



CARRERA DE ODONTOLOGIA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de
Odontóloga.

Tema:

Patologías bucales en pacientes portadores de prótesis dental de la parroquia Crucita,
del cantón Portoviejo, en el periodo marzo-julio de 2015.

Autora:

María Isabel Villamarín Macías.

Directora de tesis:

Dra. Luz Amarilis Martín Moya. Msc.

Cantón Portoviejo - Provincia de Manabí - República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Certifico que la egresada, María Isabel Villamarín Macías, ha culminado su tesis de grado titulada: Patologías en pacientes portadores de prótesis dental de la parroquia Crucita, del cantón Portoviejo, en el periodo marzo-julio de 2015. Es trabajo original de la estudiante, el mismo que ha sido realizado bajo mi dirección y asesoramiento; habiendo cumplido con las disposiciones establecidas para el efecto.

Dra. Luz Amarilis Martín Moya. Msc.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Los suscritos miembros del tribunal de revisión y sustentación de la tesis titulada: Patologías bucales en pacientes portadores de prótesis dental de la parroquia Crucita, del cantón Portoviejo, en el periodo marzo-julio de 2015; presentada y realizada por la egresada María Isabel Villamarín Macías, ha cumplido con todo lo señalado en el reglamento interno de graduación, como requisito previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tribunal

Dra. Lucía Galarza Santana Mg. Gs.

Directora de la carrera.

Dra. Luz Amarilis Martín Moya. Msc.

Directora de tesis.

Dra. Nataly Barreiro Mendoza Msc.

Miembro del tribunal.

Lic. Vicente I. Prieto Díaz, Mg. EM.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo titulado: Patologías bucales en pacientes portadores de prótesis dental de la parroquia Crucita, del cantón Portoviejo, en el periodo marzo-julio de 2015, pertenece exclusivamente a mi autoría. Además, cedo mis derechos de autora de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

María Isabel Villamarín Macías.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado, Dios, Él, mi señor misericordioso, agradezco infinitamente por haberme concedido llegar hasta aquí y por todas las bendiciones que me ha dado. Gracias por nunca abandonarme.

A mis padres Ernesto e Isabel, por haberme dado su apoyo incondicional en toda esta etapa de estudios. A mis hermanos, por sus palabras de aliento y el inmenso cariño que me regalan cada día. A mi familia en general por estar siempre dándome su apoyo y amor.

A Mario Paúl Molina, mi enamorado, mi amigo, compañero y confidente en este proceso, quien ha estado en los momentos difíciles y ha sido mi soporte para alcanzar mis metas.

A mis comadres Gina Castro y Anita Carranza, porque sin su ayuda no estaría a donde estoy ahora, gracias, mil gracias. Agradezco a mis amigas, Vanessa Fernández, Elizabeth Guerreño, Ángeles Jara, Alondra Cedeño y Katherin Guevara que de una u otra forma estuvieron pendientes en mi proceso como persona y estudiante, amigas en las buenas y las malas, en el llanto y en las risas. Asimismo a tres grandes amigos que ahora son mis ángeles celestiales Dayan Flores, Annie Cedeño y Josenka Guillén, que siempre me apoyaron en mi etapa de estudiante estando de manera incondicional a mi lado.

A la Dra. Amarilis Martín Moya, mi directora de tesis, por su paciencia y dedicación que me brindó para lograr un buen resultado, por compartir conmigo sus conocimientos que me servirán en mi vida profesional. A cada uno de los docentes que a lo largo de mi carrera universitaria compartieron y me enseñaron sus conocimientos contribuyendo en mi formación profesional.

A mi hermana de corazón Mariel Vélez, por ser incondicional y brindarme su amistad y cariño desde siempre, gracias por ser parte importante en esta meta que hoy finalizo.

A todos quienes, directa o indirectamente, pusieron su granito de arena en este proyecto, eternas gracias, pues las palabras no alcanzan para expresar lo que esto significa para mí.

María Isabel Villamarín Macías.

DEDICATORIA.

No hay nada en la vida como la satisfacción de saber que cumpliste un sueño, fue difícil pero no imposible llegar hasta donde estoy ahora, a mi familia le dedico eternamente este trabajo. A mis padres, Ernesto e Isabel, por permanecer a mi lado durante los años sacrificados de estudio, apoyándome para poder cumplir esta meta que ahora es un triunfo de los tres.

A mis hermanos Paúl Alexander y Luis Ernesto por estar siempre conmigo, dándome su apoyo incondicional y haberme ayudado en los momentos que más los necesité. Y a toda mi familia, este triunfo también es de ustedes.

María Isabel Villamarín Macías.

RESUMEN.

Las patologías bucales son afecciones de la cavidad oral que se dan por usar prótesis dentales mal ajustadas, con una higiene inadecuada y por largos periodos de tiempo. En la República del Ecuador hasta la fecha no se ha reportado estudios sobre las patologías bucales provocadas por el uso inadecuado de las prótesis dentales. Se realizó un estudio exploratorio para caracterizar las patologías bucales asociadas a pacientes portadores de prótesis dental de la parroquia Crucita, del cantón Portoviejo, durante el periodo marzo-julio 2015, mediante una ficha de observación. Intervinieron 101 personas, mayores de 20 años, de ambos sexos, así como ocupaciones y color de piel.

Se observó que el 93,1% de los encuestados de la población presenta patologías bucales. La localización de las patologías bucales predominó con un 67,9 % en el paladar duro, siendo la patología bucal más frecuente con un 65,1% la estomatitis subprótesica. La higiene de la prótesis dental reportó una prevalencia de 49,5% de higiene mala, un 84,2% reportó adaptación inadecuada de las prótesis dentales.

El tiempo de uso de las prótesis reportó que el 65,3% de los encuestados usa su prótesis de 6 a 15 años. La población muestra la necesidad urgente del desarrollo de programas de educación para la salud, que contribuyan con un manejo adecuado de las prótesis dentales.

ABSTRACT.

Oral pathologies are conditions of the oral cavity that are given by the use of dental prosthesis with a bad adaptation, inadequate hygiene and for a long period of time. In Ecuador until now, it has not been reported studies about oral pathologies caused by the inadequate use of dental prosthesis. It has been made an exploratory study to characterize oral pathologies associated with patients that use dental prosthesis in Crucita parish, from Portoviejo canton, during the march-july 2015 period, through an observation file. 101 people, older than 20 years, both genders, occupations and color skin participated.

It was observed that the 93,1% of surveyed people of the population have oral pathologies. Oral pathologies location predominated with a 67,9% in the hard palate, the most frequent oral pathology with a 65.1% subprosthetic stomatitis. Dental prosthesis hygiene shows a prevalence of 49,5% of bad hygiene, and an 84,2% shows a dental prosthesis bad adaptation.

The prosthesis usage time reported that the 65,3% of surveyed people have been used their prosthesis in a period of 6 to 15 years. Population shows the urgent necessity of development of education programs for health, that promotes an adequate use of dental prosthesis.

ÍNDICE.

Certificación de la directora de tesis.	II
Certificación del tribunal examinador.	III
Declaración de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VII
Resumen.	VIII
Abstract.	IX
Índice.	X
Índice de cuadros y gráficos.	XIV
Introducción.	1
Capítulo I.	
1. Problematización.....	2
1.1. Tema.....	2
1.2. Formulación del problema.....	2
1.3. Planteamiento del problema.....	2
1.4. Preguntas de la investigación.....	3
1.5. Delimitación de la investigación.....	4
1.5.1. Delimitación espacial.....	4
1.5.2. Delimitación temporal.....	4
1.6. Justificación.....	4
1.7. Objetivos.....	6
1.7.1. Objetivo general.....	6
1.7.2. Objetivos específicos.....	6

Capítulo II.

2.	Marco Teórico Conceptual.....	7
2.1.	Prótesis dental.....	7
2.2.	Patologías bucales.....	16
2.3.	Higiene de la prótesis.....	28
2.4.	Unidades de observación y análisis.....	29
2.5.	Variables.....	29
2.5.1.	Matriz de operacionalización de las variables.....	30

Capítulo III.

3.	Marco Metodológico.....	31
3.1.	Modalidad de la investigación.....	31
3.2.	Tipos de investigación.....	31
3.3.	Métodos.....	31
3.4.	Técnicas.....	32
3.5.	Instrumentos.....	32
3.6.	Población y muestra.....	32
3.7.	Recolección de la información.....	32
3.8.	Procesamiento de la información.....	32
3.9.	Ética.....	33

Capítulo IV.

4.	Análisis e Interpretación de los Resultados.....	34
----	--	----

Capítulo V.

5.1.	Conclusiones.....	60
------	-------------------	----

5.2.	Recomendaciones.....	61
------	----------------------	----

Capítulo VI.

6.	Propuesta.....	62
6.1.	Identificación de la propuesta.....	62
6.1.1	Tema de la propuesta.....	62
6.1.2.	Período de ejecución.....	62
6.1.3.	Descripción de los beneficiarios.....	62
6.1.4	Clasificación.....	62
6.1.5	Localización.....	62
6.2.	Justificación.....	63
6.3.	Marco institucional.....	63
6.4.	Objetivos.....	63
6.4.1.	Objetivo general.....	63
6.4.2.	Objetivos específicos.....	64
6.5.	Descripción de la propuesta.....	64
6.6.	Diseño metodológico.....	64
6.7.	Factibilidad.....	65
6.8.	Sostenibilidad.....	65
6.9.	Presupuesto.....	65

Anexos.

Bibliografía.

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.

Cuadro y gráfico 1. Género de pacientes.....	34
Cuadro y gráfico 2. Edad de encuestados.....	36
Cuadro y gráfico 3. Ocupación de encuestados.....	38
Cuadro y gráfico 4. Color de piel de encuestados.....	40
Cuadro y gráfico 5. Encuestados que presentan patologías bucales.....	42
Cuadro y gráfico 6. Descripción de las lesiones.....	44
Cuadro y gráfico 7. Presencia de dolor en encuestados.....	46
Cuadro y gráfico 8. Prevalencia de localización de las patologías bucales.....	48
Cuadro y gráfico 9. Prevalencia de patologías bucales en encuestados.....	50
Cuadro y gráfico 10. Higiene de la prótesis dental.....	52
Cuadro y gráfico 11. Adaptación de prótesis dental.....	54
Cuadro y gráfico 12. Tipo de prótesis dental.....	56
Cuadro y gráfico 13. Tiempo de uso de la prótesis dental.....	58

INTRODUCCIÓN.

La salud bucal debe considerarse como elemento fundamental de la calidad de vida de las personas, específicamente en quienes son portadoras de prótesis dentales. Constituye un problema importante de salud la aparición de las lesiones en la cavidad bucal. La calidad de las prótesis, las prótesis mal confeccionadas, el exceso en el tiempo de uso y la higiene de las mismas, son factores de riesgos que aceleran la aparición de las patologías bucales.

En la parroquia Crucita del cantón Portoviejo existe un alto número de personas que usan prótesis dentales y que no tienen el cuidado y la higiene bucal que deberían tener por esa misma condición. Esto puede deberse a muchos factores, entre ellos los socioeconómicos y el desconocimiento. Esa falta de atención causa patologías bucales de diversos tipos, que, en la mayoría de estos casos no han sido diagnosticadas ni tratadas.

Con la presente investigación se busca conocer las patologías más frecuentes entre las personas portadoras de prótesis dentales en la parroquia antes mencionada para analizar las posibles causas y asimismo concientizar y educar a dicha población para que en adelante tengan un mejor estilo de vida.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Patologías bucales en pacientes portadores de prótesis dental, de la parroquia Crucita, del cantón Portoviejo, en el periodo marzo-julio de 2015.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuáles son las patologías bucales más frecuentes en pacientes portadores de prótesis dental en la parroquia Crucita del cantón Portoviejo?

1.3. Planteamiento del problema.

En investigación realizada en la Revista Cubana de Estomatología, su versión digital, se consultó un artículo de Díaz y colaboradores¹ (2007) y se pudo conocer que:

La salud bucal debe considerarse como elemento de bienestar de vida, primordialmente en la población portadora de prótesis, cada vez más números. El uso de prótesis durante largos periodos de tiempo por parte de pacientes, sin que sean cambiadas periódicamente, logra la presencia de dolor y desequilibrio en la masticación, componentes que juntamente con otros, consiguen provocar el avance de lesiones en los tejidos que están en contacto con el aparato protésico. El nivel de proceso por sí solo no es concluyente cuando predomina un programa social que tiene como prioridad la atención a la salud y el bienestar de las personas, tal como sucede en Cuba y otros países con programas de salud similares al existente en Ecuador, donde la acción de la experiencia estomatológica está orientado a la sociedad y es especialmente preventivo curativo. (párr. 1 y 2).

¹Díaz, Y., Martell, I., Zamora, J. (2007). Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Revista Cubana de Estomatología. [En línea] Consultado: [18, julio, 2014].

Disponible en :

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300002

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Cubana de Estomatología, se consultó un artículo de Lemus y colaboradores²(2009) y se puede citar, que:

La ubicación de cualquier tipo de prótesis dental en la cavidad bucal va a provocar necesarias variaciones en la boca, que exige a los tejidos a reaccionar para ajustarse a nuevos ambientes acatando las características de las mismas (principios biomecánicos) y de la condición y la capacidad de reaccionar de cada organismo. La incitación de la prótesis se presenta primero en la mucosa, hecho que se ha observado en estudios histoquímicos e histopatológicos, en los que se detectó que la prótesis presenta cambios a la mucosa durante los tres primeros años, y está reacciona con una hiperqueratización y aumento de actividad enzimática de la mucosa; después de tres años de realizada una nueva prótesis vuelve a normalizarse. Las prótesis que hayan perdido inevitablemente sus cualidades por estar mal confeccionadas, o inadecuadamente conservadas, por extender su uso más allá de su tiempo han contribuido a la aparición de lesiones en los tejidos bucales. (p. 2).

El problema detectado por este estudio es que no existe conocimiento de las patologías bucales frecuentes en los pacientes portadores de prótesis dentales en la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

1.4. Preguntas de la investigación.

¿En qué género y edades aparecen con más frecuencia las patologías bucales?

¿Cuál es la localización más frecuente de las patologías bucales en los pacientes portadores de prótesis?

¿Tiene relación el tipo de prótesis con la presencia de patologías bucales?

¿Cuál es la patología bucal que se presenta con mayor prevalencia en pacientes portadores de prótesis dental?

²Lemus, L., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, L., León, C. (2009). Repercusión de la calidad de la prótesis en la aparición de lesiones bucales en el adulto mayor. Revista cubana de estomatología.[En línea]. Consultado: [20, julio, 2014].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100015

1. 5. Delimitación de la investigación.

Campo: Salud.

Área: Odontología.

Aspectos: Salud bucal.

1.5.1. Delimitación espacial.

La presente investigación se desarrolló en toda la extensión territorial de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo, provincia de Manabí; República del Ecuador.

1.5.2 Delimitación Temporal.

La presente investigación se desarrolló en el periodo marzo-julio de 2015.

1.6. Justificación.

Examinando nuevamente en las informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Cubana de Estomatología, su versión digital, un artículo de Lemus y colaboradores³ (2009) se puede citar que:

Las lesiones de la mucosa bucal crean un problema sustancial de salud. Existen incomparables factores de riesgo que contribuyen a su aparición, como por ejemplo, las características de las prótesis dentales. Las prótesis mal confeccionadas, o impropriadamente conservadas por parte de los pacientes, sin que estas sean cambiadas periódicamente, han favorecido a la presencia de lesiones en los tejidos bucales. (p. 1).

³Lemus, L., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, L., Saez, R. (2009). Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado [18, julio, 2014].

