tiene poca o ninguna capacidad para reaccionar a esta función alterada. Los cambios de las mucosas de soporte de dentaduras artificiales son descritos como patológicos, pero sin inflamación clínica franca. Las mujeres poseen una mucosa más delgada que los hombres. Existe una disminución del grado de queratinización junto con la disminución del grosor de las mucosas. El grado de daño también está relacionado con la duración del uso de la prótesis. ⁽²³⁾

No se ha explicado bien la importancia patológica de los cambios observados, pero es razonable sugerir que el uso de dentadura es causa de inflamación de las mucosas y siempre que hay inflamación puede acelerarse el proceso de reabsorción ósea. ⁽²³⁾

La mucosa oral unida al hueso es el lugar de principal apoyo de la prótesis y tolera las fuerzas que se generan para que ésta se sustente sobre el hueso. Esta capacidad de tolerancia depende de la calidad y espesor del tejido mucoso. Una mucosa delgada y atrófica muestra, en comparación con las zonas de tegumento grueso y ricamente vascularizado, una clara desventaja en la resistencia mecánica. En general, el espesor de la mucosa reduce al prolongarse la duración del uso de la prótesis. ⁽²³⁾

Calidad, fluidez y calidad de la saliva.

La causa de la reducción del flujo de saliva suele ser la degeneración de las glándulas mucosas pequeñas, en pacientes portadores intensivos de bases de prótesis (durante el día y la noche), ya que se produce una respuesta inflamatoria ante el estasis de la secreción y se pierde el parénquima secretor. Se producen cambios similares en los pacientes sometidos a radioterapia de la región craneal, medicamentos (para la depresión, desórdenes de sueño, hipertensión, alergias, problemas cardiacos), síndrome de Sjogren. Además la falta de saliva reduce la capacidad de retención de la prótesis. ⁽¹²⁾

En los pacientes edéntulos se deben tener en cuenta aspectos anatómicos, tisulares, fisiológicos y psicológicos. Un conocimiento insuficiente por parte del odontólogo practicante y pocos conocimientos por parte del paciente, ponen en riesgo el tratamiento final, ya sea a nivel técnico o lesiones.⁽¹²⁾

Ecología de la cavidad oral

El alojamiento de organismos microbiológicos en la mucosa oral en contacto con la base de la prótesis y la insuficiente higiene oral, explican parte de las modificaciones indeseables en el equilibrio microbiológico de la cavidad oral. Cuando existe una prótesis total, las condiciones ecológicas para los microorganismos son radicalmente distintas a las presentes en la boca normal. En los portadores de prótesis completas dominan los lactobacilos, los estreptococos y especies de cándida que pueden sobre infectar las lesiones mucosas existentes. Para una capacidad de defensa de la mucosa oral frente a los ataques microbianos tiene especial importancia que esté humedecida y por una saliva mucosa. El uso intensivo de prótesis influye de forma negativa sobre la capacidad de regeneración de la mucosa oral, la salud de las glándulas salivales menores y la obtención de un equilibrio microbiológico de la boca.⁽¹²⁾

La tolerancia de la mucosa oral ante los estímulos se reduce cuando existe un contenido insuficiente de agua en el epitelio, en primer lugar asociado a la sequedad de la boca. Las infecciones agudas o crónicas, los efectos secundarios de los medicamentos, las disfrofias por radioterapia y las alteraciones metabólicas, leucoplasias o neoplasias también pueden provocar síntomas de intolerancia en la mucosa oral ante la prótesis.⁽¹²⁾

Las reacciones alérgicas de la mucosa frente a los materiales de la prótesis son raras, cuando se utilizan resinas su incidencia es del 2 al 4 %. Las alergias frente a los metales son más frecuentes, llegando del 3 al 12 %.⁽¹²⁾

HALLAZGOS PATOLÓGICOS Y SECUELAS CAUSADAS POR EL USO DE DENTADURAS

Solo la mucosa oral intacta y sana puede tolerar de forma duradera las cargas generadas por la base de las prótesis. La existencia de patología reduce mucho esa tolerancia. Claramente alteraciones

en la estabilidad del ambiente intrabucal: trauma, infecciones o ambas, aumentan el riesgo de desarrollar procesos patológicos. ⁽¹²⁾

Estomatitis por dentadura

Es mencionada porque frecuentemente es clasificada como candida eritematosa, algunas veces es usada como sinónimo el término candidiasis atrófica crónica. Esta condición es caracterizada por varios grados de eritema, algunas veces acompañada de petequias, localizadas en las áreas de soporte de las prótesis. Aunque la apariencia clínica puede ser alarmante, esta es raramente sintomática. Usualmente el paciente refiere usar las prótesis por tiempo prolongado removiéndolas muy raras veces solo para limpiarlas. ⁽¹⁶⁾

Aún sigue siendo controversial que esta lesión pueda representar una infección causada por candida albicans o la simple respuesta del hospedero a la presencia de varios microorganismos viviendo debajo de la dentadura. Sin embargo el odontólogo debe también descartar que esta reacción también puede ser causada por un diseño inapropiado de la prótesis (la cual puede causar presión indebida en la mucosa), alergia a la base de la dentadura o una polimerización inadecuada del acrílico de la dentadura. Dicha afección es asintomática, lo que conlleva a que el paciente desconozca la lesión. Aunque la candida albicans es frecuentemente asociada con esta condición, una biopsia de la estomatitis protésica rara vez muestra hifas que penetran en la capa de queratina del epitelio. Por lo tanto, esta lesión no toma como criterio principal para diagnóstico la invasión del tejido por parte del microorganismo. Además, si se toman muestras por separado de la mucosa palatal y del área de contacto con la superficie de la prótesis, usualmente la cantidad de levaduras presentes que recubren las superficies de las dentaduras es mayor que las áreas de soporte de las prótesis. La prevalencia de estomatitis por dentadura es aproximadamente 50% en portadores de dentaduras completas. ⁽²²⁾

El diagnóstico de candida asociada a estomatitis por dentadura es confirmado por los hallazgos de micelios y pseudohifas en un frotis directo o aislamiento de candida en alto número (igual o mayor a 50 colonias). ⁽¹⁶⁾

Factores que predisponen a estomatitis por dentadura asociada a candida: ⁽¹⁶⁾

- Factores sistémicos: edad avanzada, diabetes mellitus, deficiencias nutricionales (hierro, ácido fólico o vitamina B12), malignidades (leucemia, agranulocitosis, defectos inmunológicos), corticoesteroides, drogas inmunosupresoras.
- Factores locales: dentaduras (trauma, uso de dentaduras, falta de higiene protésica), xerostomía (síndrome de Sjogren, terapia de radiación), dieta alta en carbohidratos, antibióticos de alto espectro, pacientes fumadores.

El trauma puede disminuir la cantidad de células epiteliales del paladar, de tal manera que reducen el grado de queratinización y la función de barrera del epitelio, así que las penetraciones antígenas de hongos y bacterias se instalan fácilmente. La evidencia soporta que dentaduras pobres de limpieza y pobre higiene bucal, son los principales factores predisponentes, porque la resolución de la mayoría de las lesiones son vistas después de una meticulosa instrucción e higiene.⁽¹⁶⁾

Manejo y medidas preventivas

Debido a las múltiples causas de la estomatitis por dentadura, diversos tipos de tratamientos pueden ser usados, entre ellos: terapia anti-fúngica, correcciones de prótesis desadaptadas, mejorar el control de placa.⁽¹⁶⁾

Pero la medida terapéutica y preventiva más importante es la instrucción adecuada de una higiene bucal y protésica verdaderamente eficaz, además de la corrección de hábitos acerca del uso adecuado de las prótesis, porque el principal factor etiológico es la presencia de la dentadura. Las dentaduras que causen trauma deben ser corregidas, las áreas ásperas deben ser alisadas o rebasadas con un acondicionador de tejidos. Aproximadamente 1mm de la superficie de la dentadura es penetrada por microorganismos que deben ser removidos y, por lo tanto, rebasada nuevamente. Una nueva dentadura debe proveerse solamente cuando la mucosa está sana y el paciente es lo suficientemente capaz de mantener una adecuada higiene protésica. No existe evidencia substancial de que los limpiadores comerciales para prótesis eviten la colonización de microorganismos, sin embargo el pulimento de la superficie de contacto de la prótesis puede ser considerada para facilitar la limpieza de la misma.⁽¹⁶⁾

La terapia anti-fúngica puede ser utilizada, mas no funcionará si no se dan instrucciones de higiene. Además se debe considerar dicha terapia en pacientes que sean positivos en un examen

micótico, paciente que tengan sensación de boca quemante, que la infección micótica sea diseminada en otros sitios de la cavidad bucal o pacientes con elevado riesgo de infección micótica sistémica debido a enfermedades o tratamientos debilitantes. La terapia local con nistatina, la anfotericina B, miconazol o clotrimazol debe ser preferida a la terapia sistémica con ketoconazol o fluconazol debido a la resistencia de especies de *Candida* a los últimos medicamentos.⁽¹⁶⁾

Tejido redundante.

Esto es debido al reemplazo de hueso por tejido fibroso. Es más comúnmente observado en la parte anterior del maxilar, particularmente cuando existen dientes anteriores en la mandíbula. Este tipo de tejido provee un pobre soporte de las dentaduras, por lo que podría ser discutida la remoción del mismo por medios quirúrgicos para mejorar la estabilidad de la dentadura y minimizar la reabsorción ósea. Sin embargo, en una situación de extrema atrofia de los rebordes alveolares, este tipo de tejido no debe ser removido en su totalidad por que el área vestibular sería eliminada en su totalidad. En efecto este tipo de tejido puede proveer cierta retención a la dentadura.⁽²²⁾

Hiperplasia papilar inflamatoria (papilomatosis por dentadura).

Es un crecimiento reactivo del tejido que usualmente, aunque no siempre, se desarrolla debajo de la dentadura. Algunos autores clasifican esta lesión como parte de la estomatitis por dentadura. Aunque la patogénesis exacta es desconocida, esta condición aparece más frecuentemente relacionada con lo siguiente: pobre higiene de la dentadura, uso de la dentadura 24 horas al día, una dentadura mal ajustada. Aproximadamente 20% de los pacientes que usan su dentadura 24 horas al día tienen hiperplasia papilar inflamatoria. La *Candida albicans* también ha sido sugerida como una causa, pero cualquier posibilidad parece incierta.⁽¹⁶⁾

Usualmente ocurre en el paladar duro, debajo de la base de la prótesis. Lesiones tempranas pueden incluir solamente en la bóveda palatina, aunque lesiones avanzadas puede abarcar todo el paladar. Con menos frecuencia, la hiperplasia se desarrolla en el reborde alveolar inferior o en la superficie de un *épulis* fisurado. En raras ocasiones, dicha condición ocurre en el paladar de un paciente sin dentaduras, especialmente en personas que son respiradoras bucales o tienen una bóveda palatina

alta. Se ha reportado candida asociada a hiperplasia papilar inflamatoria en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia humana (VIH).⁽¹⁶⁾

La hiperplasia papilar inflamatoria es usualmente asintomática. La mucosa está eritematosa y tiene una superficie papilar. Muchos casos han sido asociados con estomatitis por dentadura.⁽¹⁶⁾

Al presentarse una lesión de hiperplasia papilar inflamatoria en un estadio temprano o inicial, la remoción de la dentadura puede ayudar a que el eritema y edema disminuyan, provocando que los tejidos se observen con una apariencia normal. Además esta condición también puede mejorar después de la aplicación tópica o sistémica de terapia anti-fúngica. Para lesiones más avanzadas y colagenizadas, muchos clínicos prefieren realizar una escisión al tejido hiperplásico antes de fabricar la nueva dentadura. Sin embargo se pueden realizar distintos métodos como el curetaje, electrocirugía, criocirugía, cirugía láser. Después de la cirugía puede ser colocado en la dentadura acondicionador de tejidos que actúa como apósito palatino que crea mejor confort. Después de la curación, el paciente debe ser motivado a no usar la prótesis durante la noche y mantener la dentadura limpia.⁽¹⁶⁾

Épulis fisurado (hiperplasia fibrosa inflamatoria).

Es una hiperplasia de tejido conectivo que se desarrolla en asociación a trauma crónico, causada por dentaduras totales o parciales mal ajustadas o sobre extendidas. No obstante, dado que los rebordes residuales se reabsorben, hasta las prótesis mejor adaptadas gradualmente desarrollan sobre extensiones. El épulis fisurado aparece como uno o varios pliegues de tejido hiperplásico en el vestíbulo. El tejido redundante es usualmente firme y fibroso aunque algunas lesiones aparecen eritematosas y ulceradas. Ocasionalmente algunos épulis fisurados demuestran superficies y áreas con hiperplasia papilar inflamatoria. El tamaño de la lesión puede variar de una hiperplasia localizada menor a 1 cm a lesiones masivas que envuelven la mayor parte del vestíbulo. El épulis fisurado usualmente se desarrolla en el aspecto bucal del reborde alveolar, aunque ocasionalmente las lesiones son vistas en el área lingual del reborde alveolar mandibular.^(16, 22)

El épulis fisurado ocurre muy frecuentemente en adultos de mediana edad y adultos mayores y, como debería ser esperado, una lesión relacionada a dentadura. Esta puede ocurrir en la mandíbula o maxila.⁽¹⁶⁾

El tratamiento para el épulis fisurado puede ser evitar el uso de las dentaduras para que los tejidos sobrecargados e irritados descansen además de la reducción de el faldón sobre extendido, uso de acondicionador, un masaje vigoroso y regular sobre el tejido lesionado “como tratamiento casero”, puede disminuir el tamaño de la lesión. Sin embargo, la remoción quirúrgica es necesaria cuando no se obtiene resultado positivo con el tratamiento anterior. Las dentaduras desadaptadas deben ser hechas nuevamente o rebasadas para prevenir la recurrencia de la lesión. ^(16,23)

Úlceras traumáticas.

Son comúnmente frecuentes 1 o 2 días después del reemplazo de las prótesis. Las úlceras son pequeñas y dolorosas cubiertas de queratina y un halo inflamatorio. La causa directa es usualmente una prótesis con faldones sobreextendidos o una oclusión desbalanceada. Existen ciertas condiciones que predisponen y disminuyen la resistencia de la mucosa a la irritación mecánica (ej. diabetes mellitus, deficiencias nutricionales, terapia con radiación o xerostomía). En un paciente no comprometido sistémicamente las lesiones sanarán en unos días después de la corrección de los factores irritantes de las dentaduras. Si no existe tratamiento, el paciente se adaptará al dolor causado y posteriormente puede desarrollarse un épulis fisurado. ⁽²²⁾

Cáncer oral en pacientes portadores de prótesis.

