



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**

**EXISTENCIA DE PROTOCOLOS DE HIGIENE BUCAL EN LOS
ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA PARA ADULTOS MAYORES
(ELEM) Y CARACTERIZACIÓN DE SUS DIRECTORES TÉCNICOS**

André Latapiat Parodi

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE

CIRUJANO-DENTISTA

TUTOR PRINCIPAL

Dr. Marco Cornejo Ovalle

TUTORES ASOCIADOS

Dra. Andrea Pizarro Cano

Dra. Madeleine Urzúa Gajardo

Adscrito a PRI-ODO N° 15/008:

**“Servicios y cuidados odontológicos para personas mayores
institucionalizadas en establecimientos de larga estancia”**

**Santiago – Chile
2016**



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**

**EXISTENCIA DE PROTOCOLOS DE HIGIENE BUCAL EN LOS
ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA PARA ADULTOS MAYORES
(ELEAM) Y CARACTERIZACIÓN DE SUS DIRECTORES TÉCNICOS**

André Latapiat Parodi

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANO-DENTISTA**

TUTOR PRINCIPAL

Dr. Marco Cornejo Ovalle

TUTORES ASOCIADOS

Dra. Andrea Pizarro Cano

Dra. Madeleine Urzúa Gajardo

**Adscrito a PRI-ODO N° 15/008:
“Servicios y cuidados odontológicos para personas mayores
institucionalizadas en establecimientos de larga estancia”**

**Santiago – Chile
2016**

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
MARCO TEÓRICO	
1. Envejecimiento Poblacional	3
2. Envejecimiento y Cavidad Oral	5
3. Aspectos económicos asociados a Atención en Salud de Personas Mayores	7
4. Adulto Mayor Institucionalizado	8
5. Prevención de deterioro cognitivo en adultos mayores mediante higiene oral y rehabilitación protésica	16
6. Atención de salud oral de las personas mayores en Chile	19
7. Justificación de la investigación	19
PROBLEMA Y OBJETIVOS	21
MATERIALES Y MÉTODOS	
1. Diseño del Estudio	22
1.1. Tipo de estudio	22
1.2. Población de estudio	22
1.3. Muestra del estudio	22
2. Método de recolección y análisis de datos	23
2.1. Fuentes de información	23
2.2. Reclutamiento y consentimiento informado	24
2.3. Aplicación del instrumento	25
2.4. Consideraciones éticas	25
2.5. Análisis estadístico	26
RESULTADOS	
1. Protocolos de Higiene Bucal (PHB) diaria para personas mayores institucionalizadas en ELEAM	27
2. Caracterización de las y los Directores Técnicos de los ELEAM	29
a. Según características propias	29
b. Según conocimientos en ámbito odontológico	30

c.	Según valoración en el ámbito odontológico	31
i.	Evaluación de calidad de vida	31
ii.	Evaluación bucal	32
iii.	Artículos para higiene bucal	33
iv.	Necesidad de higienización bucal según dependencia del AM	33
v.	Plan de cuidados diarios de salud bucal	34
3.	Relación entre existencia de PHB con características de los establecimientos	35
4.	Relación entre existencia de PHB con características de los Directores Técnicos	38
5.	Fuerza de asociación entre variables estadísticamente significativas para la existencia de PHB en los ELEAM	39
	DISCUSIÓN	42
	CONCLUSIONES	53
	SUGERENCIAS	54
	BIBLIOGRAFÍA	55
	ANEXOS	
	Anexo 1: Consentimiento informado	65
	Anexo 2: Cuestionario Ad-hoc	69
	Anexo 3: E-mail dirigido a DT	78
	Anexo 4: Certificado Comité de Ética Científico SSMC	79

Resumen

Introducción: Chile se encuentra en una etapa avanzada de transición demográfica y para el 2030 será el país más envejecido de Sudamérica. Muchas de las necesidades que se presentan en edades avanzadas exigen cuidados especializados que desbordan las posibilidades del espacio doméstico. En Chile las residencias de cuidados de Adultos Mayores (AM) se denominan Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM). Dentro del marco normativo que regula su autorización sanitaria no se contempla en forma específica la aplicación de protocolos de higiene oral ni aspectos de salud oral. El objetivo de este estudio fue describir y asociar la existencia de protocolos de higiene bucal de los ELEAM en Chile con características del establecimiento y sus Directores Técnicos (DT).

Materiales y métodos: Como fuentes de información se utilizaron un catastro de los ELEAM de Chile accesible públicamente y un cuestionario on-line previamente piloteado de autoaplicación dirigido a los DT para recabar información acerca de los conocimientos del DT en aspectos odontológicos, características propias del ELEAM, años de experiencia con AM, protocolo de higiene bucal y capacitación en salud oral. La muestra por conveniencia estuvo compuesta por 42 participantes.

Resultados: El 62% de los participantes eran de género femenino, El 45% de los participantes pertenecen a la Región Metropolitana, el 86% poseen capacitación en materia de Personas Mayores, la profesión de mayor prevalencia es Enfermería (31%). La prevalencia de Protocolos de Higiene Bucal (PHB) diaria para personas mayores institucionalizadas en ELEAM en Chile corresponde a un 76% y 5 variables fueron estadísticamente significativas al asociarse con la existencia de protocolos.

Conclusiones: Existe mayor probabilidad de que no exista un PHB en un ELEAM donde su DT desconoce la resolución n° 23 del SENAMA para fondos concursables o los 5 protocolos obligatorios para fondos concursables del SENAMA que incluyen uno de higiene bucal y para aquellos que ELEAM que tengan una plaza menor a 30. Tienen mayor probabilidad de tener un PHB los establecimientos de tipo privado o aquellos en donde se comparte la entrega de artículos de higiene oral con los residentes. Las políticas de carácter estructural favorecen la existencia de PHB.

Introducción

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad a nivel mundial. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (OMS, 2015).

El envejecimiento puede definirse como una serie de cambios anatómicos y fisiológicos dependientes del tiempo que reducen la reserva fisiológica y la capacidad funcional. Aunque las funciones cotidianas normalmente son realizadas aparentemente bien, la capacidad de adaptarse al estrés disminuye notablemente en la vejez (Ahmed y Tollefsbol, 2001). El envejecimiento activo es el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen, favoreciendo sus oportunidades de desarrollo para una vida saludable, participativa y segura. La OMS considera que el envejecimiento activo constituye un proceso que dura toda la vida y es afectado por varios factores, lo que implica entender esta etapa de la vida como un ciclo más de crecimiento personal, añadiendo "vida a los años y no solamente años a la vida" (OMS, Ciudades Globales Amigables con los mayores, 2007; Suspergintza Elkartea, Envejecimiento Activo, 2012).

El aumento de las personas mayores también tiene como consecuencia un aumento de la proporción de personas mayores dependientes. Este fenómeno representa un importante desafío para los sistemas sociosanitarios y de protección social (a. SENAMA, 2009). Así, también se viene observando un aumento de la demanda de servicios de salud y asistencia, por lo que el número de instituciones que resguardan a esta población consecuentemente han aumentado (Campos C y cols, 2012).

En Chile, algunas de éstas instituciones son los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM). Dentro del marco regulador de los ELEAM no se

contempla en forma específica la aplicación de protocolos de higiene oral ni aspectos de salud oral, por lo que se desconocen las prácticas de cuidados orales realizadas o supervisadas en los respectivos ELEAM y se hace necesario investigar este ámbito.

Marco Teórico

Envejecimiento Poblacional

James Fries en el año 1980 publica la hipótesis de la compresión de la morbilidad donde hizo notar el hecho de que aun cuando la esperanza de vida al nacer (EVN) se ha incrementado constantemente en todas las sociedades, no se podría sostener la idea de que tal ganancia fuera perpetua e ilimitada. Al comparar las proyecciones de la EVN con las EV de los grupos de 20, 65 y 75 años, Fries encontró que la intersección oscila entre 82.6 y 85.6 años de edad; así pudo plantear que el promedio máximo de vida potencial para el ser humano es de alrededor de 85 años (Fries JF, 1980).

Así esta teoría establece:

- a) La ganancia en la EVN obtenida durante la primera mitad del siglo XX ha sido resultado de la desaparición de las muertes agudas, neonatales e infantiles;
- b) la morbilidad por enfermedades agudas ha sido sustituida por la morbilidad secundaria a enfermedades crónicas, y
- c) este proceso de sustitución de enfermedades ya ha concluido y los padecimientos crónicos han comenzado a declinar.

Las condiciones en las cuales el modelo se aplica se establecen desde las premisas de la hipótesis y son, en resumen, las condiciones epidemiológicas de los países en los cuales la EVN ya rebasó los 70 años de edad.

Las principales implicaciones de la hipótesis son que al acercarse a un comportamiento ideal de la población, suponiendo posible abatir al máximo las muertes prematuras y posponer la edad de inicio de las enfermedades crónicas, tiene como consecuencia que estas enfermedades tienden a concentrarse al final

de la vida, y el tiempo de vida saludable (previo a la aparición de la enfermedad) tiende a ser mayor (López-Moreno S y cols, 1998).

Fries señala que necesitamos una visión radicalmente distinta de la duración de la vida. Necesitamos considerar que nuestra capacidad física, emocional e intelectual será elevada hasta un momento cercano a su fin, cuando ya no es posible reparar la vida. El mantenimiento de la capacidad funcional de los órganos requiere unos hábitos saludables individuales que se deben promover, y necesita favorecer la autonomía de los mayores (CLC, 2012).

Un nuevo modelo estadístico desarrollado por investigadores de la Universidad de Washington (EE UU) y las Naciones Unidas predice que en el año 2100 el número de personas de más de 85 años aumentará en todo el mundo más de lo estimado hasta el momento, y habrá un menor número de adultos en edad de trabajar para apoyar a los jubilados dado que en las próximas décadas disminuirá de forma drástica el número de personas en edad de trabajar (Raftery A y cols, 2012).

El aumento del porcentaje de las personas de edad (60 años y más) está acompañado por la disminución del porcentaje de niños y adolescentes (menores de 15 años).

Para el año 2050, por primera vez en la historia de la humanidad, la cantidad de personas de edad en el mundo superará a la cantidad de jóvenes.

El grupo de edad que presenta el crecimiento más rápido del mundo es el de los más ancianos; 80 años y más. Actualmente este grupo está aumentando un 3,8% anual y comprende el 12% del total de las personas de edad. Para mediados de siglo, un quinto de las personas de edad tendrá 80 años y más. (United Nations, 2001)

Según datos de la OECD del año 2013, en Chile la esperanza de vida aumentó en 16,2 años entre 1970 (EVN= 62,1 años) y 2011 (EVN= 78,3 años) (OECD, 2013).

Para el 2030, el 23% de la población chilena sobrepasará los 60 años, será el país más envejecido de Sudamérica (PUC-SENAMA, 2012)

Con lo anteriormente expuesto se hace patente que la población en edad activa irá disminuyendo y la relación de dependencia irá en aumento, como podemos observar en la Tabla 1 con los siguientes indicadores del proceso de envejecimiento de la población chilena que establece La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) para el año 2013. Se hace manifiesto que la relación de dependencia de 60 y más años va en aumento, por lo que la representación porcentual de la población dependiente adulta mayor respecto al grupo de población activa se incrementará en 15,5% dentro de los próximos 15 años (CEPAL, 2013):

TABLA 1. INDICADORES DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN CHILE 1980-2030 (CEPAL, 2013)

Indicadores	1980	2000	2015	2020	2030
Porcentaje de personas de 60 años y más	8,2	10,2	15,0	17,6	23,0
Índice de envejecimiento	24.7	36.8	72.9	90.1	132.0
Relación de dependencia total	63.0	53.9	45.0	46.4	52.9
Relación de dependencia de 60 y más años	13.9	16.5	23.2	28.0	38.7

(Relación de dependencia total considera en forma porcentual la población entre 0-14 más población de 65 o más años dividido la población entre 15-64 años)

Envejecimiento y cavidad oral

En las personas envejecidas se puede evidenciar un cierto declive cognitivo, cambios funcionales en los órganos de los sentidos y en las habilidades motoras. Los cambios sensoriales, principalmente visuales y auditivos, repercuten en el procesamiento de la información. En menor medida se evidencia una disminución en el gusto y el olfato. Otros cambios que se pueden evidenciar son las dificultades al masticar, por pérdida dentaria entre otras razones, y al deglutir. Dentro de los cambios motores se evidencian la disminución de la fuerza muscular y de la densidad de los huesos junto con el desgaste de cartílagos que provocan dolor, inflamaciones y reducción de la movilidad (Campos C y cols, 2012).

Según Palacios y cols. citados por Campos C y cols, es frecuente que en adultos mayores (AM) se observe mayor prevalencia de alteraciones de la deglución, las que se asocian a neumonía por aspiración, considerándose de mayor gravedad en AM que padecen enfermedades neurodegenerativas o mayores de 80 años (Campos C y cols, 2012).

Se ha descrito que la ausencia de soporte molar en adultos mayores junto con la capacidad de autoalimentarse son factores de riesgo para asfixia por aspiración (Kikutani, T y cols, 2012).

Existen mecanismos protectores de la vía aérea durante la deglución como la elevación del paladar blando, la inclinación de la epiglotis, la relajación y apertura del esfínter esofágico superior, las ondas peristálticas y la relajación completa del esfínter esofágico inferior (Reyes, M. y cols, 2006).

La presbifagia es un término que describe un deterioro en la deglución asociado a la edad en adultos mayores sanos. Como síntoma se observa una deglución lenta, retrasada y descoordinada que compromete la protección de la vía aérea. Los cambios que ocurren en el mecanismo de la deglución en adultos mayores sanos pueden entenderse como estrategias compensatorias autoaprendidas que ocultan la fisiología normal de la deglución, debilitando a la vez el reflejo deglutorio a medida que se envejece, por lo que pone a los adultos mayores en un posición de vulnerabilidad hacia el desarrollo de una alteración en la deglución (Lever TE y cols, 2015; Schindler JS y Kelly JH, 2002; Humbert IA y Robbins J, 2008).

Debemos considerar que los adultos en edades avanzadas pueden encontrarse en un estado de fragilidad, síndrome clínico – biológico caracterizado por la disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante estrés (biológico, social mental). La fragilidad ocurre como consecuencia de la acumulación de desgaste de los sistemas fisiológicos y se sabe que constituye el principal riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte. La promoción de salud en el AM comienza con la prevención, cuyas acciones además son costo-efectivas (Pizarro A, 2012).

Ferrari E. y cols. describen que con la edad surgen cambios importantes que afectan al aparato digestivo y dentario evidenciándose atrofia del tejido adiposo que genera cambios morfológicos en el rostro, adelgazamiento de la mucosa oral, atrofia de glándulas salivales que genera disminución del flujo salival y xerostomía, el sistema músculo-articular que preside la masticación y la articulación temporomandibular, entre otros (Ferrari E. y cols, 2007).

La caries dental, la enfermedad periodontal y la pérdida dentaria son los problemas más prevalentes en el adulto mayor. Debemos considerar que las personas mayores tienen mayor riesgo de problemas bucales, sus patologías bucales se asocian a diversas enfermedades sistémicas y éstas son una causa importante de molestias, pudiendo incluso afectar su calidad de vida y bienestar (WHO, 2006).

Según el grado de morbilidad del adulto mayor debemos considerar manifestaciones orales asociadas a enfermedades sistémicas como enfermedad renal crónica o diabetes mellitus, así podemos describir dentro de la primera la presencia de signos y síntomas orales como disgeusia, xerostomía, palidez de mucosas, sangrado gingival, erosiones dentales por vómitos, macroglosia. En cuanto a las manifestaciones orales en diabéticos se describe mayor predisposición a enfermedad periodontal, lo que conlleva a mayor probabilidad de pérdida dentaria, disfunción salival y del gusto, predisposición a infección bacteriana y/o fúngica, y por ende mayor probabilidad de generar caries dental, cicatrización deficiente, lesiones de tejidos blandos, mayor prevalencia de liquen plano y estomatitis, y desordenes neurosensoriales orales como disestesia oral o síndrome de boca urente (Cedeño J y cols,2011; Al-Maskari AY y cols., 2011).

Aspectos económicos asociados a Atención en Salud de Personas Mayores

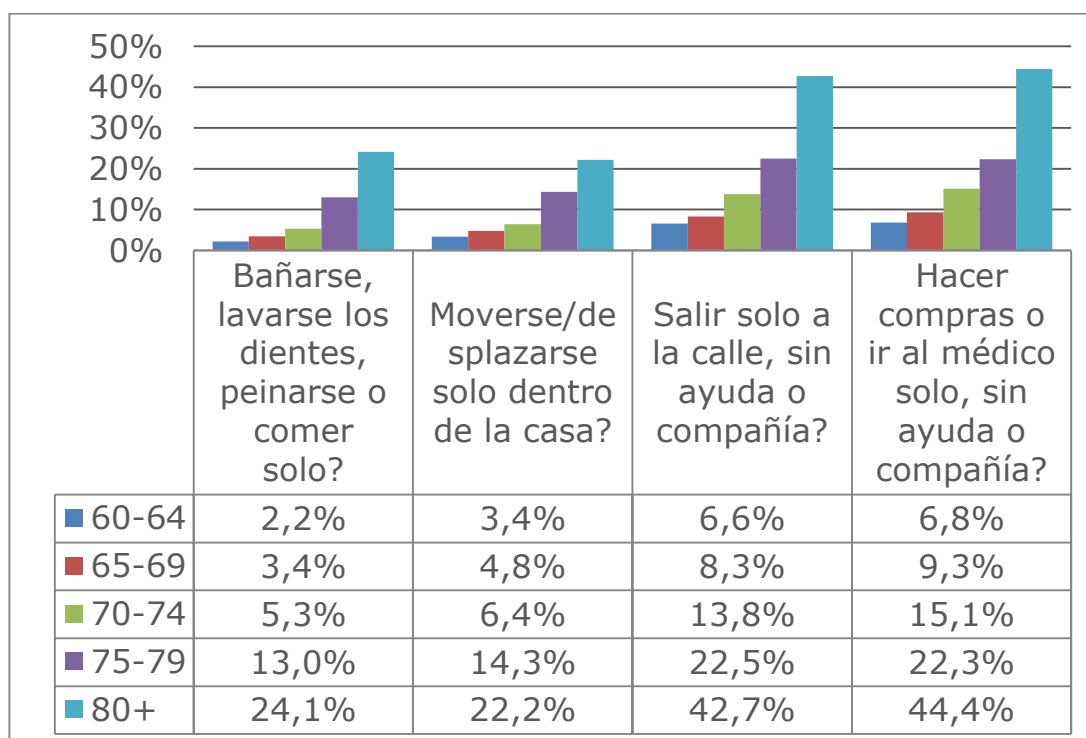
Durante el año 2002, en Chile se registraron 1.599.075 egresos hospitalarios, de los cuales, el 39% correspondió a hombres y el 61% a mujeres. Del total de egresos hospitalarios de 2002 en el país, 334.045 (21%) fueron personas mayores de 60 años de edad, de los cuales, el 47% correspondió a hombres y el 53% a mujeres. Esta cohorte, consumió el 31% del total de días de hospitalización del año 2002 en el país.