Disponible en :

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100003&script=sci_arttext

Indagando en la obra de Telles⁴ (2011) se puede conocer que:

El uso de prótesis dental puede llevar a alteraciones en los tejidos de soporte y en los demás tejidos que las rodean. Como tales patologías son comunes y pueden traer dificultades para la ejecución de nuevas prótesis, se necesita comprender sus mecanismos de formación para devolver la situación de normalidad a los tejidos afectados, cuando sea posible y trazar un planeamiento que supere tales dificultades, previniendo la evolución de los procesos. (p.22).

Indagando en varias páginas de internet pude conocer que en la República del Ecuador hasta la fecha no se han publicado investigaciones sobre las patologías bucales más frecuentes en pacientes portadores de prótesis bucales.

La importancia de este estudio se basó principalmente en determinar cuáles son las patologías bucales más frecuentes con el uso de prótesis dentales en la población de la parroquia Crucita. De la misma forma se obtuvo beneficios como brindar a la comunidad de la parroquia Crucita la oportunidad de conocer cuáles son las causas y modificar actitudes sobre el uso de las prótesis bucales. Sin embargo no existen estudios ni programas de prevención en la provincia de Manabí relacionados con el tema. Por lo tanto se buscó aportar al bienestar de la sociedad ayudando en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías bucales y evitar su aparición.

Al realizar esta investigación se identificó qué pacientes presentan patologías bucales por el uso de prótesis dental y de esta manera se planteó datos que ayuden a nuevos estudios en la provincia. La cual fue factible porque se realizó con los recursos que encontré en la parroquia Crucita del cantón Portoviejo que en este caso fueron los pacientes que me ayudaron en la investigación.

⁴Telles, D. (2011). Prótesis total, convencional y sobre implantes. República Federativa de Brasil: Livratia Santos Editora.

Durante mi tiempo de estudio y práctica en la universidad pude conocer que existe un alto índice de usos de prótesis dentales, además en mi periodo de internado observé que dentro de la comunidad existen personas que son portadores de prótesis dentales, las cuales en su mayoría se encuentran en mal estado.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo general.

Caracterizar las patologías bucales en pacientes portadores de prótesis dental de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

1.7.2 Objetivos específicos.

Identificar la patología bucal de mayor prevalencia.

Evaluar la higiene de la prótesis dental.

Evaluar la adaptación de la prótesis dental.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Conceptual.

2.1 Prótesis dentales.

En investigación realizada en el sitio web de la Revista Finlay, su versión digital, se consultó un artículo de García y colaboradores⁵ (2012) y se puede exponer que:

Aunque la senectud⁶ no es sinónimo de enfermedad, las características de la cavidad bucal, en específico, pueden variar de manera substancial cuando los individuos envejecen. Es bien conocido que las personas con más de 60 años producto del paso del tiempo, de factores relativos al estado nutricional, enfermedades sistémicas, uso de medicamentos y de aspectos relacionados con los procesos fisiológicos de modificación y adaptación de las estructuras bucales, sufren cambios en la cavidad oral que incrementan la posibilidad de deterioro. En ese sentido, varias investigaciones han demostrado que las prótesis, sobre todo cuando son viejas, desajustadas, incorrectamente confeccionadas o están en mal estado, producen daños que junto a inadecuados estilos de vida, contribuyen aún más al deficiente estado de la cavidad bucal y afectan, en todos los aspectos la salud de las personas, principalmente la de los ancianos.(p.2).

Indagando en la información disponible en el sitio web de la Revista Kiru, su versión digital, un artículo de Del Pilar, Luna⁷ (2010) se puede conocer que:

La reposición de los dientes perdidos con aparatos protésicos permite el restablecimiento de la función del sistema estomatognático proporcionándole una estabilidad mandibular y de ese modo que el resto de las estructuras

⁵García, B., Capote, M., Morales, T. (2012). Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. Revista Finlay. [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2015].

Disponible en:

<http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/99>

⁶Senectud, esto quiere decir último periodo natural de la vida humana, vejez.

⁷ Del Pilar, C., Luna, B. (2010) Estado de conservación de la prótesis y presencia de lesiones en mucosas en pacientes portadores de prótesis parcial removible. Revista Kiru. [En línea]. Consultado: [30, agosto, 2014].

Disponible en:

<http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/kiru/v7n1/a03v7n1.pdf>

dentarias no sufran deterioros. Las prótesis parciales removibles se sujetan a algunos dientes naturales mediante dispositivos no rígidos (retenedores), y a veces también descansan sobre la cresta ósea, por estas razones, al morder sobre ellos se producen ciertos movimientos que hacen que la masticación no sea tan eficiente como con los dientes naturales. Con el tiempo, el hueso sobre el que estos se apoyan cambian de forma por lo que dichos aparatos se desadaptan y pueden generar lesiones en las mucosas. (p. 9).

En investigación realizada en el sitio web del Archivo Medico de Camagüey, su versión digital, se consultó un artículo de Mulet y colaboradores⁸ (2006) y se puede transcribir que:

La prótesis al actuar mecánicamente sobre los tejidos, da lugar a cambios de diversas índoles que están en relación con la capacidad reaccional de los tejidos y la forma de agresión que ejerza la prótesis. Esos cambios son muy variados por presentarse desde simples modificaciones fisiológicas de adaptación hasta profundas alteraciones patológicas. (p.2).

Observando en la información disponible en el sitio web de la Revista Cubana de Estomatología, su versión digital, se consultó un artículo de Cornejo y colaboradores⁹ (2007) se puede citar que:

La cavidad bucal es asiento de una amplia diversidad de entidades que involucran variaciones anatómicas y estados patológicos; continuamente se encuentra sujeta a modificaciones debido a diferentes factores irritantes que actúan sobre la mucosa; así mismo, conforme aumenta la edad también se modifican los tejidos influyendo en el estado de salud-enfermedad, lo cual conlleva a que las manifestaciones locales y sistémicas sean distintas entre las etapas de la vida y que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos sean diferentes entre una población y otra. (párr. 1).

⁸Mulet, M., Hidalgo, S., Díaz, S. (2006). Salud bucal en pacientes portadores de prótesis. Etapa diagnóstica. Archivo Medico de Camagüey. [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2015].

Disponible en:

<http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2794/1134>

⁹Cornejo, A., Leyva, E., Ponce, S., Barrios, E., Quezada, D., Borges, A., Aguirre, A. (2007) Distribución de condiciones y lesiones de la mucosa bucal en pacientes adultos mexicanos. Revista Cubana de Estomatología. [En línea] Consultado: [18, julio, 2014].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000100001&script=sci_arttext

Examinado informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Cubana de Estomatología, su versión digital, un artículo de Lemus y colaboradores¹⁰ (2009) se puede citar que:

En la boca la ubicación de cualquier tipo de prótesis dental, induce necesarios cambios en la cavidad bucal, dependiendo de las características de estas (principios biomecánicos) y del modo y la capacidad de reaccionar de cada organismo que obligan a los tejidos a renovarse para adaptarse a nuevas situaciones. Se ha observado en estudios histoquímicos e histopatológicos, en los que se detectó que la prótesis dental durante los 3 primeros años, provoca a la mucosa y esta reacciona con una hiperqueratinización y aumento de la actividad enzimática de la mucosa. En las últimas décadas el estudio de las lesiones de la mucosa bucal y el envejecimiento han tenido un interés especial, dado por la calidad y larga vida de la misma. La población adulta de edad avanzada es la más propensa a lesiones bucales, más del 95% de las lesiones se presentan en personas mayores de 40 años, con un intermedio de edad al establecer el diagnóstico de 60 años. (p. 2).

Consultando informaciones disponibles en el sitio web de Archivo Medico de Camagüey, su versión digital, un artículo de Díaz y colaboradores¹¹ (2005) se puede transcribir que:

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su asamblea general de 1999, emitió una declaración donde exhorta a la sociedad internacional a facilitar la colaboración entre sectores y naciones para enfrentar uno de los retos más importantes de las sociedades modernas, el envejecimiento poblacional, enfocar a la tercera edad como una cuestión de desarrollo y crear una sociedad para todas las edades. Es por ello que realizamos esta investigación en nuestro medio con el objetivo de determinar las alteraciones clínicas bucales en pacientes geriátricos portadores de prótesis parciales

¹⁰Lemus, L., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, L., Saez, R. (2009). Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [18, julio, 2014].

Disponible en :

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100003&script=sci_arttext

¹¹Díaz, M., Hidalgo, S., Rodríguez, M., Lorenzo, G., Díaz, S. (2005). Alteraciones bucales en pacientes geriátricos rehabilitados con prótesis parcial. Archivo Medico de Camagüey. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015].

Disponible en:

<http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2939/1231>

pertenecientes a dos áreas de salud. (p.4).

Analizando información disponible en el sitio web de La Organización Mundial de la Salud¹² (2014) se puede conocer que: “Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o explosión de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”. (párr. 1).

Analizando nuevamente en la información disponible en el sitio web de la Revista Kiru, su versión digital, se consultó un artículo de Del Pilar, Luna¹³ (2010) y se puede exponer que:

El desajuste protésico produce irritación mecánica de la mucosa de soporte y desencadena un proceso inflamatorio crónico que puede terminar con la formación de tejido fibroso hiperplásico. Entre los factores que se relacionan con la aparición de lesiones en las mucosas tenemos la edad, trauma, medicamentos, enfermedades sistémicas y falta de limpieza de las prótesis dentales removibles, que pueden desarrollar condiciones para la aparición de estas. (pp. 9 y 10).

Investigando en la información disponible en el sitio web de la Revista Odontológica de los Andes, su versión digital, un artículo de Belandría, Perdomo¹⁴ (2007) se puede citar que: “Es necesario conocer la información previa que los

¹²Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Factores de Riesgo.[En línea].Consultado: [10, enero, 2014].

Disponible en:

http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.

¹³ Del Pilar, C., Luna, B. (2010). Estado de conservación de la prótesis y presencia de lesiones en mucosas en pacientes portadores de prótesis parcial removible. Revista Kiru. [En línea].Consultado: [30, agosto, 2014].

Disponible en:

<http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/kiru/v7n1/a03v7n1.pdf>

¹⁴Belandría, A., Perdomo, B. (2007) Uso, cuidados y estado de prótesis removibles en una población rural. Revista odontológica de los Andes. [En línea]. Consultado: [31, agosto, 2014].

Disponible en:

http://ecotropicos.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/rev_odontologica/vol2num2/articulo1.pdf

pacientes edéntulos tienen sobre el uso y cuidado de las prótesis y cuanto de esta información ponen en práctica. De igual manera es importante conocer el estado de las prótesis". (p. 2).

En investigación realizada en el sitio web de la Revista Odontológica de los Andes, su versión digital, se consultó un artículo Rodríguez y colaboradores¹⁵ (2007), se pudo conocer que:

En nuestro medio rural es común observar que las dentaduras totales son realizadas por sujetos que no son profesionales de la Odontología, desconocedores de los principios biológicos y funcionales de la cavidad bucal y, por lo tanto, no consideran el adecuado manejo de las condiciones del funcionalismo protésico. (p. 2).

Analizando en la información disponible en el sitio web de la Revista del Correo Científico Médico, su versión digital, un artículo de Gutiérrez y colaboradores¹⁶ (2013) se puede citar que:

Si a estos factores se les agregue que la mayoría de personas tienen una deficiente higiene bucal con acumulo de placa bacteriana y presentan Cándida Albicans, alergias, irritaciones y los traumas, irritaciones y problemas inmunológicos o sistémicos, el uso de prótesis por más de 10 años y las 24 h del día configura un cuadro que ayuda la presencia de lesiones inflamatorias, ulcerativas e hiperplásicas de la mucosa bucal. (p. 3).

¹⁵Rodríguez, V., Arellano, L., Zambrano, R., Roldan M. (2007) Lesiones de los tejidos blandos de soporte en pacientes portadores de dentaduras totales. Revista odontológica de los Andes. [En línea]. Consultado: [31, agosto, 2014].

Disponible en:

<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24831/1/articulo5.pdf>

¹⁶Gutiérrez, M., Sánchez, Y., Castillo, Y. (2013). Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. Correo Científico Médico. [En línea] Consultado: [30, agosto, 2014].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000400005&script=sci_arttext

Analizando la información disponible en el sitio web de la Acta Odontológica Venezolana, su versión digital, un artículo de Mata y Perrone¹⁷(2000) se puede citar que:

Cándida albicans es un eumiceto¹⁸ ubicado en el grupo de los hongos imperfectos, este microorganismo se encuentra prácticamente en condición facultativamente patógeno, desde un estado saprofitismo simple, pasando por el comensalismo hasta la situación de patógeno. Se considera que Cándida albicans es un miembro frecuente de la microflora bucal, aislándose entre el 30 al 50% de la población. Esto ha determinado una profundización en los estudios sobre este hongo, incluyendo aspectos bioquímicos, microbiológicos, inmunológicos y otros factores de orden local como serían las prótesis odontológicas. (párr. 2-3).

Investigando en información disponible en el sitio web de la Revista de Ciencia Medicas, su versión digital, se consultó un artículo de Gutiérrez¹⁹ (2014) se puede exponer que:

Las urgencias estomatológicas son situaciones de carácter agudo causadas por procesos odontológicos o aparatológicos, en el caso de este estudio el dolor conceptualmente es el estímulo desagradable que desencadena la reacción de los receptores nociceptivos del paciente ya sean por causa local, mecánica, de origen infeccioso y otras causas diversas cuya respuesta es el dolor que normalmente no precisan hospitalización y que de no ser tratados y no tomar las medidas rápidas pertinentes presentarían un desenlace fatal para el diente, mucosa o el paciente. No resulta infrecuente que acudan ancianos a consulta sin rehabilitación protésica y cuando se examinan y se les interroga se encuentra que hace años se realizaron sus aparatos y por uso indebido o molestia al usarlos no se han puesto de nuevo; también otros que usan sus aparatos con una higiene deficiente y no descansan de ella o que acompañados por sus familiares se quejan de lesiones

¹⁷ Mata, M., Perrone, M. (2000) La prótesis odontológica en la ecología del Cándida albicans en cavidad bucal. Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [9,septiembre, 2014]
Disponible en:

http://www.actaodontologica.com/ediciones/2001/3/protesis_odontologica_ecologia_candida_albicans.asp

¹⁸Eumiceto, durante mi tiempo de estudio puede conocer que esto significa hongos.

¹⁹ Gutiérrez, B. (2014) Intervención educativa sobre actitud ante el dolor en pacientes geriátricos en prótesis. Revista de ciencias médicas. Volumen18 – Número 2. [En línea]. Consultado: [31, agosto, 2014].

Disponible en :

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S156131942014000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

ulcerosas en diferentes áreas de la cavidad bucal y en ocasiones no pueden comer, que muchas veces constituyen episodios de irritabilidad de mayor o menor duración e intensidad; o que son enviados desde el consultorio médico para su evaluación. (p. 3).

Analizando la obra de Ozawa²⁰ (1995) se pudo conocer que:

Una prótesis total o dentadura completa se integra de dos elementos esenciales; la base protética y los dientes artificiales. La caracterización de la encía artificial, y en su caso el rebase, pueden considerarse como parte de la base. Reconocemos en este conjunto tres superficies constitutivas definidas; cada superficie desarrolla una actividad específica en la adaptación, estabilidad y función de la dentadura. (p. 29).