No existen pruebas definidas que relacionen el carcinoma oral con la irritación crónica de la mucosa por dentaduras. Sin embargo, la mayoría de cánceres orales se desarrollan en pacientes parcial o totalmente edéntulos. Las razones parecen tener relación con el tabaco, alcohol, pobre educación y estado socioeconómico bajo. Por lo cual siempre se recomiendan visitas estrictas regulares en intervalos de 6 meses a 1 año para un examen oral. Una lesión maligna debe ser sospechada si los puntos dolorosos o lesiones no desaparecen después de la corrección de las dentaduras. ⁽²²⁾

Síndrome de la boca quemante.

Puede ser una secuela por el uso de las dentaduras, es caracterizado por la sensación quemante en una o varias estructuras en contacto con la dentadura. Es muy importante distinguir entre la

sensación quemante y el síndrome de la boca quemante. En el primer grupo, la mucosa oral de los pacientes está inflamada debido a irritación mecánica, infección o reacción alérgica. En pacientes con el síndrome, la mucosa oral se observa clínicamente saludable. La mayoría de los pacientes afectados por dicho síndrome son mayores de 50 años, portadores de prótesis totales, mujeres. En pacientes portadores de prótesis completas, las quejas principales son la sensación quemante de los tejidos de soporte y de la lengua, particularmente en pacientes post menopausia.

Los síntomas aparecen de forma gradual, la sensación quemante se presenta frecuentemente en la mañana y tiende a agravarse durante el transcurso del día. La sensación quemante está asociada a la sensación de boca seca y disgeusia persistente. Algunos otros síntomas pueden incluir: dolor de cabeza, insomnio, disminución del libido, irritabilidad o depresión. Existen factores agravantes como la tensión, fatiga, comida picante o caliente, mientras acciones como dormir, comer y actividades de distracción reducen la intensidad del dolor. ⁽²²⁾

Factores etiológicos:⁽²²⁾

- Factores locales: irritación mecánica, alergia, infección, hábitos orales para funcionales, dolor miofacial. Pueden causar la sensación quemante pero rara vez el síndrome.
- Factores sistémicos: deficiencia de vitaminas (hierro, ácido fólico) se cree que pueden ser factores etiológicos en un gran número de pacientes e implementar terapia de reemplazo parece funcionar, pero no así en pacientes que no tiene deficiencia de vitaminas y que presentan el síndrome. Pueden causar la sensación quemante pero rara vez el síndrome situaciones como la xerostomía, menopausia, diabetes, enfermedad de Parkinson o medicación.
- Factores psicológicos: depresión, ansiedad, factores estresantes psicosociales.

Se puede causar irritación mecánica de la mucosa por el uso de dentaduras, acumulación de placa dentobacteriana y, ocasionalmente, una reacción alérgica al material. El uso prolongado de las dentaduras puede causar un efecto negativo en el reborde residual debido a la reabsorción ósea. Además si las dentaduras funcionan pobremente e impiden una adecuada función masticatoria pueden causar efectos negativos en la función muscular así como un estado nutricional pobre, particularmente en adultos mayores. ⁽²²⁾

Las características de la superficie de la prótesis o el material pueden contribuir a la formación de placa en la prótesis, una superficie porosa e irregular contribuye a mayor acumulación de placa. Además la formación de placa está altamente influenciada por ciertas condiciones como el diseño de la prótesis, salud de la mucosa adyacente, composición de la saliva, tasa de secreción salival, higiene oral, hábitos del paciente sobre el uso de la dentadura.⁽²²⁾

Necesidad de mantenimiento

El día en que se entregue la prótesis se debe comunicar al paciente la necesidad de realizar un mantenimiento regular para conservar la salud de todo el sistema masticatorio y la funcionalidad de la prótesis. Cuando aparezcan puntos de presión conviene que el paciente se lo informe al odontólogo de forma inmediata para que se puedan rebajar en la prótesis y eliminarlos. Esta información se deberá entregar al paciente por escrito, para que tanto él como sus familiares las puedan leer.⁽¹²⁾

CONSIDERACIONES BÁSICAS SOBRE EDUCACIÓN

Enseñar es el arte de ayudar a una persona a aprender. Esto implica un cambio de comportamiento, ante el contacto de un agente externo que influirá en la vida del agente receptor.⁽⁹⁾

Factores importantes que deben considerarse ya sea en educación individual o colectiva son: la forma de establecer ese diálogo tan importante con el paciente, tratar de escuchar sus propios problemas, estudiar las técnicas empleadas en esta comunicación, además de la lógica del profesional para tratar estos casos. La interpretación de datos obtenidos y el análisis de los mismos ayudarán a la comprensión del paciente, considerando: edad, factores psicológicos, características culturales y circunstancias económicas.⁽⁹⁾

La motivación de la persona es muy importante para su aprendizaje, la educación implica cambios de conducta, los cuales serán más fácilmente aceptados si han motivado su interés. Lo que ha de enseñarse tiene que ser llamativo e interesante para mantener la atención del paciente.⁽⁹⁾

El aprendizaje es un proceso activo y se logra de mejor manera cuando el paciente se involucra actuando y haciendo. Las emociones revisten importancia capital para motivar el incentivo y el interés necesario para que el paciente aprenda. La enseñanza por medio de clases teóricas es la menos efectiva en estudiantes adultos, éstas deben ser exposiciones espontáneas y con buena relación entre paciente y odontólogo.⁽⁹⁾

RECOMENDACIONES DE HIGIENE BUCAL Y PROTÉSICA

Para mantener la salud de las estructuras de la cavidad oral y sobre todo de la porción cubierta por la prótesis en la mucosa, será necesaria una realización meticulosa y regular de las medidas higiénicas.^(13, 19)

Una pobre higiene oral en pacientes que usan dentaduras totales tiene como consecuencia problemas como los siguientes:^(13, 19)

1. Reacciones inflamatorias
2. Sabor metálico amargo
3. Incomodidad durante el funcionamiento
4. Dolor por cuerpos extraños incrustados en la dentadura
5. Halitosis

No es nada raro contar con pacientes de este tipo, y en estos casos el profesional está en la obligación de instituir medidas higiénicas eficaces, con las cuales se evitarán los trastornos expuestos anteriormente.⁽¹³⁾

Es lógico pensar que removiendo la causa se elimine cualquier molestia derivada de ella, pero si aún así los problemas persisten, se debe tener en mente la posibilidad de que el factor etiológico no sea de orden local sino de naturaleza sistémica.⁽¹³⁾

Una triada asociada más comúnmente a los cambios de los tejidos blandos por el uso de dentaduras son: trauma, infecciones y probablemente el más grande, clínicamente significativo, es la falta de limpieza de las dentaduras.⁽¹⁾

HIGIENE

La higiene de los aparatos de prótesis es una parte de la higiene personal. He aquí otro punto en que la educación del paciente ofrece al odontólogo una oportunidad concreta y constituye un deber.⁽²⁰⁾

Debe explicarse a los pacientes que la limpieza tiene por objeto eliminar los restos alimenticios e impedir la formación de masas bacterianas y el depósito de sales calcáreas, y tal vez otras. Es imprescindible que llegue a todos los puntos. Cada espacio de la prótesis no alcanzado por el cepillo o el agente químico es un foco de infección. Origina halitosis, puede contribuir a la inflamación de la mucosa bucal y enviar sus productos al resto del tubo digestivo con la saliva y los alimentos.⁽²⁰⁾

Es conveniente que cada paciente desarrolle un hábito higiénico, separando la limpieza de la boca y de la dentadura.⁽²⁰⁾

Limpieza de la boca

Cubre a su vez, dos partes: los enjuagatorios y la limpieza de fondo. Un enjuagatorio después de cada comida es un hábito importante. Puede ser simplemente agua corriente o adicionada de un enjuague o solución que no necesita ser desinfectante, completado con el enjuague de la prótesis bajo el chorro.⁽²⁰⁾

Es necesario enseñar al paciente a tomar con cuidado las prótesis para estos enjuagatorios, puesto que su deslizamiento, facilitada por la presión del agua, puede originar un accidente. Debe advertírsele de la conveniencia de utilizar agua fría, para no arriesgar deformaciones por calentamiento.⁽²⁰⁾

Una vez al día es menester una limpieza bucal más minuciosa, preferentemente, antes de acostarse.⁽²⁰⁾

Se debe además dar masajes sobre la mucosa cubierta por la prótesis con un cepillo dental suave, donde además de facilitar la limpieza a fondo, una acción estimulante similar a la del cepillado sobre la encía en los dentados. También se debe limpiar el dorso de la lengua.^(12, 20)

Limpiezas de las prótesis

Las bases acrílicas de las prótesis tanto parciales como completas atraen los depósitos orgánicos e inorgánicos que producen manchas y mal olor.⁽²⁰⁾

Métodos para limpiar las prótesis

Las prótesis deben ser aclaradas en la medida de lo posible después de cada comida con agua corriente y, una vez al día, se deben cepillar con un cepillo manual adecuado o mejor un cepillo especial para prótesis de forma meticulosa. Los jabones neutros u otros medios de limpieza son sistemas eficientes para realizarla.⁽¹²⁾

Los métodos más comunes recomendados para limpiar prótesis incluyen la limpieza con cepillo dental de buena calidad y jabón suave, inmersión en agentes especiales disponibles en el mercado y

empleo de productos caseros como hipoclorito (cloro) diluido y vinagre para quitar mancha y sarro recalcitrantes. ⁽¹²⁾

Limpieza mecánica

Cepillado

Conviene recomendar a los pacientes la adquisición de cepillos y preparados comerciales especialmente diseñados para la limpieza periódica de sus dentaduras, e instruirlos al respecto. ⁽¹³⁾

El cepillo que se usa para las prótesis debe tener 2 grupos de cerdas, uno que permite penetrar en la superficie interna de la prótesis y otro grupo dispuesto a manera de formar un cepillo rectangular para que pueda adaptarse a las superficies externa y oclusal de la prótesis. Si por motivos personales, el paciente no tiene un cepillo especial para prótesis, un cepillo de dientes de cerdas de nylon de extremos redondeados y dispuestas en grupos múltiples es también aceptable ^(1, 15)

Una solución jabonosa diluida o una solución detergente (una parte de jabón líquido o de detergente y nueve partes de agua) es útil y no abrasiva para el cepillado. ⁽¹⁾

Es preciso tomar ciertas precauciones al utilizar el cepillo sobre las superficies de la dentadura. Es necesario explicar al paciente que debe sujetar la dentadura firmemente en la palma de la mano, llevar a cabo todos los procedimientos de limpieza encima de un recipiente lleno de agua ya que son muy comunes las fracturas de las prótesis al ejecutar estos menesteres. Este recipiente o el lavamanos lleno de agua evitarán que la dentadura se fracture al caer, pues el líquido amortiguará el golpe. ^(1, 13)

Los depósitos que se acumulan y se resisten a ser eliminados pueden ser disueltos en ocasiones, enjuagando la prótesis total toda la noche en un cucharadita de blanqueador doméstico y agua; es eficaz y económico para eliminar las manchas y el sarro. ⁽¹²⁾

Se sabe que algunos cepillos, agentes para limpieza y dentífricos demasiado abrasivos pueden rayar y desgastar la superficie de las dentaduras y, por lo tanto, no deben usarse como método rutinario de higiene. ^(13, 20)

Existen diversas formas de cepillos con distintas características, de las cuales se pueden hacer mención: las cerdas duras, aunque no excesivamente para disminuir su abrasividad. Las formas comunes de cepillos suelen servir, sin embargo si el aparato tiene puntos profundos que el cepillo no

alcanza, debe buscarse una forma más adecuada de cepillo para lograr limpiar las áreas que no se logran higienizar. ⁽²⁰⁾

Las dentaduras superiores se toman con la palma de la mano y se cepillan todas las superficies por orden hasta que no queden restos alimenticios en ellas. Un movimiento circular pequeño es el mejor. No se trata de cepillar con fuerza, sino el objetivo es que no quede ningún punto sin limpiar. Hay que evitar empuñar las dentaduras inferiores completas o parciales para evitar el riesgo de quebrarlas, es mejor tomar entre los dedos el aparato que se está limpiando. ⁽²⁰⁾

Debe evitarse el cepillado vigoroso, el cepillo duro, esto para reducir el desgaste. Y es de importancia informar al paciente el peligro contra el agua caliente, para evitar quemaduras en la piel y también evitar contracción de la prótesis. ⁽²⁰⁾

Limpieza Química

Generalmente, el proceso de limpieza con limpiadores químicos no toma más de 5 a 10 minutos; en la mayoría de los casos se recomienda dejar la dentadura en remojo durante una noche. ⁽¹⁾

La limpieza mediante inmersión presenta ciertas ventajas. En efecto las soluciones llegan fácilmente a todas las superficies de la dentadura y así la limpieza es completa, además no existe el peligro de manipulación descuidada de la prótesis; la abrasión es imposible y el procedimiento es simple. ⁽¹⁵⁾

Por otro lado, los materiales de limpieza de tipo inmersión, solamente son eficaces para quitar la mucina y los restos de alimentos adheridos a la dentadura. Un elemento eficiente para la limpieza de las dentaduras, es una solución acuosa de hipoclorito y fosfato cristalino (Calgon) ya que no produce decoloración del plástico ni de los pernos metálicos que poseen los dientes artificiales de porcelana. Se ha aconsejado también la inmersión de las prótesis de plástico durante la noche, en una solución de una cucharada de hipoclorito, que podría ser el Clorox y dos cucharadas de Calgon en medio vaso de agua. Esta solución no es recomendable en casos de aparatos protésicos que incluyan metales bajos, porque las soluciones de cloro tienden a obscurecer dichos metales. ⁽¹³⁾

Las sales de hipoclorito suelen ser recomendadas como desinfectantes, blanqueadores y desodorantes. Su concentración es de aproximadamente 5ml de NaHCl por 100ml de agua, el hipoclorito es eficaz tanto contra las manchas como para los depósitos de tabaco y comida ⁽¹⁾

Los peróxidos alcalinos actúan principalmente para descomponer, disolver y lavar los depósitos orgánicos; suelen considerarse como menos nocivos que los hipocloritos. Los peróxidos alcalinos también tienen sus desventajas: pueden tener acción disolvente sobre las bases de las dentaduras, pueden agrietarse y también los aislantes y protectores pueden ablandarse o ser blanqueados. ⁽¹⁾

El limpiador ácido diluido es probablemente el vinagre simple. Los pacientes han encontrado que es muy útil para eliminar o disminuir los depósitos de sarro y manchas, restregar suavemente las superficies de las dentaduras con vinagre blanco puro (casero) durante 15 minutos o hasta 12 horas y luego enjuagándolas con agua abundante. ^(20, 21)

La mayoría de estos limpiadores contienen sustancias capaces de atacar los depósitos orgánicos. Sin embargo, si no son usados regularmente o si los depósitos se han ido acumulando desde hace mucho tiempo, el efecto de muchos limpiadores será menor al esperado. ⁽¹⁾

Los limpiadores que figuran como los más utilizados, son las soluciones de hipoclorito de sodio. A su acción desinfectante se une su capacidad de disolvente de la mucina y desodorante; preparándose especialmente para la higiene protésica. Se demostró tan efectiva una solución acuosa de hipoclorito al 5% como los limpiadores comerciales. Se aconseja simplemente una solución de hipoclorito de sodio (media cucharadita en un vaso de agua). Su desventaja es la decoloración en el acrílico, el olor y gusto requieren un lavado minucioso ⁽²⁰⁾

Uso nocturno.