El gasto total estimado en el componente de hospitalización en los mayores de 60 años de edad el año 2002, fue de MM \$ 252.484, representando aproximadamente el 34% del total del gasto en hospitalización del país. Ese año se estimó que el gasto total proyectado en salud de los adultos mayores para el año 2010 sería de MM \$ 901.994, para el año 2015 de MM \$ 1.329.881 y en el año 2020 alcanzaría un valor de MM \$ 1.998.698 (Superintendencia en salud 2006).

Adulto Mayor Institucionalizado

La Encuesta CASEN 2011 (ver Gráfico 1) nos muestra que a medida que la población adulta mayor envejece se hace patente el hecho de requerir asistencia para realizar actividades de la vida diaria como la higiene personal (Ministerio de Desarrollo Social, 2011):

Gráfico 1. ¿Tiene dificultad para ... (Porcentaje de Adultos Mayores por tramo de edad) (Ministerio de Desarrollo Social, 2011)



El SENAMA gradúa la dependencia de los Adultos Mayores según su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria sin ayuda de terceros. Es así que las personas mayores se clasifican como:

- Autovalentes: Personas capaces de realizar las actividades de la vida diaria (AVD) sin apoyo de terceros.
- Dependientes: Personas con falta o pérdida de capacidad física para realizar AVD, por lo que requieren ayuda de otra persona.

Según el nivel de dependencia se establecen 3 tipos:

- Leve: Puede realizar por sí mismo 5 de las 6 AVD.
- Moderado: Puede realizar por sí mismo entre 2 y 4 AVD.
- Severo: Totalmente incapacitado para realizar AVD.

Según el Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores elaborado por el SENAMA el año 2009 vemos que en Chile la población Adulta Mayor Dependiente alcanza un 24% (Tabla 2) de la cual la mayoría corresponden a personas con dependencia severa (b. SENAMA, 2009).

Tabla 2. Nivel de Dependencia en las Personas Mayores. EDPM 2009

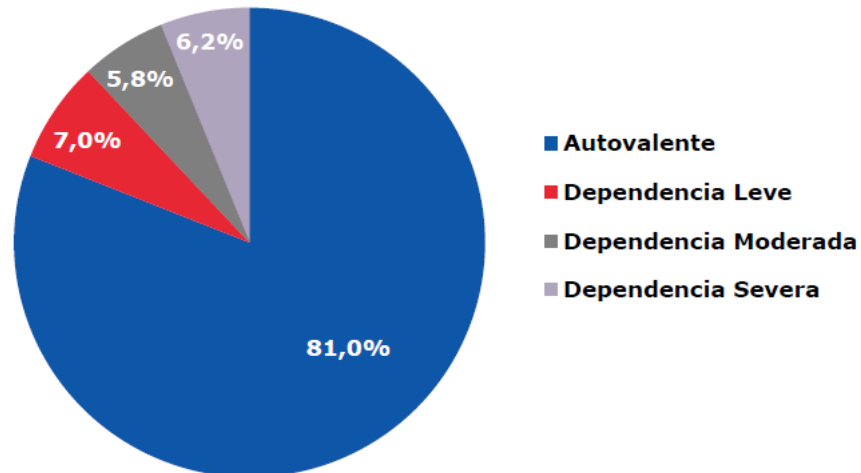
Nivel de Dependencia en las Personas Mayores. EDPM 2009		
Nivel de Dependencia	Número	Porcentaje
Dependencia Severa	208.243	12,4
Dependencia Moderada	85.229	5,0
Dependencia Leve	112.067	6,6
Sin Dependencia	1.276.792	75,9
Total	1.682.331	100

(b. SENAMA, 2009)

En tanto, en la encuesta CASEN 2013 se aprecia una disminución de la población adulta mayor con dependencia severa y un aumento de la población autovalente en comparación al año 2009 (Ministerio de Desarrollo Social, 2013).

Gráfico 2. Distribución de la población adulta mayor por índice de dependencia funcional (Encuesta CASEN 2013)

(Personas de 60 y más años, porcentaje)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2013

(Ministerio de Desarrollo Social, 2013)

Como respuesta social organizada al proceso de envejecimiento poblacional, el Gobierno de Chile, bajo la Ley 19.828 crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) el año 2002, que define como Adulto Mayor bajo criterio de Naciones Unidas a toda persona de 60 años y más. Desde el SENAMA se ha promovido la utilización del término adulto mayor, como también persona mayor, en reemplazo de tercera edad, anciano, abuelo, viejo, senescente que pueden ser entendidos en un sentido peyorativo y que se asocian a una imagen negativa, discriminatoria y sesgada de la vejez (SENAMA, 2002).

Mientras la cantidad de adultos mayores aumenta y su longevidad se incrementa, el potencial de personas disponibles para apoyarlos decrece. Además la mayor expectativa de vida y la condición de vulnerabilidad de las personas mayores institucionalizadas está implicando que las enfermedades bucales las afecten más (Katsoulis J y cols, 2012). Si bien gran parte de los cuidados de los adultos mayores dependientes seguirá todavía recayendo en su núcleo social próximo, esta situación tiene límites. Muchas de las necesidades que se presentan en edades avanzadas exigen cuidados especializados que desbordan las posibilidades del espacio doméstico y para las cuales no bastan la buena voluntad y el cariño (SENAMA,

2011). Ante este contexto es que se hace necesario ingresar a los adultos mayores en instituciones de cuidados, que en Chile se llaman Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM).

Existen tres tipos de establecimientos de larga estadía; los particulares o con fines de lucro, los de beneficencia o sin fines de lucro y las corporaciones de derecho público. Si bien en todos se cancela un arancel, el monto variará según los servicios prestados, dando cabida a ser financiado mediante las pensiones del adulto mayor o ayuda de terceros (SENAMA, 2015).

Un ELEAM es aquel establecimiento en que residen personas de 60 años o más que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados que allí reciben. Dichos cuidados tienen por objeto la prevención y mantención de su salud, la mantención y estimulación de su funcionalidad y el reforzamiento de sus capacidades remanentes, no obstante personas que presenten alteraciones agudas de gravedad u otras patologías que requieran asistencia médica continua o permanente no pueden ingresar a este tipo de establecimientos.

Para su funcionamiento, los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores deben contar con autorización otorgada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente del lugar en que se encuentra ubicado, entidad a la que además, le corresponderá su fiscalización, control y supervisión. Ésta autorización se otorga por un período de 5 años renovándose automáticamente por la misma cantidad de tiempo a menos que en forma expresa se deje sin efecto. Para ser otorgada, los ELEAM han de cumplir diversos requisitos establecidos en el reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, dispuesto en el decreto n° 14 de 2010 por la Subsecretaría de Salud Pública del MINSAL.

Entre esos requisitos se establece que cada ELEAM debe contar con un Director Técnico (DT) pudiendo ser un profesional en salud titulado que haya cursado como mínimo 8 semestres de carrera y preferentemente que esté capacitado en gerontología o puede ser un profesional del área de las ciencias sociales con capacitación o postítulo en gerontología o en materia de personas mayores. Dentro

de sus funciones están:

- Establecer, en conjunto con el equipo profesional y técnico del establecimiento, un plan relativo a cuidados de salud para los residentes.
- Establecer y hacer cumplir los protocolos necesarios para enfrentar las urgencias médicas de mayor probabilidad de ocurrencia según el tipo de residentes del establecimiento.
- Coordinar y asegurar que los residentes reciban atención de salud primaria en un establecimiento público o privado y que se encuentren inscritos en el establecimiento de salud primaria del territorio en que está el establecimiento para que reciban las prestaciones que requieran, en caso de pertenecer al sistema público de salud.
- Gestionar la red de derivación para la atención de salud de los residentes, estableciendo las coordinaciones y sistemas de colaboración necesarios con los centros de salud cercanos.
- Establecer y asegurar la ejecución de acciones de coordinación con la familia en situaciones de salud de los residentes que puedan calificarse como delicadas, tales como episodios críticos de enfermedad, caídas, heridas, enfermedad, agresión a otros o a sí mismo, etc.
- Coordinar las acciones de los profesionales externos al establecimiento que concurran a él en materias sanitarias y sociales.
- Colaborar con el administrador en la coordinación del funcionamiento del establecimiento en temas de recursos humanos, tales como funciones, turnos, permisos, vacaciones.

La permanencia en los establecimientos por parte de los DT dependerá de los cupos de residentes, teniendo disponibilidad telefónica permanente. Así en aquellos ELEAM con capacidad de 20 residentes deberá estar 4 horas semanales y en aquellos con más de 20 deberá estar mínimo 1 hora diaria.

Dentro de los establecimientos los servicios higiénicos deben estar cercanos a los dormitorios, ser de fácil acceso y estar iluminados y debidamente señalizados, existiendo a lo menos un baño por cada cinco residentes. Debe existir un lugar cerrado y ventilado destinado a guardar los útiles de aseo en uso; un receptáculo para lavado de útiles de aseo y un lugar exclusivo para el lavado de chatas.

Además las dependencias deben contar con una sala con elementos mínimos para la atención de salud, archivo de fichas clínicas y mantención de equipamiento; e insumos médicos y de enfermería mínimos tales como esfigmomanómetro, fonendoscopio, termómetros, medidor de glicemia, saturómetro, medicamentos, elementos e insumos de primeros auxilios. El director técnico determinará un responsable que supervisará un mueble que permanecerá cerrado para conservar los medicamentos según sus necesidades y a resguardo de las personas.

Es recomendable que estos establecimientos cuenten, además, con servicios prestados por:

- Enfermera, para la gestión de los cuidados
- Nutricionista para la confección de minutas y dietas,
- Kinesiólogo
- Terapeuta ocupacional o profesor de educación física con formación gerontológica para la rehabilitación y mantenimiento de las funciones biopsicosociales de los residentes
- Asistente social para el desarrollo de estrategias de intervención sociocomunitaria y articulación con las redes locales de servicios.

Todo establecimiento de larga estadía de adultos mayores deberá contar con un procedimiento de ingreso de pacientes, el cual contendrá, a lo menos, la definición y descripción de las etapas de preingreso, ingreso e inducción y comprenderá los protocolos para cada acción relevante definida así como los formularios necesarios. Además comprenderá un plan de intervención individual que contenga aspectos de salud y sociales.

Los establecimientos deberán contar con un reglamento interno en que se regule la convivencia en su interior y se salvaguarde el respeto irrestricto de los derechos y del ejercicio de la autonomía de los residentes que establecerá un formulario de contrato que se celebrará entre el establecimiento y los residentes o sus representantes, en el que se estipule, de manera exhaustiva y clara para los residentes y su familiar, los derechos y deberes de ambas partes y las causales de exclusión del residente.

Los adultos mayores con dependencia psíquica o física severa requieren un auxiliar de enfermería que esté 12 horas diurnas, uno de llamada en la noche, un cuidador por cada siete residentes que esté 12 horas del día y uno por cada diez en turno nocturno.

Los adultos mayores con dependencia física o psíquica en grado leve o moderado requieren un auxiliar de enfermería de dos horas diarias de permanencia y de llamada las 24 horas del día, y un cuidador por cada doce residentes dependientes durante 12 horas del día y uno por cada veinte en horario nocturno.

Los adultos mayores autovalentes requieren de un cuidador por cada veinte residentes durante las veinticuatro horas del día.

El personal auxiliar de enfermería debe organizar y supervisar, de acuerdo con las indicaciones del director técnico el aseo personal de residentes o apoyo para ello si se requiere.

Por su parte, corresponderá a los cuidadores efectuar asistencia en las acciones de aseo personal o ejecución directa de las mismas, según necesidad del residente.

Deberán estos establecimientos cautelar que los residentes dispongan de los medios para el control periódico de su salud, a través de los servicios de un médico privado, de la atención primaria o por un médico provisto por la residencia (SENAMA, 2010).

La literatura internacional señala que se ha reportado mala higiene bucal y mala salud bucal en el grupo de personas mayores institucionalizadas. Ambas son

factores de riesgo potenciales de varias enfermedades sistémicas. (WHO, 2006) Algunas personas mayores pueden necesitar de ayuda para realizar la higiene oral (Zunzunegui MV, 2011).

Aun cuando es una medida costo-efectiva, no se realiza de manera adecuada. Chami y cols. distinguen tres grandes aspectos que obstaculizan que cuidadores realicen las actividades de cuidado de salud oral a los adultos mayores.

Figura 1: Aspectos que obstaculizan que los cuidadores realicen las actividades de cuidado de salud bucal en las personas mayores institucionalizadas (Adaptado de Chami y cols, 2012 por Cornejo-Ovalle M).



Uno de ellos se relaciona con las conductas, creencias y percepciones erróneas de los cuidadores, donde se incluyen: el racionamiento del tiempo y horarios rígidos, y que se consideran estas actividades de cuidado como una pérdida de tiempo respecto a otras actividades. Otro aspecto se relaciona con los atributos organizacionales, que tienen que ver con la organización e infraestructura adecuada en que las mismas instituciones consideran estas actividades de cuidado como tareas no prioritarias o no urgentes, como actividades de consumo y pérdida de tiempo y donde no se planifican los cuidados. El último aspecto a considerar es el grado de entrenamiento y nivel de conocimientos de los cuidadores, dando cabida a que ellos no consideren como prioritario las actividades de higiene oral o que sean percibidas con disgusto o malestar (Chami y cols, 2012).

Diversos estudios han demostrado las ventajas costo-efectivas de los cuidados en salud oral en adultos mayores institucionalizados (Yoneyama T y cols, 2002; Terpenning M y Shay K, 2002; Rosenblum R Jr, 2010). La aspiración de microorganismos hacia la orofaringe es un mecanismo importante para el desarrollo de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVIM). En un meta-análisis

realizado por Li L y cols. se sugiere que el cuidado oral con antisépticos reduce significativamente la prevalencia de la NAVM, especialmente en pacientes sometidos a cirugía cardíaca, pero no tiene efecto en otros resultados clínicos importantes, como la mortalidad en la UCI, duración de la estancia en la UCI o la duración de la ventilación mecánica. El cuidado en salud oral que incluye el uso de clorhexidina, ya sea en enjuague bucal o gel se asocia con una reducción del 40% en las probabilidades de desarrollar neumonía asociada a ventilación mecánica en adultos en estado crítico (Li L y cols, 2015). Con los altos costos de atención de salud y el aumento de la incidencia de neumonía por aspiración en el envejecimiento de la población, la higiene dental representa una intervención costo-efectiva. Se debe incluir en las escuelas de enfermería programas para mejorar el conocimiento y las habilidades de atención de la salud oral, a cargo de profesionales de odontología. Además, es necesario promover activamente en los hogares de ancianos programas de formación práctica en atención básica de salud oral dirigidos a los cuidadores de personas mayores (El-Solh AA, 2011).

Prevención de deterioro cognitivo en adultos mayores mediante higiene oral y rehabilitación protésica

La sensibilidad de la cavidad oral incluye la habilidad de evaluar formas, tamaños y texturas, donde la discriminación táctil mediante la palpación sin ayuda visual se conoce como estereognosis oral. La estereognosis oral es considerada como una función muy elaborada de la corteza motora que requiere la recepción perfecta de un estímulo provocado por un objeto hacia el ligamento periodontal, mucosa y periostio. Estas estructuras a su vez, suministran una percepción de forma, tamaño y características propias del objeto cuando son comparadas en la corteza con recuerdos previos (Dalaya MV, 2014).

La progresiva pérdida de dientes que acompaña al envejecimiento de la población chilena, junto con la pérdida de inserción ósea que caracteriza la enfermedad periodontal sin tratamiento, implica la eliminación de los receptores del periodonto y la destrucción de la gran mayoría de las vías periféricas destinadas a la percepción del medio intraoral. (a. Ajwani S y cols, 2003; b. Ajwani S y cols, 2003)

En un estudio realizado por Araneda y cols., se desprende que la principal razón que tienen los adultos mayores para utilizar prótesis removibles es por razones funcionales más que estéticas, lo que puede ser factor relevante a la hora de evaluar los motivos de la higiene oral deficiente en adultos mayores (Araneda J y cols, 2009).

Shimazaki y cols. establecieron que existía mayor mortalidad entre sujetos institucionalizados que no poseían prótesis o no las usaban para alimentarse comparados con sujetos con 20 dientes o más durante un periodo de cinco años (Shimazaki Y y cols, 2001).