Considerando la información disponible en el sitio web de la Revista Cubana de Estomatología, su versión digital, se consultó un artículo de Corona y colaboradores²¹ (2007) se puede saber que:

En la instalación de prótesis totales debe revisarse cuidadosamente su superficie interna, aquella que se relacionara directamente con la mucosa bucal, puesto que la superficie externa de la prótesis se encuentra, por lo regular, muy bien pulida. Cualquier alteración existente (presentar bolitas, rebordes afilados, pestañas y otros defectos) puede ser corregida de inmediato con ayuda de fresas grandes o de piedras para acrílicos. (p.3).

Consultando la obra de Llana²² (1988) se puede citar que: “La dentadura completa contribuye a que el paciente desdentado conserve o recupere su salud general, manteniendo el sistema estomatognático en condiciones de normalidad.” (p. 1).

²⁰Ozawa, J. (1995). *Prostodoncia Total*. Estados Unidos Mexicanos. Universidad Nacional Autónoma de México.

²¹ Corona, H., Rey, B., Arias, Z., Nuñez, L. (2007). *Manual instructivo de instalación y control de prótesis totales*. Revista cubana de estomatología. [En línea]. Consultado: [22, enero, 2015]. Disponible en :

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400013&script=sci_arttext

²²Llana, J. (1988). *Prótesis Completa*. Reino de España: Labor

Analizando la obra de Mallat y Keogh²³ (1998) se puede citar que: “La prótesis parcial removible (PPR) puede estar soportada sobre pilares anteriores y posteriores, una prótesis dentosoportada, o solo pilares anteriores –en cuyo caso se trata de una prótesis dentomucosoportada-, o prótesis a extremó libre” (p. 3).

Consultando en la información disponible en el sitio web de la Revista RCOE, su versión digital, un artículo de Hernández y colaboradores²⁴ (2006) se puede citar que:

En odontología se habla de prótesis parcial cuando hay dientes pilares. En esta se puede diferenciar la prótesis parcial removible y la prótesis parcial fija. Por falta de dientes en boca se recurre a la prótesis total: parte de la función de masticación es restablecida al paciente con estas prótesis obteniendo con ellas una estética aceptable y una sujeción que está relacionada especialmente con la técnica empleada, pero también con la forma y tamaño de reborde residual del paciente. (p.3).

Analizando la obra de Bortolotti²⁵ (2008) se puede conocer que:

La prótesis con esqueleto metálicos está viviendo en las últimas décadas un gran desarrollo, debido a que siempre es mayor el número de individuos que la usan. La prótesis esquelética, que se configura como una prótesis simple, económica pero al mismo tiempo capaz de sustituir eficazmente los elementos faltantes, resulta por eso accesible a una franja ancha de población, que cuenta como ingreso limitado y no puede emprender tratamientos con implantes. La proyección y ejecución correcta de la prótesis parcial es entonces de gran importancia en cuanto el diseño no adecuado de los conectores y el cargo equivocado de los espacios edéntulos pueden comprometer la salud bucal del paciente en vez de resolver los problemas. (p. 197).

²³ Mallat, E., Keogh, T. (1998). Prótesis parcial removible. Reino de España: Harcourt Breace.

²⁴ Hernández, R., Calderón, R., Fernández, J., Cueto, A. (2006). Escala para medir la calidad de vida en desdentados totales rehabilitados con prótesis completa mucosopotada. RCOE. [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2015].

Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000200003

²⁵ Bortolotti, L. (2008). Prótesis removibles clásicas e innovaciones. República Italiana: Masson S.p.A.

Investigando información disponible en el sitio web de la Revista Archivo Medico de Camagüey, se consultó un artículo de Castañeda y colaboradores²⁶ (2010) y se puede citar que:

Es común que los pacientes que usan prótesis parciales removibles metálicas acudan al servicio de urgencias de prótesis por presentar dolores dentales, caries, retenedores fracturados, entre otros problemas. Estas afecciones son causadas frecuentemente por dificultades en el cuidado, uso e higiene, de la prótesis. Todas estas alteraciones pueden provocar pérdidas dentarias (con frecuencia en los pilares), inestabilidad del aparato, problemas psicológicos, sociales, físicos y funcionales que conducen a la reparación de la prótesis o la confección de un nuevo aparato, con el consiguiente gasto económico y de horas de labor profesional y técnica. La meta de diversos profesionales de la salud ha sido y será evitar la aparición de patologías por eso la prevención juega un papel preponderante. (p.3).

Estudiando la obra de Rahn y colaboradores²⁷ (2009) se puede transcribir que:

Algunos pacientes portadores de prótesis completa no retiran ni limpian sus prótesis por períodos prolongados y, por consiguiente, pueden tener tejidos sumamente irritados y traumatizados. Estos pacientes son mucho más propensos a la proliferación de hongos y la colonización de las prótesis y la consiguiente hiperplasia papilar inflamatoria especialmente en el paladar. Las zonas agrandadas de tejido adyacente a los bordes protésicos, denominados épulis fisurado suelen ser bastante dolorosas y están causadas por los flancos protésicos excesivamente largos. (pp. 51 y 52).

Examinando la obra de Sapp y colaboradores²⁸ se pudo transcribir que:

Algunas prótesis maxilares flojas y mal ajustadas desencadenan una respuesta hiperplásica del tejido de la bóveda palatina. Esta respuesta es aún más intensa si la prótesis se ha realizado con la técnica denominada descarga de alivio palatino, que ejerce una presión negativa sobre el paladar. El tejido

²⁶Castañeda, L., Díaz, S., Pérez, R. (2010). Estrategia educativa como instrumento preventivo de urgencias en pacientes rehabilitados con prótesis parcial removible metálica. Revista archivo medico de Camagüey. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015].

Disponible en :

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000200010&script=sci_arttext&lng=pt

²⁷Rahn, A., Ivanhoe, J., Plummer, K. (2009). Prótesis Dental Completa. República de Argentina: Panamericana. 6ta Edición.

²⁸Sapp, J., Eversole, L., Wysocki, G. (2012). Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Reino de España: Elsevier Imprint.

palatino responde produciendo numerosas y pequeñas áreas de hiperplasia fibrosa focal eritematosa cuya superficie recuerda a la de un papiloma. (p. 294).

2.2. Patologías bucales.

Observando la información disponible en el sitio web de la Revista Cubana de Estomatología, su versión digital, el artículo de Lemus y colaboradores²⁹ (2009) se puede citar que:

La calidad de la prótesis tiene un gran interés en la aparición de las lesiones bucales, para la comprensión de la etiología de estas enfermedades y recomendación de estrategias protectoras, por lo que extienden estudios epidemiológicos que intentan expresar las incógnitas que aún persisten. Las prótesis estomatológicas actúan como factor traumático local, que de forma conservada tiene contacto con los tejidos, que se muestran ciertos cambios fisiológicos marcados por los años, otros sobreañadidos por padecimientos crónicos del individuo, suman factores de carácter local que se potencian unos con otros. Las lesiones bucales no están directamente aumentadas en los pacientes portadores de prótesis estomatológicas, deben seguirse muy de cerca por su carácter irritativo crónico, pero desde el punto de vista preventivo. El grado de satisfacción del portador de prótesis dentales no será igual si aparecen molestias en la mucosa bucal, porque estas podrán ocasionar desagrados e inadaptación con la aparatología que incluso podrán llevarlo a retirársela, lo cual sería un fracaso para el tratamiento rehabilitador. Pese a las fallas que pueda tener la prótesis, los pacientes continúan usándolas, pero no lo harán cómodamente y no estarán satisfechos con los resultados del tratamiento. Con la vigilancia, detección y observación de las causas de inseguridad que pueden influir en la aparición de estas lesiones, se dará un carácter preventivo en la atención brindada. (p.3).

²⁹Lemus, L., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, L., Sáez, R. (2009). Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100003&script=sci_arttext

Consultando en la información disponible del sitio web del Correo Científico Médico, un artículo de Gutiérrez y colaboradores³⁰ (2013) se puede exponer que:

Las lesiones que se determinaron fueron las siguientes:

Úlcera traumática: Solución de continuidad de la mucosa oral con pérdida de tejido, de bordes planos e irregulares, rojizos, blandos y muy dolorosos.

Épulis fisurado: Bandeleta fibrosa ubicada en fondo de surcos vestibulares y linguales en relación con el borde de la prótesis, mas ate tejido hiperplásico, blanda, móvil, de tamaño variable, en ocasiones ulcerado.

Estomatitis subprótesis: Estado inflamatorio de la mucosa bucal en relación con la base protésica que se caracteriza por hiperemia de la mucosa del paladar y rebordes alveolares que pueden ir de puntos eritematosos, áreas hiperemicas hasta inflamación papilar.

Otras lesiones caracterizadas en general por cambios de color, textura y volumen de la mucosa oral, tales como: queratosis (manchas blancas de contorno suave y límites precisos), leucoplasia (placa blanquecina bien delimitada que constituye la expresión más severa del trastorno de queratización de la mucosa), nevó (mancha oscura de límites precisos) y el fibroma (crecimiento submucoso de superficie suave normo coloreado o ligeramente más pálido y firme). (p. 4).

En investigación realizada en la Revista Cubana de Estomatología, en su versión digital, un artículo de Carreira y Almagro³¹ (2000) se puede citar que: “La estomatitis subprótesis denominada inflamación subplaca, hiperplasia papilar, ha sido caracterizada y tratada por varios autores, que han caracterizado a esta lesión como una inflamación congestiva en algunos puntos de la mucosa palatina”. (p. 2).

Analizando la obra de Reichart y Philipsen³² (1999) se pudo citar que:

Estomatitis por prótesis

Las lesiones inflamatorias de la mucosa debajo de prótesis completas superiores se conocen con diferentes nombres; *estomatitis por prótesis* es un término

³⁰Gutiérrez, M., Sánchez, Y., Castillo, Y. (2013). Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. Correo científico médico. [En línea]. Consultado: [30, agosto, 2014]. Disponible en :

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000400005&script=sci_arttext

³¹Carreira, V., Almagro, Z. (2000) La estomatitis subprótesis en pacientes desdentados totales. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [5, septiembre, 2014].

Disponible en :

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7507200000300001

³²Reichart, P., Philipsen, H. (1999). Atlas de Patología Oral. Reino de España: Masson

ampliamente aceptado. Se divide en tres tipos:

Tipo 1. Inflamación local con machas rojas aisladas.

Tipo 2. Inflamación generalizada con enrojecimiento difuso de áreas mayores de la mucosa que soporta la prótesis.

Tipo 3. Inflamación de larga duración con patrón pailar o nodular, normalmente en el centro del paladar. (p. 131).

Investigando información disponible en el sitio web de la Revista Cubana de Estomatología, su versión digital, se consultó un artículo de García y colaboradores³³(2003) se puede exponer que:

Entre las etiologías de la estomatitis subprótesis están: las causas traumáticas, tóxicas, reacciones de hipersensibilidad del monómero, enfermedades sistémicas, desequilibrios hormonales, trastornos nutricionales, estrés e irritaciones locales, y además hábitos propios del paciente en cuanto a la higiene y el uso continuo durante la noche de la prótesis. (párr. 3).

Observado nuevamente la información disponible en el sitio web de la Revista Cuba de Estomatología, se consultó un artículo de Carreira y Almagro³⁴ (2000) se puede transcribir que:

El tiempo de uso de la prótesis según otros autores, guarda relación con el trauma, ya que los tejidos se va perdiendo como producto del proceso de reabsorción propia del ajuste y la adaptación de la base. Estudios realizadas en relación con el retiro nocturno de la prótesis, permiten comprobar que evita la parafuncion nocturna, se disminuye el tiempo de exhibición a la posible proliferación de los microorganismos, disminuye la incidencia de lesiones inflamatorias sobre la mucosa, que pueden ocasionar degeneración de las glándulas palatinas y por consiguiente, disminuye la secreción de la saliva, la cual inicia o agrava más la estomatitis subprótesis. Hay autores que proyectan que el uso continuo de la prótesis y el trauma son la causa de esta afección. La higiene incorrecta contribuye a la proliferación de microorganismos como la

³³García, E., Martínez, A., Blanco, A., Rodríguez, L. (2003). La ozonoterapia en el tratamiento de la estomatitis subprótesis. Revista Cubana de estomatología. [En línea]. Consultado: [8, septiembre, 2014].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200004

³⁴Carreira, V., Almagro, Z. (2000). La estomatitis subprótesis en pacientes desdentados totales. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072000000300001

Cándida Albicans y a la hiperplasia papilar, que agrava más, la lesión. (p.2).

Observando información disponible en el sitio web de La Revista Prof. Dent.

Consulte un artículo de Barata y colaboradores³⁵ (2002) se pudo transcribir que:

Se admite, en general, la etiología multifactorial de la estomatitis protésica, pudiéndose englobar los factores etiopatogenicos en dos grandes grupos: factores irritativos e infecciosos. Dentro de los primeros, la causa más frecuente es el trauma producido por el uso continuado de la prótesis, principalmente debido a la irritación por el desajuste o desadaptación de la misma a la mucosa. Debemos tener en cuenta que al colocar una prótesis incluso en un paciente sano, se produce una serie de cambios histológicos de tipo inflamatorio en su mucosa, inicialmente debidos a los cambios del entorno bucal así como por significativos en pacientes con prótesis antiguas, mal adaptadas a la mucosa, por mal diseño, o con ajuste oclusal inadecuado. Por supuesto, no debemos olvidar en este grupo de factores irritativos las reacciones alérgicas a los propios componentes de la prótesis, sobre todo al monómero residual de las resinas, aunque la alergia como fenómeno de hipersensibilidad tipo IV (retardada) no es tan frecuente como cabría pensar. La prótesis también va a impedir el efecto de autoclisis o autolimpieza que ejerce la lengua y la saliva sobre la cavidad oral. El uso de la prótesis de forma continuada, da lugar a un mayor acumulo de placa bacteriana entre la base de la prótesis y la mucosa oral, debido al entorno ácido y anaeróbico que se produce al disminuir la circulación sanguínea por la presión ejercida por la prótesis. Este aumento de placa y de microorganismos provoca una mayor predisposición a la estomatitis. (p.2).

Continuado con la investigación realizada en el sitio web de la Revista Prof. Dent, un artículo de Barta y colaboradores³⁶ (2002) se pudo conocer que:

Otro grupo de factores de interés en el desarrollo de la estomatitis protésica, si bien con menos incidencia, son los factores sistémicos, entre los que se encuentran:

³⁵Barta, D., Durán, A., Carillo, S. (2002). Estomatitis Protésica. Aspectos Clínicos y tratamiento. Revista Prof. Dent. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015].

Disponible en:

<http://www.coem.org.es/sites/default/files/revista/profesion/vol5-n10/articulo.pdf>

³⁶Barta, D., Duran, A., Carillo, S. (2002). Estomatitis Protésica. Aspectos Clínicos y tratamiento. Revista Prof. Dent. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015].

Disponible en:

<http://www.coem.org.es/sites/default/files/revista/profesion/vol5-n10/articulo.pdf>

Alteraciones nutricionales: Las carencias nutricionales, como déficit de hierro o vitaminas están ligadas a alteraciones en el recambio celular, y reparación de epitelios, por lo que se deberá tener en cuenta sobre todo en pacientes ancianos, donde se produce con frecuencia desequilibrios nutricionales.

Dietas ricas en carbohidratos, favorecen al mecanismo de adhesión del factor patógeno de los hongos a la superficie de la mucosa oral, aumentando el riesgo de aparición de estomatitis. Esto mismo se produce con Diabetes Mellitus, donde el alto nivel de glucosa en saliva favorecería la adhesión de los hongos.

Enfermedades degenerativas o medicamentos que disminuyan la respuesta inmunológica, como Antibióticos de amplio espectro, o inmunosupresores que disminuyan la respuesta inflamatoria, como los corticoides, favorecen la colonización por hongos de la mucosa oral y facilitan el desarrollo de la estomatitis.