La mayor parte de los odontólogos aconseja el uso nocturno de las prótesis durante los primeros días, para una rápida adaptación. Fuera de esto parece lógico darle un descanso a la mucosa, mantenida el resto de la jornada bajo la cobertura y presión anormal de la prótesis y esto es indicado principalmente para las prótesis de acrílico y de mayor acción irritante que las metálicas. La eliminación nocturna de la prótesis es esencial en personas con tendencia a estomatitis o a la atrofia ósea con hiperplasia fibrosa. ⁽²⁰⁾

Prótesis fuera de boca.

Existen diversos criterios acerca de si las dentaduras deben guardarse en un lugar seco o húmedo o si deben desinfectarse o no. Las bases de acrílico absorben una pequeña cantidad de agua en un medio húmedo y la pierden por desecación. ⁽²⁰⁾

Este cambio, lo mismo que el aumento de volumen al pasar de la temperatura ambiente de la boca así como la reducción en caso inverso, no afecta de manera notable sus cualidades. ⁽²⁰⁾

En cuanto a la conveniencia de conservar las prótesis en soluciones antisépticas, la solución debe ser muy débil y enjuagarlas muy bien por la mañana para evitar la irritación de la mucosa. ⁽²⁰⁾

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Es de vital importancia al momento de entregar las prótesis al paciente, proporcionar por escrito las instrucciones a seguir con sus prótesis e higiene, dentro de estas podemos mencionar las siguientes:

- Con la prótesis usted recibe una dentadura extraíble postiza, que necesita un tiempo de adaptación determinado. Notará cambios en la capacidad de masticar y de sensación durante la masticación, porque usted no tiene ya dientes propios y la prótesis se apoya directamente sobre su mucosa oral.
- Usted debe aprender de nuevo a masticar y practicarlo de forma consciente. Se recomienda que tome bocados pequeños y los triture con las zonas laterales. Los portadores de prótesis totales necesitan más tiempo para triturar los alimentos.
- Cuando utilice una prótesis total del maxilar superior por primera vez, tenga cuidado porque existe riesgo de que la acción aislada de la base de la prótesis, las bebidas calientes sean percibidas como más frías y se deglutan demasiado calientes.
- Debe aprender de nuevo a articular el lenguaje y puede practicarlo de forma consciente leyendo en voz alta.
- El mantenimiento de la prótesis se consigue fundamentalmente por vacío, debe contar con una cantidad suficiente de saliva dentro de la boca. Esta saliva permite además proteger la mucosa oral frente a la prótesis. Debe beber suficiente líquido, para garantizar el flujo de saliva.
- Como portadores de prótesis totales, su capacidad de masticación estará notablemente reducida en comparación con las personas que conservan sus dientes, puede necesitar más tiempo para masticar. En principio usted puede y debe consumir todo tipo de alimento, para que su nutrición sea equilibrada. Los alimentos se deben cortar en fragmentos pequeños. No se recomienda elaborar purés para la comida, porque faltarán los procesos de la masticación necesarios para la digestión del alimento.

- Para mantener la capacidad funcional de sus prótesis y la salud de su sistema de masticación resultan esenciales las visitas regulares al odontólogo. En general se deben realizar dos visitas al año.⁽¹²⁾

INSTRUCCIONES DE HIGIENE BUCAL Y PROTÉSICA

- Una vez al día se deben cepillar los dientes postizos con un cepillo dental para prótesis en un lavabo bien iluminado lleno de agua o sobre un trapo mojado. Para realizar una limpieza esencial se deben sumergir las prótesis dos veces por semana en un baño de unos 15 minutos con unas tabletas de limpieza, una solución de clorhexidina o un baño de ultrasonido con solución de peróxido de hidrógeno al 3%.⁽¹²⁾

Limpieza de la boca

- La prótesis debe utilizarse durante el día. Para aliviar la presión sobre la mucosa oral se debe quitar por la noche y tras limpiarla se debe colocar en un vaso con agua.⁽¹²⁾
- El área de la mucosa en contacto con la prótesis debe mantenerse limpia y ser masajeadas con un cepillo de cerdas suaves.^(12, 22)
- Un enjuagatorio después de cada comida es un hábito importante. Puede ser simplemente agua corriente o adicionada de un enjuague o solución que no necesita ser desinfectante, completado con el enjuague de la prótesis bajo el chorro.⁽²⁰⁾
- Una vez al día es menester una limpieza bucal más minuciosa, preferentemente, antes de acostarse.⁽²⁰⁾
- Se deberá limpiar el dorso de la lengua.⁽¹³⁾
- No se deben emplear adhesivos en la medida de lo posible.⁽¹²⁾
- Cuando aparecen lesiones por presión, usted deberá informar de inmediato a su odontólogo para poder eliminar las posibles causas, en la prótesis. No realice usted mismo ningún cambio en la prótesis.⁽¹²⁾

Limpieza de la prótesis.

- Las prótesis se deben enjuagar y restregar vigorosamente después de cada comida con agua corriente y jabón.⁽¹²⁾

- Una vez al día se deben limpiar con un cepillo manual adecuado o mejor aún un cepillo especial para prótesis, de forma meticulosa, de cerdas duras pero no excesivamente (nylon).^(12, 20)
- Los jabones neutros u otros medios de limpieza son sistemas eficientes para realizarla.⁽¹²⁾
- Debe advertírsele de la conveniencia de utilizar agua fría, para no arriesgar deformaciones por calentamiento.⁽¹²⁾
- Deben dejarse en agua para evitar cambios dimensionales.⁽¹²⁾
- El cepillo de las prótesis debe tener 2 grupos de cerdas, uno que permite penetrar en la superficie interna de la prótesis y otro grupo dispuesto a manera de formar un cepillo rectangular para que pueda adaptarse a las superficies externa y oclusal de la prótesis. Si por motivos personales, el paciente no tiene un cepillo especial para prótesis, un cepillo de dientes de cerdas de nylon de extremos redondeados y dispuestas en grupos múltiples es también aceptable.^(1, 15)
- Las dentaduras superiores se toman con la palma de la mano y se cepillan todas las superficies por orden hasta que no queden detritus. Un movimiento circular pequeño es el mejor.⁽²⁰⁾
- No es cuestión de cepillar con fuerza, sino que no quede ningún punto sin alcanzar.⁽²⁰⁾
- Debe evitarse empuñar las dentaduras inferiores completas o parciales para evitar el riesgo de fracturarlas, tomando entre los dedos el aparato que está limpiando.⁽²⁰⁾

Para eliminar sarro se puede utilizar las siguientes soluciones:

- Enjuagando la prótesis total toda la noche en una solución realizada con una cucharadita de blanqueador doméstico en un vaso de agua.⁽²⁰⁾
- Sumergir las dentaduras en vinagre casero durante 15 minutos o hasta 12 horas y enjuagándolas luego con agua abundante.^(20, 21)
- Si las dentaduras se manchan fácilmente, se recomienda remojar una o dos veces al día en una solución de uso doméstico como cloro por 1 minuto luego quitar, lavar y fregar a fondo. Si las dentaduras usadas no tienen metales no preciosos pueden ser dejadas durante la noche en una solución débil de cloro. Una cucharadita en 8 onzas agua, por lo general, elimina las manchas con eficacia. Cuando los metales no preciosos están presentes en las dentaduras postizas y la formación de sarro es excesivo, la prótesis de forma segura pueden ser sumergidas durante la noche en vinagre blanco (5 por ciento de solución de ácido orgánico).⁽²¹⁾

Como agentes de limpieza se pueden realizar los siguientes procedimientos.

- Junto con el cepillado es conveniente usar al mismo tiempo: un dentífrico, una solución jabonosa diluida o una solución detergente (una parte de jabón líquido o de detergente y nueve partes de agua) es útil y no abrasiva para el cepillado. ⁽¹⁾
- Usar bicarbonato de sodio y deben excluirse los abrasivos fuertes (piedra pómez) por su acción desgastante. ⁽²⁰⁾
- Solución acuosa de hipoclorito y fosfato cristalino (Calgon) ya que no produce decoloración del plástico ni de los pernos metálicos que poseen los dientes artificiales de porcelana. Se ha aconsejado también la inmersión de las prótesis de plástico durante la noche, en una solución de una cucharada de hipoclorito, que podría ser el Clorox y dos cucharadas de Calgon en medio vaso de agua. Esta solución no es recomendable en casos de aparatos protésicos que incluyan metales bajos, porque las soluciones de cloro tienden a oscurecer dichos metales. ^(13,23)
- Las sales de hipoclorito suelen ser recomendadas como desinfectantes, blanqueadores y desodorantes. Su concentración es de aproximadamente 5 ml de NaHCl por 100ml de agua. ⁽¹⁾
- También se aconseja simplemente una solución de hipoclorito de sodio (media cucharadita en un vaso de agua). Su desventaja es la decoloración en el acrílico; el olor y gusto requieren un lavado minucioso. ⁽²⁰⁾
- En cuanto a la conveniencia de conservar las prótesis en soluciones antisépticas, la solución debe ser muy débil y enjuagarlas muy bien por la mañana para evitar la irritación de la mucosa. ⁽²⁰⁾
- El paciente puede sumergir las prótesis en una solución desinfectante de 0.2% o 2% de clorhexidina durante las noches. ⁽²²⁾
- También se puede realizar una limpieza sumergiendo dos veces por semana en un baño con tabletas de limpieza durante 15min, una solución de clorhexidina o un baño de ultrasonido con solución de peróxido de hidrógeno al 3%. ⁽¹²⁾
- El paciente debe ser motivado e instruido sobre la realización de pruebas regulares de mantenimiento, pero el odontólogo debe disponer de recordatorio. Los portadores de prótesis totales deben acudir a consulta de mantenimiento al menos dos veces al año, porque aunque la situación protésica sea óptima se pueden producir alteraciones asociadas a la misma o cambios secundarios a la involución senil. ⁽¹²⁾

VII. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los hábitos y la percepción que tienen los pacientes portadores de prótesis total ante la higiene bucal y protésica previo a ser rehabilitados e instruidos en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 2012.

Objetivo(s) Específico(s)

Previo a que sean los pacientes rehabilitados totalmente:

- Establecer qué tipo de hábitos y percepción poseen los portadores de prótesis, acerca de higiene bucal.
- Establecer qué tipo de hábitos y percepción poseen los portadores de prótesis, acerca de higiene protésica.

Objetivo Colateral

- Facilitar material de apoyo (mantas vinílicas y/o trifoliales) que permita instruir al paciente sobre la importancia de la higiene bucal y protésica.

VIII. VARIABLES

Edad

Definición conceptual: tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.

Definición operacional: los años cumplidos que el/la paciente indique al contestar el cuestionario.

Sexo

Definición conceptual: condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.

Definición operacional: lo que el paciente indique al momento de contestar el cuestionario.

Grado de escolaridad (primaria, básico, diversificado, universitario, ninguno).

Definición conceptual: tiempo durante el que una persona asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza

Definición operacional: lo que el paciente conteste en el cuestionario.

Higiene bucal

Definición conceptual: conocimiento, idea y modo especial de proceder del individuo en cuanto a higiene bucal. Que puede ser realizado con cepillos dentales suaves al menos una vez al día y junto con enjuagatorios después de cada comida que puede ser simplemente agua corriente o adicionada de un enjuague o solución que no necesita ser desinfectante.

Definición operacional: la percepción se evaluará a través de una pregunta cerrada con opción a respuesta positiva (sí) o negativa (no). En caso de ser cualquiera de las dos opciones se le preguntará ¿por qué? Los hábitos se evaluarán de igual manera por medio de preguntas abiertas: ¿qué usa?, ¿cómo lo hace? ¿cuántas veces lo hace?

Higiene protésica

Definición conceptual: conocimiento, idea y modo especial de proceder del individuo en cuanto a higiene protésica. La limpieza puede ser realizada por diferentes métodos mecánicos y químicos.

Definición operacional: la percepción se evaluará a través de una pregunta cerrada con opción a respuesta positiva (sí) o negativa (no). En caso de ser cualquiera de las dos opciones se le preguntará ¿por qué? Los hábitos se evaluarán de igual manera por medio de preguntas abiertas: ¿qué usa?, ¿cómo lo hace?, ¿cuántas veces lo hace?

Lesiones causadas por falta de higiene protésica y uso prolongado

Definición conceptual: conocimiento o idea que el entrevistado posee acerca de si la falta de higiene de la prótesis y su uso prolongado pueden causarle alguna patología.

Definición operacional: se evaluará por medio de una pregunta cerrada con opción a respuesta positiva (si) o negativa (no), si la respuesta es afirmativa se procederá a preguntar ¿qué tipo de lesión? y ¿quién se lo informó?

Lesiones causadas por falta de higiene bucal

Definición conceptual: conocimiento o idea que el entrevistado posee acerca de si la falta de higiene bucal puede causarle alguna patología.