Durante los últimos años varios estudios han descrito la importancia de la higiene oral en adultos mayores como la medida costo efectiva que previene la pérdida dentaria, la que estaría asociada al deterioro cognitivo en adultos mayores (Stein PS y cols, 2007; Saito Y y cols, 2013). Minn Y-K, y cols. en el año 2013 señalan que la pérdida dentaria severa sería un predictor de infartos cerebrales silenciosos y cambios en la sustancia blanca cerebral en pacientes que no han tenido infartos o demencia. (Minn YK y cols, 2013)

En un estudio realizado en Adultos Mayores en China el año 2015 por Luo J. y cols. se estima que la pérdida de más de 16 dientes en adultos mayores se asocia con deterioro cognitivo severo. La mala salud oral puede ser considerada como un factor relacionado con síntomas neurodegenerativos en la población estudio. Esto se explicaría por la menor estimulación cerebral debido a la ausencia de dientes. (Luo J, y cols, 2015)

Actualmente se ha descrito una alternativa de tratamiento denominada arco dental reducido o arco acortado, en que no se devuelve la meseta molar por parte de la rehabilitación justificándose en ser una medida más costo-efectiva, siempre que no altere la estética y funcionalidad del paciente (McKenna G, y cols, 2014; Arvelo B y Haggard K, 2001; Calatrava LA, 2004). Sin embargo el año 2009 Miyamoto y cols. sugieren que el apretar la dentadura con un arco dental completo mostraría un mayor flujo sanguíneo cerebral comparado al arco acortado. Estos hallazgos sugieren que el estado oclusal está estrechamente relacionada con el flujo

sanguíneo cerebral y la falta de apoyo molar oclusal reduce rápidamente el volumen sanguíneo cerebral durante el apriete dentario de forma voluntaria (Miyamoto I, y cols, 2009).

Miyamoto y cols. en su estudio sobre la rehabilitación protésica concluyen que, apretar los dientes puede ser eficaz para aumentar volumen sanguíneo cerebral; en consecuencia el mantenimiento de la masticación normal, podría prevenir la degeneración cerebral. Hirano y cols. sugieren que mascar puede acelerar o recuperar el proceso de la memoria de trabajo además de inducir una mejora en el nivel de excitación cerebral, por lo tanto mejorar el rendimiento cognitivo (Miyamoto I, y cols, 2005).

Hosoi y cols. en el 2010 revisan la relación entre la actividad de la función cerebral por medio de medición de EEG y el uso de tratamiento protésico en pacientes desdentados parciales o desdentados totales en edad avanzada. El tratamiento protésico total mejoró no sólo la función de la dentadura, sino también la activación de la función cerebral. Además, el uso de prótesis parciales aumentó la activación de la función cerebral después de masticar. Sus resultados también sugieren que el área de contacto oclusal y la fuerza oclusal tienen una influencia sobre la activación de la función cerebral (Hosoi T, y cols, 2011).

En la revisión realizada por Teixeira FB y cols. se correlaciona la masticación con la salud en general, tanto por ámbitos digestivos como por información sensorial periférica y motora que generaría beneficios fisiológicos a las áreas cognitivas del SNC. Durante la masticación la corteza prefrontal, corticales sensoriales e insulares, el cuerpo estriado, el tálamo, el cerebelo y el hipocampo muestran aumentos en el flujo sanguíneo basal, que está relacionado con aumento del suministro de oxígeno y glucosa, que son esenciales para la función cerebral. Tomados en conjunto, los datos sugieren que la masticación juega un papel en las funciones cognitivas y su deterioro puede constituir un factor de riesgo para la demencia y enfermedades neurodegenerativas crónicas asociadas con el envejecimiento (Teixeira FB, y cols, 2014).

Atención de salud oral de las personas mayores en Chile

Para contribuir a mejorar los problemas de salud bucal de la población adulta, mejorar las condiciones buco-dentales con las que enfrentar la etapa de adulto mayor, y en el marco de las Garantías Explícitas en Salud, se incorporó en el año 2007, la garantía Salud Oral Integral para Adultos de 60 años. Su objetivo es mejorar la accesibilidad, oportunidad, calidad y satisfacción usuaria a los beneficiarios legales del Sistema de Salud de 60 años, tanto del seguro público (FONASA) como del privado (ISAPREs), realizando prestaciones odontológicas orientadas a disminuir el daño en salud bucal y a rehabilitar protésicamente la pérdida de dientes. El programa incluye examen, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación, incluyendo recuperación de dientes remanentes y la instalación de prótesis removible si corresponde (MINSAL, 2007).

Justificación de la investigación

El proceso de envejecimiento genera cambios importantes en las condiciones de vida de cualquier población, lo que contribuye de manera significativa en el volumen y la distribución de las enfermedades; de estas, lo que predomina más en la vejez son los padecimientos crónicos degenerativos, los cuales repercuten en la calidad de vida.

El estado de salud oral tiene repercusiones en la salud general del individuo. Se ha demostrado la asociación entre la autovaloración de la salud oral y la calidad de vida general en adultos y adultos mayores. Varios instrumentos ayudan a evaluar la calidad de vida relacionada con Salud Oral permitiendo además identificar necesidades de atención dental y salud bucodental deficiente, por ende ayudan a detectar problemas de la función oral (Velázquez-Olmedo LB y cols., 2014).

Pacientes con alteraciones motoras, visuales y mentales, indiscutiblemente se encuentran limitados para mantener una adecuada higiene oral. En ellos es fundamental indicar técnicas de aseo simplificadas, de lo contrario la mantención equilibrada del sistema estomatognático no tendrá los resultados esperados y redundará en incumplimiento y frustración por parte del paciente.

Muchos de los fármacos utilizados por pacientes geriátricos provocan como efecto secundario una disminución del flujo salival o xerostomía. La principal complicación derivada de xerostomía de larga duración es el aumento de incidencia de caries radicales y de candidiasis oral, además de la aparición o aumento de las molestias en pacientes portadores de prótesis removible.

Por su parte los elementos de higiene dental, sin ser extremadamente caros, suelen ser a menudo considerados artículos menos prioritarios por muchos pacientes, en relación a otros productos de carácter indispensable (Marín P y Gac H, 2000).

Aproximadamente uno de cada 10 casos de muerte por neumonía en los residentes de hogares de ancianos de edad avanzada se puede prevenir mediante la mejora de la higiene oral (Sjögren P y cols, 2008).

Muñoz y cols, el año 2012 describieron la salud bucodental de postrados severos y determinaron que un 41,1% de los pacientes no recibía ningún tipo de cuidado bucal y que un 29% de los cuidadores realizaba la higiene oral sólo una vez al día. Con respecto al cuidado de los aparatos protésicos, un 25,6% declaró nunca limpiarlos y el mismo porcentaje dijo hacerlo sólo una vez al día (Muñoz y cols, 2012). Un estudio realizado en Estados Unidos sobre el cuidado oral diario entregado por auxiliares de enfermería en residentes que requieren asistencia al momento del cuidado oral en hogares de ancianos sugiere que la asistencia en salud oral es inadecuada e insuficiente (Coleman P, 2006).

En Chile, dentro del marco normativo que regula la autorización sanitaria de los ELEAM no se contempla en forma específica la aplicación de protocolos de higiene oral ni aspectos de salud oral. Sin embargo a partir del año 2013 se generaron fondos concursables otorgados por el SENAMA a los ELEAM sin fines de lucro, cuyas bases de postulación exigen como norma obligatoria la existencia o elaboración e implementación de protocolos de higiene bucal sin especificar el contenido de éstos. Se hace patente que no existe un protocolo recomendado o estándar por parte del SENAMA en cuidados orales, por lo que se desconocen las prácticas de cuidados orales realizadas o supervisadas en los respectivos ELEAM y se hace necesario investigar este ámbito como parte de los cuidados otorgados a los residentes de los ELEAM (SENAMA, 2013).

Problema A Investigar

Se desconoce la existencia de protocolos de higiene diaria que contemplen actividades de higiene bucal y su frecuencia en los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) de Chile.

Objetivo General

Explorar la existencia de protocolos de higiene bucal según dimensiones a relevar de los ELEAM en Chile.

Objetivos Específicos

1. Describir la existencia y contenido de protocolos de higiene bucal diaria para personas mayores institucionalizadas en los ELEAM en Chile.
2. Caracterizar a las y los Directores Técnicos de los ELEAM de Chile en relación a características propias, conocimientos y valoración en salud oral de las personas mayores institucionalizadas.
3. Asociar la existencia de protocolos de higiene bucal diaria para los residentes de los ELEAM según características del establecimiento.
4. Asociar la existencia de protocolos de higiene bucal diaria para los residentes de los ELEAM según características del Director Técnico.

Materiales y Métodos

1. Diseño del Estudio

1.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo exploratorio transversal.

1.2. Población de estudio

La población de estudio corresponde a los Directores Técnicos de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) a lo largo del país, ya que son ellos(as) los responsables de permitir la elaboración e implementación de estos protocolos (SENAMA 2013).

1.3. Muestra del estudio

El marco muestral de esta investigación son las y los Directores Técnicos (DT) de los establecimientos registrados en el catastro de acceso público de ELEAM del SENAMA actualizado al año 2013, disponible en forma on-line en <http://catastroeleam.senama.cl/> (consultado el 19 de agosto de 2015). La muestra por conveniencia son todos los DT de aquellos ELEAM en que ingresan personas de 60 o más años y que disponen de e-mail de contacto según el mismo catastro. De un total de 372 establecimientos que cumplían con el requisito de ingreso, el 81.7% (304 establecimientos) disponían de e-mail de contacto. La muestra fue compuesta por 42 individuos que participaron en la investigación de forma voluntaria a la fecha de Enero 2016.

2. Método de recolección y análisis de los datos

2.1. Fuentes de Información

Se usaron dos fuentes de información:

- a) Por un lado la información contenida en el catastro referido que considera:
 - a. Identificación del ELEM: RUT, Comuna y Región
 - b. Tipo de establecimiento: Corporación de derecho Público / Privado sin fines de lucro / Privado con fines de lucro,
 - c. Número de plazas: <30 / ≥30
 - d. Población Residente: Vulnerabilidad Socio-económicamente Si / No
 - e. Tramos de arancel: \$0 a \$50.000 / \$50.001 a \$150.000 / \$150.001 a \$250.000 / \$250.001 a \$350.000 / Más de \$350.001. Dentro del análisis de datos se reagruparon los tramos de arancel para incluir grupo menor a sueldo mínimo mensual y grupo mayor a sueldo mínimo mensual en Chile considerado a la fecha como \$250.000 pesos chilenos.

- b) La otra fuente de información es un cuestionario ad-hoc de autoaplicación online que forma parte del PRI-ODO al que pertenece la presente investigación y que fue previamente pilotado durante el desarrollo de éste (Anexo n°2). La versión online realizada mediante Google Forms (formularios Google) está disponible a través del siguiente enlace: "<http://goo.gl/forms/9nMN6ubH18>". Dicho cuestionario recoge la siguiente información:
 1. Conocimientos del Director Técnico en aspectos odontológicos
 - a. Tiene 11 preguntas que abordan el conocimiento del Director Técnico en relación a : i) la obligatoriedad de contar con protocolos de higiene bucal diaria establecida en la resolución n°23 del SENAMA para fondos concursables, ii) el conocimiento sobre instrumentos que evalúan la Calidad de Vida Relacionada con Salud Bucal, iii) los Programas GES Atención odontológica Integral Adulto de 60 años, GES Urgencia

Odontológica Ambulatoria y el Programa de Mejoramiento de Acceso a la Atención Odontológica para la Población Adulta

2. Características propias del ELEAM

- a. Segmento de 6 preguntas relacionadas a las actividades del ELEAM, servicios profesionales recibidos y aspectos relacionados con la ejecución de una evaluación en salud bucal a los residentes que ingresan al establecimiento y su importancia referida por el Director Técnico.

3. Años de experiencia con Adultos Mayores

- a. Consta de 2 preguntas relacionadas a los años de experiencia con Adultos Mayores que tiene el Director Técnico del ELEAM durante su trabajo en éste y a los años de funcionamiento del mismo.

4. Protocolo de Higiene Oral

- a. Consta de 6 preguntas referente al uso de elementos de higiene y a la existencia y contenido de un protocolo de higiene bucal diaria para adultos mayores establecido en el ELEAM, donde 3 de ellas son dependientes de si existe este protocolo.

5. Capacitación en Salud Bucal

- a. Recaba información sobre capacitaciones en salud e higiene bucal por parte del Director Técnico del ELEAM, su valoración sobre la importancia de contar con personal para supervisar la higiene bucal de las personas mayores y ejecutar técnicas de higiene oral en los residentes según su nivel de dependencia. Además de la importancia de contar con personal capacitado y responsable de mantener un programa de cuidados en salud bucal de los residentes, a través de 5 preguntas.

2.2. Reclutamiento y consentimiento informado

Mediante un correo electrónico se envió la solicitud para participar en el presente proyecto de investigación y adjunto a éste el detalle del consentimiento informado.

El correo tenía asociado un enlace al cuestionario on-line que contempla en primera instancia un consentimiento informado breve donde se estipula que su participación es de carácter voluntario, bajo anonimato profesional, y que la identificación del ELEAM sólo será utilizada para establecer relaciones estadísticas y no aparecerá mencionada en el estudio ni enviada al SENAMA u otra entidad en forma particular. De manera complementaria se envió este cuestionario en formato PDF adjunto al correo para ser analizado por el Director Técnico y/o Director Administrativo en forma previa si lo estimasen conveniente.

2.3. Aplicación del instrumento

El Instrumento tiene carácter de auto-aplicación en forma on-line o física con duración estimada de 10-15 minutos. Se envió el instrumento en 3 oportunidades vía e-mail con un margen de 7-10 días entre ellos y posterior a esto se entregó una copia física a los ELEAM localizados en la comuna de La Reina y Ñuñoa. Se optó por realizar entrega física del instrumento por conveniencia en estas comunas dada la baja tasa de respuesta de la modalidad online tras la tercera oleada de envío de los e-mails. Además se contactó vía telefónica a los ELEAM para incentivarlos a participar en la investigación, tanto en el grupo online como en el físico.

2.4. Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación junto con el consentimiento informado fue aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Central. (Código 1328/2015)

El acceso a la información recabada sobre los ELEAM a lo largo de Chile es información de carácter público, por lo que no se requiere autorización para contar con ella.

Se estableció contacto con los Directores Técnicos de los ELEAM para solicitar su participación voluntaria en este trabajo de investigación. A cada participante se le entregó una copia del consentimiento informado en formato PDF mediante un correo electrónico y al momento de realizar el cuestionario on-line consienten estar de

acuerdo con ello para participar en esta investigación. De igual manera en la modalidad física se adjuntó al instrumento una copia del consentimiento informado para decidir participar en la investigación.

2.5. Análisis Estadístico

Los datos obtenidos fueron codificados y tabulados para ser analizados estadísticamente mediante el software estadístico STATA 10 para Windows.

El análisis descriptivo de las variables cualitativas se hizo mediante frecuencias absolutas y relativas.

Las variables cuantitativas se categorizaron para evaluar su asociación con la variable de resultado.

De igual forma, algunas variables cualitativas como “grupo de arancel” y “entrega de artículos de higiene” también fueron categorizadas.

Para determinar la asociación entre variables cualitativas se usó el test de Chi cuadrado o Exacta de Fisher.

Para establecer la fuerza de la asociación entre las variables y la existencia de protocolos de higiene bucal diaria, se hicieron modelos de regresión de Poisson Robusta.

Resultados

Del total de la muestra potencial de Directores Técnicos de los ELEAM decidieron participar 42 individuos, de los cuales 14 fueron contactados presencialmente. El 61.90% fueron participantes del género femenino y el 31.10% masculino. El 45.24% de los participantes pertenecen a la Región Metropolitana, el 85.71% poseen capacitación en materia de Personas Mayores, siendo mayoritariamente Enfermeras/os (30.95%).

A continuación se detallan los resultados según:

1. Protocolos de Higiene Bucal (PHB) diaria para personas mayores institucionalizadas en ELEAM

TABLA 3: Existencia de Protocolo de Higiene Bucal diaria en ELEAM		
	n	%
Si	32	76, 19
No	10	23,81
Total	42	100

El 76.19% de la muestra cuenta con un protocolo de higiene bucal.

Respecto al contenido de los protocolos en la Tabla 4 se observa que todos consideran el cepillado dental con cepillo manual, no se considera el uso de cepillo eléctrico y el 59.4% considera en su protocolo el cepillado protésico con el mismo cepillo de uso dental y un 21.9% con un cepillo específico para éste fin. Existe una baja prevalencia de limpieza interdental reflejándose en el 0% de uso de cepillos interproximales y 12.5% de uso de sonda dental. En relación a los enjuagues bucales, tiene mayor prevalencia el realizado con agua y no hay mayor diferencia entre el colutorio en base a Clorhexidina y otros colutorios.