La disminución del nivel de saliva o la xerostomía, frecuente en ancianos, por la edad y por los múltiples medicamentos que toman, está relacionada con el desarrollo de estomatitis, en tanto que se pierde la capacidad antimicrobiana de la saliva, por su función de arrastre así como por su contenido en péptidos de primera línea de defensa inmunológica, como Ig A, lisozimas, histatinas o lactoferrinas.

Cabe destacar también, por la amplitud de su consumo, el tabaquismo como factor coadyuvante en el desarrollo de lesiones candidiasicas asociadas a estomatitis por prótesis. Aunque algunos autores no lo consideran un factor predisponente. (pp. 2-3).

Analizando nuevamente la obra de Reichart y Philipsen³⁷ (1999) se puede citar que:

Estomatitis protésica

La estomatitis o estomatopatía protésica es una Inflamación crónica que se presenta con frecuencia en portadores de prótesis (prevalencia 27-67% en pacientes no seleccionados). Newton (1962) diferencio tres tipos:

Tipo 1: eritema puntiforme.

Tipo 2: eritema difuso de una superficie.

Tipo 3: hiperplasia papilar en la zona de la base de la prótesis.

En la etiología tienen importancia la prótesis antigua y mal ajustada, la colonización de la prótesis con placa microbiana, en especial *Candida Albicans*, y, en ocasiones, los restos de monómeros. Dado que el estudio histológico la mucosa no presenta ninguna penetración de hifas de *Candida*, se admite que las proteasas extracelulares de *Candida Albicans* mantienen el proceso inflamatorio desde la base de la prótesis a distancia en la mucosa. (p.178).

Investigando nuevamente la obra de Reichart y Philipsen³⁸ (1999) se puede conocer que: “Úlceras por prótesis. La úlcera por prótesis es frecuente en portadores

³⁷Reichart, P., Philipsen, H. (1999). Atlas de Patología Oral. Reino de España: Masson

³⁸Reichart, P., Philipsen, H. (1999). Atlas de Patología Oral. Reino de España: Masson

de prótesis completas, en especial en la mandíbula. La ulceración es dolorosa y el tejido adyacente esta infiltrado por células inflamatorias”. (p.179).

Investigando información disponible en el sitio web de la Revista de Med. Clin, su versión digital, se consultó un artículo de Bascones y colaboradores³⁹ (2005) se puede transcribir que:

Las úlceras traumáticas son una de las lesiones más frecuentes en los tejidos blandos bucales. Se consideran traumáticas porque están producidas por una irritación mecánica, química, eléctrica o térmica, cuya principal característica es la presencia de una relación causa-efecto. Suelen cursar como episodios de corta duración, dolorosos y que pueden recurrir si el agente que los ocasiona no se elimina. (p. 1).

Consultando la obra de Langlals y colaboradores⁴⁰ (2011) se puede citar que:

Las úlceras traumáticas pueden ser causadas por sustancias químicas, calor o fuerzas mecánicas y se clasifican por lo general de acuerdo a la naturaleza exacta de la agresión. La presión de una base o reborde de una dentadura mal ajustada, o de la armazón de una dentadura parcial, es una fuente de úlcera de **decúbito o por presión**. (p. 172).

Analizando la información disponible en el sitio web de O.R.I.S Artículo Científico, su versión digital, se investigó un artículo de Jiménez y colaboradores⁴¹ (2006) se puede citar que: “Se caracterizan por ser poco profundas, fondo limpio, bien delimitadas, redondeadas, no induras a la palpación, bordes no evertidos y dolorosas

³⁹Bascones, A., Figuero, E., Esparza, G. (2005). Úlceras orales. MedClin.[En línea]. Consultado: [8, septiembre, 2014].

Disponible en:

http://www.researchgate.net/profile/Antonio_Bascones/publication/246616276_Ulceras_orales/links/54a8d2910cf256bf8bb7e60e.pdf

⁴⁰Langlals, R., Miller, C., Nield, J. (2011). Atlas a Color de Enfermedades Bucleas. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

⁴¹Jimenez, Y., Milian, M., Gavaldá, E., Gallud, M., Haya, C. (2006). Lesiones erosivas y úlceras de la mucosa oral. Medicina Oral. [En línea]. Consultado: [8, septiembre, 2014].

Disponible en:

<http://www.icoev.es/oris/57-1/lesiones.pdf>

desde el inicio”. (p. 2).

Analizando información disponible en el sitio web de Revista Médica Electrónica, se consultó un artículo de Nápoles y colaboradores⁴² (2015) se puede transcribir que:

La úlcera traumática, es una lesión muy frecuente en la práctica diaria en la consulta de odontología. Se produce como consecuencia de alguna mordedura, y por presencia de dientes con bordes cortantes; también por prótesis tanto fijas como removibles en mal estado, y en otras ocasiones por alimentos, cepillado dental. La observación de la relación entre lesión y causa que lo provoca apoyan el diagnóstico, que va a ser clínico. Solo en determinadas ocasiones se realiza biopsia, si pasado 15 días tras eliminar la causa no desaparece la ulceración.

Las lesiones producidas por prótesis antiguas como el surgimiento de la prótesis misma, ya que al principio los expertos en dicha materia no se interesaban en la forma integral de la mucosa bucal y de las relaciones de las mismas con el resto del organismo, solo se limitaban a la restauración mecanicista de las piezas perdidas. Ya a mediados del siglo XX comienza a analizarse de como los aparatos protésicos producen alteraciones patológicas. Se ha recalcado acerca de la importancia que tiene la confección de la aparatología de una forma considerada, exacta y de la necesidad de exámenes periódicos al paciente. (párr. 8-9).

Investigando la información disponible en el sitio web de Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Oral , su versión digital, se consultó un artículo de Tamarit y colaboradores⁴³ (2004) se puede citar que:

El término “épulis” fue empleado por primera vez por Virchoff en 1864 y deriva de las palabras griegas “epi” (sobre) y “oulon” (encía). Más tarde en 1887, Desir de Fortunet definió como épulis a todo tumor sólido localizado cerca del reborde alveolar, que no se acompaña de afectación ganglionar, sin tendencia a la ulceración y que no recidiva, generalmente, después de una

⁴²Nápoles, I., García, C., Nápoles, A. (2015). Comportamiento de las úlceras traumáticas provocadas por prótesis dental. Revista Médica Electrónica. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015].
Disponible en:

<http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ulceras-traumaticas-protesis-dental/>

⁴³Tamarit, M., Delgado, E., Bereni, L., Gay, C. (2004). Exéresis de las lesiones hiperplásicas de la cavidad bucal. Medicina oral S. L. [En línea]. Consultado: [9, septiembre, 2014].
Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472005000200009

ablación completa. (p.2.).

Analizando la obra de Santana⁴⁴ (2010) se pudo citar que:

EPULIS FISURDO

Se dice que el épulis fisurado (EF), es un *tumor fisurado hiperplasia inflamatoria fibrosa o por prótesis traumatógena*, es un desarrollo hiperplásico de la mucosa en el surco vestibular o en la encía, y que está en relación con el borde de una prótesis que le da una forma hendida o fisurado. (p.149).

Observando en la información disponible en el sitio web de Medisan, su versión digital, se investigó un artículo de Estrada y colaboradores⁴⁵ (2008) se puede conocer que:

Esta alteración (épulis fisurado), reconocida clínicamente como una masa alargada de tejido fibroso, suelto y sin características neoplásicas, es causada por el uso de prótesis desajustadas durante largo tiempo, que además de originar una reabsorción del hueso alveolar de soporte, constituye el signo más temprano y típico de esta lesión. Suele aparecer en el surco vestibular o la encía, tanto superior como inferior; su coloración, inicialmente rojiza, se torna más pálida a medida que su evolución se prolonga. (p. 1).

Examinando nuevamente la obra de Santana⁴⁶ (2010) se pudo citar que:

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El épulis fisurado es una patología bucal que da lugar a una masa de tejido bien definida de la mucosa normal, de acuerdo con su progreso puede tener aspecto vascularizado y tejido fibroso denso y. Microscópicamente está constituido por tejido fibroso hiperplásico, los recientes tienen una buena vascularización, con proliferación endotelial; y por el inverso, los de larga maniobra ponen abundantes fibroblastos, fibras colágenas y pocos vasos; la inflamación crónica de células redondas es más prominente cerca de la fisura y proliferación de las papilas en dicha masa, el epitelio que cubre la masa fibrosa puede presentar acantosis⁴⁷ el fondo de la zanja o fisura puede estar

⁴⁴Santana, J. (2010). Atlas de patología del complejo bucal. República de Cuba: Editorial ciencias médicas.

⁴⁵Estrada, G., Zayas, O., Márquez, M., González, E., Acosta, G. (2008). Tratamiento del épulis bucal fisurado con criocirugía. Medisan. [En línea]. Consultado: [9, septiembre, 2014].

Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_4_08/san05408.pdf

⁴⁶Santana, J. (2010). Atlas de patología del complejo bucal. República de Cuba: Editorial ciencias médicas.

⁴⁷Acantosis, significa lesión epidémica debida a un aumento de la multiplicación o hipertrofia de las

ligeramente hiperqueratósico. Pero se debe señalar que, pese a no ser considerada una lesión a traumatismos crónicos de larga duración, pero su mecanismo de desarrollo no está limitada a la relación con el borde de una dentadura, puede responder a diferentes factores irritativos y puede ser visto en varios sitios de la mucosa de la boca y. (pp. 149-150).

Consultando en la información disponible en el sitio web de la Revista ADM, su versión digital, un artículo de Freyre y colaboradores⁴⁸ (2001) se puede transcribir que: “La queratosis friccional es un aumento del espesor y de la consistencia de la capa superficial de la epidermis. Su etiología procede de factores traumáticos (prótesis mal ajustadas, hábitos de irritación crónicos, mordeduras, cepillado dental exagerado, etc.)”. (p. 2).

Consultando nuevamente la obra de Reichart y Philipsen⁴⁹ (1999) se pudo conocer que:

Queratosis por fricción

La queratosis por fricción se observa normalmente en maxilares dentados en la encía marginal y alveolar y a menudo se debe un cepillado excesivo. En ocasiones se diagnostica debajo de la prótesis, donde se limita por lo general al proceso alveolar y a su encía queratinizada. Debido a la prótesis, no actúan factores etiológicos como el tabaco y el alcohol. La imagen clínica no se diferencia de una Leucoplasia homogénea, de modo que están indicadas las biopsias y la observación a largo plazo. Esto es especialmente si existen otras leucoplasias en el resto de la cavidad oral, como por el ejemplo, en el suelo de la boca (van der Waal, 1997). (p.184).

células del cuerpo.

⁴⁸Freyre, J., Vivanco, B., Lozano, L., Martines, L., Lopez, M. (2001). Lesiones de tejidos blandos bucodentales en pacientes psiquiátricos hospitalizados. Revista ADM. [En línea]. Consultado: [10, septiembre, 2014].

Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2001/od013c.pdf>

⁴⁹Reichart, P., Philipsen, H. (1999). Atlas de Patología Oral. Reino de España: Masson

Investigando la información disponible en el sitio web de Gaceta Dental, se consultó un artículo de Nuño y colaboradores⁵⁰ (2009) se puede transcribir que:

La hiperqueratosis friccional, es producto de la prueba de una intransigencia protectora inducida por el trauma continuado. Cuando su origen es una prótesis removible se suele localizar en los rebordes alveolares. Es una lesión blanca que no se despega al raspado. No es un proceso malignizable y microscópicamente es indistinto de otras blancas como por ejemplo la leucoplasia. (párr.13).

Consultando información disponible en el sitio web de Avances de Odontostomatología, en su versión digital, un artículo de Escribano y colaboradores⁵¹ (2009) se pudo exponer que:

El término Leucoplasia fue utilizado por primera vez por E. Schwimmer a finales del siglo XIX, y procede de las palabras griegas “leuco” que significa blanco y “plakos” que significa placa. En 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) pretendió consensuar la terminología utilizada hasta el momento, y precisó su definición como una mancha blanca que no puede caracterizarse como otra entidad clínica y patológica. (p. 1).

Analizando información disponible en el sitio web de la Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU, MedlinePlus⁵² (2013) se pudo conocer que:

La leucoplasia, en la parte interna de la mejilla, en la boca y en la lengua son parches.
Causas

⁵⁰Nuño, J., Lopez, A., Somacarrera, M., Moreno, L., Rodriguez, M. (2009). Lesiones en l mucosa oral originadas por prótesis. Gaceta Dental. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015].

Disponible en:

<http://www.gacetadental.com/2009/02/lesiones-en-la-mucosa-oral-originadas-por-prtesis-31690/>

⁵¹ Escribano-Bermeo, M., Bascones-Martínez, A. (2009). Leucoplasia oral. Conceptos actuales. Avances en odontostomatología. [En línea]. Consultado: [10, septiembre, 2014].

Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n2/original3.pdf>

⁵²Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. (2013). Medline Plus. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015].

Disponible en:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001046.htm>

La Leucoplasia aflige a las membranas mucosas de la boca. El origen exacto se desconoce. Los médicos piensan que puede deberse a irritación como, por ejemplo:

Asperezas en los dientes.

Fumar u otros usos del tabaco (queratosis del fumador), especialmente pipas.

Mantener el tabaco de mascar por un período de tiempo prolongado.

Asperezas en las prótesis dentales, coronas y obturaciones.

El trastorno es más común en personas de edad avanzada. (párr. 1).

Consultando nuevamente la obra de Reichart y Philipsen⁵³ (1999) se pudo transcribir que:

Leucoplasia y carcinoma

La Leucoplasia y el carcinoma del paladar y los procesos alveolares desdentados son poco frecuentes. Las leucoplasias idiopáticas pueden afectar toda la cavidad oral, incluyendo los procesos alveolares desdentados. (p. 184).

Analizando nuevamente la obra de Santana⁵⁴ (2010) se pudo citar que:

FIBROMA (M-8810/0)

El *fibroma* es una neoplasia benigna del tejido conjuntivo fibroso, constituido por fibras colágenas y células del núcleo alargado y citoplasmas fusiforme; para algunos autores, en la boca se pueden presentar 2 tipos de fibromas: uno, que es una verdadera neoplasia, y otro, causado por factores irritativos que se llamaría *fibroma de irritación*; este último no lo consideramos una verdadera neoplasia, sino una hípérplasia del tejido fibroso, ya que regresa, teóricamente, al desaparecer el motive que lo origina; esto niega la esencia de una neoplasia por definición; insistimos en afirmar que es difícil determinar, en la mayoría de las ocasiones, cuando estamos en presencia de una neoplasia verdadera, aun con el análisis del aspecto histopatológico. (p. 176).

⁵³Reichart, P., Philipsen, H. (1999). Atlas de Patología Oral. Reino de España: Masson

⁵⁴Santana, J. (2010). Atlas de patología del complejo bucal. República de Cuba: Editorial ciencias médicas.

Consultando información disponible en el sitio web de Actas Odontológicas Venezolanas, un artículo de López y colaboradores⁵⁵ (2000) se puede exponer que:

El fibroma por irritación llamado hiperplasia fibrosa local, o cicatriz hiperplasia. Se origina como una reacción a traumatismos crónicos, como el mordisqueo de labios, carrillo o irritación por prótesis, es considerado el tumor o neoplasia benigna de tejido conjuntivo más común de la cavidad bucal que en muchos casos tienen que ver con dentaduras mal adaptadas que irritan el paladar o rebasados acrílicos defectuosos. Todos estos son considerados sus principales causas etiológicas induciendo un sobrecrecimiento patológico de los fibroblastos y del colágeno producido por ellos, lo que da lugar a una masa submucosa innegable al examen clínico. (párr. 3).