Definición operacional: se evaluará por medio de una pregunta cerrada con opción a respuesta positiva (si) o negativa (no), si la respuesta es afirmativa se procederá a preguntar ¿qué tipo de lesión? y ¿quién se lo informó?

Hábitos

Definición conceptual: es el conjunto de comportamientos repetidos de una persona regularmente.

Definición operacional: lo que el paciente indique al momento de contestar el cuestionario.

Dentadura

Definición conceptual: elemento artificial destinado a reemplazar varias piezas dentarias perdidas, utilizadas por pacientes desdentados o edéntulos totales.

Definición operacional: se evaluará a través de una pregunta cerrada. Preguntándole al paciente si posee dentadura: superior, inferior o en ambas arcada.

Tiempo de uso de la dentadura actual

Definición conceptual: cantidad en años de uso de la última prótesis total que el paciente posee.

Definición operacional: se evaluará a través de la cantidad de años indicados por el paciente.

Tiempo de ser edéntulos

Definición conceptual: cantidad en años que el paciente tiene de no poseer piezas dentales.

Definición operacional: se evaluará a través de la cantidad de años indicados por el paciente.

Tiempo del cambio de prótesis

Definición conceptual: cantidad en años que el paciente debe de considerar para llevar a cabo el cambio a unas nuevas prótesis.

Definición operacional: se evaluará a través de la cantidad de años indicados por el paciente en las preguntas del cuestionario.

Educación en higiene bucal

Definición conceptual: no evita enfermedades solo se da información e instrucciones que incluyen técnicas de cepillado, uso de enjuagues.

Definición operacional: por medio de preguntas abiertas y cerradas del cuestionario.

IX. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Descriptivo, transversal, por conveniencia, donde se estudiaron los hábitos y percepción que tiene los pacientes portadores de prótesis total ante la higiene bucal y protésica previo a ser rehabilitados e instruidos en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el año 2012.

Población

Fue considerada de acuerdo a aquellos pacientes que utilizan prótesis total y que asisten regularmente a las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Muestra

La muestra se obtuvo por conveniencia, estableciendo cuarenta pacientes que están siendo atendidos en el área clínica de prótesis total.

Criterios de selección

De inclusión:

- Pacientes que tengan y utilicen prótesis total en una o ambas arcadas.
- Pacientes que estén siendo rehabilitados en el área clínicas de prótesis total de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Pacientes que estén de acuerdo con el consentimiento informado.

De exclusión:

- Pacientes que no deseen participar en el estudio
- Pacientes con limitaciones que impidan la realización de la investigación.

Procedimiento

- Se elaboró un cronograma para la ejecución del estudio.

- Se solicitó a dirección de clínicas y a la disciplina de prótesis total de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala la autorización para poder llevar cabo la investigación (Anexos 2 y 3).
- La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas (Anexo 1).
- Se realizaron varias visitas a la clínica de prótesis total de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en donde se seleccionaron con base a los criterios de inclusión y exclusión, los pacientes adecuados para la investigación.
- Se solicitó la autorización del paciente a través del consentimiento informado para participar en el estudio, informándole adecuadamente sobre el mismo (Anexo 4). Si el paciente accedía a participar se le realizaba una encuesta individual estructurada de forma oral con veinte preguntas cerradas y abiertas. El paciente debió responder de acuerdo al conocimiento, experiencia y hábitos que tenía sobre higiene bucal y protésica.
- Los datos obtenidos en el trabajo de campo se tabularon y presentaron mediante cuadros y gráficas.
- Se utilizaron gráficas de barras, por ser un estudio con datos cualitativos, en ellas se colocaron los porcentajes de respuesta para mayor entendimiento.
- Se procedió a la elaboración de la discusión de los resultados dando lugar a la realización de conclusiones y recomendaciones de la investigación.
- Se elaboró material de apoyo para los pacientes y estudiantes para reforzar el conocimiento de ambos en lo que respecta a la higiene bucal y protésica (Anexo 5).

X. ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Aspectos bioéticos

Se veló por el bienestar de la persona humana. A través de los valores del sentido del deber, de la honestidad, del desinterés y la responsabilidad humana, propiciando la equidad, la igualdad y la solidaridad. Se asumieron los códigos de conducta universalmente aceptados y a responder a una moral profesional y ciudadana, donde el ser humano sea el valor supremo, y la investigación aporte al mejoramiento de sus condiciones de salud, educación. ⁽⁵⁾

Los sujetos participaron en la investigación sólo si estaban de acuerdo con sus valores, intereses y preferencias. Por ello se proporcionó información sobre los propósitos de la investigación, para que pudieran decidir libremente si participaban o no. Se garantizó el respeto a la libertad de decisión, si los sujetos cambiaban de opinión o deseaban retirarse de la investigación. Además, se garantizó la privacidad y confidencialidad de la información. ⁽⁵⁾

XI. RESULTADOS

CUADRO No. 1

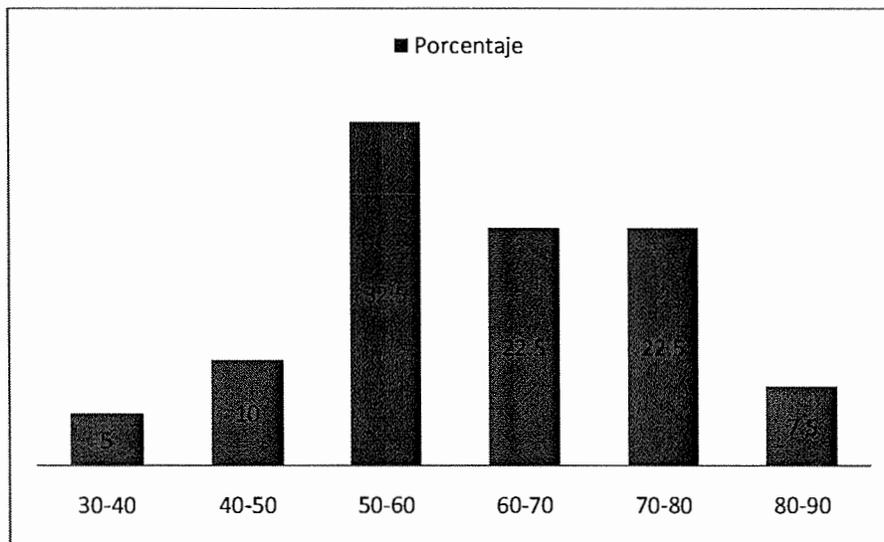
Rango de edades en años de los pacientes encuestados que utilizan prótesis total.

Edad	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90	Total
No. Pacientes	2	4	13	9	9	3	40
Porcentaje	5	10	32.5	22.5	22.5	7.5	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

GRÁFICA No. 1

Rango de edades en años de los pacientes encuestados que utilizan prótesis total.



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación:

Por medio de esta gráfica se puede observar que la mayoría de los pacientes que utilizan prótesis total son adultos mayores, el 85 % de la población encuestada se encuentra entre 50 a 90 años.

CUADRO No. 2

Distribución de pacientes encuestados por género.

Sexo	Femenino	Masculino	Total
No. Pacientes	29	11	40
Porcentaje	72.5	27.5	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación:

En cuanto a distribución por género fueron encuestados un total de 40 pacientes, de los cuales 29 fueron mujeres y 11 hombres.

CUADRO No. 3

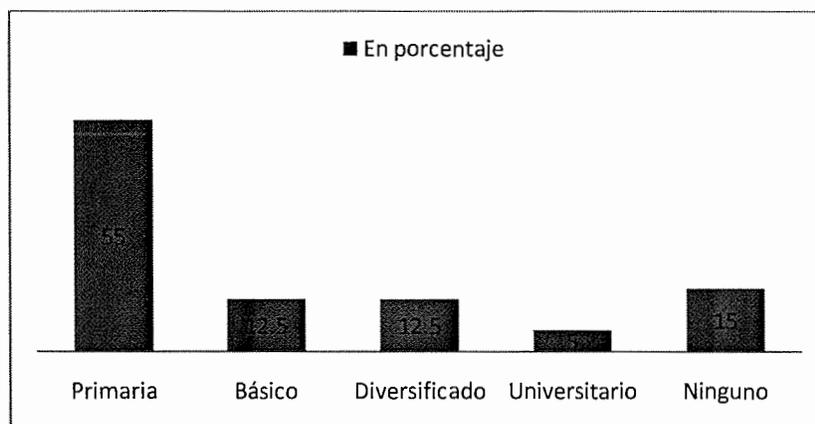
Distribución de los pacientes encuestados según grado de escolaridad.

Escolaridad	Primaria	Básico	Diversificado	Universitario	Ninguno	Total
No. Pacientes	22	5	5	2	6	40
Porcentaje	55	12.5	12.5	5	15	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

GRÁFICA No. 2

Distribución de los pacientes encuestados según grado de escolaridad.



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación cuadro No. 3 y gráfica No. 2:

La mayor parte de pacientes tienen un nivel educacional primario o carecen de escolaridad; esto puede relacionarse a que tengan un conocimiento bajo sobre los hábitos de higiene tanto protésica como bucal. Esto debe de tomarse en cuenta al momento de darle instrucciones para que los pacientes puedan entenderlas y ejecutarlas.

CUADRO No. 4

¿Cree que es importante la limpieza de su prótesis?

	Si	No	Total
No. Pacientes	39	1	40
Porcentaje	97.5	2.5	100%

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación:

De los pacientes encuestados sólo a uno no le parece importante la limpieza de sus prótesis totales.

CUADRO No. 5

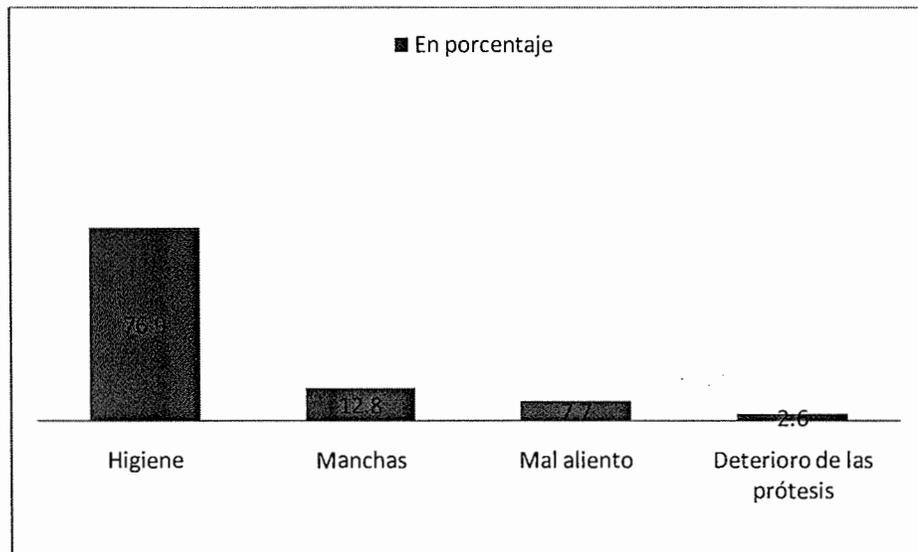
Motivos de la limpieza de las prótesis totales en pacientes que si creen importante esta acción.

	Higiene	Manchas	Mal aliento	Deterioro de las prótesis	Total
No. Pacientes	30	5	3	1	39
Porcentaje	76.9	12.8	7.7	2.6	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

GRÁFICA No. 3

Motivos de la limpieza de las prótesis totales en pacientes que si creen importante esta acción.



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación cuadro No. 5 y gráfica No. 3:

Del porcentaje de pacientes que consideran que es importante la limpieza de las prótesis; el 76.9 % indican que el principal motivo es por higiene. Mientras que el 12.8 % indican que lo hacen para evitar manchas, el 7.7 % indican que lo hacen para evitar mal aliento y el 2.6 % indican que lo hacen para evitar el deterioro de las mismas.

CUADRO No. 6

¿Realiza usted alguna limpieza a su prótesis?

	Si	No	Total
No. Pacientes	38	2	40
Porcentaje	95	5	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación:

Se puede observar que el 95 % de los pacientes portadores de prótesis total si limpian las prótesis. Y sólo un pequeño porcentaje no lo realiza. Estos resultados se pueden relacionar con los obtenidos en el cuadro 4, ya que la mayoría de pacientes no sólo manifiestan que es importante la limpieza de las prótesis, sino que la realizan también.

CUADRO No. 7

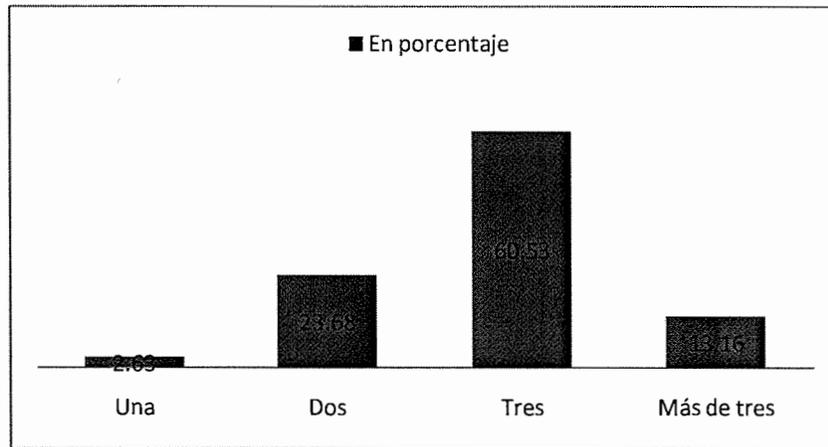
Frecuencia diaria de la limpieza de las prótesis totales por los pacientes encuestados.

	Una	Dos	Tres	Más de tres	Total
No. Pacientes	1	9	23	5	38
Porcentaje	2.63	23.68	60.53	13.16	100.00

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

GRÁFICA No. 4

Frecuencia diaria de la limpieza de las prótesis totales por los pacientes encuestados.



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación cuadro No. 7 y gráfica No.4:

De los 40 pacientes encuestados 38 si limpian sus prótesis totales, en donde el 60.53 % las limpian tres veces al día y el 13.16% manifestaron realizarlo más de tres veces al día.