	Si	No
Cepillado Dental con cepillo Manual	100%	0
Cepillado Dental con cepillo eléctrico	0	100%
Cepillado Protésico (Con cepillo sólo para éste uso)	21,9%	78,1%
Cepillado Protésico (Con mismo cepillo de cepillado dental)	59,4%	40,6%
Cepillado lingual	28,1%	71,9%
Uso de seda dental	12,5%	87,5%
Uso de cepillos interproximales (interdentales)	0	100%
Enjuague bucal con colutorio en base a Clorhexidina como antiséptico	28,1%	71,9%
Enjuague bucal con otro colutorio	25%	75%
Enjuague bucal con agua	43,8%	56,2%
Desinfección protésica	37,5%	62,5%
Uso de guantes desechables al momento de realizar la higiene bucal	68,8%	31,2%

Respecto al tiempo de cepillado (Tabla 5) el 59.4% no lo establece en su protocolo y 34.4% establece un tiempo de 2 o más minutos.

	n	%
No se establece tiempo de cepillado en el protocolo	19	59,4
30 segundos	0	0
1 minuto	2	6,2
2 minutos	6	18,8
Más de 2 minutos	5	15,6
Total	32	100

La frecuencia de cepillado más prevalente es de 2 veces al día siendo una de ellas en la noche (40.63%), el 62,51% considera el cepillado 2 o más veces incluyendo el nocturno y 12,5% no establece frecuencia de cepillado en su protocolo (ver Tabla 6).

	n	%
No se establece frecuencia de cepillado en el protocolo	4	12,5
Solo en la noche	0	0
1 vez en el día	6	18,75
2 veces al día siendo una de ellas en la noche	13	40,63
2 veces al día sin incluir la higiene bucal nocturna	2	6,25
3 veces al día siendo una de ellas en la noche	7	21,88
Otra frecuencia (especificar)	0	0
Total	32	100

Respecto a la entrega de artículos de higiene bucal (Tabla 7) el 31.25% son solicitados al residente, el 43.75% son de entrega exclusiva por parte del ELEAM y en el 68.75% de los casos el ELEAM se hace responsable de la entrega artículos de higiene bucal.

	n	%
Se solicitan al residente	10	31,25
Se entregan por el ELEAM	14	43,75
Ambos	8	25,00
Total	32	100

2. Caracterización de las y los Directores Técnicos de los ELEAM

a. Según características propias

Género	n.	%.	Profesión	n.	%.	Región	n.	%.
Masculino	16	38.10	Asist. Social	2	4.76	I Región: Tarapacá	0	0
Femenino	26	61.90	Enfermer.	13	30.95	II Región: Antofagasta	2	4.76
Total	42	100	Kinesiólog.	7	16.67	III Región: Atacama	0	4.76
			Matrón/a	0	0	IV Región: Coquimbo	1	2.38
Capacitación	n.	%.	Médico	3	7.14	V Región: Valparaíso	2	4.76
P. Geriatría	2	4.76	Odontólogo	1	2.38	VI Región: Libertador Bernardo O'Higgins	1	2.38
P. Gerontología	7	16.67	Psicólogo	0	0	VII Región: Maule	5	11.90
P. Odontogeriatría	0	0	Otra	10	23.81	VIII Región: Biobío	8	19.05
Otra cap. en materia de personas mayores	27	64.29	D. Admin.	6	14.29	IX Región: Araucanía	1	2.38
*Sin cap.	6	14.29	Total	42	100	X Región: De los Lagos	2	4.76
Total	42	100				XI Región: Aisén del general Carlos Ibáñez del Campo	1	2.38
			Años en el Cargo	n.	%.	XII Región: Magallanes y la Antártica Chilena	0	0
			< 1 año	6	14.29	XIII Región: Metropolitana de Santiago	19	45.24
			1-3 años	13	30.95	XIV Región: De los Ríos	0	0
			4-7 años	10	23.81	XV Región: Arica y Parinacota	0	0
			8 o más años	13	30.95	Total	42	100
			Total	42	100			

*** No cuentan con capacitación en materia de personas mayores 3 enfermeros, 1 TENS y 2 DA de la muestra.**

Al caracterizar a los DT según características propias vemos que un 61.90% corresponde a individuos de género femenino, y que sus profesiones son mayoritariamente Enfermería y Kinesiología. Dentro de la muestra se evidencia la existencia de 6 Directores administrativos (14.29%) y que el 85.71% cuenta con capacitación en materia de personas mayores. Los individuos se agrupan en forma similar respecto a los años en el cargo directivo, y sólo el 14,29% tiene menos de un año en el cargo. La mayor parte de los individuos que aceptaron participar pertenecen a la Región metropolitana (45.24%), a la VIII Región (19.05%) y la VII Región (11.90%) (Tabla 8).

b. Según conocimientos en ámbito odontológico

TABLA 9: Caracterización de la muestra según conocimientos en ámbito odontológico del DT					
<i>¿Sabía que dentro de los 5 protocolos obligatorios solicitados por el SENAMA para participar por fondos concursables está la implementación de un protocolo de higiene diaria e higiene bucal?</i>	n.	%	<i>¿Está informado sobre el "Programa Odontológico GES de Atención Odontológica Integral para Adulto de 60 años"?</i>	n	%
Si	28	66.67	Totalmente informado	15	35.71
No	14	33.33	Parcialmente informado	23	54.76
Total	42	100.00	No informado	4	9.53
			Total	42	100.00
<i>¿Está informado sobre el "Programa Odontológico GES Urgencia Odontológica Ambulatoria"?</i>	n.	%	<i>¿Está informado sobre el "Programa de Mejoramiento de Acceso a la Atención Odontológica para la Población Adulta" que comenzó a ejecutarse en Enero de 2015?</i>	n	%
Totalmente informado	9	21.43	Totalmente informado	6	14.29
Parcialmente informado	21	50.00	Parcialmente informado	11	26.19
No informado	12	28.57	No informado	25	59.52
Total	42	100.00	Total	42	100.00
<i>Ya sea dentro del "Programa Odontológico GES Atención Odontológica Integral del Adulto de 60 años", del "Programa de Mejoramiento de Acceso a la Atención Odontológica para la Población Adulta" o de "Urgencia Odontológica Ambulatoria", ¿Conoce Ud. los plazos máximos de atención?</i>	n.	%	<i>¿Informa al Adulto Mayor y/o familiares sobre la atención odontológica para las personas de 60 años garantizada por el Estado?</i>	n.	%
Si	6	14.29	Si	21	50.00
No	36	85.71	No	21	50.00
Total	42	100.00	Total	42	100.00

Al analizar las respuestas del cuestionario aplicado que reflejan el conocimiento de los DT en ámbito odontológico vemos que existe deficiencia sobre la información que manejan respecto de los Programas Odontológicos del Sistema de Atención Primaria, deficiencia de conocimientos respecto a los plazos máximos de atención (85.71% no los conoce) y deficiencia en el deber de informar al adulto mayor sobre la atención odontológica para personas de 60 años garantizada por el Estado donde sólo el 50% lo realiza (Tabla 9).

c. Según valoración en el ámbito odontológico

i. Evaluación de calidad de vida

TABLA 10: Caracterización de la muestra según valoración del DT sobre el ámbito odontológico		
A. Evaluación de Calidad de Vida		
<i>La salud bucal afecta la calidad de vida de las personas, existen instrumentos (cuestionarios) de breve extensión destinados a evaluarla que han demostrado ser buenos predictores del estado de salud bucal de los adultos mayores y necesidad de atención en salud bucal. ¿Considera útil la aplicación de éste tipo de cuestionarios breves (entre 6 y 14 preguntas) al residente al momento de ingreso al establecimiento?</i>	n.	%
Si considero útil su aplicación	23	54.76
No considero útil su aplicación	1	2.38
No los conozco, pero creo útil su aplicación	14	33.33
No los conozco, no puedo opinar sobre su utilidad	4	9.52
Total	42	100.00
<i>La salud bucal afecta la calidad de vida de las personas, existen instrumentos (cuestionarios) de breve extensión destinados a evaluarla que han demostrado ser buenos predictores del estado de salud bucal de los adultos mayores y necesidad de atención en salud bucal. ¿Considera viable la aplicación de éste tipo de cuestionarios breves (entre 6 y 14 preguntas) al residente cuando ingresa al ELEM que administra?</i>	n.	%
Si considero viable su aplicación	33	78.57
No considero viable su aplicación	8	19.05
Ya se han aplicado en los residentes del establecimiento	1	2.38
Total	42	100.00
*Aquellos que consideran útil su aplicación aún sin conocerlos y que creen viable su aplicación o ya se han aplicado	32	76.19

Respecto a la valoración sobre algunos aspectos del ámbito odontológico podemos ver que el 76.19% de los DT consideran útil y viable la aplicación de cuestionarios breves que evalúan la calidad de vida en salud oral y consideran que esos cuestionarios son buenos predictores del estado de salud bucal y necesidad de atención del Adulto Mayor (Tabla 10).

ii. Evaluación bucal

Al analizar la valoración del DT sobre la evaluación bucal de los residentes del ELEAM vemos que las principales razones son para derivar a Odontólogo en caso de requerir tratamiento dental y/o protésico, para evaluar uso de prótesis, para tener un diagnóstico y respaldo legal y para establecer protocolo de higiene bucal personalizado. El 52,38% de los individuos creen que existen 3 o más razones que le otorgan importancia a realizar una evaluación bucal al residente al momento de ingreso. Dentro de los motivos, tres DT mencionaron algunos adicionales como opción “Otros”: “para ejecutar planes de cuidados de salud bucal permanentes en el ELEAM”, para determinar “cómo afecta en la alimentación y autoestima” y “para evaluar su capacidad para alimentarse” (Tabla 11).

TABLA 11: Caracterización de la muestra según valoración del DT sobre el ámbito odontológico					
B. Evaluación Bucal					
¿Para qué considera importante realizar una evaluación bucal del residente al momento de su ingreso?					
Para tener un diagnóstico y respaldo legal	n.	%	Para entregarle el diagnóstico al Adulto Mayor y/o familiar a cargo	n	%
Si	18	42.86	Si	15	35.71
No	24	57.14	No	27	64.29
Total	42	100.00	Total	42	100.00
Para evaluar uso de prótesis	n.	%	Para establecer protocolo de higiene bucal personalizado	n.	%
Si	23	54.76	Si	16	38.10
No	19	45.24	No	26	61.90
Total	42	100.00	Total	42	100.00
Para derivar a Odontólogo en caso de requerir tratamiento dental y/o protésico	n.	%	No lo considero importante	n.	%
Si	33	78.57	Si	0	0.00
No	9	21.43	No	42	100.00
Total	42	100.00	Total	42	100.00
Otro (especificar)	n.	%	Tasa de respuesta en selección múltiple acumulativa	n.	%
Si	3	7.14	0 Respuestas	1	2.38
No	39	92.86	1 Respuesta	9	21.43
Total	42	100.00	2 Respuestas	10	23.81
1. Para ejecutar planes de cuidados de salud bucal permanentes en el ELEAM			3 Respuestas	13	30.95
2. Como afecta en la alimentación y autoestima			4 Respuestas	6	14.29
3. Para evaluar su capacidad para alimentarse			5 Respuestas	2	4.76
			6 Respuestas	1	2.38
			Total	42	100.00

iii. Artículos para higiene bucal

Al valorar los artículos necesarios para realizar la higiene bucal del Adulto Mayor todos los DT estiman necesario el uso de cepillo dental, el 52.38% considera necesario un cepillo para limpiar prótesis, el 90.48% cree innecesario el uso de cepillos interdentes y el 76.19% opina lo mismo sobre el uso de seda dental. El 76.19% considera necesario el uso de pasta dental y el uso de enjuague bucal e innecesario el uso de limpiador lingual. La mayoría de los DT considera que 3 a 4 artículos de higiene son necesarios para realizar la correcta higienización bucal de los residentes (Tabla 12).

TABLA 12: Caracterización de la muestra según valoración del DT sobre el ámbito odontológico								
C. Artículos para higiene bucal								
¿Qué artículo(s) considera necesario(s) para que se realice la higiene bucal de los residentes?								
Cepillo Dental	n.	%	Cepillo para limpiar prótesis	n.	%	Cepillo interproximal (interdentario)	n.	%
Si	42	100.00	Si	22	52.38	Si	4	9.52
No	0	0.00	No	20	47.62	No	38	90.48
Total	42	100.00	Total	42	100.00	Total	42	100.00
Seda Dental	n.	%	Pasta dental	n.	%	Tasa de respuesta en selección múltiple acumulativa	n.	%
Si	10	23.81	Si	32	76.19	1 Respuesta	1	2.38
No	32	76.19	No	10	23.81	2 Respuestas	6	14.29
Total	42	100.00	Total	42	100.00	3 Respuestas	13	30.95
Enjuague bucal (Colutorio)	n.	%	Waterpik (agua o colutorio a presión)	n.	%	4 Respuestas	12	28.57
Si	32	76.19	Si	2	4.76	5 Respuestas	7	16.67
No	10	23.81	No	40	95.24	6 Respuestas	2	4.76
Total	42	100.00	Total	42	100.00	7 Respuestas	1	2.38
Raspador o limpiador lingual	n.	%				8 Respuestas	0	0.00
Si	10	23.81				Total	42	100.00
No	32	76.19						
Total	42	100.00						

iv. Necesidad de higienización bucal según dependencia del AM

La mayoría de los DT considera que el personal del establecimiento debe supervisar la higiene bucal del adulto mayor cuando son autovalentes o tengan dependencia leve. Cuando el residente tiene dependencia moderada la realización de la higiene bucal debiera ser realizada por parte del personal del establecimiento, según la mayoría de los DT (40.48%) (Tabla 13).

TABLA 13: Caracterización de la muestra según valoración del DT sobre el ámbito odontológico		
D. Necesidad de higienización bucal según dependencia del AM		
<i>Según el grado de dependencia del Adulto Mayor para realizar Actividades de la Vida Diaria, ¿desde cuándo considera necesario que el personal del establecimiento supervise la Higiene Bucal del Adulto Mayor?</i>	n.	%
No es necesario que la supervisen	0	0.00
Autovalente	18	42.86
Dependencia leve	18	42.86
Dependencia moderada	4	9.52
Dependencia severa	2	4.76
Total	42	100.00
<i>Según el grado de dependencia del Adulto Mayor para realizar Actividades de la Vida Diaria, ¿desde cuándo considera necesario que el personal del establecimiento realice la Higiene Bucal del Adulto Mayor?</i>	n.	%
No es necesario que la realicen	0	0.00
Autovalente	2	4.76
Dependencia leve	12	28.57
Dependencia moderada	17	40.48
Dependencia severa	11	26.19
Total	42	100.00

v. Plan de cuidados diarios de salud bucal

TABLA 14: Caracterización de la muestra según valoración del DT sobre el ámbito odontológico		
E. Plan de cuidados diarios de salud bucal		
<i>¿Usted estima importante que debiera haber una persona capacitada formalmente en salud bucal y responsable del plan de cuidados diarios de salud bucal?</i>	n.	%
Si	34	80.95
No	5	11.90
No lo sé	3	7.14
Total	42	100.00
<i>En caso de haber respondido afirmativamente la pregunta anterior, cree que debiera ser (opción de selección múltiple)</i>	n.	%
Enfermera(o)	13	38.24
Higienista dental	8	23.53
Técnico en Enfermería de Nivel Superior (TENS) en enfermería	19	55.88
Técnico en Enfermería de Nivel Superior (TENS) dental	5	14.71
Odontólogo	6	17.65
Otro Profesional de salud	5	14.71

El 80.95% de los DT considera necesario que en el establecimiento exista una persona capacitada formalmente en salud bucal y que sea responsable del plan de cuidados diarios en salud oral. El mayor porcentaje de los DT considera que esta persona debiese ser un TENS en enfermería (Tabla 14).

3. Relación entre existencia de PHB con características de los establecimientos

En relación a aquellos ELEAM que cuentan con PHB, todos incluyen en sus servicios profesionales a los de un Paramédico (como se establece en la norma de regulación), al igual que aquellos que no cuentan con PHB, los servicios de Odontólogo o Higienista dental tienen una baja, pero no nula prevalencia. La evaluación bucal es contemplada como procedimiento a realizar en 50% de los establecimientos, tengan o no PHB.

TABLA 15: Características del ELEAM (A) según existencia de PHB					
Características del ELEAM (A)	Existencia de protocolos				p
	Si		No		
	n	%	n	%	
Servicios profesionales					
Paramédico	32	100.00	10	100.00	
Terapeuta Ocupacional	13	40.63	5	50.00	0.434
Odontólogo	2	6.25	1	10.00	0.568
Higienista dental	0	0.00	1	10.00	0.238
*En esta categoría se analizaron las variables de cada servicio como variable única (se muestra resultado de contar con el servicio), por lo que se deben leer los porcentajes a través de la fila para columna Si y No.					
Evaluación Bucal					
Si se contempla	16	50.00	5	50.00	1.000
No se contempla	14	43.75	5	50.00	
No se realiza evaluación médica por parte del establecimiento o externos.	2	6.25	0	0.00	
Años de funcionamiento					
0 años	0	0.00	0	0.00	
1-3 años	2	6.25	2	20.00	0.251
4-7 años	6	18.75	3	30.00	
8 años o más	24	75.00	5	50.00	
0-3 años	2	6.25	2	20.00	0.236
4 o más años	30	93.75	8	80.00	
Entrega de artículos de higiene bucal					
Se solicitan al residente	10	31.25	7	70.00	0.093
Se entregan por el ELEAM	14	43.75	2	20.00	
Ambos	8	25.00	1	10.00	
<i>Concepto Residente</i>	10	31.25	7	70.00	0.029
<i>Concepto ELEAM</i>	22	68.75	3	30.00	

En el grupo que cuenta con PHB se observa que el 93.75% tiene 4 o más años de funcionamiento, similar al grupo que no cuenta con PHB. Al analizar la entrega de artículos de Higiene por parte del ELEAM se observa que la mayoría de aquellos establecimientos que cuentan con PHB comparten con el residente la provisión de esos artículos comparada con el grupo que no cuenta con PHB, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Tabla 15).

No existe diferencia estadísticamente significativa entre las Regiones del país para la existencia de PHB diaria. Tanto para los establecimientos con PHB como los que no cuentan con éste la ubicación geográfica mayoritaria es la Región Metropolitana.