Investigando en información disponible en el sitio web de Acta Odontológica Venezolana, se consultó un artículo de Moret y colaboradores⁵⁶ (2012) se puede citar que:

Se pueden distinguir dos tipos clínicos por su aspecto característico: el fibroma traumático y la hiperplasia fibrosa inducida por prótesis. El primero es el típico nódulo firme, sésil o pediculado, asintomático, recubierto de mucosa normal, ulcerada en alguna ocasión. El segundo adquiere el típico aspecto de hojas de libro, como pliegues, en relación con los bordes de una dentadura mal ajustada, recubiertos de mucosa normal, asintomáticos, y en alguna ocasión ulcerado por el roce, lo que ocasiona dolor e inflamación. (párr. 6).

⁵⁵López, J., Villaroel, M., Lazarde, J., Rivera, H. (2000). Fibroma traumático. Revisión de la literatura y reporte de dos casos. Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015].
Disponible en:

http://www.actaodontologica.com/ediciones/2000/1/fibroma_traumatico.asp

⁵⁶Moret, Y., López, J., Cuberos, M., Camacho, A., Gonzales, J. (2012). Fibroma Traumático: Dos presentaciones clínicas una misma entidad. Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015].
Disponible en:

<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/4/art14.asp>

2.3. Higiene de la prótesis.

Analizando la obra de Mallat y Mallet⁵⁷ (2004) se puede transcribir que:

INSTRUCCIONES DE HIGIENE Y MANTENIMIENTO DE LA PROTESIS
Las normas generales de higiene dental obligan a instruir a los pacientes en la necesidad de realizar una correcta higiene oral y, por tanto, es imprescindible que un paciente portador de una prótesis sea consciente de la necesidad de una higiene bucal mucho más exigente cuando lleve una prótesis removible, de tal forma que no se debería construir ninguna de ellas sin antes haber conseguido que el paciente pueda mantener unos valores mínimos de placa bacteriana. De nada servirá diseñar una muy correcta prótesis si a los pocos meses se ve comprometido su futuro por culpa de la aparición de caries en las piezas que la soportan. La presencia en la cavidad oral de elementos extraños, como la prótesis, con el contacto mantenido de ciertos elementos como los ganchos, planos guías, elementos recíprocos, etc., con la superficie de los dientes, es un serio inconveniente para la integridad del esmalte. Además, estas áreas que entran en contacto con la prótesis e encuentran en muchas ocasiones en zonas de difícil acceso, como sucede con los planos guías situados en las caras distales o los elementos recíprocos en las caras linguales o palatinas. Así pues, lo primero será conseguir que el paciente presente una buena higiene oral y entienda la importancia que tiene mantener su boca libre de placa bacteriana. Para ello, se deben consultar manuales, folletos explicativos e invertir una parte de nuestro tiempo en su formación. (p. 312).

Investigando información disponible en el sitio web de la Revista Cubana de Estomatología, su versión digital, se consultó un artículo de Menéndez⁵⁸ (2003) se puede citar que:

La vida útil de una prótesis se verá seriamente reducida por la mala higiene bucal, esta originará caries en los dientes pilares y alteraciones de la mucosa oral en desdentados totales y los lugares de asiento de la prótesis. Una de las etapas más importantes en el cuidado de la prótesis vive en los propios hábitos de higiene oral de la persona. Este debe ejercer un esquema de limpieza que incluye tanto a la prótesis dentales como los dientes remanentes. Se necesitara algo superior en el cuidado tradicional de los dientes naturales, ya que la presencia de la prótesis no se reduce, por lo contradictorio, acrecienta el riesgo de formación de caries en los dientes que están en contacto. Se debe

⁵⁷Mallat, E., Mallat, E. (2004). Prótesis removible y sobre dentadura. Reino de España: Elsevier

⁵⁸Menéndez, L. (2003). La consejería de salud bucal y su utilidad para la especialidad de prótesis estomatológicas. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072003000200008&script=sci_arttext

responsabilizar al paciente con la higiene bucal adecuada y el cuidado de las dentaduras. Las personas deben recibir instrucciones personales por parte del odontólogo para la extracción de la placa, lo que debe cumplirse sobre una base de controles regulares. La prótesis deben ser cepilladas después de cada comida, enjuagarla no es suficiente, la lengua, el paladar, carrillos y tejidos bucales deben ser cepillados con un cepillo blando para ayudar a preservar el estado de buena salud. Se ha observado que muchas reacciones hiperplásicas de los tejidos bajo dentaduras ocurren en pacientes que usan de forma continua en el día y en la noche. La idea equivocada de algunos pacientes de “quitarse todos los dientes naturales, hacerse dentaduras completas y terminar con todo” no soluciona todos sus problemas dentales. Son ahora residentes del dentista, con la responsabilidad de practicar una correcta higiene bucal. Es bueno recomendarle al paciente que tenga periodos de descanso para evitar acciones duraderas y extendidas y ayudar a la reacción del organismo. Los pacientes se instruirán para que se saquen por lo menos por un periodo de 3 horas durante el día las dentaduras o durante la noche. Algunos pacientes sienten fatiga como resultado de tenerlas fuera de la boca toda la noche, mientras que para otros, rebosa en descanso. Una de los compromisos del equipo que trabaja en la educación del paciente es tomarse el trabajo de enseñar hábitos de higiene, cuidado y usos que deben de tenerse con las prótesis estomatológicas, y el autoexamen bucal buscando posibles lesiones producidas por la prótesis, aunque sea hasta certificar de que sus puntos de vista han sido comprendidos. Se ha observado que muchas reacciones hiperplásicas de los la mucosa bajo dentaduras ocurren en pacientes que usan de forma continua de día y de noche. (párr.2-5).

2. 4. Unidades de observación y análisis.

Pacientes de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

2. 5. Variables.

Patologías bucales.

Edad.

Sexo.

Tipo de prótesis.

Higiene de las prótesis dentales.

Adaptación de prótesis.

2. 5. 1. Matriz de Operacionalización de las variables.
(Ver anexo 1).

CAPÍTULO III

3. Marco Metodológico.

3. 1. Modalidad de la investigación.

Estudio epidemiológico.

3. 2. Tipo de investigación.

Estudio exploratorio descriptivo.

3. 3. Métodos.

Se realizó un estudio exploratorio en la parroquia Crucita del cantón Portoviejo, en el período marzo de 2015 a julio de 2015.

Para el estudio se utilizó una ficha de observación y recolección de datos (Anexo N°5) en la cual se describieron los datos personales de la población a encuestar, para la observación fue necesario realizar una exploración clínica de la cavidad bucal de cada paciente, con vista a identificar la presencia de patologías bucales, observar el estado en que se encuentre la prótesis dental. Además se valoró la higiene de la prótesis dental, teniendo en cuenta como buena higiene, cuando el portador de la prótesis dental higieniza la misma después de cada comida, también la zona edéntula y se la quita al acostarse, regular cuando higieniza su prótesis dental pero duerme con ella y mala higiene cuando no realiza limpieza a la prótesis dental y duerme con ella.

3. 4. Técnicas.

Se desarrolló una ficha de observación y recolección de datos que se aplicó al universo de estudio. Para el diagnóstico epidemiológico se realizó un examen bucal al universo de trabajo, identificando las patologías bucales, el tipo de prótesis que porten, las condiciones en las que se encuentren y la higiene de la misma.

3. 5. Instrumentos.

Dentro del instrumento contamos con una ficha de observación y recolección de información confeccionada al efecto, la cual incluyo factores sociodemográfico, las patologías bucales y causas relacionadas con las mismas. Antes de la aplicación del cuestionario, se realizó su validación de forma y contenido, por lo que fue integrado un grupo de expertos, constituido por profesores de la Universidad San Gregorio de Portoviejo con más de 5 años de experiencia en la docencia.

3.6. Población y muestra.

Población: Estuvo constituida por 101 pacientes distribuidos en la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

3.7. Recolección de la información.

Se recolecto la información de la ficha (planilla de observación y recolección de datos).

3. 8. Procesamiento de la información.

Esto se realizó en la aplicación de Microsoft office Excel 2010; este programa permitió procesar la información obtenida en las planillas, y mediante éstos crear una

base de datos, que dio la información estadística, la cual se representó mediante tablas y gráficos estadísticos. Se utilizaron las funciones de frecuencia y tablas.

3.9. Ética.

A todas las personas que intervinieron en este estudio se les consultó su participación, la que fue voluntaria. Para ello se les informó en qué consistía el trabajo que se realizó, así como, que la información que ellos previeron será anónima y con fines científicos. Como prueba de su participación voluntaria firmaron el documento de consentimiento de su participación (Anexo N° 4).

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de los Resultados.

Cuadro 1.

Género de pacientes.

Sexo de pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	31	30,7%
Femenino	70	69,3%
Total	101	100,0%

Nota: Ficha de observación aplicada a la población de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

Fuente: Ficha de observación realizada por autora de tesis. Anexos.

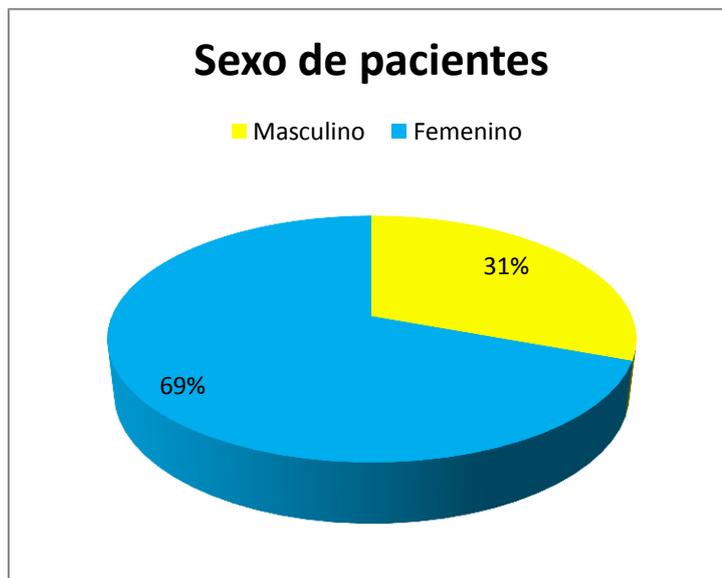


Gráfico No. 1. Género de pacientes.

Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 34.

Análisis.

La composición por género del grupo de personas estudiado se muestra en el gráfico 1. De acuerdo a estos resultados, el grupo del sexo femenino tuvo la mayor proporción, con 69,3% (70 casos) y sexo masculino 30,7% (31 casos), composición posiblemente sesgada por los horarios y días en que se desarrollaron las encuestas, así como las limitaciones del tipo de estudio realizado.

Cuadro 2.

Edad de encuestados.

Edades	Frecuencia	Porcentaje
20-44	11	10,9%
45-64	49	48,5%
65-74	27	26,7%
75 y mas	14	13,9%
Total	101	100,0%

Nota: Ficha de observación aplicada a la población de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

Fuente: Ficha de observación realizada por autora de tesis. Anexos.



Gráfico No. 2. Distribución por grupo de edades de los encuestados. Realizado por autora de tesis. Cap. IV, p. 36.

Análisis.

De acuerdo a la distribución por grupos de edades que se muestran en el gráfico 2, el grupo mayormente representado fue de 45 a 64 años, con un 48,5% (49 casos), siguiéndole el de 65 a 74 años, con 26,7 % (27 casos). Los grupos de edades de 20 a 44 años y 75 y más años mostraron las menores proporciones (10,9 %; 11 casos y 13,9%; 14 casos, respectivamente)

Cuadro 3.

Ocupación de encuestados.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	62	61,4%
Pescador	14	13,9%
Agricultor	15	14,9%
Obrero	7	6,9%
Sin trabajo	3	3,0%
Total	101	100,0%

Nota: Ficha de observación aplicada a la población de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

Fuente: Ficha de observación realizada por autora de tesis. Anexos.



Gráfico No. 3. Ocupaciones

Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 38.

Análisis.

La ocupación de los encuestados se muestra en el gráfico 3. De acuerdo a los resultados de su distribución se observa que la ocupación que muestra de mayor frecuencia fue la de ama de casa (62 casos, 61,4%), a la que le sigue los agricultores (15 casos, 14,9%) y los pecadores (14 casos, 13,9%). El resto de las ocupaciones mostraron valores mucho menores y en orden decreciente de representación se observaron a los obreros (7 casos, 6,9%) y personas sin trabajo (3 casos, 3,0%).

Cuadro 4.

Color de piel de encuestados.

Color de piel	Frecuencia	Porcentaje
Blanco	12	11,9%
Negro	5	5,0%
Mestizo	83	82,2%
Amarillo	1	1,0%
Total	101	100,0%

Nota: Ficha de observación aplicada a la población de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

Fuente: Ficha de observación realizada por autora de tesis. Anexos.

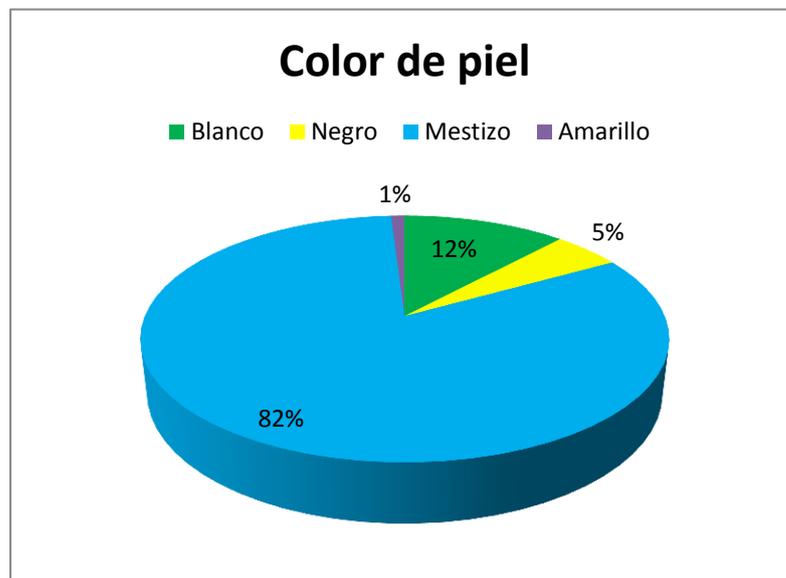


Gráfico No. 4. Color de piel.

Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 40.

Análisis.

El color de la piel de los encuestados se muestra en el gráfico 4. De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que el color de piel que se muestra con mayor frecuencia fue el color mestizo (83 casos, 82,2%), le sigue el color blanco (12 casos, 11,9%). El resto de los colores de piel se mostraron en valores mucho menores, se observó el color negro (5 casos, 5,0%) y el color amarillo (1 caso, 1,0%).

Cuadro 5.

Encuestados que presentan patologías bucales.

Presentan Patologías	Frecuencia	Porcentaje
Sí	94	93,1%
No	7	6,9%
Total	101	100,0%

Nota: Ficha de observación aplicada a la población de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

Fuente: Ficha de observación realizada por autora de tesis. Anexos.