CUADRO No. 8

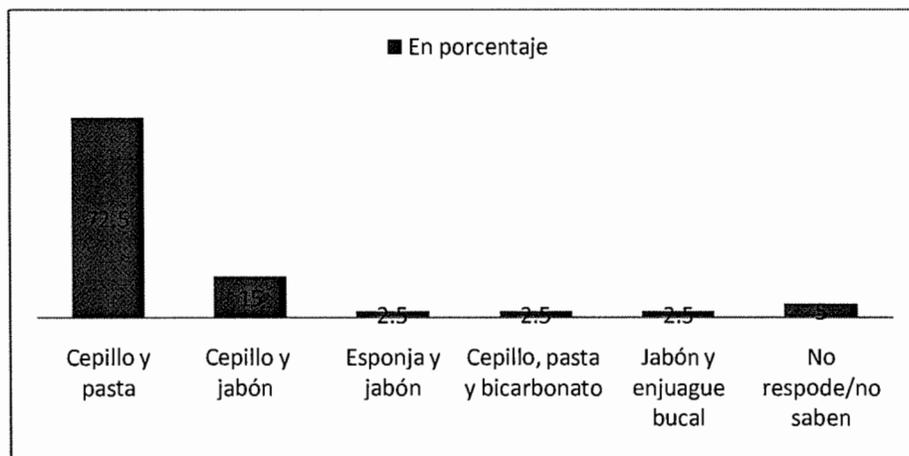
¿Qué utiliza para limpiar sus prótesis?

	Cepillo y pasta	Cepillo y jabón	Esponja y jabón	Cepillo, pasta y bicarbonato	Jabón y enjuague bucal	No responde/no saben	Total
No. Pacientes	29	6	1	1	1	2	40
Porcentaje	72.5	15	2.5	2.5	2.5	5	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

GRÁFICA No. 5

¿Qué utiliza para limpiar sus prótesis?



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación cuadro No. 8 y gráfica No. 5:

El 72.5 % utilizan cepillo y pasta dental para la limpieza de sus prótesis totales. El 15 % utiliza cepillo y jabón. El 7.5 % emplean otros elementos como: esponja, bicarbonato o enjuague bucal.

CUADRO No. 9

¿Limpia usted su boca además de la prótesis?

	Si	No	Total
No. Pacientes	40	0	40
Porcentaje	100	0	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación:

A pesar que 39 pacientes consideraron que si era importante limpiar su boca además de la prótesis El 100% de los pacientes indican que si realizan limpieza bucal.

CUADRO No. 10

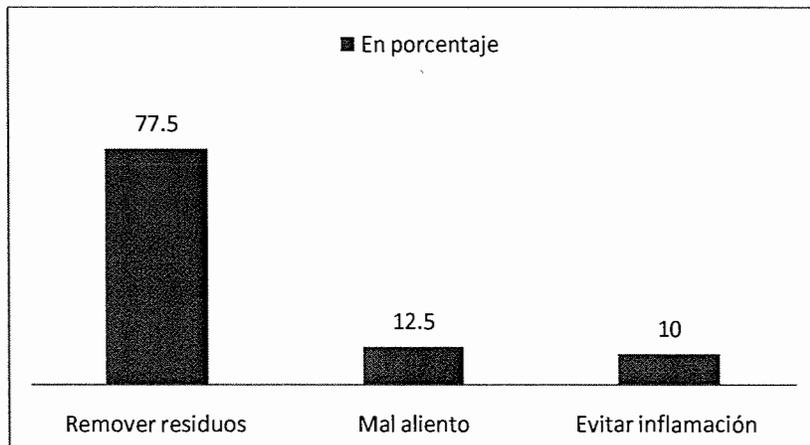
Motivos de limpieza bucal en pacientes portadores de prótesis total

	Remover residuos	Mal aliento	Evitar inflamación	Total
No. Pacientes	31	5	4	40
Porcentaje	77.5	12.5	10	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

GRÁFICA No. 6

Motivos de limpieza bucal en pacientes portadores de prótesis total.



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación:

De los pacientes que refieren que si es importante la limpieza bucal, el 77.5 % lo hace para remover residuos de comida, el 12.5 % para evitar el mal aliento y el 10% para evitar inflamación de la mucosa.

CUADRO No. 11

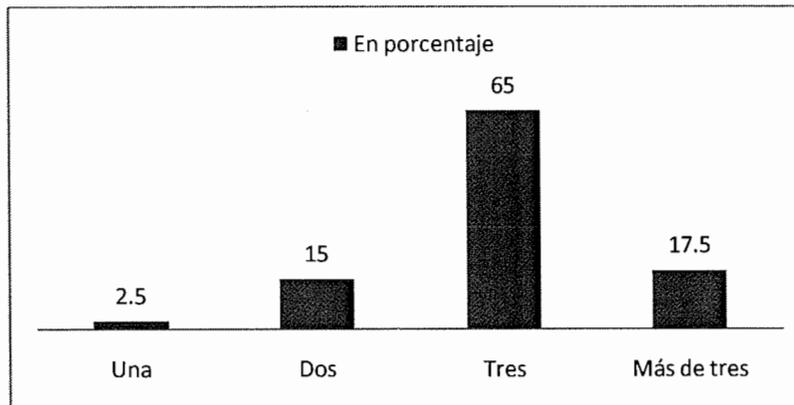
Frecuencia de higiene bucal en pacientes portadores de prótesis total.

	Una	Dos	Tres	Más de tres	Total
No. Pacientes	1	6	26	7	40
Porcentaje	2.5	15	65	17.5	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

GRÁFICA No. 7

Frecuencia de higiene bucal en pacientes portadores de prótesis total.



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación:

Según los datos obtenidos el 65% de la población encuestada se limpiaba su cavidad bucal tres veces al día antes de ser pacientes de las clínicas de la Facultad, inclusive el 17.5% de los encuestados refiere que lo realizaba más de 3 veces al día.

CUADRO No. 12

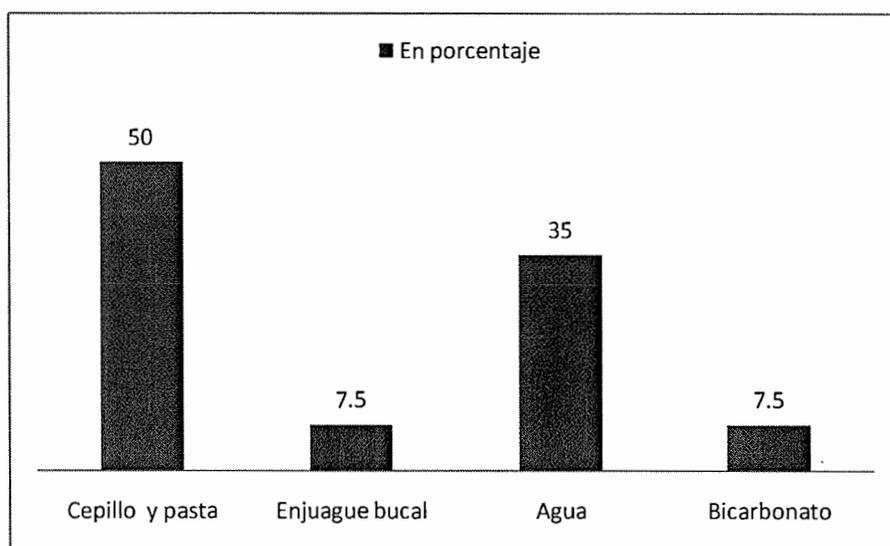
¿Qué utiliza para limpiar su boca?

	Cepillo y pasta	Enjuague bucal	Agua	Bicarbonato	Total
No. Pacientes	20	3	14	3	40
Porcentaje	50	7.5	35	7.5	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

GRÁFICA No. 8

¿Qué utiliza para limpiar su boca?



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación:

Según los datos obtenidos se pudo observar que el cepillo y pasta dental son los productos de elección en el 50% de los encuestados. Un 35% utiliza únicamente agua, del 15% restante el 7.5% utiliza enjuague bucal y el 7.5% usa bicarbonato.

CUADRO No. 13

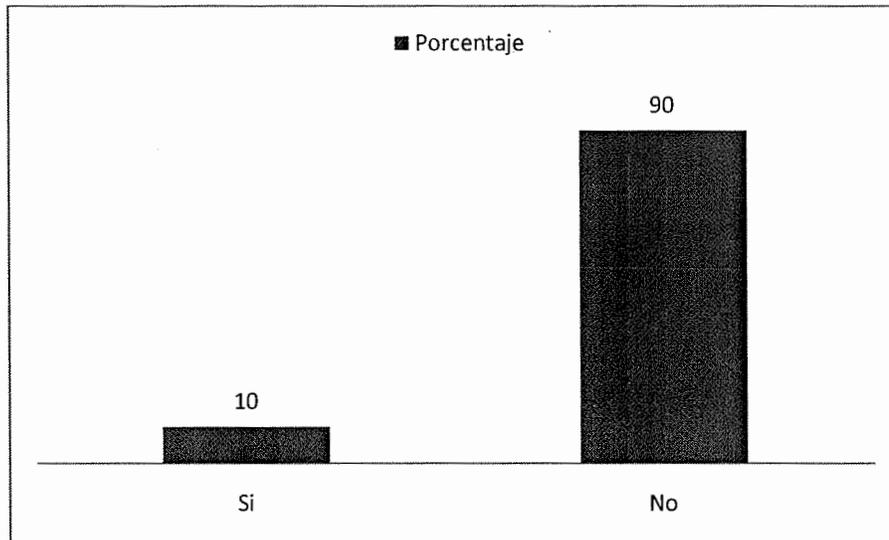
¿Conoce algún cepillo especial para lavar prótesis?

	Si	No	Total
No. Pacientes	4	36	40
Porcentaje	10	90	100%

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

GRÁFICA No. 9

¿Conoce algún cepillo especial para lavar prótesis?



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación:

La mayoría de los pacientes portadores de prótesis total, no tienen idea de la existencia de los cepillos especiales para lavar las prótesis.

CUADRO No. 14

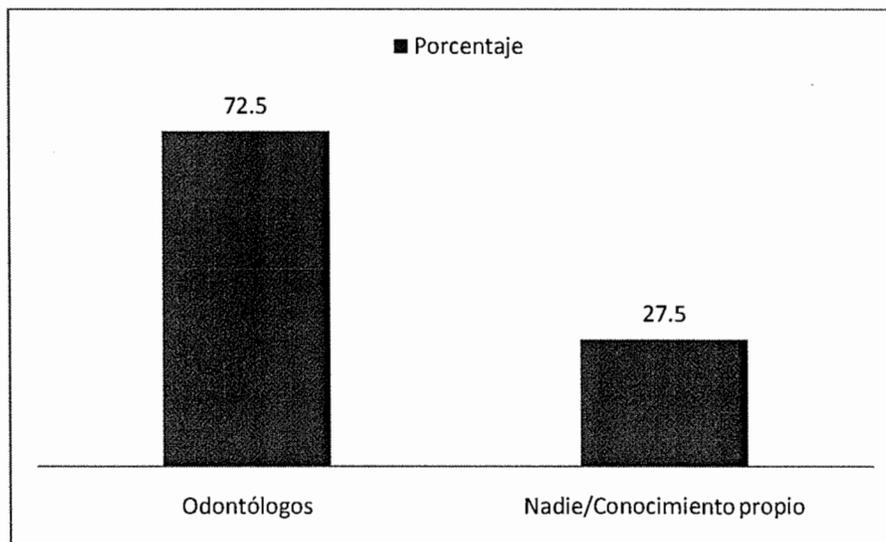
¿Quién le informó que es necesario limpiar su prótesis y su boca?

	Odontólogos	Nadie/Conocimiento propio	Total
No. Pacientes	29	11	40
Porcentaje	72.5	27.5	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

GRÁFICA No. 10

¿Quién le informó que es necesario limpiar su prótesis y su boca?



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación:

La mayoría de los pacientes encuestados manifestó que los conocimientos que poseen los han adquirido de explicaciones dadas por odontólogos, el resto de pacientes poseían un conocimiento empírico. Estos resultados manifiestan la importancia del papel que juega el odontólogo como profesional de la salud para educar e influir en los hábitos de higiene bucal y protésica de sus pacientes.

CUADRO No. 15

¿Retira las prótesis totales para dormir?

	Si	No	Total
No. Pacientes	27	13	40
Porcentaje	67.5	32.5	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación:

La mayoría de pacientes encuestados si se quitaban las prótesis para dormir, sólo un porcentaje menor no lo hacía debido a que desconocían del beneficio de llevar a cabo esta acción ya que con ello se puede lograr que los tejidos bucales descansen.

CUADRO No. 16

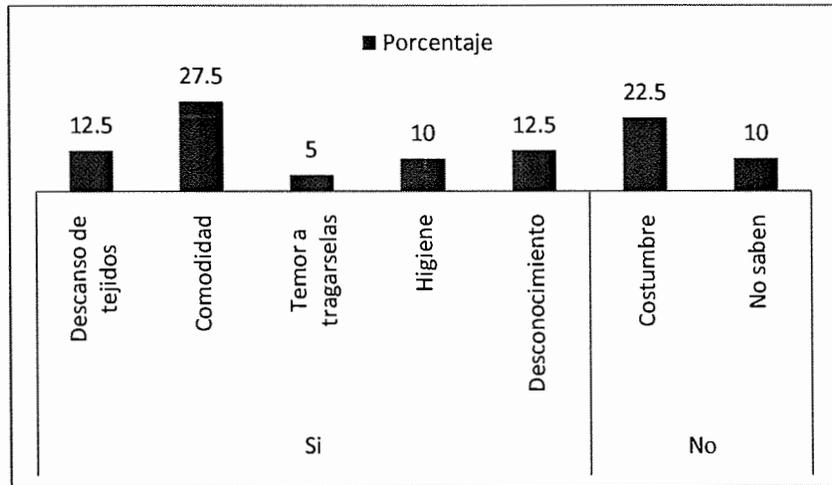
Motivos que conllevan a los pacientes a mantener o retirar las prótesis totales para dormir.

Motivos	Si					No		TOTAL
	Descanso de tejidos	Comodidad	Temor a tragárselas	Higiene	Desconocimiento	Costumbre	No saben	
No. Pacientes	5	11	2	4	5	9	4	40
Porcentaje	12.5	27.5	5	10	12.5	22.5	10	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

GRÁFICA No. 11

Motivos que conllevan a los pacientes a mantener o retirar las prótesis totales para dormir.



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación cuadro No. 16 y gráfica No. 11:

El principal motivo por el cual los pacientes retiran sus prótesis para dormir fue por comodidad. En cuanto a los pacientes que no las retiran se debía a que ya es una costumbre dormir con éstas.