Lo mismo sucede en relación a la vulnerabilidad socioeconómica de la persona mayor que es residente del ELEAM como del tramo de arancel al que pertenecen, variables respecto a las cuales no existen diferencias estadísticamente significativas. Diferencias que si son estadísticamente significativas en relación al tipo de establecimiento y el número de plaza. Respecto al tipo de establecimiento se observa que la mayoría de los ELEAM que poseen PHB pertenecen al grupo de los establecimientos privados con fines de lucro (59.38%). Se observa que según el n° de plaza, la mayoría (70%) de los ELEAM que no poseen PHB son establecimientos con una plaza menor a 30 residentes (Tabla 16).

TABLA 16: Características del ELEAM (B) según existencia de PHB					
Características del ELEAM (B)	Existencia de protocolos				p
	Si		No		
	n	%	n	%	
Región					
I Región: Tarapacá	0	0.00	0	0.00	
II Región: Antofagasta	1	3.13	1	10.00	0.768
III Región: Atacama	0	0.00	0	0.00	
IV Región: Coquimbo	1	3.13	0	0.00	
V Región: Valparaíso	1	3.13	1	10.00	
VI Región: Libertador Bernardo O'Higgins	1	3.13	0	0.00	
VII Región: Maule	5	15.63	0	0.00	
VIII Región Biobío	6	18.75	2	20.00	
IX Región: Araucanía	1	3.13	0	0.00	
X Región: De los Lagos	1	3.13	1	10.00	
XI Región: Aisén del general Carlos Ibáñez del Campo	1	3.13	0	0.00	
XII Región: Magallanes y la Antártica Chilena	0	0.00	0	0.00	
XIII Región: Metropolitana de Santiago	14	43.75	5	50.00	
XIV Región: De los Ríos	0	0.00	0	0.00	
XV Región: Arica y Parinacota	0	0.00	0	0.00	
Tipo de Establecimiento					
Corporación de derecho Público	0	0.00	2	20.00	0.016
Privado sin fines de lucro	11	34.38	4	40.00	
Privado con fines de lucro	19	59.38	2	20.00	
Sin información	2	6.25	2	20.00	
N° Plaza total					
> 30	16	50.00	1	10.00	0.037
< 30	14	43.75	7	70.00	
Sin información	2	6.25	2	20.00	
Vulnerabilidad socioeconómica de la Persona Mayor					
Si	18	56.25	3	30.00	0.188
No	12	37.50	5	50.00	
Sin información	2	6.25	2	20.00	
Grupo de Arancel					
\$0 a \$50.000	8	25.00	1	10.00	0.200
\$50.001 a \$150.000	8	25.00	2	20.00	
\$150.001 a \$250.000	1	3.13	1	10.00	
\$250.001 a \$350.000	3	9.38	3	30.00	
Más de \$350.001	10	31.25	1	10.00	
Sin información	2	6.25	2	20.00	
<i>Menor al ingreso mínimo mensual</i>	17	53.13	4	40.00	0.494
<i>Mayor al ingreso mínimo mensual</i>	13	40.63	4	40.00	
<i>Sin Información</i>	2	6.25	2	20.00	

Valor del ingreso mínimo mensual corresponde a \$250.000 pesos chilenos para los trabajadores mayores de 18 años de edad y hasta 65 años de edad a partir del 1 de Enero de 2016

4. Relación entre existencia de PHB con características de los Directores Técnicos

TABLA 17: Características de los DT según existencia de PHB					
Características de los DT	Existencia de protocolos				p
	Si		No		
	n	%	n	%	
Genero					
Hombre	13	40.63	3	30.00	0.415
Mujer	19	59.38	7	70.00	
Profesión					
Asistente Social	2	6.25	0	0.00	0.365
Enfermera(o)	9	28.13	4	40.00	
Kinesiólogo(a)	7	21.88	0	0.00	
Matrón(a)	0	0.00	0	0.00	
Médico	1	3.13	2	20.00	
Odontólogo	1	3.13	0	0.00	
Psicólogo(a)	0	0.00	0	0.00	
Otra	7	21.88	3	30.00	
Otra: Administrador	5	15.63	1	10.00	
Años de experiencia					
Menos de 1 año	4	12.50	2	20.00	0.960
1-3 años	10	31.25	3	30.00	
4 a 7 años	8	25.00	2	20.00	
8 o más años	10	31.25	3	30.00	
0-3 años	14	43.75	5	50.00	0.504
4 o más años	18	56.25	5	50.00	
Capacitación					
Postítulo en Geriátria	2	6.25	0	0.00	1.000
Postítulo en Gerontología	5	15.63	2	20.00	
Postítulo en Odontogeriatría	0	0.00	0	0.00	
Otra capacitación en materia de personas mayores	20	62.50	7	70.00	
No cuento con capacitación en personas mayores	5	15.63	1	10.00	
<i>Con Capacitación</i>	27	84.38	9	90.00	0.557
<i>Sin Capacitación</i>	5	15.63	1	10.00	
Conocimiento resolución n°23 del SENAMA para fondos concursables					
Si	26	81.25	4	40.00	0.020
No	6	18.75	6	60.00	
Conocimiento sobre 5 protocolos obligatorios para fondos concursables del SENAMA					
Si	24	75.00	4	40.00	0.040
No	8	25.00	6	60.00	

No existen diferencias estadísticamente significativas entre el género y profesión del DT en relación a la existencia de PHB. Tanto en el grupo que tiene PHB como

en el que no, la mayoría de los DT son del género femenino y de profesión enfermera(o). En ambos grupos la mayoría de los DT tienen 4 o más años de experiencia, sin existir diferencias estadísticamente significativas. Lo mismo sucede respecto a la capacitación o postítulo en materia de personas mayores.

Sí existe diferencia estadísticamente significativa en relación al conocimiento que tengan los DT sobre la resolución n° 23 del SENAMA para fondos concursables que establece en ella los 5 protocolos obligatorios, entre los que se incluyen los de higiene diaria e higiene bucal respecto a la existencia de PHB. Dentro del grupo de DT cuyos ELEAM tienen PHB la mayoría tiene conocimiento de esta información, a diferencia del grupo que no tiene PHB en que la mayoría la desconoce (Tabla 17).

5. Fuerza de asociación entre variables estadísticamente significativas para la existencia de PHB en los ELEAM

Al analizar la fuerza de asociación de las variables que resultaron estadísticamente significativas podemos evidenciar que también todas tienen significancia estadística para el modelo de regresión de Poisson univariado (Tablas 18 a 22). De esta forma podemos determinar que para la muestra de estudio:

- Existe un 32.35% de probabilidad de que no exista un PHB en un ELEAM donde su DT desconoce la resolución n° 23 del SENAMA para fondos concursables (Tabla 18).

TABLA 18: Modelo de regresión de Poisson Robusta univariado de ausencia de PHB en ELEAM según Conocimiento resolución n°23 del SENAMA para fondos concursables					
	IRR	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
Si	1				
No	1.323529	.1483126	2.50	0.012	1.06255 - 1.64861

- Existe un 25% de probabilidad de que no exista un PHB en un ELEAM donde su DT no conoce los 5 protocolos obligatorios para fondos concursables del SENAMA (Tabla 19)

TABLA 19: Modelo de regresión de Poisson Robusta univariado de ausencia de PHB en ELEAM según Conocimiento sobre 5 protocolos obligatorios para fondos concursables del SENAMA					
	IRR	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
Si	1				
No	1.25	.1381257	2.02	0.043	1.006588 - 1.552273

- Aquellos Establecimientos privados tienen mayor probabilidad de tener un PHB en comparación con un establecimiento de carácter público, así vemos que en establecimientos de carácter privado sin fines de lucro existe un 36.67% de probabilidades de presentar un PHB y en aquellos con fines de lucro un 45.24% de probabilidades más que un establecimiento de carácter público, lo que tiene una alta significancia estadística (Tabla 20).

TABLA 20: Modelo de regresión de Poisson Robusta univariado de ausencia de PHB en ELEAM según Tipo de Establecimiento					
	IRR	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
Corporación de derecho público	1				
Privado sin fines de lucro vs corporación de derecho público	.6333333	.0578563	-5.00	0.000	.529509 - .7575151
Privado con fines de lucro vs corporación de derecho público	.547619	.0324582	-10.16	0.000	.4875584 - .6150783

- Existe un 25.92% de probabilidad de que los establecimientos que tengan una plaza menor a 30 no cuenten con PHB (Tabla 21).

TABLA 21: Modelo de regresión de Poisson Robusta univariado de ausencia de PHB en ELEAM según N° de plaza					
	IRR	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
≥ 30	1				
< 30	1.259259	.1201034	2.42	0.016	1.044554 - 1.518097

- En aquellos establecimientos donde la entrega de artículos de higiene oral es compartida entre el establecimiento y los residentes existe un 20.67% más de probabilidades de presentar un PHB comparado a aquellos establecimientos en los que se les exige sólo a los residentes (Tabla 22).

TABLA 22: Modelo de regresión de Poisson Robusta univariado de ausencia de PHB en ELEAM según entrega de artículos de higiene					
	IRR	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
Sólo Residente	1				
Compartida entre ELEAM y Residentes	.7933333	.0823407	-2.23	0.026	.6473048 - .9723051

Discusión

Durante el desarrollo de la presente investigación se esperaba alcanzar una tasa de respuesta al cuestionario on-line dirigido a los DT cercana al 60% respecto del catastro de ELEAM del SENAMA, aún cuando no es posible proporcionar una tasa de respuesta típica al realizar cuestionarios en esta modalidad. Para ello se manejaron factores tales como pilotear el cuestionario en forma previa, dirigir el cuestionario a los DT apelando a su rol como encargado de normar los ELEAM y con ello velar por el bienestar del adulto mayor, confeccionar el cuestionario de forma tal que sea de aspecto amigable, de lectura liviana, breve y con lenguaje simple. Además al momento de establecer contacto con los participantes se les invitó a participar apelando a su rol como Directores Técnicos, dando a conocer la importancia de su participación en ésta investigación (Díaz V, Palacios JL, 2013; Díaz V, 2012; De Marchis G, 2012; Sánchez J, Muñoz F, Montoro F, 2009).

Sin embargo no se contaba con el hecho de que la información del catastro del SENAMA estuviese desactualizada a sólo 2 años de su publicación, lo que implicó un rechazo automático (“rebote”) del e-mail invitación de 44.7% de los establecimientos que cumplían con los criterios de inclusión. Sumado a esto la tasa de rechazo a participar del estudio fue de 19%. Por lo tanto la tasa de rechazo total fue de 63,7%, lo que se debe a distintas causales: rechazo desde el servidor del dominio receptor, contacto de individuos que ya no estaban asociados al establecimiento al momento del contacto o personas que no quisieron participar en la investigación. Junto a esto un gran número de teléfonos de contacto fueron inválidos dentro del grupo de correos rechazados y de aquellos en que no se informó rechazo y hubo ausencia de respuesta.

Dada la baja tasa de respuesta que se generó en una primera instancia respecto a lo esperado por el equipo de investigación, y por los motivos mencionados anteriormente fue que se optó a visitar por conveniencia los Establecimientos de las comunas La Reina y Ñuñoa y realizar la aplicación del instrumento en forma física con entrega y retiro el mismo día o en fechas separadas, según acuerdo con cada establecimiento. Con ello se hizo manifiesto que varias de las direcciones de los

ELEAM registradas en el catastro del SENAMA no correspondían con este tipo de establecimientos, demostrando nuevamente que el servicio de contacto a los ELEAM de Chile disponible en el sitio WEB de una entidad gubernamental (SENAMA) entrega información desactualizada y por ende errónea. Cabe hacer notar que al margen de las dificultades que esto presentó para el desarrollo de la investigación planificada, resulta más relevante que esta información desactualizada dificulta la búsqueda de un ELEAM para las personas mayores o sus familiares.

A pesar de las dificultades observadas en esta investigación se obtuvo una muestra pequeña que permitió el análisis de las variables determinadas. Cabe destacar que al analizar la tasa de respuesta del mismo cuestionario en diferentes modalidades el grupo de entrega física tuvo una tasa de respuesta del 34% versus el grupo on-line que tuvo un 16.7%% de respuesta en base al catastro del SENAMA sin considerar los correos que fueron rechazados por el servidor.

Otra dificultad que se presentó en el desarrollo de la investigación fue el contacto específico con los Directores Técnicos, ya que el catastro no presenta el correo de contacto del DT, sino que del establecimiento, el cual muchas veces correspondía al del Director Administrativo. Ellos remitieron el correo a sus DT, pero existieron ocasiones en que fue imposible realizar el contacto. Entre las razones de que esto ocurriese está el hecho que la aplicación del instrumento se realizó en una fecha complicada (Diciembre-Enero) que coincidía con la época de festividades junto a tiempos de vacaciones del personal de los ELEAM. Ante esto en 6 ELEAM se optó por registrar las respuestas del Director Administrativo, quien en su mayoría correspondía al dueño del establecimiento, por lo tanto cumplía con los requisitos para poder contestar de manera confiable el cuestionario, aún cuando pudiese aumentar el sesgo de “respuesta esperada”. Dentro de los resultados se tabuló en la categoría de profesión el cargo de Director Administrativo representando el 14.29% de la muestra. Por tanto, cabe destacar que el desarrollo de esta investigación levantó información relevante para determinar que la base de datos de Catastro de los ELEAM está caducada, por lo que se insta a desarrollar una

nueva base de datos actualizada y que cuente con información actualizada de los DT.

Al momento de la aplicación del cuestionario y durante el análisis de datos surgieron algunas recomendaciones sobre mejoras de éste para incluir en una futura investigación. Estas corresponden a incluir el dato de edad de los participantes, precisar la pregunta 15 (“¿Al momento de que un residente ingresa al ELEAM que administra, se contempla la evaluación de su salud bucal como parte de la evaluación médica a realizar, ya sea en el mismo establecimiento o realizada en forma externa?”) respecto a su formulación, incluir dentro de las acciones que se contemplan en el protocolo la limpieza de mucosas orales con gasa húmeda y el lavado de manos previo a la realización de higiene bucal asistida, contemplar un ítem de valoración de la salud oral propia del DT, incluir la variable de frecuencia de cepillado protésico en forma independiente al cepillado dental y de la misma manera con la higiene de la mucosa oral.

Cornejo-Ovalle M. y cols. el año 2013 observaron en Barcelona, España las actividades de cuidado de salud oral de adultos mayores institucionalizados realizadas por sus cuidadores, con una muestra de 196 cuidadores, donde establecen una prevalencia de 72.6% en la existencia de protocolos de higiene oral en centros de cuidados de larga estancia. Si bien el tamaño de la muestra en ese estudio es mayor y la población de estudio es diferente, este resultado es similar (76.19%) al obtenido en la investigación actual. (a. Cornejo-Ovalle M y cols. 2013). Este resultado observado en los ELEAM incluidos en nuestro estudio puede asociarse a la entrega de artículos de higiene bucal por parte del Establecimiento, lo que supondría que aquellas residencias de larga estadía en donde se entregan útiles de aseo bucal tienen una mayor probabilidad de presentar PHB al asociar la entrega de estos útiles con la preocupación del establecimiento por la salud bucal de sus residentes. Así, para nuestra muestra, el 68.75% de los establecimientos comparte con el residente la provisión de los artículos de higiene bucal, lo que establece que en los establecimientos con esta práctica institucional existe un 20.67% más de probabilidades de presentar un PHB respecto a aquellos establecimientos en que sólo los residentes son los responsables de aportar los

útiles de aseo bucal. De forma similar podemos relacionar la existencia de PHB con la cantidad de recursos que manejan los establecimientos, ya que en aquellos de tipo privado con fines de lucro existe mayor probabilidad (45.24%) de contar con un PHB en comparación a uno de carácter público, aplicándose también a aquellos establecimientos que tiene un número de plazas ≥ 30 donde pudiese explicarse por percibir mayores ingresos comparados con un establecimiento en que tienen un número de plazas < 30 residentes, los que tienen un 25.92% más de probabilidades de no contar con un PHB.

Referente al contenido del protocolo resalta el hecho de que un 59.4% de los DT considera en su protocolo el cepillado protésico con el mismo cepillo de uso dental y un 21.9% con un cepillo específico para este fin como parte de la higiene bucal del AM, sin embargo un bajo porcentaje considera la desinfección protésica (37,5%) y el uso de colutorios con clorhexidina como antiséptico (28.1%), siendo que es altamente recomendado el uso de antisépticos como clorhexidina para mejorar el control de placa y mantener la salud gingivodentaria, sobretodo en pacientes institucionalizados que, dadas sus características, tienen un riesgo mayor de presentar enfermedades bucodentales. Además no se considera el uso de cepillo eléctrico como opción, aun cuando es recomendado para personas con limitaciones manuales o cognitivas como lo pueden ser los AM (MINSAL, 2010).

Un alto porcentaje (59.4%) de los PHB no establecen tiempo de cepillado, siendo que el MINSAL y otras organizaciones recomiendan que la duración del cepillado debe ser de 2 a 3 minutos. (MINSAL, 2010). La razón por la cual no se establece tiempo de cepillado en los protocolos referidos por los DT puede deberse a que para ellos la existencia de protocolo no implica un documento formal que detalle los contenidos y procedimientos necesarios para realizar la higiene bucal del AM, sino que sea solo la forma de categorizar los procedimientos de higiene que se realizan en su establecimiento como parte de la higiene personal del AM, sin otorgarle la importancia debida al cuidado de la salud oral del residente.

Al analizar la frecuencia de cepillado establecida en los PHB el 18.75% contempla realizar el cepillado 1 vez al día y el 68.76% hacerlo 2 o más veces en el día. Cornejo-Ovalle M. y cols. observaron una frecuencia de cepillado de 1 vez al día en el 60% de los establecimientos y de más de 1 vez al día en aproximadamente el 30% de los establecimientos de Barcelona. (a. Cornejo-Ovalle M y cols. 2013). En nuestra investigación estos resultados podrían deberse a un sesgo por “respuesta esperada”, donde los individuos saben que culturalmente es recomendado realizar el cepillado 2 a 3 veces al día.