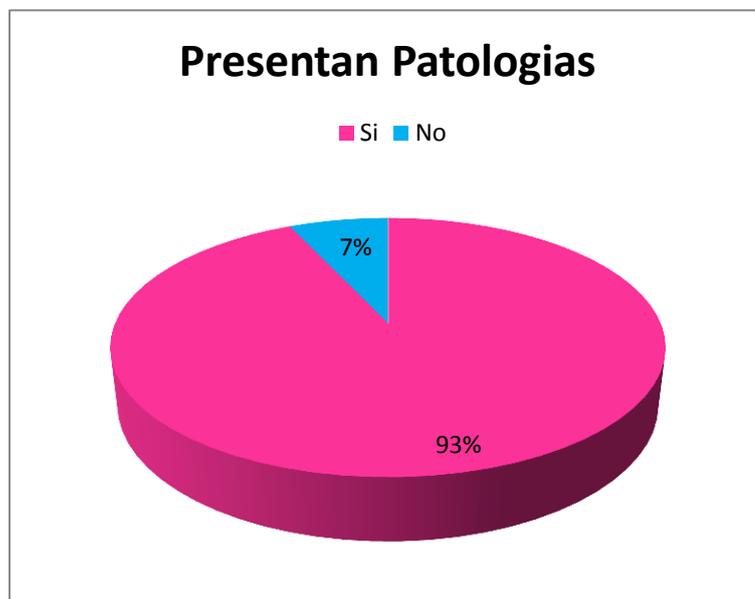


Gráfico No. 5. Presencia de patologías bucales.
Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 42.

Análisis.

El gráfico 5, nos muestra la presencia de alteraciones patológicas de la mucosa bucal. Encontramos que el 93,1% (94 casos) de pacientes encuestados presentan mayor frecuencia patologías bucales, mientras que el 6,9% (7 casos) no presentaron patologías bucales.

Rodríguez y colaboradores⁵⁹ (2014) comentan que:

Las prótesis mal confeccionadas o inadecuadamente conservadas que hayan perdido inevitablemente sus cualidades por continuar usándolas más allá de su tiempo de vida útil han contribuido a la aparición de lesiones en los tejidos bucales. Las lesiones bucales tienen una mayor incidencia en la población adulta de edad avanzada, con un promedio de edad de 60 años. (p.2).

⁵⁹Rodríguez, M; Portillo, A; Lama, E; Hernández, S. (2014). Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis en pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán. Revista ADM. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015].

Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od145d.pdf>

Cuadro 6.

Descripción de las lesiones.

Descripción de lesiones	Frecuencia	Porcentaje
Lesión blanca	12	11,0%
Lesión roja	71	65,1%
Lesión ulcerosa	8	7,3%
Crecimiento verrugoso	2	1,8%
Aumento de volumen de tejido	11	10,1%
Inflamación	5	4,6%
Total	109	100,0%

Nota: Ficha de observación aplicada a la población de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

Fuente: Ficha de observación realizada por autora de tesis. Anexos.

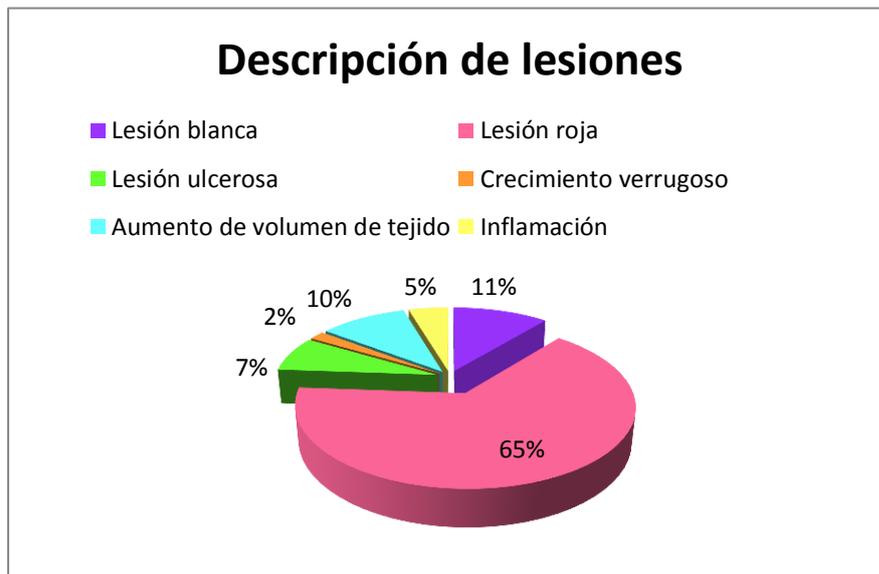


Gráfico No. 6. Descripción de lesiones.

Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 44.

Análisis.

De acuerdo a estos resultados se evidencia que la lesión con mayor frecuencia fue lesión roja (71 casos, 65,1%), siguiéndole la lesión blanca (12 casos, 11,0%). En valores menores resultaron aumento de volumen de tejido (11 casos, 10,1%), lesión ulcerosa (8 casos, 7,3%), inflamación (5 casos, 4,6%) y crecimiento verrugoso (2 casos, 1,8%).

Cuadro 7.

Presencia de dolor en encuestados

Presencia de dolor	Frecuencia	Porcentaje
Sí	19	18,8%
No	82	81,2%
Total	101	100,0%

Nota: Ficha de observación aplicada a la población de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

Fuente: Ficha de observación realizada por autora de tesis. Anexos.



Gráfico No. 7. Presencia de dolor.
Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 46.

Análisis.

Como se observa el grupo con mayor frecuencia de no tener dolor fue de 81,2% (82 casos), y los que presentaron dolor fue de 18,8 % (19 casos).

Cuadro 8.

Prevalencia de localización de las patologías bucales.

Localización de las patologías	Frecuencia	Porcentaje
Encía superior	9	8,3%
Encía inferior	16	14,7%
Paladar blando	7	6,4%
Paladar duro	74	67,9%
Mucosa carrillo	1	0,9%
Trígono retromolar	1	0,9%
Dorso de la lengua	0	0,0%
Lateral de la lengua	1	0,9%
Total	109	100,0%

Nota: Ficha de observación aplicada a la población de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

Fuente: Ficha de observación realizada por autora de tesis. Anexos.

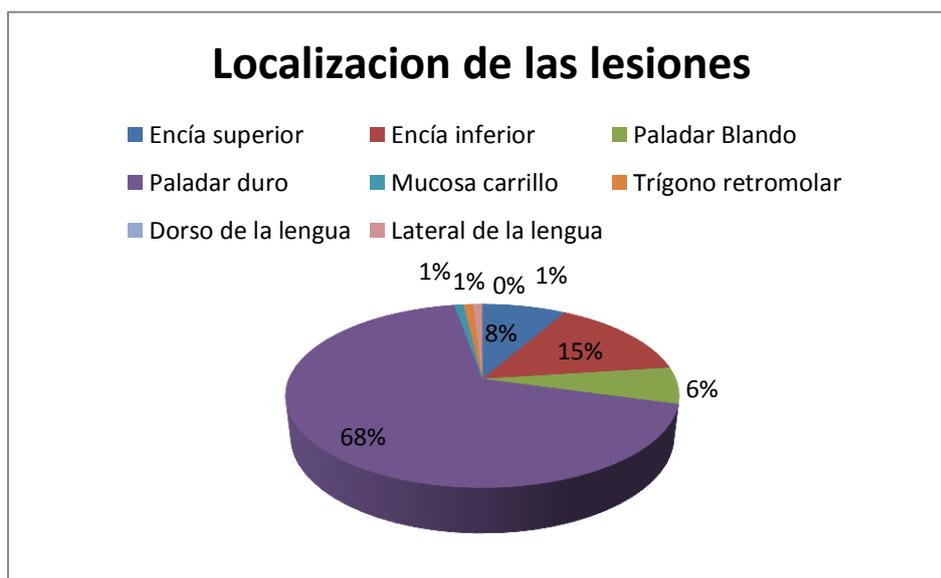


Gráfico No. 8. Localización de las lesiones.

Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 48.

Análisis.

Atendiendo a estos resultados, observamos que el lugar donde se localizan con mayor frecuencia las patologías bucales es en el paladar duro (74 casos, 67,9%), le sigue encía inferior (16 casos, 14,7%). En valores menores resultaron encía superior (9 casos, 8,3%), paladar blando (7 casos, 6,9%), mucosa de carrillo (1 caso, 0,9%) y lateral de la lengua (1 caso, 0,9%).

Analizando el artículo de González y colaboradores⁶⁰ (2010) podemos conocer que:

La localización anatómica encontrada con mayor afectación fue el paladar duro, la encía. Se evidencio con estos resultados la falta de calidad de las actividades de educación para la salud, ya que predominaron estilos de vida perjudiciales para la salud. (p.1).

⁶⁰Gonzales, R; Herrera, I; Osorio, M; Madrazo, D (2010).Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000100009&script=sci_arttext

Cuadro 9.

Prevalencia de patologías bucales en encuestados.

Patologías bucales	Frecuencia	Porcentaje
Estomatitis subprótesis	71	65,1%
Úlceras traumáticas	13	11,9%
Épulis fisurado	11	10,1%
Queratosis	12	11,0%
Leucoplasia	0	0,0%
Fibroma	2	1,8%
Total	109	100,0%

Nota: Ficha de observación aplicada a la población de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

Fuente: Ficha de observación realizada por autora de tesis. Anexos.

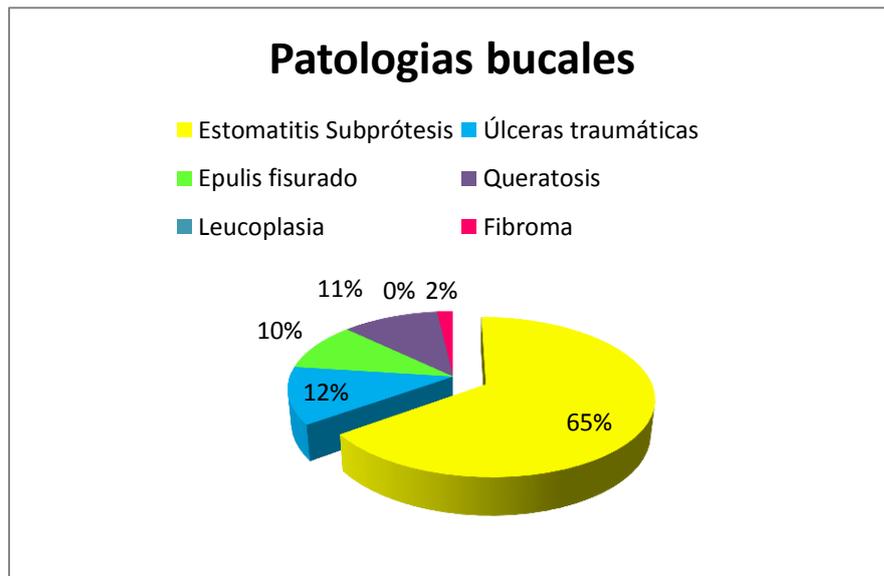


Gráfico No. 9. Prevalencia de patologías bucales.
Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 50.

Análisis.

De acuerdo al gráfico 6 nos demuestra que la patología bucal con mayor frecuencia es la estomatitis subprótesis (71 casos, 65,1%), le sigue úlceras traumáticas (13 casos, 11,9%). El resto de las patologías bucales se presentaron en valores muchos menores, se observó queratosis (12 casos, 11,0%), épulis fisurado (11 casos, 10,1%) y fibroma con (2 casos, 1,8%).

Analizando el artículo de Mulet y colaboradores⁶¹ (2006) conocemos que:

La mucosa bucal está sujeta a diversas reacciones en su entorno como resultado del uso de prótesis dentales, estas se pueden manifestar como úlceras traumáticas, estomatitis subprótesis, hiperplasia inflamatoria fibrosa o épulis, trastorno a la base de las dentaduras, por lo que se hace preciso intervenir los factores de riesgo en un intento por disminuir o prevenir las alteraciones bucales en las personas con adimentos protésicos. (p.2).

Consultando el artículo de Barata y colaboradores⁶² (2002) se pudo conocer que:

La estomatitis protésica es una patología que afecta a un gran número de los pacientes, y aunque la prevalencia según estudios entre un 25-65%, se considera que alrededor del 50% de los portadores de prótesis removibles pueden padecer la patología en algún momento. (p.1).

⁶¹Mulet, M., Hidalgo, S., Díaz, S. (2006). Salud bucal en pacientes portadores de prótesis. Etapa diagnóstica. Archivo Medico de Camagüey. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552006000500005&script=sci_arttext

⁶²Barta, D., Duran, A., Carillo, S. (2002). Estomatitis Protésica. Aspectos Clínicos y tratamiento. Revista Prof. Dent. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015].

Disponible en:

<http://www.coem.org.es/sites/default/files/revista/profesion/vol15-n10/articulo.pdf>

Cuadro 10.

Higiene de la prótesis.

Higiene de la prótesis	Frecuencia	Porcentaje
Buena	11	10,9%
Regular	40	39,6%
Mala	50	49,5%
Total	101	100,0%

Nota: Ficha de observación aplicada a la población de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

Fuente: Ficha de observación realizada por autora de tesis. Anexos.

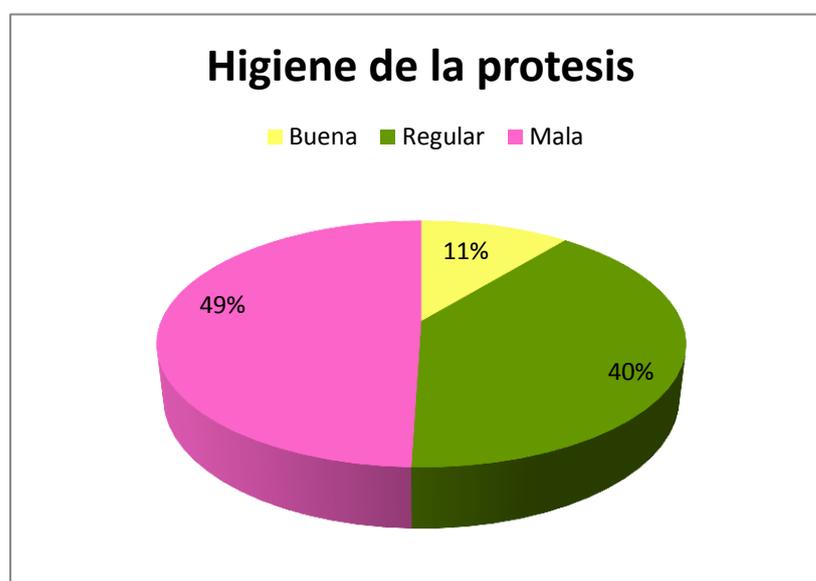


Gráfico No. 10. Higiene de la prótesis.

Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 52.

Análisis.

De acuerdo a los resultados mostrados anteriormente acerca de la higiene de la prótesis, nos muestra con mayor frecuencia la higiene mala (50 casos, 49,5%). Siguiéndole la higiene regular (40 casos, 39,6%) y la higiene buena (11 casos, 10,9%).

Analizando el artículo de Mulet y colaboradores⁶³ (2006) conocemos que:

La deficiente higiene de las prótesis favorece la formación de placa. Para la limpieza de las dentaduras una señal es fundamental; no es cuestión de limpiar a cada rato sino de limpiar bien. Sainar recomienda evitar el uso de cepillos muy rígidos y también el cepillado muy forzado, para reducir el desgaste. Se ha encontrado la derivada acumulación de placa y cálculo debido al abuso de sustancias utilizados por ellos mismos en el hogar sin tener conocimiento, por lo que un gran número de personas no saben cómo limpiar la dentadura de una forma correcta.

En cuanto al cepillado deficiente de los dientes remanentes, puede estar asociado con la poca educación que al respecto tiene la población portadora de prótesis. Con respecto a la insuficiente higiene de las prótesis las investigaciones realizadas coinciden con muchos estudios y es considerada como un factor substancial en la aparición de caries dental en los dientes pilares por la acumulación de placa alrededor de los retenedores, además se considera un irritante potencial de las mucosas, la presencia de esta en la base de la prótesis. En cuanto al cepillado deficiente de los dientes remanentes, puede estar asociado con la poca educación que al respecto tiene la población que nos ocupa. Resultados afines se ponen de visible en otras investigaciones realizadas. (p. 2-7).