CUADRO No. 17

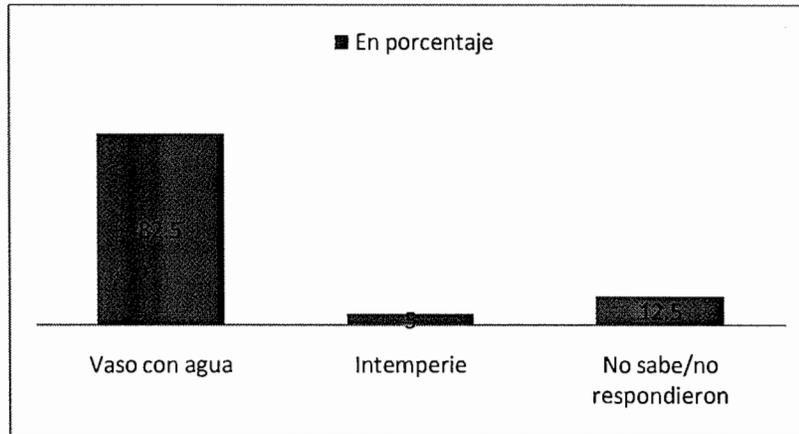
¿Dónde coloca sus prótesis cuando no las utiliza?

	Vaso con agua	Intemperie	No sabe/no respondieron	Total
No. Pacientes	33	2	5	40
Porcentaje	82.5	5	12.5	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

GRÁFICA No. 12

¿Dónde coloca sus prótesis cuando no las utiliza?



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación cuadro No. 17 y gráfica No. 12:

De los pacientes encuestados que no dormían con las prótesis el 82.5 % dejaban dichas prótesis en un vaso con agua, el 5 % sólo las dejaban a la intemperie y el 12.5 % no respondió o desconoce de la importancia de esta acción.

CUADRO No. 18

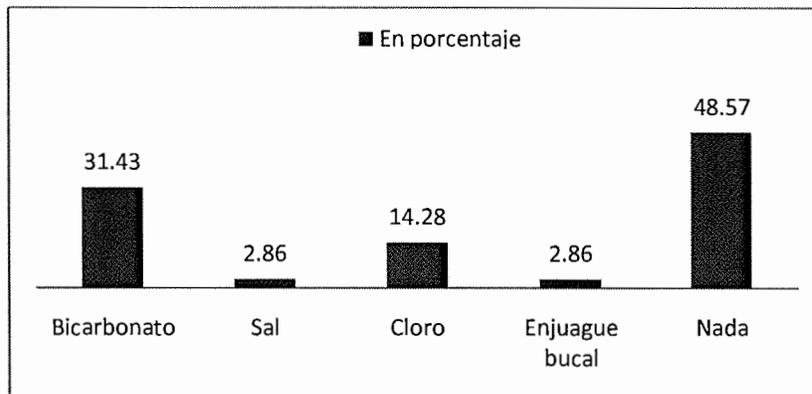
Sustancias agregadas por los pacientes al agua en donde depositan sus prótesis al no utilizarlas.

	Bicarbonato	Sal	Cloro	Enjuague bucal	Nada	Total
No. Pacientes	11	1	5	1	17	35
Porcentaje	31.43	2.86	14.28	2.86	48.57	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

GRÁFICA No. 13

Sustancias agregadas por los pacientes al agua en donde depositan sus prótesis al no utilizarlas.



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación cuadro No. 18 y gráfica No. 13:

De los pacientes que se retiran las prótesis para dormir la mayoría no le agrega nada al agua siendo un 48.57 %, el 31.43 % le agregan bicarbonato, el 2.86% le agrega sal o enjuague bucal y el 14.28 % le agrega cloro. Hay que tomar en cuenta que varían las cantidades de sustancias utilizadas por cada paciente.

CUADRO No. 19

¿Cree que el uso prolongado de las prótesis pueden causar algún problema o lesión?

	Si	No	Total
No. Pacientes	12	28	40
Porcentaje	30	70	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación:

El 70 % de los pacientes no saben que las prótesis causan lesiones en la boca al usarlas por mucho tiempo. Esto se puede relacionar con el alto porcentaje de pacientes que no se retiran las prótesis totales al momento de dormir. Es de suma importancia informar a los pacientes de los motivos por los cuales se deben retirar las prótesis al dormir.

CUADRO No. 20

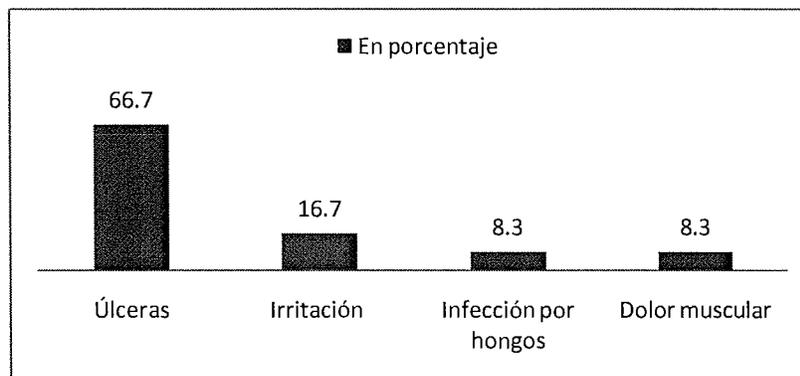
Problemas o lesiones causadas por el uso prolongado de las prótesis totales que consideran los pacientes portadores que pueden producirse.

	Úlceras	Irritación	Infección por hongos	Dolor muscular	Total
No. Pacientes	8	2	1	1	12
Porcentaje	66.7	16.7	8.3	8.3	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

GRÁFICA No. 14

Problemas o lesiones causadas por el uso prolongado de las prótesis totales que consideran los pacientes portadores que pueden producirse.



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación:

De los 40 pacientes encuestados únicamente 12 tienen conocimiento de que el uso prolongado de las prótesis puede causar lesiones en sus tejidos bucales. Este dato vuelve a remarcar la importancia de educar a los pacientes que utilizan prótesis totales en retirar las mismas al momento de dormir e ir creando poco a poco el hábito en ellos. De los 12 que contestaron que si tienen conocimiento de las lesiones que causan el uso prolongado de las prótesis el 66.7 % de ellos creen que se puede producir úlceras, el 16.7 % consideran que causan irritaciones y el 8.3 % indican que puede provocarles infección por hongos o dolor muscular.

CUADRO No. 21

¿Cree que la falta de higiene bucal le pueden causar algún problema o lesión?

	Si	No	Total
No. Pacientes	38	2	40
Porcentaje	95	5	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación:

El 95 % de los pacientes considera que la falta de higiene si provoca problemas o lesiones.

CUADRO No. 22

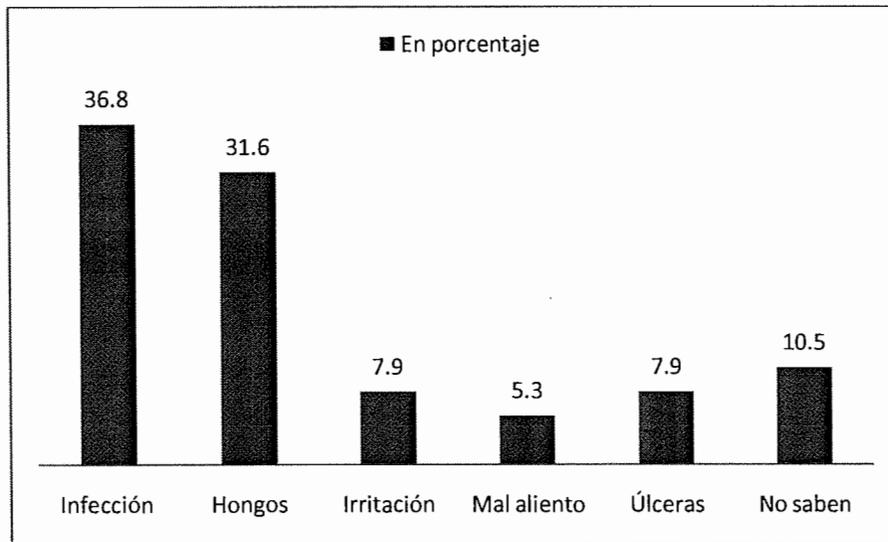
Problemas o lesiones causadas por la falta de higiene bucal que consideran los pacientes portadores de prótesis total que pueden producirse.

	Infección	Candidiasis	Irritación	Mal aliento	Úlceras	No saben	Total
No. Pacientes	14	12	3	2	3	4	40
Porcentaje	36.8	31.6	7.9	5.3	7.9	10.5	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

GRÁFICA No. 15

Problemas o lesiones causadas por la falta de higiene bucal en pacientes portadores de prótesis totales, previo a ser rehabilitados e instruidos en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, año 2012.



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación cuadro No. 22 y gráfica No. 15:

De los pacientes que afirman que si existen lesiones por falta de higiene. En esta gráfica se demuestra que tipo de lesiones el paciente cree que pueden desarrollarse. El 36.8 % mencionan infecciones sin especificar de qué tipo, pero el 31.6% indicaron que puede provocar infecciones micóticas. Otras afecciones mencionadas fueron: irritación, mal aliento, úlceras.

CUADRO No. 23

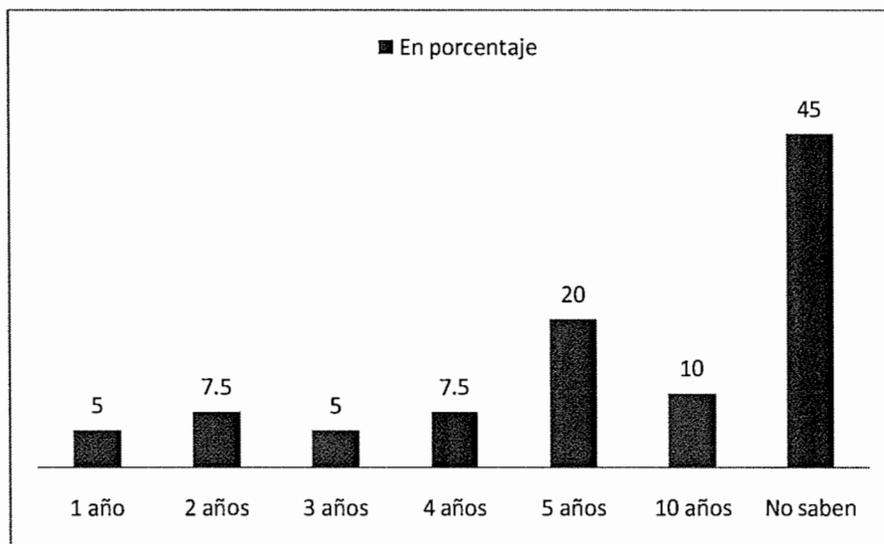
Tiempo considerado necesario por los pacientes para el cambio de las prótesis totales, previo a ser rehabilitados e instruidos en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, año 2012.

Tiempo	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años	10 años	No saben	Total
No. Pacientes	2	3	2	3	8	4	18	40
Porcentaje	5	7.5	5	7.5	20	10	45	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

GRÁFICA No. 16

Tiempo considerado necesario por los pacientes para el cambio de las prótesis totales, previo a ser rehabilitados e instruidos en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, año 2012.



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación:

El 45 % de los pacientes desconocen el tiempo en que deben de cambiar sus prótesis por unas nuevas y el 20 % considera prudente cambiarlas cada 5 años.

CUADRO No. 24

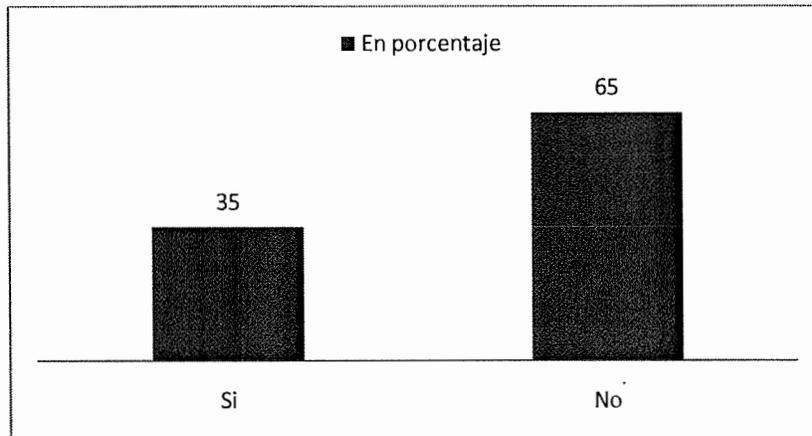
Pacientes que refieren haber sido evaluados después de la entrega de sus antiguas prótesis totales.

	Si	No	Total
No. Pacientes	14	26	40
Porcentaje	35	65	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

GRÁFICA No. 17

Pacientes que refieren haber sido evaluados después de la entrega de sus antiguas prótesis totales.



Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación:

El 65 % de los pacientes encuestados manifestaron que no fueron reevaluados después de la entrega de sus prótesis. Es importante informar al paciente de la necesidad de las evaluaciones periódicas con el odontólogo para verificar la buena adaptación y funcionamiento de su prótesis total y la salud de sus tejidos bucales.

CUADRO No. 25

¿Cuándo le entregaron las prótesis que tienen en uso, le dieron algunas instrucciones de higiene?

	Si	No	Total
No. Pacientes	19	21	40
Porcentaje	47.5	52.5	100

Fuente: Datos recolectados en el trabajo de campo

Interpretación:

El 52.5 % de pacientes no recibieron instrucciones de higiene y mantenimiento de sus prótesis, por lo que los resultados obtenidos en las gráficas y cuadros anteriores acerca del desconocimiento de los hábitos de higiene protésica y bucal, están directamente relacionados a la falta de educación por parte del odontólogo al momento de entregar la prótesis al paciente.

XII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 40 pacientes que asistían a la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. En cuanto a distribución por género 29 fueron mujeres y 11 hombres. El 85 % de los encuestados tenía entre 50 a 90 años, esto demostró que la mayor parte de pacientes que utilizan prótesis total son adultos mayores. En cuanto al nivel educacional el 70 % tenía un nivel educacional primario o carecen de cualquier tipo de estudio esto puede relacionarse a que tengan un conocimiento bajo sobre los hábitos de higiene tanto protésica como bucal.