Por otra parte, la mayoría de los DT considera que 3 a 4 artículos de higiene serían necesarios para realizar la correcta higienización bucal de los residentes. Sin embargo no se consideran los artículos de higiene destinados a la limpieza interdental, por lo que este número de artículos no indica que sean los suficientes. Estos resultados evidencian la necesidad de mejorar el nivel de conocimiento de los DT sobre la higiene adecuada de la cavidad oral, ya que un alto porcentaje no considera importante la higiene interdental. El 40% de las superficies dentarias corresponden a las áreas proximales, por lo que no se estaría realizando una correcta higiene al no destinar tiempo y recursos en el uso de elementos como la seda dental o los cepillos interproximales durante la higiene bucal. Si bien el número de dientes disminuye con la edad por falta de cuidados en salud oral, se debe cambiar la idea de que el adulto mayor es una persona desdentada. Aquellos dientes que quedan remanentes pueden manifestar signos de enfermedad periodontal o caries dental por una higiene insuficiente realizada sólo con cepillo dental, manifestando problemas de dolor en el adulto mayor que vulneran su bienestar físico y psicológico. Está demostrado que el cepillado dental junto a la higiene interproximal remueve más placa que el cepillado dental solo (MINSAL, 2010).

La falta de valoración de la necesidad del uso de seda dental y/o cepillos interdetales puede deberse a la falta de conocimientos en el área odontológica junto a la desinformación que entregan los medios de comunicación masivos que están sometidos a la influencia continua de publicidad. En Chile las campañas

publicitarias en relación al área odontológica, durante los últimos años, se han enfocado en vender productos para lograr tener dientes más blancos, por lo que recomiendan el uso de pastas dentales que cumplirían un efecto blanqueador (sin considerar la abrasividad de éstas) o el uso de enjuagues bucales sin enfocarse en los artículos que son realmente necesarios para una correcta higiene y con ella una correcta mantención de la salud bucal de la población. A pesar de esta situación, no podemos culpar a la publicidad de que la población no cuente con los conocimientos necesarios para realizar correctamente la higiene bucal, y por tanto la higiene bucal de los AM institucionalizados de manera adecuada. Es responsabilidad de los organismos gubernamentales que norman y fiscalizan estos establecimientos junto a los cuidadores de las personas mayores y quienes norman su cuidado (quienes deben tener conocimientos adecuados en los ámbitos de salud y salud oral junto con desarrollar protocolos y/o planes de cuidados específicos relacionados a éstos ámbitos) el lograr mantener la salud y salud oral de los residentes de los ELEAM. Al respecto, cobra relevancia generar condiciones más estructurales que favorezcan que los cuidadores supervisen y/o realicen las actividades de higiene bucal adecuadas a los mayores institucionalizados en los ELEAM. En este marco, creemos relevante que actualmente uno de los pilares de trabajo del SENAMA sea desarrollar un plan integral de cuidados para estas personas.

Dentro de las razones otorgadas por los DT que le dan importancia a la evaluación bucal del residente del ELEAM están aquellas relacionadas con el campo de la alimentación del AM. Esto implica que la evaluación bucal del residente otorga información relevante al área de nutrición del AM y por ello existe una interrelación de esta área con los planes de cuidados en salud oral y necesidad de tratamiento odontológico. Por otra parte varios estudios han demostrado que las personas con estados de deterioro cognitivo o demencia tienen una peor salud oral en comparación con aquellos que no presentan demencia. Es más, las personas con demencia avanzada pueden tener dificultades al comunicar sensaciones de dolor dental, por lo que es fundamental que la evaluación odontológica reconozca otros signos que indiquen el factor causal sin considerar el aviso de dolor del residente (British Dental Journal NEWS, 2015). Se hace patente que la evaluación bucal del

residente permite entregar información valiosa en variados ámbitos como puede ser para establecer un programa de cuidado personalizado del Adulto Mayor que considere nutrición, hábitos saludables y protocolos de higiene diaria e higiene bucal, entre otros.

En los resultados podemos apreciar que la profesión más prevalente fue la de Enfermería (30.95%). Debemos considerar que el artículo 14 del reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores señala como recomendable que estos establecimientos cuenten con los servicios profesionales de enfermería para la gestión de los cuidados. En algunas instancias además del rol técnico pueden cumplir el rol administrativo, por lo que desempeñan un rol activo en el área de cuidados del adulto mayor. En la tesis de enfermería de la U. Austral titulada “Significado que las/os enfermeras/os le otorgan a la gestión del cuidado en Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores en la Región de los Ríos” del año 2011, sus autoras señalan que las/os enfermeras/os involucradas/os directamente en el cuidado de los adultos mayores, poseen herramientas para influir de manera positiva en la calidad de vida del adulto mayor, interviniendo en el fomento del autocuidado, las relaciones interpersonales y su capacidad adaptativa (Navarro E, Pailañir MA, Vera T, 2011). En adición a esto, el autor El-Solh AA considera que la higiene dental representa una intervención costo-efectiva y que en las escuelas de enfermería se deben incluir programas para mejorar el conocimiento y las habilidades de atención en salud oral a cargo de profesionales de odontología, junto con crear programas de formación práctica en atención básica de salud oral dirigidos a los cuidadores de personas mayores (El-Solh AA, 2011). Así vemos que en nuestro estudio los DT estiman que debiese existir una persona capacitada formalmente en salud oral y que sea responsable del plan de cuidados diarios en salud bucal dentro de los ELEAM, cumpliendo este rol idealmente un Técnico en Enfermería de Nivel Superior (TENS) en enfermería.

Cornejo-Ovalle M. en su tesis doctoral “Salud bucal y su atención en las personas mayores institucionalizadas de Barcelona y el impacto en su calidad de vida” del año 2013 menciona cómo dentro del marco legal federal que se estableció en 1987

en Estados Unidos, se obligaba a que las residencias para AM debían ofrecer acceso a la atención dental y a los cuidados de la salud bucal. Para ello algunos estados de ese país desarrollaron modelos de atención preventiva y restaurativa que permitieran a las personas mayores disfrutar de una buena salud buco-dental durante toda su vida. Sin embargo, la literatura internacional, como lo es el estudio realizado por Coleman P en Estados Unidos, sugieren que la asistencia en salud oral otorgada por los cuidadores de AM institucionalizados es inadecuada e insuficiente, evidenciando una alta prevalencia de estados de salud bucal deficientes que se asocian a malos niveles de calidad de vida relacionada con salud oral (Coleman P, 2006; b. Cornejo M y cols, 2013; Cornejo-Ovalle M, 2013).

Otro ejemplo relevante a mencionar es el del Gobierno de Australia que ha invertido en la salud oral de los AM de las residencias de cuidado patrocinando un programa especial de mejora de salud oral en residenciales de cuidado el año 2010. Este programa promueve un enfoque multidisciplinario con médicos, enfermeras, cuidadores y profesionales del área odontológica que comparten la responsabilidad de 4 ejes claves: evaluación de salud oral, planes de cuidado en salud oral, higiene oral diaria y acceso a tratamiento dental. Dentro de este modelo se le otorgan funciones importantes a los higienistas dentales, siendo quienes se encargan de la prevención, el diagnóstico y la formulación de planes de tratamiento y derivación al dentista para el tratamiento dental clínico necesario. Además en ese país un centro formador de higienistas dentales asigna a los estudiantes de último año durante un semestre académico a residencias de cuidado de adultos mayores para aumentar sus conocimientos y su capacidad para proporcionar cuidados de higiene oral para personas mayores junto con brindar sus servicios. De este modo los estudiantes quedan familiarizarlos con el ambiente de las residencias de adultos mayores y en el futuro podrían ingresar a trabajar en el marco de éste programa sin mayores dificultades (Lewis A y cols, 2015). Estos antecedentes son de interés, si consideramos que en nuestro estudio casi la totalidad (97.62%) de los DT consideran importante evaluar la salud bucal de las personas mayores al ingresar al ELEAM, donde el 52.38% considera que existen 3 o más razones para realizarla.

Debido a que la profesión de un DT es heterogénea, debiesen recibir capacitación en ámbitos de salud bucal en personas mayores para unificar criterios, crear protocolos adecuados y con ello un cuidado adecuado a la población Adulta Mayor de Chile. Los resultados de esta investigación muestran que un alto porcentaje de los DT (85,71%) se encuentra capacitado en materia de personas mayores, sin embargo un bajo porcentaje reportó tener formación de carácter formal en cuidados de la salud de los AM institucionalizados. Aun cuando se debiese haber incluido una opción quizás más relacionada al ámbito de protocolos de higiene bucal como podría ser presentar capacitaciones en salud oral o higiene bucal del adulto mayor, junto al análisis de los demás datos se evidencia que los DT no cuentan con los conocimientos suficientes en materia de Salud Oral para poder normar como corresponde los establecimientos en relación a éste aspecto. Cornejo-Ovalle y cols determinan que el 67% de los cuidadores de AM en las residencias de Barcelona están capacitadas para realizar la higiene bucal del AM (a. Cornejo-Ovalle M y cols. 2013). Consideramos que para lograr que los cuidadores de los ELEAM estén capacitados en realizar de manera correcta la higiene oral del AM residente es fundamental que los DT estén capacitados en el área de salud oral del adulto mayor. Así mismo debiesen generarse instancias para el desarrollo de éstas capacitaciones de parte de organismos gubernamentales y/o Facultades de Odontología que dispongan su conocimiento hacia la formación de la comunidad como también fomentar la formación de higienistas dentales que se encarguen del rol preventivo y evaluativo de la salud oral del adulto mayor institucionalizado.

Los DT consideran necesario que exista una persona capacitada formalmente en salud bucal y responsable del plan de cuidados diarios de salud oral, preferentemente un TENS en enfermería, por lo que estas capacitaciones deben estar dirigidas además a las personas que se responsabilicen de éste plan, ya sea un TENS en enfermería, un técnico en odontología mención higienista dental, el mismo DT u otro profesional. La norma de regulación de los ELEAM no considera este servicio, por lo que debiese adecuarse a las necesidades de los adultos mayores e incluirse.

En este estudio, el 85.71% de los DT no conoce los plazos máximos de atención en los programas odontológicos garantizados en Chile y sólo el 50% informa a las personas de 60 años sobre la atención garantizada por el estado en el programa GES Atención Odontológica Integral para el Adulto de 60 años. Esto indica que se deben implementar estrategias para mejorar el conocimiento de los DT sobre los derechos en salud bucal de las personas residentes, lo que podría contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. A pesar de esto el 76.19% de los DT consideran útil, aún sin conocerlos, y viable la aplicación de instrumentos (cuestionarios) de breve extensión destinados a evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral que han demostrado ser buenos predictores del estado de salud bucal de los adultos mayores y su necesidad de atención en salud bucal. Esto implica que al momento de desarrollar un modelo de cuidados en salud oral del adulto mayor institucionalizado es fundamental abordar las garantías que el Estado les otorga a las personas mayores en salud oral y posiblemente incluir este tipo de instrumentos como parte del campo de evaluación bucal de los residentes antes del ingreso a un ELEAM y durante su estadía.

Con la información evidenciada en ésta investigación podríamos establecer que los DT tienen un conocimiento parcial sobre la salud oral del adulto mayor y sobre lo concerniente a los programas de atención odontológica en Chile, lo que puede dificultar el acceso a la atención dental que pudiera requerir el AM y consecuentemente afectar su calidad de vida y el bienestar físico y psicosocial del residente del establecimiento.

A pesar de esto, cabe destacar que existen barreras más estructurales que pueden cogenerar ésta situación, por lo que se necesita lograr un cambio de paradigma a nivel de país y mejorar las políticas públicas dirigidas al bienestar del AM en base a un enfoque multidisciplinario que incluya el desarrollo e implementación de programas en educación y evaluación en salud oral y de planes de cuidados en salud oral que contemplen protocolos de higiene bucal diaria junto con programas de cuidado dental, no solo para contribuir en la mantención de la salud y bienestar

del AM, sino que también para favorecer su autonomía y establecer hábitos saludables en ellos.

Por lo pronto la presente investigación pretende ser un aporte para el desarrollo futuro de protocolos de higiene bucal diaria estándar para establecimientos de larga estadía que debiesen considerar los artículos de higiene oral necesarios, los tiempos de higiene bucal adecuados, la frecuencia de cepillado dental y protésico, la higienización de la mucosa oral, junto con la descripción del procedimiento a realizar para cumplir este fin, detallando las opciones según el tipo de residente y su grado de dependencia. Con ello, nuestra investigación también intenta colaborar en el desarrollo de modelos de evaluación, atención y cuidados de la salud oral en la persona mayor institucionalizada.

Conclusiones

La existencia de Protocolos de Higiene Bucal (PHB) diaria para personas mayores institucionalizadas en ELEAM en Chile corresponde a un 76.19%.

La mayoría de los participantes eran de género femenino, de profesión enfermeras/os y contaban con capacitación en materia de Personas Mayores. También la mayoría se encontraba parcialmente o no informados sobre los programas odontológicos dirigidos a la población adulta y adulta mayor. Casi la totalidad de los participantes consideró importante la evaluación bucal del residente del ELEAM y un 60% de los DT consideró necesarios 3 a 4 artículos de higiene bucal para realizar la higiene oral de los mayores. De igual forma, el mayor porcentaje consideró necesario que el personal del establecimiento supervise la higiene bucal del residente cuando sea autovalente o tenga dependencia leve y que debiese ser realizada cuando la persona mayor tenga dependencia moderada. La mayoría consideró necesaria la existencia de una persona capacitada formalmente en salud oral que sea responsable del plan de cuidados diarios en salud bucal.

Al asociar las variables cualitativas con la variable de existencia de PHB fueron estadísticamente significativas dentro de la muestra las variables:

1. Conocimiento de la resolución n° 23 del SENAMA para fondos concursables
2. Conocimiento de los 5 protocolos obligatorios para fondos concursables del SENAMA donde se incluye un protocolo de higiene diaria e higiene bucal.
3. Tipo de Establecimiento
4. N° de plaza
5. Entrega de artículos de higiene bucal: concepto Residentes vs Establecimiento

Al analizar la fuerza de asociación de las variables que tienen significancia estadística se concluye que:

- Existe mayor probabilidad de que no exista un PHB en un ELEAM donde su DT desconoce la resolución n° 23 del SENAMA para fondos concursables.

- Existe mayor probabilidad de que no exista un PHB en un ELEAM donde su DT no conoce los 5 protocolos obligatorios para fondos concursables del SENAMA.
- Aquellos Establecimientos del tipo privado tienen mayor probabilidad de tener un PHB en comparación con un establecimiento de carácter público.
- Existe mayor probabilidad de que los establecimientos que tengan una plaza menor a 30 no cuenten con PHB.
- En aquellos establecimientos donde se encargan de entregar artículos de higiene oral existe mayor probabilidad de presentar un PHB comparado a aquellos establecimientos en los que se les solicita sólo a los residentes.

Aquellos aspectos de carácter institucional dirigidos mediante políticas más estructurales, como lo son los fondos concursables, estarían favoreciendo la existencia de PHB en los ELEAM de Chile.

Sugerencias

Considerando que el presente estudio tiene carácter exploratorio, que aborda un ámbito del cual no hay información a nivel nacional y las limitaciones de la investigación, creemos que sería de utilidad para futuras investigaciones realizar estudios similares con el apoyo de entidades gubernamentales como el SENAMA y/o las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. De esta manera se podría ampliar el estudio mediante una alianza con estas instituciones para realizar un estudio representativo a nivel nacional.

Bibliografía

Ahmed A, Tollefsbol T. Telomeres and telomerase: basic science implications for aging. *J Am Geriatr Soc.* 2001 Aug;49(8):1105-9.

(a) Ajwani S, Mattila KJ, Narhi TO, Tilvis RS, Ainamo A. Oral health status, C-reactive protein and mortality –a 10 year follow-up study. *Gerodontology.* 2003 Jul;20(1):32-40.

(b) Ajwani S, Mattila KJ, Tilvis RS, Ainamo A. Periodontal disease and mortality in an aged population. *Spec Care Dentist* 2003; 23: 125–130.)

Al-Maskari AY, Al-Maskari MY, Al-Sudairy S. Oral manifestations and complications of diabetes mellitus: a review. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 2011, 11, 179–86.

Araneda J, Rochefort C, Matas J, Jiménez L. “Prioridad para el adulto mayor que utiliza prótesis removible ¿estética o función? Estudio realizado en pacientes adultos mayores que concurren a la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista dental de Chile*, 2009. 100 (2) 14-22.

Arvelo B y Haggard K. Arco dental reducido, una alternativa para el paciente adulto. *Acta odontológica Venez* 2001;39(1).

British Dental Journal NEWS (2015). Recognising the early stages of dementia through oral health. *Br Dent J.* 2015 Nov 27;219(10):472. doi: 10.1038/sj.bdj.2015.869.

Calatrava LA. Arco dental reducido. ¿Son realmente necesarios 28 dientes en la población adulta? *Acta odontológica Venez* 2004;42(2):64-67

Campos C, Guajardo F, Navarrete B, Oteíza T, Toledo L, López I. Tesis: Presencia

de presbifagia en adultos mayores institucionalizados y su relación con la calidad de vida. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Fonoaudiología, 2012. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/114883/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Consultado el 3 de Agosto de 2015)

Cedeño J, Rivas N, Tuliano R. Manifestaciones bucales en pacientes con enfermedad renal crónica terminal bajo tratamiento de hemodiálisis y su manejo en cirugía bucal. VITAE. 2011; 46(1):1-7.

CEPAL (2013), América Latina y el Caribe, Observatorio Demográfico 2013. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36854/S1420023_mu.pdf?sequence=1 (Consultado el 3 de Agosto de 2015).