Investigando el artículo de Lemus y colaboradores⁶⁴ (2009) podemos citar que:

Por otro parte, una incorrecta higiene de la prótesis y de la cavidad oral propicia a la acumulación y proliferación de microorganismos ocasionando el desequilibrio de la microflora bucal y puede permitir la acción de microorganismos oportunistas como la *Candida albicans*. (p. 3.)

⁶³Mulet, M., Hidalgo, S., Díaz, S. (2006). Salud bucal en pacientes portadores de prótesis. Etapa diagnóstica. Archivo Médico de Camagüey. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552006000500005&script=sci_arttext

⁶⁴Lemus, L., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, L., Saez, R. (2009). Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [15, Junio, 2015].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100003&script=sci_arttext

Cuadro 11.

Adaptación de prótesis.

Adaptación de prótesis	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	16	15,8%
Inadecuada	85	84,2%
Total	101	100,0%

Nota: Ficha de observación aplicada a la población de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

Fuente: Ficha de observación realizada por autora de tesis. Anexos.



Gráfico No. 11. Adaptación de prótesis.

Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p 54.

Análisis.

De acuerdo a los resultados obtenidos, podemos observar que la inadecuada adaptación se presentó con mayor frecuencia (85 casos, 84,2%). Y con menor frecuencia la adecuada adaptación (16 casos, 15, 8%).

Según Díaz y colaboradores⁶⁵ (2007) indican que:

El uso de prótesis dentales por extendidos ciclos de tiempo sin que sean cambiadas habitualmente (cada 5 años), puede generar inestabilidad y dolor durante la masticación debido a la desadaptación de dichas dentaduras, si a esto se le toma en cuenta su uso perenne durante todo el día, de desarrollaran lesiones dolorosas en los tejidos blandos y el paladar en contacto con el aparato protésico (estomatitis subprotesis, hiperplasia, etc.). (párr. 7).

Observando el artículo de Del Pilar y Luna⁶⁶ (2010) podemos conocer que:

La reposición de los dientes perdidos con aparatos pro-tésicos permiten el restablecimiento de la función del sistema estomatognático proporcionándole una estabilidad mandibular y de eso modo que el resto de las estructuras dentarias no sufran deterioros. Las prótesis parciales removibles se retienen a algunas dientes naturales mediante dispositivos no rígidos (retenedores), y a veces también descansan sobre la cresta ósea, por estas razones, al morder sobre estos se produce ciertos movimiento que hacen que la masticación no sea tan eficiente como con los dientes naturales. El hueso sobre el que estos se apoyan cambia de forma por lo que dichos aparatos de desadaptan y pueden generar lesiones en las mucosas. El desajuste protésico produce irritación mecánica de la mucosa de soporte y desencadena un proceso inflamatorio crónico que puede terminar con la formación de tejido fibroso hiperplásico. (p.1).

⁶⁵Díaz, Y., Martell, I., Zamora, J. (2007). Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Revista Cubana de Estomatología. [En línea] Consultado: [15, junio, 2015].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300002

⁶⁶Del Pilar, C., Luna, B., (2010). Estado de conservación de la prótesis y presencia de lesiones en mucosas en pacientes portadores de prótesis parcial removible. Revista Kiru. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015].

Disponible en:

<http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/kiru/v7n1/a03v7n1.pdf>

Cuadro 12.

Tipo de prótesis.

Tipo de prótesis	Frecuencia	Porcentaje
Prótesis Total	24	23,8%
Prótesis P.R acrílica	77	76,2%
Prótesis P.R cromo-cobalto	0	0,0%
Total	101	100,0%

Nota: Ficha de observación aplicada a la población de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

Fuente: Ficha de observación realizada por autora de tesis. Anexos.

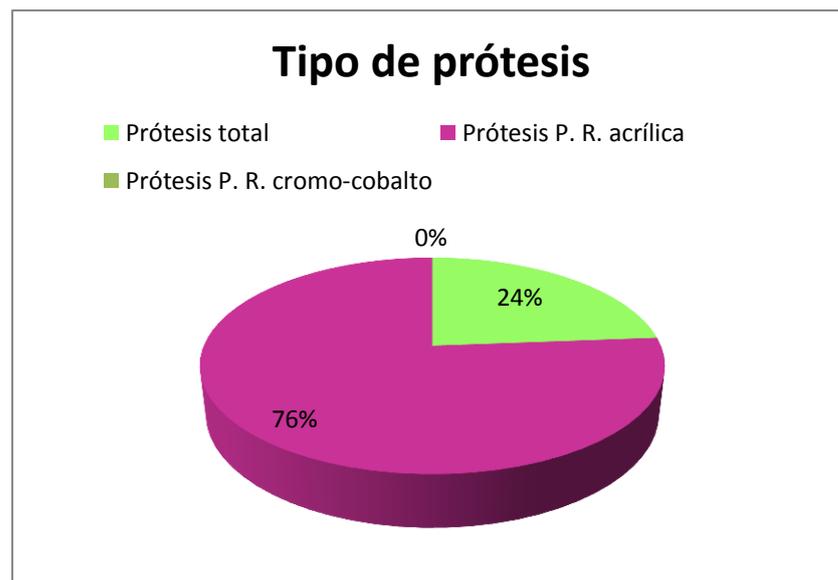


Gráfico No. 12. Tipo de prótesis.

Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 56.

Análisis.

Los resultados obtenidos en el gráfico No. 12, observamos que con mayor frecuencia de tipos de prótesis tenemos las prótesis parcial removible acrílicas (77 casos, 76,2%), le sigue prótesis totales (24 casos, 23,8%). Las prótesis parciales de cromo cobalto no se observaron.

Al referir acerca de las prótesis dentales, se realiza un análisis del artículo de González y colaboradores⁶⁷ (2012), indicando que: “Son instrumentos o aparatos confeccionados por los protésicos dentales en los laboratorios, pero diseñadas por el odontólogo y cuya misión es la de suplir las piezas dentarias perdidas para restablecer la función masticatoria y la estética” (p.3).

⁶⁷Gonzales, Z; Tasende, A; Pereiro, M. (2012). Registro de pacientes portadores de prótesis en unidades de salud bucodental de Atención Primaria. Revista Orixinais. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015]. Disponible en: http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18_4_Orixinais_5_Cadernos.pdf

Cuadro 13.

Tiempo de uso de la prótesis.

Tiempo de uso de prótesis	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 5 años	22	21,8%
6 a 15	66	65,3%
16 a 20	10	9,9%
Más de 20	3	3,0%
Total	101	100,0%

Nota: Ficha de observación aplicada a la población de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

Fuente: Ficha de observación realizada por autora de tesis. Anexos.



Gráfico No. 13. Tiempo de uso de la prótesis.
Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p 58.

Análisis.

En el gráfico No. 13 que corresponde al tiempo de uso de las prótesis se obtuvo que el 65,3% lleva usando su prótesis de 6 a 15 años, el 21,8 la lleva usando menos de 5 años. En menor frecuencia tenemos el 9,9% que la lleva usando de 16 a 20 años y el 3,0% la lleva usando más de 20 años.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

Las patologías bucales predominantes fueron estomatitis subprótesis, úlceras traumáticas, épulis fisurado y fibroma.

La patología bucal más frecuente fue la estomatitis subprótesis relacionada con las prótesis inadecuadas y con mala higiene bucal, que tiende a incrementarse en nuestro estudio por el alto por ciento de prótesis dentales en mal estado.

5.2. Recomendaciones.

Desarrollar programas de intervención comunitaria para la salud bucal, con vista a favorecer cambios de actitud para un manejo adecuado de la higiene de los pacientes y de las prótesis dentales.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Identificación de la propuesta.

6.1.1. Tema de la propuesta.

Intervención educativa sobre la higiene bucal de los pacientes y de las prótesis dentales a la población de la parroquia Crucita, con el objetivo de disminuir el índice de patologías bucales.

6.1.2. Período de ejecución.

Junio de 2015.

6.1.3. Descripción de los beneficiarios.

Los beneficiarios directos fue la población de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

6.1.4. Clasificación.

Intervención comunitaria educativa.

6.1.5. Localización.

Parroquia Crucita del cantón Portoviejo, provincia de Manabí. República del Ecuador.

6.2. Justificación.

Gracias a los resultados obtenidos por la autora de esta tesis, se pudo verificar que la mayoría de los pacientes portadores de prótesis dentales de la parroquia Crucita, no cumplen con normas de higiene y uso de prótesis, que son importantes para evitar la aparición de patologías bucales en los tejidos blandos. La propuesta es realizar intervenciones educativas, la cual favorecerá a la población en general, ayudando a que ellos tomen conciencia de los malos hábitos que tienen.

6.3. Marco institucional.

Una de las parroquias urbanas de Portoviejo es Crucita, desde el 25 de mayo de 1978, tiene en la actualidad 12 mil habitantes y se dedican en su mayor parte al turismo, pesca artesanal y la agricultura. Esta parroquia se encuentra a 27 km de Portoviejo.

Es un pueblo de pescadores que ha desarrollado parte de su popularidad a través de los vuelos del parapente y alas delta. Se la considera como el destino turístico principal en Ecuador.

6.4. Objetivos.

6.4.1. Objetivo general.

Instruir a la población de Crucita para evitar en un futuro un alto índice de patologías bucales.

6.4.2. Objetivos específicos.

Capacitar a la población portadora de prótesis dentales de la parroquia Crucita sobre la higiene bucal y la higiene de las prótesis dentales.

Comunicar a la población de la parroquia Crucita sobre ciertos parámetros sobre el cuidado de las prótesis dentales.

6.5. Descripción de la propuesta.

La propuesta consistió básicamente en educar a la comunidad de Crucita sobre la buena higiene bucal que deben tener, buena higiene de las prótesis dentales y el uso adecuado de las mismas. Por este motivo se procedió a una charla con el fin de capacitar a la población portadora de prótesis dental, para que tengan mejor higiene bucal, mejor higiene de la prótesis y su uso adecuado, ya que son muchos factores que influyen en la aparición de patologías bucales en los tejidos blandos. Se entregaron trípticos con información necesaria sobre el buen cuidado que se debe tener y que ellos los pongan en práctica.

6.6. Diseño metodológico.

Para la aplicación de esta propuesta se convocó a la población de la parroquia Crucita a una charla con la colaboración de la directora de tesis, en la cual se socializó los resultados obtenidos en las fichas de observación. Elaboración de materiales de apoyo (trípticos) posterior a las charlas para fortalecer la información transmitida.

6.7. Factibilidad.

La propuesta fue factible porque se contó con el apoyo del personal encargado del Centro de Patología Bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y predisposición de la población de Crucita. Lo cual permitió proporcionar la información acerca de la buena higiene bucal y de las prótesis mediante charlas por parte de la autora de ésta tesis.

6.8. Sostenibilidad.

La propuesta fue sostenible y factible porque los datos obtenidos como resultado de la investigación indico la urgente necesidad de instruir a la comunidad de Crucita acerca de las medidas de prevención de las patologías bucales, ya que hay un alto índice de desconocimiento acerca del mismo.

La propuesta fue sustentable ya que se utilizó recursos adecuados, los cuales no influyen negativamente en ningún entorno, al contrario, aumenta la calidad de vida de la población de Crucita en general.

6.9. Presupuesto.

Cuadro 14.

Descripción	Cantidad	valor	Total
Trípticos	101	0,10	10,00
-	-	-	-
		Total	10,00

Nota: Presupuesto correspondiente a la elaboración de la propuesta de la tesis.

Realizada por autora de tesis. Fuente: Cap. VI, p. 65.

Anexos.

Anexo N° 1.

Cuadro 15.

Variables:	Tipo	Escala:	Descripción:	Indicador:
Edad.	Cuantitativa	20 años y más.	Según años. Cumplidos hasta el momento del estudio.	Número absoluto y porcentaje.
Sexo.	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino. Femenino.	Según sexo biológico de pertenencia.	Número absoluto y porcentaje.
Tipo de prótesis	Cualitativa nominal politómica	Total Parcial acrílico Parcial cromo cobalto	Total: Las prótesis completas o totales son necesarias en los casos en los que no faltan una o varias piezas dentales sino que faltan todas. Parcial Acrílico: Este tipo de prótesis son aparatos removibles, pueden ser uní-maxilar (superior o inferior) o bi-maxilar (superior e inferior). Los pacientes tributarios de este tipo de prótesis dental, son aquellos que han perdido determinada cantidad de piezas dentales por diferentes razones, pero que mantienen otras piezas dentarias las cuales sirven como pilares para la retención de la prótesis dental parcial. Parcial cromo cobalto: La prótesis parcial removible con base metálica de cromo-cobalto (prótesis esquelética) se utiliza generalmente en aquellos casos con espacios desdentados donde no se puede utilizar una prótesis fija.	Número absoluto y porcentaje.
Higiene de la prótesis dental:	Cualitativa nominal politómica	Mala. Regular. Buena.	Mala: No realiza limpieza a la prótesis dental y duerme con ella. Regular: Higieniza su prótesis dental pero duerme con ella. Buena: Higieniza su prótesis dental después de cada comida, también la zona edentula y se la quita al acostarse	Número absoluto y porcentaje.
Adaptación de prótesis:	Cualitativa nominal politómica	Adaptación inadecuada Adaptación adecuada	Adaptación inadecuada: Ausencia de uno de los principios antes mencionados. Adaptación adecuada: Prótesis con correcta retención, soporte y estabilidad	Número absoluto y porcentaje.
Presencia de patologías bucales	Cualitativa Nominal Dicotómica	No Sí	Diagnóstico realizado según clasificación de la OMS Sí: Inflamación de la mucosa bucal en relación con la base protésica con zonas de hiperemia de la mucosa del paladar y rebordes alveolares que pueden ir de puntos eritematosos, áreas hiperémicas hasta inflamación papilar. No: Ausencia de Inflamación en la mucosa bucal y rebordes alveolares.	Número absoluto y porcentaje.

Ulceras traumáticas		No. Sí.	No: Ausencia de pérdida de tejido y bordes planos e irregulares, rojizos, blandos y muy dolorosos en la mucosa bucal. Sí: Solución de continuidad de la mucosa bucal con pérdida de tejido, de bordes planos e irregulares, rojizos, blandos y muy dolorosos.
Épulis fisurado.		No. Sí.	No: Ausencia de área fibrosa en fondo de surcos vestibulares y linguales en relación con los bordes de la prótesis. Sí: Área fibrosa ubicada en fondo de surcos vestibulares y linguales en relación con los bordes de la prótesis, masa de tejido hiperplásico, blanda, móvil, de tamaño variable, en ocasiones ulcerado.
Queratosis.		No. Sí.	No: Ausencia de manchas blancas de contorno suave y límites precisos. Sí: Manchas blancas de contorno suave y límites precisos.
Leucoplasia		No. Sí.	No: Ausencia de mancha o placa blanca. Sí: Mancha o placa blanca que no se retira al raspado que no se caracteriza ni clínica ni patológicamente como ninguna otra enfermedad.
Fibroma		No. Sí.	No. Ausencia de crecimiento submucosa de superficie. Sí: Crecimiento submucosa de superficie suave normo coloreado o ligeramente más pálido y firme

Matriz de operacionalización de variables.

Nota: Matriz de operacionalización de las variables. Realizado por la autora de esta tesis.

Anexo N° 2.

Cuadro 16.
Presupuesto de proyecto de tesis.