Dentro del conocimiento y práctica, con base a la higiene protésica, el 97% de los pacientes cree que si es importante la limpieza de la prótesis y la mayoría de ellos si realiza la higiene de las mismas. Las principales razones de limpieza son: higiene en un 76.9 % y en menor porcentaje manchas y mal aliento. Estas respuestas coinciden con los motivos que indica la literatura por los cuales es necesaria la limpieza de las mismas ⁽²⁰⁾

Si se hace referencia a la cantidad de veces al día que el paciente limpia su prótesis, el 60.53 % refirió realizarlo tres veces al día, esto puede corresponder a la cantidad de veces al día que el paciente come. Sin embargo, la mejor recomendación es después de cada comida, por lo tanto, a mayor cantidad de tiempos de comida, así será la cantidad de veces que se limpien las prótesis. Siempre debe existir al menos una vez al día una limpieza meticulosa de la misma ⁽¹²⁾

Dentro de los recursos utilizados para la limpieza protésica, es conveniente usar cepillo y alguna solución jabonosa diluida o solución detergente que es útil, y a la vez no debe ser abrasiva. Deben excluirse abrasivos como piedra pómez. De los resultados obtenidos, el 72.5% usa cepillo y pasta; el 15 % cepillo y jabón.

Solamente el 10 % de los encuestados conocieron la existencia de cepillos para prótesis. A pesar de que existen diversas formas de cepillos, las formas comunes de cepillos suelen servir, si el aparato protésico tuviera puntos profundos que el cepillo no alcanza, debe buscarse una forma más adecuada de cepillo para lograr limpiar las áreas que no se logran higienizar. Se recomienda la utilización de cepillos para prótesis que posean dos grupos de cerdas, uno que permita penetrar en la superficie interna de la prótesis y otro grupo dispuesto a manera de formar un cepillo rectangular para que pueda adaptarse a las superficies externa y oclusal de la prótesis. ^(1,15,20)

Al igual que la importancia de limpieza protésica, los pacientes consideraron en un 97 % que si es importante la limpieza bucal, las principales razones de limpieza fueron 77.5 % la remoción de residuos y el 10 % indicó que lo hace para evitar inflamación de tejidos.

La cantidad de veces que limpian su boca coincidía con la cantidad de veces que limpian su prótesis y el 65 % de ellos lo hace tres veces al día.

Dentro de los recursos mencionados para la limpieza bucal se encontró que el 50 % utiliza pasta y cepillo, 35 % utiliza únicamente agua y un 7.5 % utiliza enjuague bucal o bicarbonato. Es importante enseñar al paciente que un enjuagatorio después de cada comida con agua corriente o enjuague bucal sin alcohol es un hábito importante, pero que es menester una limpieza bucal más minuciosa preferentemente antes de acostarse y la conveniencia que hay al dar masaje sobre la mucosa con un cepillo dental suave se considera necesario, sin olvidar el dorso de lengua. ^(12, 20)

El 72.5 % de los pacientes encuestados refirieron que la obtención de conocimiento sobre limpieza bucal y protésica ha sido proporcionada por un odontólogo.

El 67.5 % de los pacientes indica tener el hábito de remover las prótesis dentales para dormir. Los motivos mencionados fueron: por comodidad, para el descanso de tejidos, por temor a tragárselas y algunos simplemente las retiran sin saber por qué. Sin embargo, el paciente necesita tener el conocimiento que la remoción de la prótesis durante las noches se indica para evitar cambios y alteraciones como atrofia severa de mucosa y hueso, estomatitis por dentadura, hiperplasia papilar inflamatoria y otras alteraciones.

El uso intensivo de prótesis influye de forma negativa sobre la capacidad de regeneración de la mucosa bucal, la salud de las glándulas salivales menores y la obtención de un equilibrio microbiológico de la boca. El 70 % de pacientes encuestados no cree que el uso prologando puede influir en forma negativa en la cavidad bucal, pero existe una correlación de daño más evidente en pacientes portadores de prótesis de día y de noche que en los pacientes que usan prótesis durante el día únicamente ^(12, 16, 22, 23)

Del 32.5 % de los pacientes que no se retiran las prótesis para dormir, más de la mitad no lo hace debido a que no están acostumbrados a dormir sin prótesis y el resto de ellos no saben que lo tienen que hacer. Únicamente 5 de los 40 pacientes conocen un motivo del porque quitarse las prótesis, todos los demás necesitan ser educados.

Durante el tiempo que las prótesis no están en uso, la literatura encuentra que es controversial si las dentaduras deben guardarse en un lugar seco o húmedo o si deben desinfectarse o no, sin embargo se recomienda utilizar soluciones como agua con cloro o clorhexidina para desinfectarlas, vinagre blanco para evitar acúmulos de sarro, bicarbonato, tabletas comerciales para limpieza de prótesis ^(12,20,21,22)

A pesar de que existen suficientes alternativas para colocar las prótesis cuando no se encuentran en uso y poder realizar una limpieza química, el 48 % de los pacientes refiere que coloca las prótesis únicamente en agua, por lo que es necesario enseñarles otras alternativas.

El 70 % de los encuestados, indica que el uso prolongado de la prótesis no puede causar lesiones.

El 95 % indica que la falta de higiene si puede causar alguna alteración. A pesar que si creen que la falta de higiene causa enfermedades, 36.8 % no saben específicamente cuál y el resto en menor cantidad cree que puede ser hongos, irritación o mal aliento. De los 40 pacientes 12 de ellos que creen que el uso prolongado puede causar lesiones, ocho mencionan que pueden provocar úlceras. Por lo que necesitan ser educados en este aspecto.

La necesidad de recambio de prótesis o mantenimiento es necesario, el 45 % no saben específicamente cuando cambiarlas, el resto menciona cantidad de años al azar sin saber motivos específicos. Las razones por las cuales las cambiarían sería desadaptación, desgaste o fractura.

Es necesario educar al paciente para que realice visitas periódicas al odontólogo, entre otros, para conservar la salud del sistema masticatorio, funcionalidad de la prótesis, evitar lesiones como úlceras, épulis fisurado y evitar el uso de adhesivo, debido a que una prótesis bien adaptada que cumple con adecuada retención, soporte y estabilidad no necesita de ellos. Sin embargo, siempre se necesita de ayuda de factores biológicos como las saliva. ^(12,16,22)

XIII. CONCLUSIONES

1. La mayoría de pacientes que participaron en el estudio fueron mujeres con una escolaridad primaria y el 15 % no tiene ninguna escolaridad por lo que es importante educar a los pacientes con material de apoyo orientado a su nivel de escolaridad.
2. Los pacientes consideran que es importante la higiene, tanto protésica como bucal, y un alto porcentaje si realiza dicha higiene. Los principales motivos por los que limpian sus prótesis son: higiene, evitar manchas y mal olor de sus prótesis. Y las razones más relevantes por las cuales los pacientes limpian su boca son: remover residuos alimenticios y evitar inflamación en sus tejidos bucales. A pesar de esto no se consideró la importancia de evaluar la prótesis y el estado salud bucal del paciente.
3. Los pacientes llevan a cabo la limpieza tanto de sus prótesis y boca al mismo tiempo, en frecuencia variable, aunque no basados en la cantidad de veces que ingieren alimento. Lo más frecuente es que lo realizan 3 veces al día.
4. Los recursos más comunes que emplean los pacientes para limpiar sus prótesis son: cepillo común, dentífricos, jabón y bicarbonato.
5. Los recursos más comunes que emplean los pacientes para la limpieza de su boca son: pasta, cepillo común, solo agua, enjuague bucal sin alcohol o bicarbonato.
6. Los principales motivos por los cuales los pacientes remueven las prótesis para dormir son: por comodidad, para descansar los tejidos o por el temor a tragárselas.
7. Un tercio de los pacientes no se quitan las prótesis para dormir debido a que es una costumbre dormir con éstas puestas o por desconocimiento de la importancia de esta acción.
8. La mayor parte de los pacientes dejan en agua las prótesis al no tenerlas en boca desconociendo otras alternativas como pastillas especiales para sumergir las prótesis, bicarbonato, cloro o vinagre blanco.

9. Existe falta de educación por parte de los pacientes evidenciándose en diversas creencias y conocimientos que pueden llevar a malos hábitos de higiene y que crean datos muy diversos en la investigación.
10. La información y capacitación por parte de los odontólogos hacia los pacientes es indispensable ya que puede notarse que los pacientes siguen las instrucciones que se les enseñan. En esta investigación los resultados indican que la poca información que tienen los pacientes sobre los hábitos de higiene bucal y protésica ha sido impartida por odontólogos, aunque un pequeño porcentaje indica que tiene un conocimiento empírico. El desconocimiento de los hábitos de higiene protésica y bucal, están directamente relacionados a la falta de educación por parte del odontólogo al momento de entregar la prótesis al paciente. Esto indica que la mayoría de odontólogos si cumplen con instruir al paciente, sin embargo la información no está completa.
11. El educar a los pacientes va a mejorar su salud bucal y el estado de las prótesis. Se evitarían enfermedades ya que el paciente como no refiere dolor piensa que se encuentra sano.
12. Se elaboró un instructivo para la clínica de prótesis total de la Facultad con información unificada acerca de hábitos adecuados de higiene bucal y protésica para los pacientes tomando como base los datos obtenidos en esta investigación.

XIV. RECOMENDACIONES

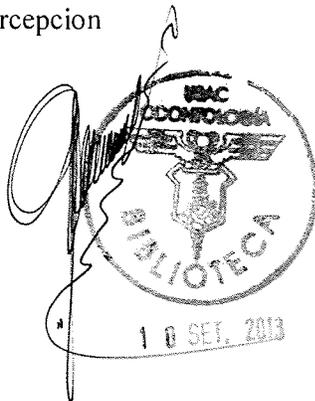
1. Proporcionar más información acerca de la higiene bucal y protésica a los pacientes que son atendidos en la disciplina de prótesis total, por parte de los odontólogos practicantes durante el tiempo en que serán rehabilitados.
2. Incluir dentro del arancel de la Facultad de Odontología de la Universidad de san Carlos de Guatemala, el costo de un kit básico de limpieza de prótesis total para que el odontólogo practicante se lo proporcione y de las indicaciones al paciente al momento de la entrega de la prótesis, siendo esto un acto de motivación para crear buenos hábitos a los pacientes que asisten a la clínica.
3. Incluir como actividades del curso de prótesis total, charlas educativas que sean impartidas por los estudiantes en el área clínica de la Facultad para que incentiven a los pacientes a mejorar sus hábitos de higiene bucal y protésica.
4. Implementar el cuestionario de esta investigación como herramienta de evaluación para los pacientes, acompañado de la inspección clínica de las prótesis y tejidos blandos, para poder lograr obtener mejor información del paciente y poder reforzar lo que sea necesario y así contribuir a un mejor cuidado bucal y protésico.
5. Crear recursos para impartir de manera dinámica y fácil las recomendaciones acerca de higiene bucal y protésica, entre ella: utilización de cepillos especiales para prótesis en el área clínica de prótesis total, para enseñar técnicas de limpieza de prótesis de una forma más dinámica, tal y como se realiza en el área de periodoncia.
6. Que la Facultad invierta en colocar mantas vinílicas diseñadas especialmente para el grupo de pacientes con bajo nivel de escolaridad, tanto en la sala de espera como en el área de las clínicas de prótesis total, para que al estudiante de la Facultad le sea útil al momento de instruir a sus pacientes.

XV. LIMITACIONES

1. Realizar el estudio de campo durante el EPS.
2. Entrevistar a personas mayores fue un poco complicado ya que por problemas con la audición fue necesario explicar más detalladamente algunas palabras del cuestionario para que entendieran mejor.
3. Dentro de la biblioteca de la Facultad de Odontología fue difícil encontrar información actualizada respecto a temas de prótesis total.

XVI. BIBLIOGRAFIA

1. Abere, D.J. (1979). **Post-placement of complete removable dentures**. Dental Clin North Am 23 (1): 143-151.
2. Bates, J.F. Adams, D. y Stafford, G. D. (1986). **Tratamiento odontológico del paciente geriátrico**. México, El Manual Moderno. 171p.
3. Blanco Ruiz, A.O. (s.f). **Estrategia educativa dirigida a mejorar la higiene y conservación de las prótesis en población adulta**. (en línea). Consultado el 19 de Mar. 2012. Disponible en: http://www.odontologia-online.com/verarticulo/Estrategia_educativa_dirigida_a_mejorar_la_higiene_y_conservacion_de_la_s_protesis_en_poblacion_adulta.html
4. Boucher, C.J. et al. (1975). **Prosthodontic treatment for edentulous patients**. 7 ed. Saint Louis: Mosby. Pp 3-27.
5. Castañeda Cerezo, S. et al. Coordinadora. (2001). **Boletín informativo. Comité de bioética en investigación. Universidad de San Carlos de Guatemala**. Guatemala: USAC. Pp. 2-4.
6. **Definición de hábito**. (s.f). (en línea). Consultado el 27 de Ago. 2012. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=Habito>
7. **Definición de percepción**. (s.f). (en línea). Consultado el 27 de Ago. 2012. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Percepci%C3%B3n>
8. _____ (s.f). (en línea). Consultado el 17 de Sep. 2012. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=percepcion>



9. Escobar Echeverria, J.E. (1972). **Educación sobre salud oral en una comunidad guatemalteca.** Tesis (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. 59 p.
10. González Juárez, A.K. (1994). **Programa de salud bucal dirigido a pacientes totalmente edéntulos que fueron rehabilitados con prótesis total en la clínica dental de la Universidad de San Carlos de Guatemala.** Tesis (Licda. Cirujana Dentista) Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. 70 p.
11. **Hábito.**(s.f).(en línea). Consultado el 27 de Ago. 2012. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/habito.php>
12. Koeck, B. (2007).**Prótesis completas.** Barcelona: Elsevier. Pp.6-8, 11-12,303-305.
13. León Herrera, M.A. de. (1970). **Algunos problemas clínicos en prótesis total.** Tesis (Lic. Cirujano Dentista) Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. Pp 56-57.
14. Loarca Bacon, M.R. (1998). **Evaluación de conocimientos adquiridos por pacientes totalmente edéntulos sobre indicaciones para el uso de su prótesis total atendidos en las clínicas de la facultad de odontología en el año de 1997.** Tesis (Lic. Cirujano Dentista) Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. 96 p.
15. Mandel, I.D.(1989).**Odontología geriátrica. Servicios de prevención dental para el anciano.** En: Clínicas Odontológicas de Norte América. Terezhalmly, G. y Salunders, M. editores. Trad. José A. Ramos Tercero. México: Interamericana. V.1. Pp 85-95.
16. Neville, B. W. et al. (2009). **Oral and maxilofacialpathology.** 3 ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier. Pp. 216-217, 510-5514.
17. **Percepción.** (s.f). (en línea). Consultado el 27 de Ago. 2012. Disponible en: <http://definicion.de/percepcion/>



18. _____ (s.f).(en línea). Consultado el 27 de Ago. 2012. Disponible en:
<http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>
19. Peyton, F.A. et al. (1960). **Restorative dental materials** .St. Louis: Mosby. Pp 422.
20. Saizar, P. (1972). **Prostodoncia total**. Buenos Aires: Mundi.Pp435 -438.
21. Sharry, J. (1962). **Complete denture prosthodontics**.2 ed. EE.UU: McGraw Hill. Pp 281.
22. Zarb, G. et al. (2003). **Prosthodontic treatment for edéntulos patients**. Washington: Mosby. Pp 24-49.
23. _____. et al (1994). **Prostodoncia total de Boucher**. Trad. Julio Cesar Maldonado. 10 ed. México: Nueva editorial Interamericana. Pp 28, 499-501.