Chami K, Debout C, Gavazzi G, Hajjar J, Bourigault C, Lejeune B y cols. Reluctance of caregivers to perform oral care in long-stay elderly patients: the three interlocking gears grounded theory of the impediments. J Am Med Dir Assoc. 2012;13:e1-4.

CLC. Revisión Cochrane: Una Visión Optimista Del Envejecimiento REV. MED. CLIN. CONDES - 2012; 23(1) 105-106.

Coleman P, Watson NM. Oral care provided by certified nursing assistants in nursing homes. J Am Geriatr Soc. 2006 Jan;54(1):138-43.

(a) Cornejo-Ovalle M, Costa-de-Lima K, Pérez G, Borrell C, Casals-Peidro E. Oral health care activities performed by caregivers for institutionalized elderly in Barcelona- Spain. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2013;18(4):e641-9.

(b) Cornejo M, Pérez G, de Lima KC, Casals-Peidro E, Borrell C. Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). Med Oral Patolog Oral Cir Bucal 2013;18(2):e285-92.

Cornejo-Ovalle M. Tesi Doctoral UPF Salud bucal y su atención en las personas mayores institucionalizadas de Barcelona y el impacto en su calidad de vida. Universitat Pompeu Fabra, Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, 2013. Disponible en:

<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/145478/tmc.pdf?sequence=1>

(Consultada el 3 de Marzo de 2016).

Dalaya MV. A Study of Oral Stereognostic Proficiency in Dentulous and Edentulous Persons. J Clin Diagn Res. 2014 May;8(5):ZE01-6

De Marchis G. La validez externa de las encuestas en la web. Amenazas y su control. Estudios sobre el Mensaje Periodístico Vol. 18 Núm. especial octubre (2012) 263272

Díaz V, Palacios JL. Comparación de las tasas de respuesta en el uso combinado de modalidades de encuesta. Rev.Esp.Investig.Sociol. ISSN-L: 0210-5233. Nº 141, Enero - Marzo 2013, pp. 159-170

Díaz V. Ventajas e inconvenientes de la encuesta por Internet. Papers 2012, 97/1 193-223

El-Solh AA. Association between pneumonia and oral care in nursing home residents. Lung. 2011 Jun;189(3):173-80.

Ferrari, E Salvioli, P, Mussi, C. Il cavo orale. Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, (55): 66-68. 2007.

Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. N Engl J Med 1980; 303:130-135.

Hosoi T, Morokuma M, Shibuya N, Yoneyama Y. Influence of denture treatment on brain function activity. Japanese Dental Science Review. Volume 47, Issue 1,

February 2011, Pages 56–66

Humbert IA y Robbins J. Dysphagia in the elderly. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2008; 19: 853–66.

Katsoulis J, Schimmel M, Avrampou M, Stuck AE, Mericske-Stern R. Oral and general health status in patients treated in a dental consultation clinic of a geriatric ward in Bern, Switzerland. *Gerodontology*. 2012;29:e602-10

Kikutani, T, Tamura, F, Tohara, T, Takahashi, N, Yaegaki, K. Tooth loss as risk factor for foreign-body asphyxiation in nursing-home patients. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012 May-Jun;54(3):e431-5.

Lever TE, Brooks RT, Thombs LA, Littrell LL, Harris RA, Allen MJ y cols. Videofluoroscopic Validation of a Translational Murine Model of Presbyphagia. *Dysphagia*. 2015 Jun;30(3):328-42

Lewis A, Wallace J, Deutsch A, King P. Improving the oral health of frail and functionally dependent elderly. *Australian Dental Journal* 2015; 60:(1 Suppl): 95–105 doi: 10.1111/adj.12288

Li L, Ai Z, Li L, Zheng X, Jie L. Can routine oral care with antiseptics prevent ventilator-associated pneumonia in patients receiving mechanical ventilation? An update meta-analysis from 17 randomized controlled trials. *Int J Clin Exp Med*. 2015 Feb 15;8(2):1645-57.

López-Moreno S, Corcho-Berdugo A, López-Cervantes M. La hipótesis de la compresión de la morbilidad: un ejemplo de desarrollo teórico en epidemiología. *Salud Publica Mex* 1998;40:442-449.

Luo J, Wu B, Zhao Q, Guo Q, Meng H, Yu L y cols. Association between Tooth Loss and Cognitive Function among 3063 Chinese Older Adults: A Community-Based

Study. PLoS One. 2015 Mar 24;10(3):e0120986

Marín P y Gac H. Manual de Geriatria y Gerontología año 2000. PUC. Capítulo IV: Otros aspectos en el manejo clínico del Adulto Mayor; Salud Oral. URL: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/> (Consultado el 19 Agosto de 2015).

McKenna G, Allen F, Woods N, O'Mahony D, Cronin M, DaMata C y cols. Cost-effectiveness of tooth replacement strategies for partially dentate elderly: a randomized controlled clinical trial. Community Dent Oral Epidemiol. 2014 Aug;42(4):366-74.

Ministerio de Desarrollo Social. Resultados Adulto Mayor Encuesta Casen 2011. URL: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/publicaciones/2011/RESULTADOS_ADULTO_MAYOR.pdf (Consultado el 5 de Agosto de 2015)

Ministerio de Desarrollo Social. Resultados Adulto Mayor Encuesta Casen 2013. URL: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Adultos_mayores_13mar15_publicacion.pdf (Consultado el 5 de Agosto de 2015)

Minn YK, Suk SH, Park H, Cheong JS, Yang H, Lee S y cols. Tooth Loss Is Associated with Brain White Matter Change and Silent Infarction among Adults without Dementia and Stroke. J Korean Med Sci. 2013 Jun;28(6):929-33

MINSAL (2007). Programas odontológicos: GES Atención odontológica Integral Adulto de 60 años. URL: http://web.minsal.cl/programas_odontologicos (Consultado el 4 Agosto 2015).

MINSAL (2010). Guía Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años. Serie Guías Clínicas MINSAL. 2010. Disponible en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/saludoral60.pdf> (Consultado el 3 de Marzo de 2016).

Miyamoto I, Yoshida K, Bessho K. Shortened Dental Arch and Cerebral Regional Blood Volume: An Experimental Pilot Study with Optical Topography. *Cranio*. 2009 Apr;27(2):94-100.

Miyamoto I, Yoshida K, Tsuboi Y, Iizuka T. Rehabilitation with dental prosthesis can increase cerebral regional blood volume. *Clin Oral Implants Res*. 2005 Dec;16(6):723-7.

Muñoz D, Flores P, Cueto A, Barraza A (2012). Salud Bucodental de Postrados Severos. *Int. J. Odontostomat*. 6(2), pp.181-187.

Navarro E, Pailañir MA, Vera T. Tesis Significado que las/os enfermeras/os le otorgan a la gestión del cuidado en Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores en la Región de los Ríos. Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de enfermería, 2011. Disponible en: cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2011/fmn632s/doc/fmn632s.pdf (consultada el 3 de Marzo de 2016).

OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators. OECD Publishing. URL: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

OMS (2007). Ciudades Globales Amigables con los mayores: una Guía. URL: <http://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf?ua=1>

OMS (2015). Envejecimiento. URL: <http://www.who.int/topics/ageing/es> (Consultado el 3 Agosto 2015)

Pizarro A. El Paciente Adulto Mayor en el Tratamiento Protésico. Guía de aprendizaje para prótesis parcial removible. Universidad de Chile, Facultad de Odontología, Departamento de prótesis. 2012

PUC – SENAMA - Universidad de Oxford (2012). Nuevos Paradigmas del Envejecimiento en América Latina: Cuarta Conferencia Internacional, LARNA-Chile. 2012.

Raftery A, Li N, Ševčíková H, Gerland P, Heilig G. Bayesian probabilistic population projections for all countries. PNAS : 13915 - 13921, 2012.

Reyes, M, Aristizábal, F, Leal F. Neumología Pediátrica. Infección, alergia y enfermedad respiratoria en el niño. 5ª edición. Capítulo Trastornos de deglución. Bogotá Ed. Médica Panamericana, 2006. Pág. 353-357

Rosenblum R Jr. Oral hygiene can reduce the incidence of and death resulting from pneumonia and respiratory tract infection. J Am Dent Assoc. 2010 Sep;141(9):1117-8.

Saito Y, Sugawara N, Yasui-Furukori N, Takahashi I, Nakaji S, Kimura H. Cognitive function and number of teeth in a community-dwelling population in Japan. Ann Gen Psychiatry. 2013 Jun 24;12(1):20.

Sánchez J, Muñoz F, Montoro F. ¿Cómo mejorar la tasa de respuesta en encuestas on line? Revista de Estudios Empresariales. Segunda época. Número: 1 (2009). Páginas: 45 – 62

Schindler JS y Kelly JH. Swallowing disorders in the elderly. Laryngoscope 2002;112(4):589–602

SENAMA (2002). Glosario gerontológico. URL: http://www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf (Consultado el 4 Agosto de 2015).

(a) SENAMA (2009): Las personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. Disponible en:

http://www.senama.cl/filesapp/las_personas_mayores_en_chile_situacion_avances_y_desafios_2.pdf (Consultado el 3 de Agosto 2015)

(b) SENAMA (2009). Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Disponible en: www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf (Consultado el 3 de Agosto de 2015)

SENAMA (2010) REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA PARA ADULTOS MAYORES. URL: http://catastroeam.senama.cl/docs/Decreto_14_10_ELEAM.pdf

SENAMA (2011). Segunda Encuesta Nacional de Inclusión y Exclusión social del Adulto Mayor en Chile, 2011. URL: <http://www.senama.cl/filesapp/SEGUNDA%20ENCUESTA.pdf>

SENAMA (2013) Resolución n° 23 de fecha 18 Junio, 2013; Bases Administrativas, Técnicas, Anexos y Convenios de Ejecución y sus Anexos para la operación del Fondo Concursable de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, establecido en el Programa Fondo subsidio ELEAM del Servicio Nacional del Adulto Mayor. Disponible en: http://www.contraloria.cl/NewPortal2/portal2/ShowProperty/BEA%20Repository/Portal/Destacados/Bases_Aprobadas/Juridica/Res_23_Septiembre_2013.pdf

SENAMA. Catastro ELEAM. URL: <http://catastroeam.senama.cl/> (Consultado el 8 Agosto de 2015).

Shimazaki Y, Soh I, Saito T, Yamashita Y, Koga T, Miyazaki H y cols. Influence of dentition status on physical disability, mental impairment, and mortality in institutionalized elderly people. J Dent Res. 2001 Jan;80(1):340-5.

Sjögren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraate J. A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection

in elderly people in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc.* 2008 Nov;56(11):2124-30

Stein PS, Desrosiers M, Donegan SJ, Yepes JF, Kryscio RJ. Tooth loss, dementia and neuropathology in the Nun Study. *J Am Dent Assoc.* 2007 Oct;138(10):1314-22

Superintendencia en salud (2006). Impacto del envejecimiento en el gasto en salud: Chile 2002-2020. Superintendencia en salud, departamento de estudios y desarrollo. Julio 2006. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4021_recurso_1.pdf (Consultado el 8 de Agosto de 2015)

Suspergintza Elkartea.(2012) Qué es el envejecimiento activo. URL: <http://www.envejecimientoactivo2012.net/Menu29.aspx> (Consultado el 3 agosto 2015)

Teixeira FB, Fernandes LM, Noronha PA, Raidol MA, Gomes-leal W, Ferraz C, y cols. Masticatory deficiency as a risk factor for cognitive dysfunction. *Int J Med Sci.* 2014;11:209–214

Terpenning M y Shay K. Oral health is cost-effective to maintain but costly to ignore. *J Am Geriatr Soc.* 2002 Mar;50(3):584-5.

United Nations (2001). World Population Ageing: 1950-2050. URL: <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050> (Consultado el 4 Agosto de 2015).

Velázquez-Olmedo LB, Ortíz-Barrios LB, Cervantes-Velazquez A, Cárdenas-Bahena A, García-Peña C, Sánchez-García S. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014;52(4):448-56

WHO (2006) Oral health in ageing societies: Integration of oral health and general health. Disponible en:

http://www.who.int/oral_health/events/Oral%20health%20report%202.pdf

(Consultado el 3 de Agosto de 2015)

Yoneyama T, Yoshida M, Mukaiyama H et al. Oral care reduces pneumonia of elderly patients in nursing homes. J Am Geriatr Soc 2002;50:430-433.

Zunzunegui MV. Evolution of disability and dependency. An international perspective. Gac Sanit. 2011;25:12-20.



ANEXO N° 1

Consentimiento informado para proyecto de investigación

Versión 11 de Diciembre de 2015

Proyecto de investigación para tesis:

“Existencia de Protocolos de Higiene Bucal en los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) y Caracterización de sus Directores Técnicos”

Investigador Principal:

Dr. Marco Cornejo Ovalle
 Profesor Asistente.
 Instituto de Investigación en Ciencias odontológicas.
 Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Sergio Livingstone Pohlhammer 934, Independencia, Santiago.
 Teléfono 84557459
 E-mail: mcornejo@odontologia.uchile.cl

Investigador de Tesis:

André Latapiat Parodi
 Estudiante de Odontología 6to año académico.
 Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Sergio Livingstone Pohlhammer 934, Independencia, Santiago.
 Teléfono: 66294778
 E-mail: alatapiat90@gmail.com

Nombre de la Institución: Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Este Documento de Consentimiento Informado consta de:

- Información (proporciona información sobre el estudio para usted)
- Formulario de Consentimiento para Directores Técnicos de los ELEAM en Chile

Antes de decidir si colabora o no, debe conocer y comprender los aspectos que se exponen a continuación. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto del cual tenga dudas mediante e-mail. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea colaborar, realice el cuestionario de 30 preguntas que no le tomará más de 10 minutos.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DIRECTORES TÉCNICOS

Usted ha sido contactado para colaborar en un proyecto de investigación de tesis realizado por la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile dirigido a los Directores Técnicos de los ELEAM a lo largo del país.

EXPLICACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

1. En nuestro país existen muchas personas de edad avanzada y dentro de algunos años habrán muchísimos más. Se sabe que a mayor edad aparecen múltiples enfermedades y se ha relacionado al pobre control de la higiene oral con determinadas enfermedades: cáncer, complicaciones cardiovasculares, aumento en la prevalencia de infarto al miocardio e hipertensión, mal control de glicemia en pacientes diabéticos, con neumonía aspirativa.
2. La mala salud bucal puede ser considerada como un factor relacionado con síntomas de deterioro cognitivo. Las prácticas de higiene bucal diaria son una medida costo-efectiva para evitar el deterioro de la salud bucal y con ello evitar el deterioro cognitivo y disminuir la morbilidad en pacientes institucionalizados.
3. En Chile, dentro del marco regulador de los ELEAM no se contempla en forma específica la aplicación de protocolos de higiene bucal ni aspectos de salud bucal.
4. Ante lo expuesto es que en este estudio se plantea como objetivo determinar los cuidados de higiene bucal en adultos mayores institucionalizados y aquellos factores asociados a la existencia de protocolos de higiene bucal diaria en los establecimientos de larga estadía para adultos mayores (ELEAM).
5. Le invitamos a participar, porque usted está a cargo de dirigir un establecimiento en que residen adultos mayores y puede entregar información útil para evaluar los objetivos mencionados en un estudio de nivel nacional en Chile.
6. Al aceptar participar en este estudio, responderá un cuestionario de 30 preguntas acerca de conocimientos en aspectos odontológicos, características propias del ELEAM, años de experiencia con Adultos

Mayores, su percepción sobre capacitaciones en ámbitos de higiene bucal y existencia de protocolos de higiene bucal diaria. Para contestarlo, necesitará no más de 10 minutos de tranquilidad. Los cuestionarios son de carácter anónimo, absolutamente confidencial y no se entregarán resultados individuales respecto a sus percepciones como Director Técnico ni de cada establecimiento de larga estadía en forma particular. Los resultados serán entregados en forma global y por regiones de Chile.

7. Todos los datos obtenidos en esta encuesta se manejaran con estricta confidencialidad y jamás sus datos personales ni identificación del ELEAM serán transmitidos públicamente.
8. Su colaboración con este estudio es completamente voluntaria. Y si no acepta la invitación, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted. Además como consecuencia del estudio usted no tendrá que efectuar gasto alguno, pero tampoco le pagaremos por su colaboración.
9. Si usted desea conocer los resultados o tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora vía correo electrónico o más tarde, contactando al Dr. Marco Cornejo Ovalle en las oficinas del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, los días Martes de 14:30 a 17:00 hrs. al teléfono 84557459 con e-mail mcornejo@odontologia.uchile.cl (Sergio Livingstone Pohlhammer 943, Independencia, Santiago) o a André Latapiat Parodi mediante teléfono al número 66294778 o vía e-mail a la dirección alatapiat90@gmail.com. Ante dudas relacionadas con sus derechos, se puede comunicar con el CEC-SSMC, cuyo presidente es el Dr. Emiliano Soto Romo, ubicado en Victoria Subercaseaux 381, 4to piso, teléfono 225743520.

Si considera que no existen dudas ni preguntas acerca de su participación, le solicitamos aceptar el Consentimiento Informado a través del siguiente enunciado:

Al realizar el cuestionario de auto-aplicación dirigido a los Directores Técnicos de los ELEAM en Chile, *voluntariamente*, doy mi consentimiento para participar en la investigación **“Existencia de Protocolos de Higiene Bucal en los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) y Caracterización de sus Directores Técnicos.**

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Mediante mi participación, dejo constancia que he leído y comprendido los objetivos y características de esta investigación y en caso de negarme a participar he manifestado mi opción por correo electrónico o vía telefónica.