Rubros.	Unidad de medida.	Cantidad.	Costo unitario.	Costo total.	Fuentes de financiamiento.	
					Autogestión.	Aporte externo.
Fotocopias.	Unidad.	1000	0.02	20.00	X	
Internet.	Hora.	10	1.00	10.00	X	
Tintanegra.	Toner.	1	37.00	37.00	X	
Tinta color.	Toner.	1	40.00	40.00	X	
Material de oficina.	Bolígrafos.	1	0.35	0.35	X	
Espejos bucales.	Paquete.	1	30.00	30.00	X	
Guantes.	Caja.	5	8.50	42.50	X	
Mascarillas.	Caja.	5	6.00	30.00	X	
Anillados.	Unidad.	5	2.00	10.00	X	
Empastados.	Unidad.	4	10.00	40.00		
Viáticos.	Dólar.			150.00	X	
Subtotal.				\$ 409.85	X	
Imprevistos 10%:				\$ 40.99	X	
Total general:				\$ 450.84	X	

Nota: Presupuesto del proyecto de tesis. Realizado por autora de esta tesis.

Anexo N°4

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

Con residencia

en _____

Acepto tomar parte en este estudio titulado: Patologías bucales asociadas pacientes portadores de prótesis dental de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

La egresada María Isabel Villamarín Macías investigadora del presente estudio, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y duración del estudio y que puedo retirarme libremente. He tenido la oportunidad de hacer al investigador preguntas acerca de todos los aspectos del estudio.

Accedo a cooperar con la investigadora y estoy de acuerdo con que mis datos personales y médicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computadorizados de la autora de la investigación.

Mi identidad no será revelada en ningún momento y la información relacionada conmigo será utilizada con la mayor discreción. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada por los investigadores participantes. Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

.....

Nombre y firma del investigador:

Ma. Isabel Villamarín

Nombre y firma del participante.

Anexo N° 5. Cuadro 18. Planilla de observación y recolección de datos.

Universidad San Gregorio de Portoviejo - Centro de Patología Bucal

Nota: Modificada por autora de la tesis.

MODELO DE ATENCION AL PACIENTE					Tipo de pesquisa		Activa	<input type="checkbox"/> 1	Pasiva	<input type="checkbox"/> 2	No.											
Primer apellido		Segundo apellido			Nombres		CI			Sexo	M <input type="checkbox"/> 1	F <input type="checkbox"/> 2										
Edad	Ocupación	Color de piel			Blanco	<input type="checkbox"/> 1	Negro	<input type="checkbox"/> 2	Mestizo	<input type="checkbox"/> 3	Amarillo	<input type="checkbox"/> 4										
CARACTERISTICAS CLINICAS																						
DESCRIPCIÓN		Dolor		Localización																		
				Labio superior	Labio inferior	Base de lengua	Dorso de lengua	Lateral lengua	Vértice lengua	Encía superior	Encía inferior	Paladar duro	Paladar blando	Suelo de boca	Mucosa carrillo	Trigono retromolar	Glándula parótida	Amígdala	Pared lateral	Glándula salival	Nódulo cuello	Otra
a. Lesión blanca	<input type="checkbox"/> 1																					
b. Lesión roja	<input type="checkbox"/> 2																					
c. Lesión ulcerosa	<input type="checkbox"/> 3																					
d. Lesión mixta	<input type="checkbox"/> 4																					
e. Lesión ulcerosa hemorrágica	<input type="checkbox"/> 5																					
f. Lesión de coloración oscura	<input type="checkbox"/> 6																					
g. Nódulo	<input type="checkbox"/> 7																					
h. Nódulo ulcerado	<input type="checkbox"/> 8																					
i. Crecimiento verrugoso	<input type="checkbox"/> 9																					
j. Aumento de volumen de tejido	<input type="checkbox"/> 10																					
k.																						
Diagnóstico.																						
a. Estomatitis Subprótesis	<input type="checkbox"/> 1	b. Ulceras Traumáticas	<input type="checkbox"/> 2	c. Épulis Fisurado	<input type="checkbox"/> 3	d. Queratosis	<input type="checkbox"/> 4	e. Leucoplasia	<input type="checkbox"/> 5													
f. Fibroma	<input type="checkbox"/> 6	g. Otra	<input type="checkbox"/> 7	h. ¿Cuál?																		
Higiene de Prótesis				Adaptación protésica				Tipo de prótesis														
Buena	Regular	Mala	Adecuada		Inadecuada		Total	P.R. acrílica	P.R. cromo cobalto													
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3													
Tratamiento indicado						Tiempo de uso de prótesis:																
Fecha de atención	Día	Mes	Año	Atendido por	Nombre					Firma												



Gráfico N.14. Ejecución de la ficha de observación en la parroquia Crucita, cantón Portoviejo. Responsable: Autora de esta tesis.



Gráfico N.15. Ejecución de la ficha de observación en la parroquia Crucita, cantón Portoviejo. Responsable: Autora de esta tesis.



Gráfico N.16. Ejecución de la ficha de observación en la parroquia Crucita, cantón Portoviejo. Responsable: Autora de esta tesis.



Gráfico N.17. Ejecución de la ficha de observación en la parroquia Crucita, cantón Portoviejo. Responsable: Autora de esta tesis.



Gráfico N.18. Ejecución de la ficha de observación en la parroquia Crucita, cantón Portoviejo. Responsable: Autora de esta tesis.



Gráfico N.19. Ejecución de la ficha de observación en la parroquia Crucita, cantón Portoviejo. Responsable: Autora de esta tesis.



Gráfico N.20. Ejecución de la ficha de observación en la parroquia Crucita, cantón Portoviejo. Responsable: Autora de esta tesis.



Gráfico N.21. Ejecución de la ficha de observación en la parroquia Crucita, cantón Portoviejo. Responsable: Autora de esta tesis.



Gráfico N.22. Examen clínico. Descubrimiento de un Épulis Fisurado.
Responsable: Autora de esta tesis.



Gráfico N.23. Examen clínico. Descubrimiento de Estomatitis Subprotésica.
Responsable: Autora de esta tesis.



Gráfico N.24. Examen clínico. Descubrimiento de Estomatitis Subprotésica. Responsable: Autora de esta tesis.



Gráfico N.25. Ejecución de la ficha de la propuesta en la parroquia Crucita, cantón Portoviejo. Responsable: Autora de esta tesis.



Gráfico N.26. Ejecución de la propuesta en la parroquia Crucita, cantón Portoviejo. Responsable: Autora de esta tesis.



Gráfico N.27. Ejecución de la propuesta en la parroquia Crucita, cantón Portoviejo. Responsable: Autora de esta tesis.



Gráfico N.28. Ejecución de la propuesta en la parroquia Crucita, cantón Portoviejo. Responsable: Autora de esta tesis.



Gráfico N.29. Ejecución de la propuesta en la parroquia Crucita, cantón Portoviejo. Responsable: Autora de esta tesis.

BIBLIOGRAFÍA.

Barta, D., Duran, A., Carillo, S. (2002). Estomatitis Protésica. Aspectos Clínicos y tratamiento. Revista Prof. Dent. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en:<http://www.coem.org.es/sites/default/files/revista/profesion/vol5-n10/articulo.pdf>

Bascones, A., Figuero, E., Esparza, G. (2005). Ulceras orales. MedClin. [En línea]. Consultado: [8, septiembre, 2014]. Disponible en:http://www.researchgate.net/profile/Antonio_Bascones/publication/246616276_lceras_orales/links/54a8d2910cf256bf8bb7e60e.pdf

Belandría, A., Perdomo, B. (2007). Uso, cuidados y estado de prótesis removibles en una población rural. Revista odontológica de los Andes. [En línea]. Consultado: [31, agosto, 2014]. Disponible en:

http://ecotropicos.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/rev_odontologica/vol2num2/articulo1.pdf

Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. (2013). MedlinePlus. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en:<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001046.htm>

Bortolotti, L. (2008). Prótesis removibles clásicas e innovaciones. República Italiana: MassonS.p.A.

Carreira, V., Almagro, Z. (2000). La estomatitis subprótesis en pacientes desdentados totales. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [5, septiembre, 2014]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

[75072000000300001](#)

Castañeda, L., Diaz, S., Perez, R. (2010). Estrategia educativa como instrumento preventivo de urgencias en pacientes rehabilitados con prótesis parcial removible metálica. Revista archivo medico de Camagüey. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000200010&script=sci_arttext&tlng=pt

Cornejo, A., Leyva, E., Ponce, S., Barrios, E., Quezada, D., Borges, A., Aguirre, A. (2007). Distribución de condiciones y lesiones de la mucosa bucal en pacientes adultos mexicanos. Revista Cubana de Estomatología. [En línea] Consultado: [18, julio, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000100001&script=sci_arttext

Corona, H., Rey, B., Arias, Z., Nuñez, L. (2007). Manual instructivo de instalación y control de prótesis totales. Revista cubana de estomatología. [En línea]. Consultado: [22, enero, 2015]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400013&script=sci_arttext

Del Pilar, C., Luna, B. (2010). Estado de conservación de la prótesis y presencia de lesiones en mucosas en pacientes portadores de prótesis parcial removible. Revista Kiru. [En línea]. Consultado: [30, agosto, 2014]. Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/kiru/v7n1/a03v7n1.pdf>

Díaz, M., Hidalgo, S., Rodríguez, M., Lorenzo, G., Díaz, S. (2005). Alteraciones bucales en pacientes geriátricos rehabilitados con prótesis parcial. Archivo Medico de Camagüey. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2939/1231>

Díaz, Y., Martell, I., Zamora, J. (2007). Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Revista Cubana de Estomatología. [En línea] Consultado: [18, julio, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300002

Escribano-Bermeo, M., Bascones-Martínez, A. (2009). Leucoplasia oral. Conceptos actuales. Avances en odontoestomatología. [En línea]. Consultado: [10, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n2/original3.pdf>

Estrada, G., Zayas, O., Márquez, M., González, E., Acosta, G. (2008). Tratamiento del épulis bucal fisurado con criocirugía. Medisan. [En línea]. Consultado: [9, septiembre, 2014]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_4_08/san05408.pdf

Freyre, J., Vivanco, B., Lozano, L., Martines, L., Lopez, M. (2001). Lesiones de tejidos blandos bucodentales en pacientes psiquiátricos hospitalizados. Revista ADM. [En línea]. Consultado: [10, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2001/od013c.pdf>

García, B., Capote, M., Morales, T. (2012). Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. Revista Finlay. [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2015]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/99>

García, E., Martínez, A., Blanco, A., Rodríguez, L. (2003). La ozonoterapia en el tratamiento de la estomatitis subprótesis. Revista Cubana de estomatología. [En línea]. Consultado: [8, septiembre, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200004

García, M., Hidalgo, S., Díaz, S. (2006). Salud bucal en pacientes portadores de prótesis. Etapa diagnóstica. Archivo Médico de Camagüey. [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2794/1134>

Gutiérrez, B. (2014). Intervención educativa sobre actitud ante el dolor en pacientes geriátricos en prótesis. Revista de ciencias médicas. Volumen 18 – Número 2. [En línea]. Consultado: [31, agosto, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S156131942014000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Gutiérrez, M., Sánchez, Y., Castillo, Y. (2013). Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. Correo Científico Médico. [En línea] Consultado: [30, agosto, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000400005&script=sci_arttext

Gonzales, R; Herrera, I; Osorio, M; Madrazo, D. (2010). Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000100009&script=sci_arttext

Gonzales, Z; Tasende, A; Pereiro, M. (2012). Registro de pacientes portadores de prótesis en unidades de salud bucodental de Atención Primaria. Revista Orixinais. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015]. Disponible en: http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18_4_Orixinais_5_Cadernos.pdf

Hernández, R., Calderón, R., Fernández, J., Cueto, A. (2006). Escala para medir la calidad de vida en desdentados totales rehabilitados con prótesis completa mucosopotada. RCOE. [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000200003

Jimenez, Y., Milian, M., Gavalda, E., Gallud, M., Haya, C. (2006). Lesione erosivas y ulceras de la mucosa oral. Medicina Oral. [En línea]. Consultado: [8, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://www.icoev.es/oris/57-1/lesiones.pdf>

Langlasls, R., Miller, C., Nield, J. (2011). Atlas a Color de Enfermedades Bucales. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

Llana, J. (1988). Prótesis Completa. Reino de España: Labor.

Lemus, L., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, L., León, C. (2009). Repercusión de la calidad de la prótesis en la aparición de lesiones bucales en el adulto mayor. Revista cubana de estomatología. [En línea]. Consultado: [20, julio, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100015

Lemus, L., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, L., Saez, R. (2009). Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado [18, julio, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100003&script=sci_arttext

López, J., Villaroel, M., Lazarde, J., Rivera, H. (2000). Fibroma traumático. Revisión de la literatura y reporte de dos casos. Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en:

http://www.actaodontologica.com/ediciones/2000/1/fibroma_traumatico.asp

Mallat, E., Mallat, E. (2004). Prótesis removible y sobre dentadura. Reino de España: Elsevier.

Mallat, E., Keogh, T. (1998). Prótesis parcial removible. Reino de España: HarcourtBreace.

Mata, M., Perrone, M. (2000). La prótesis odontológica en la ecología del *Cándida albicans* en cavidad bucal. Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [9, septiembre, 2014] Disponible en:

http://www.actaodontologica.com/ediciones/2001/3/protesis_odontologica_ecologia_candida_albicans.asp

Menéndez, L. (2003). La consejería de salud bucal y su utilidad para la especialidad de prótesis estomatológicas. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072003000200008&script=sci_arttext

Moret, Y., López, J., Cuberos, M., Camacho, A., Gonzales, J. (2012). Fibroma Traumatico: Dos presentaciones clínicas una misma entidad. Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/4/art14.asp>

Nápoles, I., García, C., Nápoles, A. (2015). Comportamiento de las úlceras traumáticas provocadas por prótesis dental. Revista Médica Electrónica. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en:

<http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ulceras-traumaticas-protesis->

[dental/](#)

Nuño, J., López, A., Somacarrera, M., Moreno, L., Rodríguez, M. (2009). Lesiones en la mucosa oral originadas por prótesis. Gaceta Dental. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2009/02/lesiones-en-la-mucosa-oral-originadas-por-prtesis-31690/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Factores de Riesgo. [En línea]. Consultado: [10, enero, 2014]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.

Ozawa, J. (1995). Prosthodontia Total. Estados Unidos Mexicanos: Universidad Nacional Autónoma de México.

Rahn, A., Ivanhoe, J., Plummer, K. (2009). Prótesis Dental Completa. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Reichart, P., Philipsen, H. (1999). Atlas de Patología Oral. Reino de España: Masson.

Rodríguez, M; Portillo, A; Lama, E; Hernández, S. (2014). Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis en pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán. Revista ADM. [En línea]. Consultado: [15, junio, 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od145d.pdf>

Rodríguez, V., Arellano, L., Zambrano, R., Roldan M. (2007). Lesiones de los tejidos blandos de soporte en pacientes portadores de dentaduras totales. Revista odontológica de los Andes. [En línea]. Consultado: [31, agosto, 2014]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24831/1/articulo5.pdf>

Santana, J. (2010). Atlas de patología del complejo bucal. República de Cuba:

Editorial ciencias médicas.

Sapp, J., Eversole, L., Wysocki, G. (2012). Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Reino de España: Elsevier Imprint.

Tamarit, M., Delgado, E., Bereni, L., Gay, C. (2004). Exéresis de las lesiones hiperplásicas de la cavidad bucal. Medicina oral S. L. [En línea]. Consultado: [9, septiembre, 2014]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472005000200009

Telles, D. (2011). Prótesis total, convencional y sobre implantes. República Federativa de Brasil: Livratia Santos Editora.