XVI. ANEXOS

4. Cuestionario de investigación.
5. Solicitud de autorización para trabajo de campo a dirección de clínicas.
6. Solicitud de autorización de trabajo de campo a la disciplina de prótesis total.
7. Consentimiento informado para participantes de la investigación.
8. Instructivo para la higiene de las prótesis totales.

Anexo I

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



María José Vicente López 200710683
María José Ordoñez Stalling 200717926

TESIS DE PREGRADO

HÁBITOS Y PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS TOTAL ANTE LA HIGIENE BUCAL Y PROTÉSICA PREVIO A SER REHABILITADOS E INSTRUIDOS EN LAS CLÍNICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA EN EL AÑO 2,012

El objetivo de la investigación es determinar a través de un cuestionario cuál es su percepción acerca de la higiene bucal, protésica y los hábitos que practican regularmente. La información se utilizará para crear un antecedente, retroalimentar e implementar de mejor manera los nuevos conocimientos acerca de higiene bucal y protésica que se les darán y será de beneficio tanto para los pacientes como para los estudiantes.

Toda persona seleccionada será libre de decidir después de ser informada acerca de la finalidad del estudio si desea participar o no participar. La privacidad será respetada administrando la información de acuerdo a las reglas de confidencialidad y el bienestar de la persona.

Instrucciones: marcar con una "X" dentro del cuadro o línea correspondientes o colocar en las líneas en blanco su respuesta si la pregunta así lo solicita. En escolaridad las iniciales indican cada opción, siendo estas : P= primaria, B= básicos, D= diversificado, U= universitario, N= ninguno.

DATOS GENERALES

Edad _____. Sexo: F M Escolaridad: P B D U N

Dentadura: Superior Inferior Ambas Años de uso la dentadura actual _____.

Tiempo de ser edéntulo: ____ años.

DATOS ESPECÍFICOS

1. ¿Cree qué es importante la limpieza de su prótesis?:

Sí ___ No ___ ¿Por qué? _____

2. ¿Realiza usted alguna limpieza a su prótesis?

Sí ___ No ___ ¿Por qué? _____

¿Cuántas veces al día? 1 ___ 2 ___ 3 ___ más ___.

3. ¿Qué utiliza para limpiar sus prótesis?

4. ¿Cómo limpia sus prótesis?

5. ¿Cree que es importante limpiar su boca además de la prótesis?

Sí ___ No ___ ¿Por qué? _____

6. ¿Limpia usted su boca además de la prótesis?

Sí ___ No ___ ¿Por qué? _____

¿Cuántas veces al día lo hace? 1 ___ 2 ___ 3 ___ más ___.

7. ¿Qué utiliza para limpiar su boca? _____

8. ¿Cómo se limpia su boca? _____

9. ¿Conoce algún cepillo especial para lavar prótesis?

Sí ___ No ___ ¿Cuánto cree que cuesta? _____

10. ¿Quién le informó que es necesario limpiar su prótesis y su boca? _____

11. ¿Retira las prótesis totales para dormir?

Si No ¿Por qué? _____

¿Quién se lo dijo? _____

12. ¿Cuándo no usa sus prótesis en donde las deja? _____

13. ¿Si las deja en agua le agrega alguna sustancia?

Si No ¿Qué sustancia utiliza? _____

¿Cuánto utiliza? _____ ¿Dónde lo compra? _____ ¿Cuánto cuesta? _____

14. ¿Utiliza algún material para mantener sus prótesis bien adheridas a su boca?

Si No ¿Cuál? _____ ¿Quién se lo recomendó? _____

¿Por qué lo usa? _____

15. Cree que el uso prolongado de las prótesis pueden causar algún problema o lesión?

Si No ¿Cuál? _____ ¿Quién se lo dijo? _____

16. ¿Cree que la falta de higiene le pueden causar algún problema o lesión?

Si No ¿Cuál? _____ ¿Quién se lo dijo? _____

17. ¿Cree que las prótesis nuevas que le harán serán para toda la vida? Sí No

18. ¿Cada cuánto tiempo cree usted que es necesario cambiar sus prótesis?

_____ Años. ¿Por qué? _____

19. ¿Después de que le entregaron las prótesis que tiene en uso, regresó con la persona que le realizó sus dentaduras para que lo evaluará?:

Sí No ¿Por qué? _____

20. ¿Cuando le entregaron las prótesis que tienen en uso, le dieron algunas instrucciones de higiene?

Sí No

Anexo 2

Guatemala, Octubre 2012.

Dr. Otto Raúl Torres.
Director de Clínicas
Facultad de Odontología
Universidad San Carlos de Guatemala

Estimado Dr. Torres:

Reciba un cordial saludo, esperando que todas sus actividades laborales sean de gran éxito. El motivo de la presente es para solicitar autorización para llevar a cabo la realización del trabajo de campo de la tesis que lleva por título “Hábitos y percepción que tienen los pacientes portadores de prótesis total ante la higiene bucal y protésica previo a ser rehabilitados e instruidos en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 2012.”. Para lo cual necesitaremos la colaboración de los pacientes que acuden al área clínica de prótesis total, de las clínicas de la Facultad de Odontología, siempre que el paciente acepte colaborar por medio de un consentimiento informado.

Esperando una respuesta favorable, agradeciendo su comprensión y sin otro particular.

Atentamente,

María José Vicente López
200710683

María José Ordoñez Stalling
200717926

Anexo 3

Guatemala, Octubre 2012.

Dra. Patricia Hernández, Coordinadora.
Disciplina de prótesis total.
Facultad de Odontología
Universidad San Carlos de Guatemala

Estimada Dra. Hernández :

Reciba un cordial saludo, esperando que todas sus actividades laborales sean de gran éxito. El motivo de la presente es para solicitar autorización para llevar a cabo la realización del trabajo de campo de la tesis que lleva por título “Hábitos y percepción que tienen los pacientes portadores de prótesis total ante la higiene bucal y protésica previo a ser rehabilitados e instruidos en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 2012.”. Para lo cual necesitaremos la colaboración de los pacientes que acuden al área clínica de prótesis total, de las clínicas de la facultad de odontología, siempre que cuando el paciente acepte colaborar por medio de un consentimiento informado.

Esperando una respuesta favorable, agradeciendo su comprensión y sin otro particular.

Atentamente,

María José Vicente López
200710683

María José Ordoñez Stalling
200717926

Anexo 4

Consentimiento informado para participantes en la investigación

El propósito de este consentimiento, es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es realizada por María José Ordoñez Stalling y María José Vicente López, estudiantes de la Universidad de San Carlos de Guatemala. El objetivo de la investigación es determinar cuál es su percepción (conocimiento o idea) acerca de la higiene bucal y protésica, además conocer que hábitos de limpieza practican regularmente con sus prótesis y su salud bucal.

La información obtenida proporcionará elementos de ayuda que permitan crear un antecedente, retroalimentar e implementar de mejor manera los nuevos conocimientos acerca de higiene bucal y protésica que se les darán a los pacientes cuando sean entregadas sus nuevas prótesis y será de beneficio tanto para los pacientes como para los estudiantes.

Toda persona seleccionada será libre de decidir después de ser informada acerca de la finalidad del estudio si desea participar o no. La privacidad será respetada administrando la información de acuerdo a las reglas de confidencialidad y el bienestar de la persona.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder veinte preguntas ya elaboradas en una encuesta y dichas respuestas se transcribirán en la misma. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su colaboración.

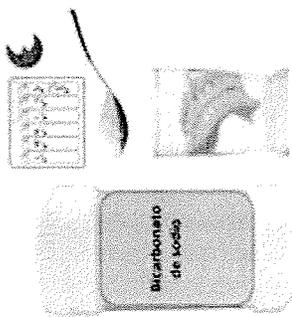
Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) acerca del objetivo de este estudio, me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente veinte minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto tenga perjuicio alguno para mí persona.

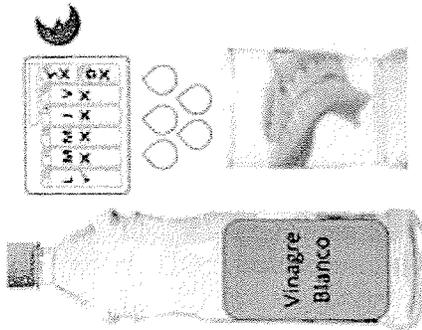
Nombre del Participante

Firma del Participante

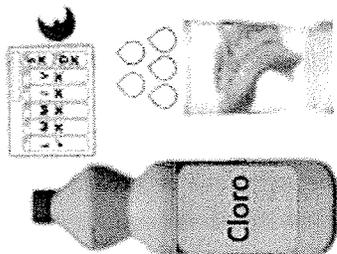
7. Para la limpieza: Agregar una cucharadita de bicarbonato en un vaso con agua, todas las noches.



8. Para evitar formación de sarro: Colocar en un vaso con agua 5 gotas de vinagre. Una vez por semana. Por las noches.



9. Para la desinfección: Agregar 5 gotas de cloro en un vaso con agua. Una vez por semana. Por las noches.

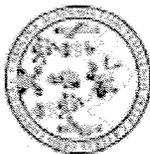


10. Usar enjuague bucal sin alcohol todos los días después de cada comida.



Maria José Vioante López
María José Ordoñez

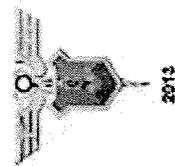
Universidad de San Carlos
de Guatemala



INSTRUCTIVO PARA LA HIGIENE DE LAS PRÓTESIS TOTALES

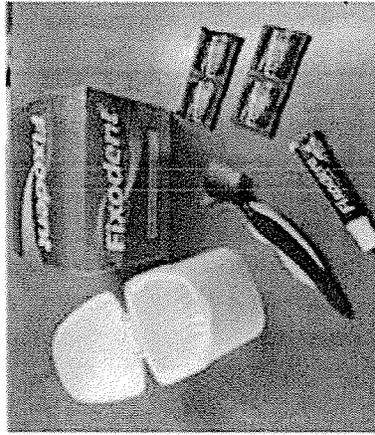


Facultad de Odontología

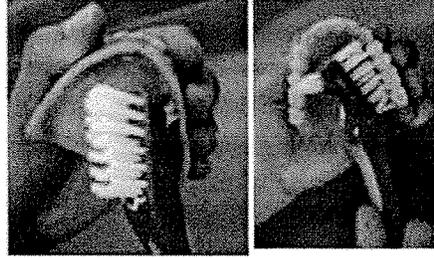


RECOMENDACIONES PARA LA HIGIENE DE LAS PRÓTESIS TOTALES

1. Kit básico para la limpieza de las prótesis totales (cepillo especial, recipiente para guardar las prótesis, tabletas de desinfección).



3. Limpiar tanto en la parte de adentro como en la parte de afuera.



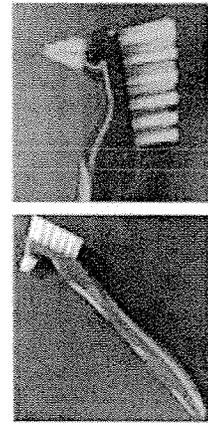
5. Tabletillas de bicarbonato para limpiar y desinfectar las prótesis.
 - Colocar una tableta en un vaso con agua, dejándolas reposar toda la noche.



- Al día siguiente limpiarlas bien con agua.

6. **Importante** limpiar la lengua y encías con un cepillo de cerdas suaves, 3 veces al día.

2. Usar un cepillo especial para prótesis total.



4. Utilizar jabón líquido.



El contenido de esta Tesis es única y exclusiva responsabilidad de la autora

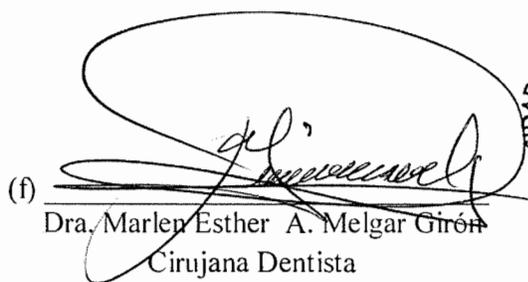
(f) 

María José Ordoñez Stalling

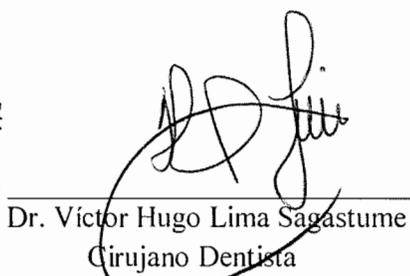
FIRMAS DE TESIS DE GRADO

(f) 
María José Ordoñez Stalling
Sustentante

(f) 
Dra. Juliana María Medina Galindo de Lara
Cirujana Dentista
ASESORA

(f) 
Dra. Marlen Esther A. Melgar Girón
Cirujana Dentista
PRIMERA REVISORA
Comisión de Tesis



(f) 
Dr. Víctor Hugo Lima Sagastume
Cirujano Dentista
SEGUNDO REVISOR
Comisión de Tesis

IMPRÍMASE
Vo.Bo.:

(f) 
Dr. Julio Rolando Pineda Córdón
Cirujano dentista
Secretario Académico
Facultad de Odontología