Identificación del establecimiento

- Nombre del ELEAM:
- RUT del ELEAM (*especifique si no cuenta con RUT*):

Nombre del Investigador Responsable:

Marco Cornejo Ovalle

Firma Investigador Responsable

Nombre del Director Técnico:

Firma Director Técnico

Nombre del Director Administrativo:

Firma Director Administrativo



ANEXO N° 2

Cuestionario dirigido a Directores Técnicos de los ELEAM en Chile

Versión 11 de Diciembre de 2015

Usted ha sido contactado para colaborar en un proyecto de investigación de tesis realizado por la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile dirigido a los Directores Técnicos de los ELEAM a lo largo del país que se encuentran en el catastro de ELEAM para acceso público disponibles en la web del SENAMA.

Antes de comenzar con el cuestionario declara haber leído la información proporcionada en el Consentimiento Informado y haber tenido la oportunidad de preguntar sobre ella si lo estimó conveniente, contestándose satisfactoriamente las preguntas que usted realizó si fuese ese el caso. Mediante su participación, deja constancia que ha leído y comprendido los objetivos y características de esta investigación y en caso de negarse a participar ha manifestado su opción por correo electrónico o vía telefónica.

Al comenzar éste cuestionario de 30 preguntas divididas en 5 segmentos, que le tomará entre 5 a 10 minutos en responder, usted declara estar de acuerdo con el siguiente enunciado:

“Al realizar el cuestionario de auto-aplicación, voluntariamente, doy mi consentimiento para participar en la investigación “Existencia de Protocolos de Higiene Bucal en los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) y Caracterización de sus Directores Técnicos”, realizada por la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.”

Tenga presente que la información brindada por Ud. es confidencial y no será entregada en forma particular al SENAMA u otra entidad.

Identificación del establecimiento

- Nombre del ELEAM:
- RUT del ELEAM (*especifique si no cuenta con RUT*):

Segmento 1: Conocimientos en aspectos odontológicos

1. ¿Género? *Marque solo un óvalo.*
 - Masculino
 - Femenino
 - Otro

2. ¿Cuál es su profesión? *Marque solo un óvalo.*
 - Asistente Social
 - Enfermera(o)
 - Kinesiólogo(a)
 - Matrn(a)
 - Médico
 - Odontólogo
 - Psicólogo(a)
 - Otra (especificar)

3. ¿Tiene conocimiento del contenido de la “Resolución n° 23 del 18 de junio de 2013” del SENAMA sobre fondos concursables? *Marque solo un óvalo.*
 - Si
 - No

4. ¿Sabía que dentro de los **5 protocolos obligatorios** solicitados por el SENAMA para participar por fondos concursables está la implementación de un protocolo de higiene diaria e higiene bucal? *Marque solo un óvalo.*
 - Sí
 - No

5. ¿Está informado sobre el “Programa Odontológico GES de Atención Odontológica Integral para Adulto de 60 años”? *Marque solo un óvalo.*
 - Totalmente informado
 - Parcialmente informado
 - No informado

6. ¿Está informado sobre el “Programa Odontológico GES Urgencia Odontológica Ambulatoria”? *Marque solo un óvalo.*
- Totalmente informado
 - Parcialmente informado
 - No informado
7. ¿Está informado sobre el “Programa de Mejoramiento de Acceso a la Atención Odontológica para la Población Adulta” que comenzó a ejecutarse en Enero de 2015? *Marque solo un óvalo.*
- Totalmente informado
 - Parcialmente informado
 - No informado
8. Ya sea dentro del “Programa Odontológico GES Atención Odontológica Integral del Adulto de 60 años”, del “Programa de Mejoramiento de Acceso a la Atención Odontológica para la Población Adulta” o de “Urgencia Odontológica Ambulatoria”, ¿Conoce Ud. los plazos máximos de atención? *Marque solo un óvalo.*
- Si
 - No
9. ¿Informa al Adulto Mayor y/o familiares sobre la atención odontológica para las personas de 60 años garantizada por el Estado? *Marque solo un óvalo.*
- Si
 - No
10. La salud bucal afecta la calidad de vida de las personas, existen instrumentos (cuestionarios) de **breve extensión** destinados a evaluarla que han demostrado ser buenos predictores del *estado* de salud bucal de los adultos mayores y *necesidad* de atención en salud bucal. ¿Considera útil la aplicación de éste tipo de cuestionarios **breves** (entre 6 y 14 preguntas) al residente al momento de ingreso al establecimiento? *Marque solo un óvalo.*
- Si considero útil su aplicación
 - No considero útil su aplicación
 - No los conozco, pero creo útil su aplicación
 - No los conozco, no puedo opinar sobre su utilidad

11. La salud bucal afecta la calidad de vida de las personas, existen instrumentos (cuestionarios) de **breve extensión** destinados a evaluarla que han demostrado ser buenos predictores del *estado* de salud bucal de los adultos mayores y *necesidad* de atención en salud bucal. ¿Considera viable la aplicación de éste tipo de cuestionarios **breves** (entre 6 y 14 preguntas) al residente cuando ingresa al ELEAM que administra?
Marque solo un óvalo.

- Si considero viable su aplicación
- No considero viable su aplicación
- Ya se han aplicado en los residentes del establecimiento

Segmento 2: Características propias del ELEAM

12. En caso de que dentro de su ELEAM se desarrollen talleres preventivos dirigidos a los mayores, ¿se contempla la realización de talleres de higiene bucal y/o cuidados en salud bucal? *Marque solo un óvalo.*

- No se contempla
- Una vez al año
- Dos o más veces al año

13. Dentro del ELEAM que administra se cuenta con los siguientes servicios profesionales (puede seleccionar más de uno):

- Paramédico
- Terapeuta Ocupacional
- Odontólogo
- Higienista dental

14. En caso de que su ELEAM no cuente con servicios profesionales brindados por un Odontólogo o higienista dental, ¿los residentes tienen acceso a atención dental cuando lo requieren? *Marque solo un óvalo.*

- Si
- No

15. ¿Al momento de que un residente ingresa al ELEAM que administra, se contempla la evaluación de su salud bucal como parte de la evaluación médica a realizar, ya sea en el mismo establecimiento o realizada en forma externa? *Marque solo un óvalo.*
- Si se contempla
 - No se contempla
 - No se realiza evaluación médica por parte del establecimiento o externos.

Si su respuesta anterior fue afirmativa responda la siguiente pregunta:

16. ¿Quién realiza la evaluación bucal? (Puede Seleccionar más de una alternativa)

- Odontólogo
- Médico General
- Médico Geriatra
- Enfermera/o
- Auxiliar de enfermería
- Otro (especificar)

17. ¿Para qué considera importante realizar una evaluación bucal del residente al momento de su ingreso? (Puede seleccionar más de una opción)

- Para tener un diagnóstico y respaldo legal
- Para entregarle el diagnóstico al Adulto Mayor y/o familiar a cargo
- Para evaluar uso de prótesis
- Para establecer protocolo de higiene bucal personalizado
- Para derivar a Odontólogo en caso de requerir tratamiento dental y/o protésico
- No lo considero importante
- Otro (especificar)

Segmento 3: Años de experiencia con Adultos Mayores

18. ¿Cuántos años tiene de antigüedad como Director Técnico del ELEAM que usted dirige?

Marque solo un óvalo.

- Menos de 1 año
- 1-3 años
- 4 a 7 años
- 8 o más años

19. Señale los años de funcionamiento del ELEAM que administra: *Marque solo un óvalo.*

- 0 años
- 1-3 años
- 4-7 años
- 8 años o más

Segmento 4: Protocolo de Higiene Bucal

20. Su ELEAM cuenta con un protocolo de Higiene Bucal diaria: *Marque solo un óvalo.*

- Si
- No

En caso de haber respondido afirmativamente la pregunta anterior, responda a continuación las siguientes 3 preguntas:

21. Dentro del protocolo de Higiene Bucal diaria se contempla (seleccionar todas las que correspondan):

- Cepillado Dental con cepillo manual
- Cepillado Dental con cepillo eléctrico
- Cepillado Protésico (Con cepillo sólo para éste uso)
- Cepillado Protésico (Con mismo cepillo de cepillado dental)
- Cepillado lingual
- Uso de seda dental
- Uso de cepillos interproximales (interdentales)
- Enjuague bucal con colutorio en base a Clorhexidina como antiséptico
- Enjuague bucal con otro colutorio
- Enjuague bucal con agua
- Desinfección protésica
- Uso de guantes desechables al momento de realizar la higiene bucal

22. Si dentro del Protocolo de Higiene Bucal diaria se establece el tiempo de cepillado, seleccione la opción más cercana a la descrita en su protocolo: *Marque solo un óvalo.*

- No se establece tiempo de cepillado en el protocolo
- 30 segundos
- 1 minuto
- 2 minutos
- más de 2 minutos

23. Si dentro del Protocolo de Higiene Bucal diaria se establece la frecuencia de cepillado, seleccione la opción más cercana a la descrita en su protocolo: *Marque solo un óvalo.*

- No se establece frecuencia de cepillado en el protocolo
- Solo en la noche
- 1 vez en el día
- 2 veces al día siendo una de ellas en la noche
- 2 veces al día sin incluir la higiene bucal nocturna
- 3 veces al día siendo una de ellas en la noche
- Otra frecuencia (especificar) }

24. Los artículos de higiene bucal usados por los residentes: *Marque solo un óvalo.*

- Se solicitan al residente
- Se entregan por el ELEAM
- Ambos

25. Qué artículo(s) considera necesario(s) para que se realice la higiene bucal de los residentes (puede seleccionar más de una opción):

- Cepillo Dental
- Cepillo para limpiar prótesis
- Cepillo interproximal (interdentario)
- Seda Dental
- Pasta dental
- Enjuague bucal (Colutorio)
- Waterpik (agua o colutorio a presión)
- Raspador o limpiador lingual

Segmento 5: Capacitación en Salud Bucal

26. ¿Ud. como profesional ha recibido capacitación en materia de personas mayores o cuenta con un postítulo en Geriátría, Gerontología, Odontogeriatría? *Marque solo un óvalo.*
- Postítulo en Geriátría
 - Postítulo en Gerontología
 - Postítulo en Odontogeriatría
 - Otra capacitación en materia de personas mayores
 - No cuento con capacitación en personas mayores
27. Según el grado de dependencia del Adulto Mayor para realizar Actividades de la Vida Diaria, ¿desde cuándo considera necesario que el personal del establecimiento **supervise** la Higiene Bucal del Adulto Mayor? *Marque solo un óvalo.*
- No es necesario que la supervisen
 - Autovalente
 - Dependencia leve
 - Dependencia moderada
 - Dependencia severa
28. Según el grado de dependencia del Adulto Mayor para realizar Actividades de la Vida Diaria, ¿desde cuándo considera necesario que el personal del establecimiento **realice** la Higiene Bucal del Adulto Mayor? *Marque solo un óvalo.*
- No es necesario que la realicen
 - Autovalente
 - Dependencia leve
 - Dependencia moderada
 - Dependencia severa
29. ¿Usted estima importante que debiera haber una persona capacitada formalmente en salud bucal y responsable del plan de cuidados diarios de salud bucal? *Marque solo un óvalo.*
- Si
 - No
 - No lo sé

30. En caso de haber respondido afirmativamente la pregunta anterior, cree que debiera ser (puede seleccionar más de una opción):

- Enfermera(o)
- Higienista dental
- Técnico en Enfermería de Nivel Superior (TENS) en enfermería
- Técnico en Enfermería de Nivel Superior (TENS) dental
- Odontólogo
- Otro profesional de salud

Fin del Cuestionario

Muchas gracias por su colaboración, sus respuestas son muy valiosas para el estudio “Existencia de Protocolos de Higiene Bucal en los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) y Caracterización de sus Directores Técnicos”. Una vez que el estudio haya finalizado se le enviará un informe con los resultados anónimos analizados a nivel nacional.

Recuerde que si tiene cualquier inquietud puede hacerla vía correo electrónico o contactando al Dr. Marco Cornejo Ovalle en las oficinas del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, los días Martes de 14:30 a 17:00 hrs. al teléfono 84557459 o al e-mail mcornejo@odontologia.uchile.cl, o a André Latapiat Parodi mediante teléfono al número 66294778 o vía e-mail a la dirección alatapiat90@gmail.com.

ANEXO N° 3

Copia de correo electrónico dirigido a Directores Técnicos de los ELEAM de Chile como contacto para solicitar participación en el proyecto de investigación “Existencia de Protocolos de Higiene Bucal en los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) y Caracterización de sus Directores Técnicos”

Asunto: Estudio Nacional en ELEAM de Chile

Estimado(a) Director Técnico de ELEAM:

Junto con saludarle informo a Ud. que ha sido contactado(a) para participar en el estudio “Existencia de Protocolos de Higiene Bucal en los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) y Caracterización de sus Directores Técnicos”, realizada por la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, a cargo del Dr. Marco Cornejo Ovalle.

El presente estudio contempla la realización de un cuestionario on-line (a través de internet) de breve llenado que no le tomará más de 10 minutos. En él Ud. Puede entregar información útil para determinar los factores asociados a la existencia de protocolos de higiene bucal diaria en los ELEAM, ya que está a cargo de administrar uno de ellos y con ello aportar en este estudio que contempla un análisis de carácter nacional.

Le solicitamos leer el documento PDF adjunto en este correo que contiene el consentimiento informado y una copia de consulta del cuestionario on-line a aplicar donde se detalla de mejor manera la finalidad del estudio, para con ello decidir si participará en él.

Esperamos contar con su participación, la cual es voluntaria y anónima, ya que como director técnico es el único capaz de entregar información valiosa para éste estudio. Si no acepta la invitación, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para Ud., sin embargo solicitamos responder este e-mail para hacernos conocer su decisión.

Ante cualquier consulta o respuesta sobre este estudio no dude en enviar un correo electrónico a alatapiat90@gmail.com con copia al correo mcornejo@odontologia.uchile.cl, además puede encontrar otras vías de contacto dentro del Consentimiento Informado si lo estime conveniente.

Una vez tomadas todas las consideraciones le solicitamos dirigirse al siguiente enlace para responder el cuestionario y registrar sus respuestas: <http://goo.gl/forms/9nMN6ubHI8>

De antemano muchas gracias por su tiempo y colaboración;

Saludos cordiales.

André Latapiat Parodi
Estudiante de Pregrado Facultad de Odontología Universidad de Chile

Dr. Marco Cornejo Ovalle
Profesor Asistente Facultad Odontología Universidad de Chile
Odontólogo y Radiólogo Maxilofacial
MSc Salud Pública - PhD Biomedicina-Salud Pública



ANEXO N° 4

Digitalización de certificado otorgado por el Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Metropolitano Central para ejecutar la intervención de ésta investigación enmarcada dentro del Proyecto de Investigación Odontológico (PRI-ODO) N° 15/008 “Servicios y cuidados odontológicos para personas mayores institucionalizadas en establecimientos de larga estancia”.



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD M. CENTRAL
COMITÉ ETICO CIENTIFICO
Teléfono: 25743520
ESR/CGNS/matv.

N°1328/2015

CERTIFICADO

DR. EMILIANO SOTO ROMO, en calidad de Presidente del Comité Ético-Científico (CEC), del Servicio de Salud Metropolitano Central, constituido por resolución exenta N° 1303 de fecha 26 de Septiembre de 2002 y N°187 de 12 de Mayo de 2006, ambas de la Dirección de dicho Servicio y Acreditado por la SEREMI-RM mediante resolución N°048975 del 30 de Julio del 2015, certifica que en sesión expedita del 15 de Diciembre del 2015 el Comité acusa recibo de carta fechada y recibida el 14 de Diciembre del 2015, del Cirujano Dentista **Dr. Marco Cornejo Ovalle, Docente de la Escuela de Odontología de la Universidad de Chile**, investigador responsable del protocolo: “**Servicios y Cuidados odontológicos para personas Mayores Institucionalizadas en establecimientos de Larga Estancia**”, que da lugar a la tesis de pregrado de Odontología denominada: “**Factores asociados a la existencia de Protocolos de Higiene bucal diaria en los establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores en Chile**”, que realizará el **Alumno de sexto año de la carrera Don André Latapiat Parodi**, quienes envían las nuevas versiones de los siguientes documentos, con los cambios solicitados por el CEC-SSMC mediante el certificado de Plenaria N° 67 del año 2015.

- 1.- Protocolo versión 11 de Diciembre del 2015, documento foliado de 20 páginas.
- 2.- Anexo 1 Consentimiento informado versión 11 de Diciembre del 2015, documento de 03 páginas.
- 3.- Anexo 2 Cuestionario dirigido a Directores Técnicos de los ELEAM en Chile, versión 11 de Diciembre del 2015, documento foliado de 07 páginas.
- 4.- Copia del Certificado N° 67/2015 elaborado por el CEC-SSMC.

Analizados los documentos remitidos el CEC-SSMC decide Aprobar:

- Protocolo versión 11 de Diciembre del 2015, documento foliado de 20 páginas.
- Anexo 1 Consentimiento informado versión 11 de Diciembre del 2015, documento de 03 páginas. Se firma, se fecha y se timbra.
- Anexo 2 Cuestionario dirigido a Directores Técnicos de los ELEAM en Chile, versión 11 de Diciembre del 2015, documento foliado de 07 páginas. Se firma, se fecha y se timbra.

Se adjunta copia de carta enviada por los investigadores, firmada, fechada y timbrada.

La sesión expedita de fecha 15 de diciembre del 2015, contó con la presencia de Dr. Jaime Bitrán, Sra. Carmen Gloria Notario Sánchez y Dr. Victor Hanna Ruz.


EU C. GLORIA NOTARIO SANCHEZ
SECRETARIA EJECUTIVA CEC-SSMC
SANTIAGO, 16 de Diciembre del 2015
Dirección Servicio de Salud Metropolitano Central
Victoria Subercaseaux #381, Santiago




DR. VICTOR HANNA RUZ
VICE PRESIDENTE CEC
SERVICIO DE SALUD M. CENTRAL